

Volume 2

Geriatria e Gerontologia

ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS

Hideliza Boechat Cabral
Fabio Luiz Fully Teixeira
Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Rosalee Santos Crespo Istoe
Organizadores

Volume 2

Geriatría e Gerontología

ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

Hideliza Boechat Cabral
Fabio Luiz Fully Teixeira
Juliana da Conceição Sampaio Lóss
Rosalee Santos Crespo Istoe
Organizadores

Copyright © 2022 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa autorização dos autores e/ou organizadores.

Editor científico

Décio Nascimento Guimarães

Editora adjunta

Tassiane Ribeiro

Coordenadoria técnica

Gisele Pessin

Fernanda Castro Manhães

Direção de arte

Carolina Caldas

Design

Kevin Lucas Ribeiro Areas (*ad hoc*)

Foto de capa

Kevin Lucas Ribeiro Areas (*ad hoc*)

Assistente de revisão

Letícia Barreto

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

Geriatria e gerontologia : aspectos
biopsicossociais : volume 2 / organização
Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat
Cabral...[et al.]. -- 1. ed. --
Campos dos Goytacazes, RJ : Encontrografia
Editora, 2022.

Vários autores.

Outros organizadores: Fabio Luiz Fully Teixeira,
Juliana da Conceição Sampaio Lôss, Rosalee Santos
Crespo Istoe.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5456-013-9

1. Bioética 2. Envelhecimento 3. Geriatria
4. Gerontologia 5. Idosos - Aspectos
biopsicossociais 6. Idosos - Saúde 7. Medicina e
saúde I. Cabral, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat.

22-138152

CDD-615.97

NLM-WT-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Geriatria e gerontologia : Medicina 615.97

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

DOI: 10.52695/978-65-5456-013-9

encontrografia

Encontrografia Editora Comunicação e Acessibilidade Ltda.

Av. Alberto Torres, 371 - Sala 1101 - Centro - Campos dos Goytacazes - RJ

28035-581 - Tel: (22) 2030-7746

www.encontrografia.com

editora@encontrografia.com

Comitê científico/editorial

Prof. Dr. Antonio Hernández Fernández – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. Carlos Henrique Medeiros de Souza – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Casimiro M. Marques Balsa – UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA (PORTUGAL)

Prof. Dr. Cássius Guimarães Chai – MPMA (BRASIL)

Prof. Dr. Daniel González – UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPAÑA)

Prof. Dr. Douglas Christian Ferrari de Melo – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Eduardo Shimoda – UCAM (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Emilene Coco dos Santos – IFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Fabiana Alvarenga Rangel – UFES (BRASIL)

Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – UNIR (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho – UFSC (BRASIL)

Prof. Dr. Francisco Elias Simão Merçon – FAFIA (BRASIL)

Prof. Dr. Iêdo de Oliveira Paes – UFRPE (BRASIL)

Prof. Dr. Javier Vergara Núñez – UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA (CHILE)

Prof. Dr. José Antonio Torres González – UNIVERSIDAD DE JAÉN (ESPAÑA)

Prof. Dr. José Pereira da Silva – UERJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Magda Bahia Schlee – UERJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Margareth Vetus Zaganelli – UFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Martha Vergara Fregoso – UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA (MÉXICO)

Prof.^a Dr.^a Patricia Teles Alvaro – IFRJ (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Barbosa Paiva Magalhães – UFRN (BRASIL)

Prof. Dr. Rogério Drago – UFES (BRASIL)

Prof.^a Dr.^a Shirlena Campos de Souza Amaral – UENF (BRASIL)

Prof. Dr. Wilson Madeira Filho – UFF (BRASIL)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Sumário

Apresentação.....	10
Prefácio.....	14
1. A pessoa idosa na perspectiva da bioética deste milênio	17
Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral	
2. Depressão no idoso: cuidando da saúde mental.....	29
Laís Soliño Francisco de Abreu Dantas	
Lillian Corrêa Meira	
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
3. Longevidade e a busca pelo envelhecimento saudável	39
Christiane de Campos Vieira	
Luana Rubia Pereira Picanço	
Fabio Luiz Fully Teixeira	
4. A promoção do autocuidado na senilidade à luz dos princípios cristãos	47
Flávia Teixeira Silva Pires	
Aline Souza Tinoco Gomes de Melo	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
5. Delirium: cuidados e intervenções	60
Vanessa Veloso da Silva	
Carlos Henrique Medeiros de Souza	
6. A sexualidade do idoso: vencendo tabus.....	75
Denise Lima Tinoco	
Valtair Afonso Miranda	
Rosalee Santos Crespo Istoe	

7. Políticas públicas e participação: os conselhos dos direitos da pessoa idosa no Brasil.....	85
Leandro Ribeiro da Silva	
Ana Cristina Costa Soares	
Nilo Lima de Azevedo	
8. Como manejar ideações suicidas na pessoa idosa?.....	97
Lyssa Portal da Silva	
Juliana da Conceição Sampaio Lóss	
Hideliza Lacerda Boechat Tinoco Cabral	
9. Cuidando na finitude de vida da pessoa idosa: desafios nos cuidados paliativos	108
Andréa Rodrigues Von-Held	
Naiara Teixeira Vinhosa Rezende	
10. A pessoa idosas em (re)construção: idosos se redescobrem em outra atividade laborativa após a aposentadoria	116
Alice de Souza Tinoco Dias	
Viviane Carneiro Lacerda Meleep	
Rosalee Santos Crespo Istoe	
11. Síndrome de Fragilidade no idoso.....	129
Clesio Barreto Guimarães Faria	
Yann Moser Pires	
Janete Soares Martins	
12. Prevenção e cuidados em fraturas nas pessoas idosas	138
Luívia Oliveira da Silva	
João Romário Gomes da Silva	
Ângela Cristina Tureta Felisberto	
Flávia Luciana Costa	
13. Nutrição no envelhecimento humano.....	152
Marisa Barbosa Lyra	
Luciene Rabelo Pereira	
Rosalee Crespo Istoe	
14. Sistema prisional e a pessoa idosa: uma análise sobre as legislações vigentes	168
Viviane Carneiro Lacerda Meleep	
Rosalee Santos Crespo Istoe	

15. Acidentes no cenário domiciliar da pessoa idosa: cuidados e prevenção....181

Karol Aparecida Amiti Fabri

Laís Vinhosa dos Santos

Juçara Gonçalves Lima Bedim

Apresentação

“É necessário despertar a sociedade e a academia para a importância da pessoa idosa, seu legado cultural e social, bem como as contribuições que sua experiência de vida pode proporcionar às novas gerações. Nessa esteira, a temática demonstra a necessidade de se conferir ao idoso prioritário¹ uma visão de suas reais possibilidades, perspectivas e potencial sacerdotício (pois a humanidade tem muito o que aprender por meio de suas lições), além da busca do verdadeiro conteúdo da poética expressão “domingo da vida”.²

Esta obra foi inspiração do projeto *Curso de Extensão em Geriatria e Gerontologia*, desenvolvido no Curso de Medicina da Universidade Iguazu, Campus V, Itaperuna, organizado pelos docentes Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral e Fábio Luiz Fully Teixeira e a estudante de medicina e orientanda Juliana da Conceição Sampaio Lóss, durante o ano letivo de 2022.

Para situar o leitor a respeito da importância do projeto e da obra, a geriatria e a gerontologia compreendem um estudo tão vasto quanto à complexidade do fenômeno envelhecimento, que é uma realidade de nosso tempo, não só no Brasil, mas como fenômeno mundial.

Aliás, muito antes, na metade do século passado, o desenvolvimento tecnológico, marcado por meios de comunicação cada vez mais velozes, o progresso passou a imprimir alterações na sociedade, sobretudo quanto à adoção de novas tecnologias que, empregadas a serviço da saúde, passaram a prolongar a vida humana por um tempo cada vez mais extenso, fato que passou a despertar reflexões nos cientistas, uma vez que postergar a morte se tornou uma prática usual, ainda que à custa de sofrimentos e angústias de pacientes

em franco processo de morte, acometidos de enfermidades para as quais não existia cura. Essa prática aumentava dias à vida, mas não qualidade de vida.

Nesse contexto, Jacques Roskam, estudioso do tema, compartilhou suas reflexões e preocupações no I Congresso de Geriatria e Gerontologia, em 1950, na Universidade de Liège (na Bélgica). Esse fato, a meu sentir, foi o embrião das inquietações em relação ao fenômeno envelhecimento. Em seguida, o Brasil, como signatário da Convenção de Sidney, adotou como momento da morte o critério da cessação das atividades cerebrais, sendo esse fato a mola propulsora da medicalização da morte, pois a família já não podia se dirigir ao cartório para a lavratura da certidão de óbito, ao constatar a cessação das atividades cardiorrespiratórias; precisava antes ser atendida no hospital, e somente o médico passou a declarar o óbito por meio de atestado.³

Todas as inovações, a cada dia, dão conta de que a sociedade evolui de forma veloz e de que precisamos estar atentos às mudanças, absorvendo as novidades, inclusive legislativas. Nesse aspecto, recente Lei Federal, de nº 14.423/2022,⁴ alterou o Estatuto do Idoso⁵ para Estatuto da Pessoa Idosa e, a partir de então, devemos acompanhar essa perspectiva a fim de unificar a forma de caracterizar a camada da população com idade igual ou superior a 60 anos. Insta salientar que essa foi a única alteração provocada pela lei, que substituiu a expressão sem apresentar nenhuma outra novidade, além de incluir todas as pessoas (as do sexo feminino, segundo o autor do projeto de lei) no âmbito do referido estatuto.

O envelhecimento humano é, pois, um fenômeno mundial, complexo e multifacetado, que demanda detido estudo em diversas nuances para se alcançar o êxito de abranger o conteúdo imprescindível dessa diversificada e, ao mesmo tempo, rica temática. Por esse motivo, nosso curso de extensão trabalhou as diversas facetas da pessoa idosa, como seus direitos existenciais à dignidade, à autonomia, à educação, à saudável convivência familiar, ao lazer, aos cuidados com a aparência traduzidos no embelezamento, ao amor e ao acesso às tecnologias, pois são distintos os aspectos aos quais a pessoa idosa de nosso tempo têm acesso em certa medida.

Seguindo essa linha de inteligência, a obra inspirada por nós e que ora se materializa tornou-se igualmente ampla, procurando estudar cada manifestação, não só de direitos, mas de aspectos relacionados à saúde (e a algumas enfermidades senis) e outros de igual importância, como os psicossociais,

considerando a pessoa idosa de forma integral em suas necessidades, anseios, dificuldades e conquistas.

Assim, certos de que estamos caminhando no sentido de desempenhar o nosso papel em relação às pessoas idosas, como dever da universidade e de todos nós, cabe também às associações, grupos, instituições, família, igreja, sociedade e cidadão o papel de fiscalizar as políticas públicas a fim de promover-lhes dignidade na vida e também no momento da finitude.

Cumpre-nos, com muita alegria e gratidão a Deus, apresentar à comunidade acadêmica, demais estudiosos da geriatria e da gerontologia e à sociedade esta obra que descortina um universo de situações, na certeza de que há ainda muito a ser estudado, explorado e conhecido rumo às conquistas dessa parcela da população que merece envelhecer de forma digna, com toda nossa admiração e carinho!

A você, caro leitor, que se interessou por nossa obra, desejamos ótima leitura!

Itaperuna-RJ, primavera de 2022.

Hildeliza Boechat.

Doutora e mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética. Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Professora dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9871-886>

Notas de fim

1 Idoso prioritário se refere às pessoas com idade acima de oitenta anos, que passam a ter prioridade sobre os idosos de sessenta a setenta e nove anos, por força da Lei n.13.466 de 2017 que altera o estatuto do idoso.

2 CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; SILVA, Karla de Mello; ROBLES-LESSA, Moyana Mariano. Como dar sentido à existência e viver com dignidade o “domingo da vida”? In: XI seminário e IX congresso interdisciplinar direito e medicina: perspectivas ante o segundo momento da covid-19. Itaperuna: Unig, 2021. **Anais** [...] Revista eletrônica conexão acadêmica, Itaperuna, 2021, p. 122.

3 CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Fundamentos filosófico-jurídico-médicos da ortotanásia**: uma análise interdisciplinar. 2015. 143 f. Dissertação (Mestrado em Cognição e Linguagem). Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, Campos dos Goytacazes, 2015. Disponível em: http://www.pgcl.uenf.br/arquivos/dissertacaohildeliza23_030920191400.pdf. Acesso em 12 ago. 2022.

4 BRASIL. **Lei Federal nº 14.423/2022, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília: Diário Oficial da União, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em 12 ago. 2022.

5 BRASIL. **Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741. Acesso em: 12 ago. 2022.

Prefácio

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.”

(SAINT-BEUVE, [s/d] BRANDÃO, 2009, p. 31)¹

Prefaciando um livro é abrir portas para uma nova jornada, convidando leitores solitários a serem velejadores em um mar de conhecimentos. Aqui, tenho a imensa honra de iniciar essa viagem.

Abordar o envelhecimento enfatizando não só suas potencialidades, mas, sobretudo, suas fragilidades, é uma iniciativa corajosa, uma vez que a abordagem utilizada orienta para as problemáticas do processo de envelhecer e como os profissionais devem lidar com essas questões no campo prático.

É fato: o envelhecimento é um fenômeno mundial. O aumento da expectativa de vida aponta para a criação de políticas públicas e modelos de cuidado, que possam garantir melhores condições de vida para essa população. Porém, uma maior longevidade também traz consigo um número crescente de patologias relacionadas à velhice, que sinalizam uma demanda específica de atenção à saúde das pessoas idosas.

Esse livro, escrito a várias mãos por profissionais do Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana (GEPBiDH), surge exatamente em um momento importante de transição demográfica. Seus autores, pesquisadores experientes, assumem a responsabilidade de levantar argumentos valiosos acerca do envelhecer, contribuindo não só com reflexões que remetem o leitor a conexões com outras áreas, mas evidenciam a necessidade de maior aprofundamento no assunto, incentivando a criação de alternativas humanizadoras de compreensão e cuidado.

Abrangente, todo o conteúdo foi elaborado de modo a abordar as diferentes demandas do envelhecer, tais como políticas públicas e participação social, aposentadoria, prevalência de doenças neurológicas, saúde da mulher idosa, doença de Alzheimer, câncer de próstata, sexualidade da pessoa idosa, longevidade, qualidade de vida, maus-tratos, medicalização, finitude, entre outros temas atuais, ressaltando possibilidades para um envelhecimento saudável, mas, sobretudo, destacando o processo de senilidade e a importância de ações preventivas e interventivas que garantam qualidade de vida enquanto for possível, como também dignidade e respeito, desconstruindo estigmas e reforçando a necessidade de ação conjunta para enxergar a pessoa idosa de forma global, considerando todas as suas dimensões.

Com extremo cuidado, descrevem os limites do que podemos e devemos ao salientarem sobre os princípios da bioética no envelhecer, buscando um olhar amplo de compreensão da vida à luz de seus valores e princípios morais, norteados pela garantia dos direitos fundamentais e autonomia, em uma tentativa de conceber melhores perspectivas de vida em respeito à dignidade humana, às vontades e aos interesses.

Reforço a importância da educação continuada e de avançar em estudos sobre o envelhecimento enquanto fenômeno mundial, já que teremos até 2050 em torno de 2 bilhões de pessoas idosas no mundo,² previsão essa que enfatiza a necessidade de políticas adequadas que possam atender de modo eficaz essa população.³ É preciso que mais profissionais/pesquisadores estejam engajados nos estudos sobre o envelhecimento enquanto um processo natural, parte do desenvolvimento humano e que necessita de atenção especial.

Essa produção não contém somente subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas é um verdadeiro tesouro, especialmente por nos apresentar temas profundos, atuais e relevantes, levando em consideração a ampla dimensão deste processo e o impacto do envelhecer na saúde da pessoa idosa. Conhecimentos imprescindíveis para o exercício profissional, que direciona a pensar o envelhecimento como um campo de trabalho em que possamos contribuir com as especificidades multiprofissionais em uma relação direta.

Encerro minha leitura com enorme satisfação, constatando que os assuntos aqui abordados, escritos por profissionais capacitados e imersos neste contexto, foram utilizados de forma a gerar material de referência, bem fun-

damentado e direcionado a todos que estejam interessados em conhecer e compreender a saúde da pessoa idosa e as necessidades implicadas no processo de envelhecer.

Uma prazerosa leitura a todos!

Simone de Cássia Freitas Manzano

Psicóloga CRP 06/117702, pós-graduada em Gerontologia

Aperfeiçoamento em atenção domiciliar, Capacitação em saúde da pessoa idosa,
Capacitação em doença de Alzheimer e condições similares.

Notas de fim

1 SAINT-BEUVE, Charles Augustin. [s/d] apud BRANDÃO, Juliana da Silva. Lazer para o idoso ativo como fator de qualidade de vida no processo de envelhecimento. 191 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, 2009.

2 ALVES, José Eustáquio Diniz. O envelhecimento do envelhecimento no Brasil e no mundo. Portal do Envelhecimento, 30 ago. 2022. Online. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-envelhecimento-do-envelhecimento-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 05 set. 2022.

3 UN – United Nation. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of results. New York: UN, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.

1. A pessoa idosa na perspectiva da bioética deste milênio

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral¹

“Aquilo que realizamos na plenitude da nossa vida, na abundância de suas experiências, essa riqueza interior nada nem ninguém nos podem tirar. Mas não só o que vivenciamos; também aquilo que fizemos, aquilo que de grandioso pensamos, e o que padecemos, tudo isso salvamos para a realidade, de uma vez por todas. Essas experiências podem pertencer ao passado; justamente no passado ficam asseguradas para toda a eternidade! Pois o passado também é uma dimensão do ser, quem sabe, a mais segura.”

(FRANKL, 2008, p. 107)

Considerações iniciais

Praticamente meio século de existência e a Bioética transcendeu as fronteiras de origem e se expandiu para a Europa e outros territórios afora, desabrochando por todo o mundo, trilhando caminhos antes inexplorados. A Bioética se ocupa de valores éticos que dizem respeito à vida e transversalidades e vem-se ampliando, ramificando de forma exponencial seu objeto de estudo. Segundo o saudoso bioeticista Leo Pessini (2017), tivemos notícias recentes pelo bioeticista alemão Hans-Martin Sass que a expressão Bioética, atribuída a Potter até nossos dias, já havia sido utilizada na Alemanha por Fritz Jahr, em 1926, com interessantes escritos acerca da proteção à vida, não somente do ser humano, mas de todos os seres vivos.

Durante esses anos de vertiginoso progresso tecnocientífico e imensuráveis transformações sociais, a dinâmica de crescimento da Bioética e seu próspero caminho em defesa da existência humana com dignidade descortinou largos horizontes fundados sobre o conceito de vulnerabilidade, uma vez reconhecida a fragilidade do ser humano em maior ou menor proporção a cada nova fase da existência.

Nessa perspectiva, reconhecendo a vulnerabilidade da pessoa idosa, a Bioética se lança a estudos cada vez mais atentos ao bem-estar da pessoa, protegendo-lhe a vida, a saúde e promovendo-lhe a dignidade nessa especial fase da vida humana, em que a pessoa quase sempre necessita de cuidados especiais. Nesse sentido, integrando o universo das leis de tutela da parte frágil a partir da concepção da existência de uma classe vulnerável, a lei antes denominada Estatuto do Idoso e renomeada para Estatuto da Pessoa Idosa (a partir da Lei Federal nº 14.423/2022, que alterou a 10.741/2003), busca, em âmbito nacional, cumprir o papel de promover a proteção aos direitos e prerrogativas deferidos às pessoas idosas ao longo dos anos e visa respeitar a condição de vulnerável inerente à pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Assim, o estatuto brasileiro sofre alteração, substituindo “idoso” por “pessoa idosa”, com a finalidade precípua de inclusão das idosas do sexo feminino.

Torna-se imperioso considerar os referenciais da Bioética Global no estudo e na compreensão do fenômeno do envelhecimento humano como fator de preocupação global, a requerer cada vez mais atenção ante a crescente demanda de ações indispensáveis à proteção e à garantia da efetividade dos cuidados à pessoa idosa. Destacamos, então, a importância dos três referenciais reconhecidos pela UNESCO, que, ao lado da vulnerabilidade, consagrou dois outros, quais sejam, a solidariedade e a precaução como elementos indispensáveis ao estudo da Bioética Global em sua complexidade e abrangência. Esses referenciais tornam-se então norteadores das condutas humanas no sentido da promoção e da preservação da vida no planeta. Veremos a seguir cada um deles de forma pormenorizada.

A vulnerabilidade da pessoa idosa

A partir da Lei nº 14.423/2022 que alterou a 10.741/2003, o Estatuto do Idoso recebeu nova denominação: Estatuto da Pessoa Idosa, e em todo o tex-

to da lei foram substituídas as palavras “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente, objetivando a inclusão das mulheres no título do estatuto brasileiro protetivo das pessoas com faixa etária igual ou superior a 60 anos.

Segundo o autor do Projeto de Lei do Senado (PLS) 72/2018, Paulo Paim, que deu origem ao projeto originário e à modificação legislativa (PAIM apud BAPTISTA, 2022), embora a palavra “idoso” fosse utilizada de forma genérica para designar todas as pessoas idosas (homens ou mulheres), as mulheres constituem a maioria da população com mais de 60 anos e ainda merece maior atenção estatal o fato da potencial dupla vulnerabilidade associada ao envelhecimento feminino, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) recomenda a substituição em todos os textos oficiais.

O estudo da bioética articula a interação entre o direito à dignidade da pessoa humana e o envelhecimento ativo, observando o conceito e os valores éticos da vulnerabilidade, da solidariedade e da precaução, de forma a consolidar a postura dessa ciência atenta principalmente à vida e à saúde humana (PESSINI, 2017, p. 76).

O reconhecimento da vulnerabilidade inerente à pessoa com 60 anos de idade ou mais inspira a legislação e várias ações no sentido da promoção da saúde e da dignidade das pessoas nessa faixa etária. Segundo Pessini (2017, p. 81), além do aspecto conceitual de vulnerabilidade como condição humana, há outra espécie que é específica e relacional: a pessoa é também vulnerável em relação a fatores que a expõem a riscos, pois mesmo que exista potencial exposição em certa medida, há certos seres humanos ou grupos que vivem em condições não tão favoráveis e, por isso, se acham menos protegidos e mais expostos, descobertos (é o caso de crianças, pessoas idosas ou com enfermidades crônico-degenerativas ou pessoas com deficiência) e, portanto, necessitam de maior assistência e cuidado para transpor fragilidades. Pessini (2017) explica ainda a vulnerabilidade em duas diferentes categorias: a condição humana de pessoas suscetíveis ao sofrimento e às desigualdades próprias das pessoas sujeitas a serem feridas ou exploradas. Assim, quanto maior a vulnerabilidade, maior deverá ser a proteção. Por esse motivo, o resgate da dignidade e do cuidado integral das pessoas vulneráveis se torna um tema urgente da Bioética Global contemporânea, principalmente se levarmos em conta o expressivo aumento da população idosa verificado em todo o globo nos últimos anos.

Considerando a evolução do conceito de vulnerabilidade ao longo da história da Bioética, Have (2014) propõe uma concepção mais ampla e ousada da vulnerabilidade, para além da qualidade de fragilidade do ser humano ou debilidade dos seres vivos (que ele concebe como essência do ser humano) para se tornar uma oportunidade de crescimento da pessoa humana, uma situação desconfortável que exige decisões e novas conformações, fruto de uma reflexão que poderíamos caracterizar como construtiva, a partir de uma bioética global, mas crítica, capaz de levar à busca por saídas para a resolução de situações. Segundo Have (2014), as pessoas vulneráveis não são vítimas que necessitam de proteção ou dependem da benevolência dos fortes, pois as capacidades humanas se desenvolverão quando cessarem a desigualdade e a violência estrutural, e forem desenvolvidas condições sociais, culturais, políticas e econômicas apropriadas para o florescimento humano. Assim, para Have (2014), as situações de desigualdade e dificuldade devem servir como mola propulsora para o crescimento das pessoas enquanto agentes de transformação de sua própria condição de frágil em forte.

A solidariedade como fio condutor das relações humanizadas

O principal conteúdo do conceito de solidariedade é empatia e compaixão, sentimento de simpatia ou piedade pelos que sofrem (HOUAISS, 2009). Entretanto, a partir de recentes estudos, enfatizamos o caráter relacional que aperfeiçoa o conceito da expressão solidariedade, tornando-o pleno e capaz de atender ao seu objetivo de humanização das relações. Referimo-nos à segunda acepção do dicionário, correspondente à ação das pessoas que sentem compaixão: “manifestação desse sentimento, com o intuito de confortar ou ajudar; cooperação ou assistência moral que se manifesta ou a alguém em certas circunstâncias” (HOUAISS, 2009). Nesse sentido, aduz Pessini (2017, p. 78) que o Conselho de Bioética Britânico Nuffield define a expressão dessa forma: “solidariedade são práticas compartilhadas que refletem um compromisso coletivo de assumir os custos, sejam estes, financeiros, sociais, emocionais ou outros, para assistir os outros”. Nesse contexto, entende-se por solidariedade uma prática e não apenas um sentimento íntimo ou um valor abstrato, exigindo ações. Essa é a noção da solidariedade na acepção de assistência.

Trata-se de um conceito relacional porque se manifesta nas relações humanas, nas ações dirigidas às pessoas necessitadas, extrapolando o plano

dos sentimentos para atingir o âmbito das ações e do cuidado. Nessa esteira, Pessini *et al.* (2015, p. 21) explicam a solidariedade como um conceito relacional promotor de intersubjetividade, de ações e obrigações mútuas, fundado em nossa condição antropológica de interdependência, materializada na obrigação positiva de agir em favor do outro.

Essas ações devem ser implementadas principalmente pelo poder público, em defesa da dignidade e da proteção integral às pessoas idosas, mas cabe às associações, aos grupos, às instituições e à família (em suma, cabe à sociedade e ao cidadão considerado de forma individual) o papel de fiscalizar as políticas públicas que visem efetivar os cuidados em relação às pessoas idosas, seja por questões antropológicas, seja por razões éticas, seja por ações solidárias, importando que haja um compromisso social ou mesmo uma corresponsabilidade da sociedade em seus diversos segmentos em relação à promoção da dignidade da pessoa idosa.

A questão da solidariedade se mostra evidente na explicitação da finalidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao instituir diretrizes a respeito do envelhecimento ativo com a clara finalidade: “O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, p. 13).

Pessini (2017, p. 79) explica que, no contexto da Bioética, a solidariedade tem especial importância na esfera de dependência que umas pessoas têm em relação a outras, como no caso da saúde pública, no âmbito da assistência à saúde, quanto aos cuidados de longa duração e quanto às questões ligadas à assistência social. Ele enfatiza que a solidariedade não deve substituir a proteção dos direitos e interesses individuais, mas oferece um apoio dialógico e complementar em relação às obrigações positivas que todos nós cidadãos temos em relação aos outros, principalmente àquelas pessoas que, sem recursos mínimos indispensáveis à vida digna, precisam de apoio e cuidado alheios. Seguindo essa esteira, a solidariedade está relacionada de forma estreita com o resgate da cidadania e dos direitos fundamentais de vida.

A chave das ações protetivas: o referencial bioético da precaução

Sobre o objetivo precípua do referencial bioético da precaução, sinalizam Pessini *et al.* (2015, p. 28): “[...] evitar danos à biosfera e proteger os seres vivos, em especial o ser humano de danos potenciais”. Os avanços tecnológicos verificados neste século, o progresso da comunicação, a internet cada vez mais veloz, a nanotecnologia, a ubiquidade e a cura para diversas doenças demonstram que um novo tempo se inicia, com muitos desafios, riscos potenciais e reais e grande exposição das pessoas a esses riscos, principalmente as pessoas idosas, que apresentam vulnerabilidade em maior ou menor grau, conforme já explicamos.

Todas essas situações em que somos surpreendidos por inovações inquietam, mas com certeza, seduzem, conforme explica Pessini (2017, p. 83):

Vive-se hoje em um mundo de rápido desenvolvimento científico e tecnológico que seduz e encanta, ao mesmo tempo em que inquieta. Infelizmente, este progresso acaba não beneficiando parcela significativa da população que continua sendo excluída das benesses dos avanços da tecnociência. Além do mais, este progresso nem sempre é acompanhado de valores éticos, promotores da vida e respeitadores da dignidade humana.

É preciso compreender que às incertezas advindas das novas formas de concepção das ciências, dos experimentos e das demandas deste tempo há de corresponder, em maior ou menor grau, riscos às pessoas, ao meio ambiente e às camadas vulneráveis da população, como é o caso da população idosa. Nesse aspecto, recomenda Pessini (2017, p. 83) à preservação da dignidade:

Quando existem incertezas científicas consideráveis sobre causas, probabilidade e natureza de possível dano, ou seja, quando determinadas atividades humanas podem ser cientificamente plausíveis e interessantes, mas provocam danos moralmente inaceitáveis, deve-se agir para evitar ou diminuir tal dano. Aplicar o “referencial da precaução” é agir procurando evitar ou diminuir estes “danos moralmente inaceitáveis”, por sua seriedade e irreversibilidade e que afetam a vida dos seres humanos e do meio ambiente.

Pessini (2017, p. 83) convida a reafirmar o princípio por excelência: “[...] a dignidade da pessoa humana, a fim de se prestigiar o valor maior não só da Bioética, mas ainda da Medicina e do Direito, a fim de que haja ética e justiça, resguardando-se o direito que for mais apto a proteger a dignidade”.

Devemos salientar a importância da precaução ante os grandes desafios das situações hodiernas capazes de impor sérios riscos às pessoas, à natureza, aos animais, à biosfera e ao meio ambiente rumo à sustentabilidade. Trata-se de um referencial de obrigatoria observância em meio a tantos riscos aos quais estamos sendo submetidos de forma contínua no cotidiano, sejam riscos naturais (originados dos fenômenos da natureza), sejam riscos provocados pelo agir inconsequente da humanidade.

A Bioética e o envelhecimento ativo

As pessoas têm vivido cada vez mais, o envelhecimento se tornou um fenômeno real e a longevidade no Brasil e no mundo passou a preocupar em relação à formulação e à adoção de políticas públicas efetivas, já que as pessoas idosas deste novo tempo não se contentam com a vida pacata e a exclusão social que lhes era própria, no século passado. Os modos de vida se alteraram, o comportamento dessa fatia da população começou a se dar o direito à diversão, ao entretenimento, à dignidade e até mesmo ao rejuvenescimento. Os estudos passaram a demonstrar que estar ativo é muito mais do que estar vivo e com saúde física, mas participando ativamente da vida em sociedade, exercendo autonomia e seu contínuo movimento na dinâmica da vida contemporânea passa a refletir saúde física e mental, com qualidade de vida e, em consequência, com dignidade.

A Constituição Federal garante a dignidade da pessoa como fundamento deste Estado de direito, no art. 1º, inciso III, tornando essa premissa mais que um princípio, mas um valor assegurador do exercício de direitos de natureza distintas, como os fundamentais (individuais) e sociais (BRASIL, 1988). Nessa linha de ideias, não podemos falar em promoção do envelhecimento ativo sem a garantia da dignidade da pessoa humana em todas as fases do ciclo vital, para que ela seja capaz de chegar à senilidade em condições dignas de vida e saúde físico-mental e espiritual, para então viabilizar a continuidade dessa proteção durante a fase idosa.

Assim,

A bioética desta primeira metade do século XXI tem dispensado especial atenção às questões da dignidade e da qualidade de vida do ser humano, principalmente aqueles vulneráveis ou que se encontram vulnerados em razão de situações específicas. Nessa linha de intelecção, a tutela oferecida pela principiologia constitucional tem primado pela proteção à pessoa nas diversas manifestações de sua dignidade – não mais como princípio, mas na acepção de valor da vigente ordem jurídica que se estabeleceu a partir de 1988 (ROBLES; CABRAL, 2019, p. 29).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidando de desenvolver diretrizes a respeito das pessoas idosas, elaborou um documento que recebeu o título *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, o qual conceitua envelhecimento ativo da seguinte forma:

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (OMS, 2005, p. 13).

A promoção da vida digna impõe ao poder público o ônus de garantir os direitos fundamentais à pessoa idosa, enquanto cidadão o pleno acesso à saúde, ao lazer, à cultura, e ao trabalho, protegendo-o em suas necessidades específicas, próprias da vulnerabilidade a que estão expostas em razão da avançada idade.

Precisamos enfatizar a importância da pessoa idosa para a sociedade, evidenciando o envelhecimento ativo como uma realidade a ser compreendida, perseguida e promovida para toda essa camada da população e não apenas para algumas delas.

Na verdade, embora o critério eleito tenha sido o cronológico, o envelhecimento não se restringe ao parâmetro quantitativo, uma vez que esse enquadramento é complexo e a medicina ao lado da indústria farmacêutica tenham promovido avanços significativos, contribuindo de forma especial para a longevidade. Nesse sentido, o médico geriatra e gerontologista Boechat (2021, p.12) esclarece: “o envelhecimento mudou seu perfil, isto é, torna-se impossível, sob esse aspecto, comparar indivíduos, com setenta anos, da década de 50 com a mesma idade na atual” (BOECHAT, 2021, p. 12). O autor afirma ainda que, embora a maioria dos países adote o critério cronológico para determinar a condição de pessoa como idosa, trata-se apenas de um número, já que foi preciso estabelecer um critério, mas no atual contexto da sociedade temos que considerar outras variáveis, como meio ambiente, condições de vida, aspectos hereditários e condições da saúde pública. Acrescentamos a essas variáveis o acesso às tecnologias, o grau de escolaridade e a renda da pessoa idosa, que influenciam seu acesso ao conforto, suas perspectivas e seu conceito de dignidade (que é de conteúdo, em grande medida, subjetivo).

Impende considerar o envelhecimento ativo não apenas como mais uma opção de envelhecer saudavelmente, mas como necessidade das pessoas idosas, que se tornam uma fatia significativa da população, posto que cada vez mais numerosa, e que, compreendendo seu lugar e seu papel de cidadão, não pode mais se acomodar, aceitando passivamente a exclusão social em razão da idade. As pessoas idosas passam por um processo de ressignificação, reescrevem sua história permeada pela superação e determinação para seguir em frente, apesar das dificuldades existentes no complexo processo de envelhecimento. As pessoas idosas deste século não se conformam a permanecerem à margem da sociedade simplesmente aguardando o fim, pois são sujeitos de direito, cidadãos ativos em relação ao exercício da cidadania, participativos e atuantes na família, na sociedade e, inclusive, nas redes sociais digitais, tais como Instagram, Facebook, Twitter, WhatsApp e outros aplicativos hoje indispensáveis à integração e inclusão da pessoa idosa na sociedade.

Considerações finais

O envelhecimento é uma incógnita do ponto de vista do futuro da humanidade, mas é certo que as pessoas se lançam a cada dia a serem autônomas, viverem com qualidade e buscarem realizações mesmo na fase senil. Aliás,

é importante que frisemos o fato de que senilidade não há de significar incapacidade. Ao contrário, precisamos valorizar de forma progressiva as contribuições que as pessoas idosas nos trazem, o seu legado de ricas vivências há de ser um fator importante para as novas gerações.

Há muito já estudado, mas ainda existe um verdadeiro oceano a ser conhecido, sondado e explorado: em dimensão, profundidade e multiplicidade de facetas acerca das pessoas idosas, suas necessidades, expectativas, possibilidades e ainda em relação às políticas públicas que lhes dizem respeito. Por isso, a pessoa idosa na perspectiva da Bioética deste milênio há de contar com possibilidades nunca antes oferecidas, experimentando a oportunidade de se expandir, pois todas as normas protetivas e regulamentadoras dos direitos da pessoa idosa convergem para a proteção, o cuidado, a qualidade de vida e a promoção da dignidade da pessoa idosa.

Todos nós somos corresponsáveis, não havendo nessa situação a possibilidade de nenhum cidadão cruzar os braços e deixar de participar desse movimento de valorização da pessoa idosa, pois a nossa história se constrói a partir da soma daqueles que vieram antes de nós. Além disso, que legado deixaremos às gerações futuras? Omissão e estagnação? Ou solidariedade e precaução para com as pessoas idosas, reconhecendo a vulnerabilidade que lhes é própria da idade e dos desafios que já venceram? Ergamos as mãos!

Referências

- BAPTISTA, Rodrigo. Estatuto da Pessoa Idosa: lei é rebatizada para garantir inclusão. **Senado notícias**, 25 jul. 2022. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/07/25/estatuto-da-pessoa-idosa-lei-e-rebatizada-para-garantir-inclusao>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- BOECHAT, Norberto Seródio. **Setenta anos, comemoração**. Niterói: Parthenon Centro de Arte e Cultura, 2021.
- BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741. Acesso em 12ago2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 14.423, de 22 de julho de 2022.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília: Diário Oficial da União, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em 12 ago. 2022.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido.** 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HAVE, Henk ten. Vulnerability as the Antidote to Neoliberalism. **Revista Redbioética/UNESCO**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art9-tenHave-A5V1N9-2014.pdf>. Acesso em: 08 set. 2022.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa.** Versão 3.0. São Paulo: Objetiva, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

PESSINI, Leo. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**, Santa Maria, ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf_1. Acesso em: 20 abr. 2020.

PESSINI, Leo *et al.* **Bioética em tempos de globalização.** São Paulo: Loyola, 2015.

ROBLES, Moyana Mariano; CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. Efetividade dos direitos do hemofílico e de sua família. **Revista Brasileira de Direitos Humanos**, n. 30, p. 29-50, jul./set. 2019.

Notas de fim

1 Doutora e Mestre em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes) concluído. Estágio Pós-doutoral em Direito (PUC-Minas) em andamento. Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). Professora dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>.

2. Depressão no idoso: cuidando da saúde mental

Lais Soliño Francisco de Abreu Dantas¹

Lillian Corrêa Meira²

Juliana da Conceição Sampaio Lóss³

“Envelhecer

Antes todos os caminhos iam, agora todos os caminhos vêm.

A casa é acolhedora, os livros poucos e eu mesmo preparo o chá para os fantasmas.”

(Mario Quintana, 2015)

Considerações iniciais

O envelhecimento é uma etapa natural e irreversível na vida do ser humano, na qual ocorrerão muitas modificações físicas, sociais e mentais. Diante dessas transformações, torna-se necessário maior atenção e cuidado estratégico com os idosos que são sujeitos considerados vulneráveis.

Concomitante ao crescimento do envelhecimento populacional, ocorrem modificações importantes que impactam na qualidade de vida dos idosos, como, por exemplo, problemas relacionados a saúde mental. Dentre os transtornos mentais que mais afetam a terceira idade, a depressão se faz presente. Na grande maioria das vezes, esse transtorno está aliado a perda da autonomia do idoso e ao isolamento social, que conseqüentemente diminui a qualidade de vida. É fundamental avaliar o contexto de vida de cada idoso, pois a etiologia da depressão etiologia é multifatorial.

No ano de 2016, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) informou em suas pesquisas que mais de 40% dos idosos institucionalizados adquirem depressão. No Brasil, dados epidemiológicos indicam que 5,8% da população brasileira apresentam quadro de depressão.

Nesse ínterim, surge o seguinte questionamento: como está a saúde mental dos idosos diagnosticados com depressão e como cuidam da saúde mental. Ao refletir sobre tais questões, é possível verificar que há a necessidade de buscar alternativas e estratégias que possibilitem o cuidado em saúde mental para a população idosa, ademais proporcionar qualidade de vida aos idosos deve ser preconizado pelas políticas públicas de saúde e todos os envolvidos com pessoas idosas.

Diante do exposto acima, mister se faz um atendimento individualizado para cada idoso, com objetivo de realizar um diagnóstico precoce que tenha a finalidade de proporcionar um envelhecimento com qualidade ao paciente, ressaltando a importância dos sinais e sintomas, fatores de risco e tratamento farmacológico e não farmacológico na depressão.

No tocante à metodologia, trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, uma revisão de literatura, utilizando as bases de dados como Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e documentos eletrônicos. O capítulo elucida a depressão no idoso, a etiologia do transtorno, aduz sobre a importância dos sinais e sintomas, bem como do tratamento farmacológico e não farmacológico. Elucida importantes aspectos dos fatores que contribuem para o risco de depressão e o impacto sobre a qualidade de vida dos idosos.

Depressão no idoso: etiologia, sinais e sintomas

A transição demográfica demonstra as taxas de natalidade, mortalidade e fecundidade, e atualmente no Brasil pode-se perceber uma diminuição na taxa de mortalidade, ocasionada pelos avanços tecnológicos, científicos, melhorias sociais, na área da saúde e saneamento. Com isso, verifica-se um aumento progressivo da população idosa e consequentemente aumenta a demanda de cuidados e preocupação com essa parcela da população (OLIVEIRA, 2019).

O Brasil tem registrado ao longo do tempo uma redução na taxa de natalidade e uma queda na taxa de mortalidade. Esses eventos, ocorrendo de forma adjunta, estimulam o processo de envelhecimento populacional brasileiro. Então, esta pirâmide etária nos mostra um expressivo aumento no número de pessoas com 60 anos ou mais (OLIVEIRA, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2015 a 2050 o percentual da população mundial com idade igual ou acima de 60 anos irá dobrar, subindo de 12% para 22%, totalizando aproximadamente 2 bilhões de pessoas (WHO, 2015). No Brasil, estima-se que 33,7% da população será representada por indivíduos com 60 anos ou mais, conforme informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

Diante desse cenário, a rede de assistência à saúde no Brasil necessitará de mudanças em seus atendimentos, uma vez que era mais voltada à criança. Com o envelhecimento da população, verifica-se um aumento de doenças crônicas não-transmissíveis, tendo destaque as doenças osteomioarticulares, metabólicas, cardiorrespiratórias e neoplasias (BARRETO *et al.*, 2009).

Percebe-se então que com o avançar da idade, ocorrem transformações no corpo e mente deste indivíduo, mudanças drásticas que muitas vezes são de difícil adaptação. Essas mudanças envolvem a área cognitiva, motora, psicológica e emocional. Dessa forma, destaca-se a depressão como o transtorno mais frequente encontrado nos idosos (KOCH *et al.*, 2013).

A depressão é um transtorno do humor, um distúrbio da área afetiva, ocasionando grandes mudanças físicas e mentais no paciente. De acordo com a OMS (2017), os principais sintomas apresentados por uma pessoa com depressão são: tristeza, perda de apetite, baixa autoestima, perda de prazer, cansaço e sono. No entanto, muitos desses sintomas são confundidos com o processo natural do envelhecimento, fazendo com que muitos idosos não sejam diagnosticados com a doença. De acordo com Sousa *et al.* (2017), aproximadamente 50% dos idosos não são diagnosticados com depressão pelos profissionais de saúde.

Freitas e Soares (2019) mencionam que a etiologia no idoso é compreendido por uma complexa interação de fatores, que são: sociais, fisiológicos e psicológicos. Corroborando a esse pensamento, de acordo com Wagner (2015), fatores mais importantes para a depressão em idades mais avançadas estão relacionados a morbidade e fragilidade dos idosos. A depressão,

além de ser uma doença, pode se tornar um fator de risco para agravamento de outras, como a utilização de drogas e álcool. É de suma importância que os profissionais de saúde identifiquem estes pacientes, com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida, promoção da saúde e retardamento de doenças (FRADE, 2015).

Compreendendo o tratamento farmacológico e não farmacológico

Os indivíduos com confirmação de Transtorno Depressivo Maior devem receber algum tipo de tratamento, seja por via medicamentosa, por psicoterapia ou atividades complementares, como os exercícios físicos. A associação dessas intervenções aumenta consideravelmente a eficácia do tratamento, diminuindo os riscos de recaída e evitando graves consequências que a doença pode gerar. O tratamento consiste em uma duração mínima entre seis e nove meses para os casos de primeiro evento, dois a quatro anos para o segundo e considerar um tratamento contínuo para os casos de segundo episódio grave ou para os casos de recorrência (PARADELA, 2011).

O tratamento farmacológico da depressão suprimir, assim como a psicoterapia e a atividade física, tem o objetivo de diminuir o sofrimento psíquico, reduzir o risco de suicídio, garantir qualidade de vida a esse paciente e melhorar o estado geral dessas pessoas idosas. A depressão não tratada gera um sofrimento maior a eles, além de colocar sua própria vida em risco (PARADELA, 2011).

A farmacoterapia é dada pelo uso de antidepressivo. Evoluiu ao longo dos anos, e desde a introdução dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) no comércio, que ocorreu entre 1980 e 1990, houve predileção por esses medicamentos. Esses fármacos são metabolizados por isoenzimas do citocromo P450 — isso significa que há a possibilidade de aumentar interações medicamentosas com outros fármacos metabolizados pela mesma via — assim, apresentam menor risco de reações quando se compara a outros antidepressivos anteriormente disponíveis na atenção primária da saúde, como os tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase (WAGNER, 2015).

O uso de ISRS firmou e consolidou-se como primeira escolha para o tratamento dos pacientes idosos devido as variações entre as doses, poucos efeitos adversos e por conta da duração dos tratamentos. Os princípios ativos nessa

linha de base são: o cloridrato de sertralina, o escitalopram e venlafaxina, no entanto o cloridrato de fluoxetina é o mais utilizado (WAGNER, 2015).

Os antidepressivos tricíclicos (ADT), como a nortriptilina, imipramina e amitriptilina são adequados para as pessoas idosas com depressão e insônia, além de serem analgésicos, aumentam o apetite e melhoram a incontinência urinária de urgência, porém devem ser prescritos com cautela por causarem confusão mental, hipotensão postural, constipação intestinal, atividade pró-arrítmica, retenção urinária e diminuição do limiar convulsivo. Vale ressaltar que não deve ser administrado após Infarto Agudo do Miocárdio – IAM (PARADELA, 2011).

Os inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN) como a venlafaxina, a mirtazapina e a duloxetina têm sido utilizados apesar do alto custo, no entanto estudos demonstraram que a eficácia desses novos antidepressivos não é maior que os ADT ou ISRS (PARADELA, 2011).

Com base no tratamento não farmacológico, tem-se potencial importância a atividade física, a qual apresenta influência nos mecanismos biológicos, melhorando o humor e aumentando o volume cerebral e de substância cinzenta, com isso, ocorre uma alteração no declínio cognitivo decorrente do envelhecimento (CASTRO, 2016). Alguns estudos demonstraram que a prática de atividades aeróbicas e de resistência tem efeitos na cognição e memória devido a melhoria da funcionalidade das vias envolvidas nas emoções e humor, do aumento da proliferação celular, neuronal e vascular no hipocampo, concomitante ao aumento dos neurotransmissores e aumento da conectividade funcional das diferentes áreas do cérebro (CASTRO, 2016).

Nota-se uma significativa melhora no bem estar e humor das pessoas idosas que praticam alguma atividade estimulante, pois há estimulação dos opioides endógenos. Os níveis de endorfina elevam-se à medida que é praticado o exercício, tendo como resultado um efeito potencializador do humor e redutor da ansiedade (CASTRO, 2016).

A psicoterapia tem como objetivo melhorar as relações interpessoais desses pacientes, trabalhar melhor as emoções e permitir que o doente fale sobre suas preocupações e angústias. Na terapia, aborda-se os sentimentos de solidão, abandono e até mesmo sobre a morte, isso em um ambiente de confiança em que o paciente se sinta seguro e livre de juízos de valor e discriminação. Pode ser utilizada como tratamento inicial

na depressão, principalmente naqueles idosos que mostram alguma resistência ao uso de antidepressivos, e também pode ser associada a farmacoterapia daqueles que aceitam a doença e procuram por tratamento por conta própria (PINTO, 2020).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada a mais eficaz no tratamento da depressão maior no idoso, e possui dois componentes: uma reestruturação cognitiva, em que o paciente é orientado na identificação de crenças negativas e distorcidas que tem envolvido a depressão no indivíduo, logo o profissional o ajuda a analisar esses pensamentos de forma realista e racional, o que leva a uma mudança de perspectiva acerca da sua doença, de si mesmo e do ambiente psicossocial que convive. E o outro componente comportamental em que o paciente é ensinado a desenvolver competências de comunicação e de controle de emoções, sendo incentivada a realização de atividades que lhe trazem prazer e relaxamento (PINTO, 2020).

Fatores de risco e qualidade de vida

Fatores de risco são condições e problemas que elevam a chance de um indivíduo desenvolver determinada doença. Alguns fatores de risco para os transtornos depressivos são idade avançada, patologias crônicas, falta de vínculos, suporte social e ansiedade. Eventos estressantes ao longo da vida, perdas importantes, dores crônicas e solidão são situações que desencadeiam e aumentam os sintomas da doença (PARADELA, 2011).

Dentro dos fatores de risco para desenvolver a depressão, destacam-se principalmente a população feminina, relação matrimonial, eventos socioeconômicos e moradia, baixa escolaridade, relação com a própria personalidade, distúrbios do sono, declínio cognitivo, restrições funcionais e outras comorbidades associadas ao quadro. Observa-se que o cuidado em saúde abrange os aspectos biológicos do paciente, concomitante a sua complexidade biopsicossocial, os serviços de saúde obtêm uma posição privilegiada no cuidado ao paciente idoso, considerando o funcionamento de porta de entrada e atuação direta com a comunidade que a atenção primária oferece (SOUSA *et al.*, 2017).

É um desafio para a saúde pública e privada a prevenção e retardamento desses transtornos devido a manutenção da saúde, dependência e mobi-

lidade dos idosos, interferindo na qualidade de vida desses pacientes tanto em âmbito físico quanto mental. Portanto, a busca por ampliação e aperfeiçoamento do Programa de Saúde de Família e Comunidade é fundamental, a qualificação dos profissionais é considerada essencial para o cuidado e melhora desses indivíduos, desde que haja esforço dos mesmos e comprometimento dos profissionais (SOUSA *et al.*, 2017).

Qualidade de vida é um termo utilizado de duas maneiras: na linguagem cotidiana por pessoas de uma forma geral, jornalistas, políticos e profissionais das diferentes áreas, e também no contexto de pesquisas, diferentes campos do saber, como a economia e a educação, na medicina, enfermagem e psicologia (SEIDL; ZANNON, 2004).

Dentro da área da saúde, o interesse pela qualidade de vida decorre dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do próprio setor da atenção primária. Os determinantes do processo de saúde e doença têm inúmeros fatores associados, além da complexidade. Sendo assim, entende-se que saúde e doença são processos relacionados aos eventos socioeconômicos e socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. A melhoria da qualidade de vida passou a ser uma das consequências esperadas tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas no setor da promoção da saúde e prevenção desses transtornos mentais (SEIDL; ZANNON, 2004).

O avanço da melhoria do perfil morbimortalidade, tratamento e controle dessas doenças tem motivado o aumento da sobrevida e vida longa dos idosos que foram acometidos por certos agravos originados dessa enfermidade ou de um conjunto de outras morbidades. Considera-se esse quadro uma tendência universal, principalmente nos países em desenvolvimento, indicando o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Considerações finais

No remate deste capítulo, observou-se o envelhecimento da população e a importância de identificar no paciente idoso os sinais e sintomas de depressão em tempo oportuno, de forma que esse paciente receba o tratamento adequado possibilitando melhora na qualidade de vida. Torna-se fundamental o papel de todos os setores da saúde, profissionais e familiares em identificar onde es-

tão esses idosos, uma vez que muitos moram sozinhos ou possuem alguma mobilidade física, os impedindo assim de procurar um atendimento adequado.

Aclama-se, portanto, a essencialidade de buscar esses pacientes, pois é uma população na qual ocorreram muitas transformações, tanto físicas quanto na saúde mental, além de modificações sociais. Atuar no real motivo que ocasionou o transtorno depressivo no idoso determinará o tratamento e consequentemente um envelhecimento com qualidade de vida.

Sendo assim, é fundamental que os familiares, junto com uma equipe multidisciplinar, atuem em prol deste público, fornecendo um ambiente acolhedor e confiável para que o mesmo adquira e pratique o melhor tratamento indicado para sua sintomatologia, diminuindo a morbimortalidade e aumentando a sua sobrevivência e qualidade de vida.

Referências

- BARRETO, M. L., *et al.* O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 407-416. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/12917>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- CASTRO, C. S. O. **Exercício físico e depressão no idoso**. 2016. 26 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Curso de Medicina, Área Científica de Geriatria, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.
- FRADE, João *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de enfermagem referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, p. 41-49, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974004.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.
- FREITAS, F. F. Q.; SOARES, S. M. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. **Rev Rene**, v. 20, e39746, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41810/1/2019_art_ffqfreitas.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em: 18 mai. 2022.

- KOCH, R. F. *et al.* Depressão na percepção de idosos de grupos de convivência. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5574-5582, set. 2013. Disponível em: [10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201327](https://doi.org/10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201327). Acesso em: 18 mai. 2022.
- OLIVEIRA, A. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 32, p. 69-79, jun. 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>. Acesso em: 18 mai. 2022.
- PARADELA, Emylucy. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, [s. l.], v. 10, n. 2, dez. 2011. ISSN 1983-2567. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>. Acesso em: 08 jul. 2022.
- PINTO, M. T. D. S. **Depressão no Idoso e Hábitos de Vida Saudáveis**. 2020. 28 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)–Curso de Medicina, Área Específica de Geriatria, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2020. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/97624?locale=pt>. Acesso em: 08 jul. 2022
- QUINTANA, M. **Melhores poemas Mario Quintana**. 1 ed. São Paulo: Global, 2015.
- ROSA, A. *et al.* Depressão na terceira idade. In: I e II Seminário de Produção Científica do Curso de Psicologia da Unievangélica. Goiás, 2019. **Anais** [...] Universidade Evangélica de Goiás, Goiás, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1122>. Acesso em: 18 mai. 2022.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.]. 2004, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>. Acesso em: 21 jul. 2022.
- SOUSA, K. A., *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **REME – Rev Min Enferm.**, [s. l.], v. 21, e-1018, 2017. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1154>. Acesso em: 08 jul. 2022.
- WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além de cloridrato de fluoxetina. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 49, n. 20, p. 1-5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005835>. Acesso em: 21 abr. 2022
- WHO – World Health Organization. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6. Acesso em: 01 mai. 2022.
- WHO – World Health Organization *et al.* **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. OMS, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1>. Acesso em: 25 mai. 2022.

Notas de fim

- 1 Mestranda em cognição e linguagem. Acadêmica de Medicina–Faculdade Metropolitana São Carlos.
- 2 Acadêmica de Medicina–Universidade Iguazu – UNIG Campus V.
- 3 Doutora em Psicologia (UCES), Mestra em Cognição e Linguagem (UENF), Pós-Graduada em Psiquiatria (UCL), Pós-Graduada em Neurociências (UNIG), Pós-Graduada em Terapia Cognitivo Comportamental (CAPACITAR), Pós-Graduada em Psicologia da saúde e hospitalar, Pós-Graduada em Terapia Familiar, Pós-Graduada em psicopedagogia, Psicóloga e Pedagoga.

3. Longevidade e a busca pelo envelhecimento saudável

Christiane de Campos Vieira¹

Luana Rubia Pereira Picanço²

Fabio Luiz Fully Teixeira³

Se o tempo envelhecer o seu corpo, mas não envelhecer a sua emoção, você será sempre feliz.

(Augusto Cury)

Considerações iniciais

Os estudos sobre a evolução do envelhecimento são negligenciados e obscuros, assim como os mecanismos que envolvem a gênese e seus efeitos sobre as doenças. O mundo vivencia uma perspectiva e uma realidade de um aumento gradativo relacionado ao índice de envelhecimento da população. No Brasil, esse aspecto não é diferente. Com isso, alguns fatores mostram-se decisivos nesse processo, como as melhorias na saúde e qualidade de vida. Esses fatores irão desencadear em impactos positivos em relação à média de vida das pessoas, e em aspectos negativos quanto aos efeitos na economia de um país.

É indubitável que o crescimento gradativo da população idosa ocorre de forma global. O crescente número da população idosa é decorrente do declínio da taxa de fecundidade e não somente da queda nas taxas de mortalidade. Entretanto, para que se tenha um aumento gradativo de pessoas na terceira idade, faz-se necessário que o número de nascimentos sejam reduzidos, o que denota um declive na taxa de fecundidade.

Uma visão mundial perante o envelhecimento da população

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida está vinculada à saúde considerando a percepção que o indivíduo possui sobre a sua posição na vida, inserido em um contexto cultural e de valores, respeitando suas expectativas, padrões e preocupações. Nesse sentido, determinaram que fatores como o enfraquecimento, a incapacidade e a deficiência teriam uma correlação significativamente inversa com o nível de qualidade de vida de um indivíduo. Salienta ainda, que as alterações funcionais ocorridas com os idosos, associadas a doenças crônicas não transmissíveis, têm tornado os gerontes mais dependentes, isto é, menos autônomos (MORAES *et al.*, 2020).

Assim, os idosos que não conseguem manter sua autonomia funcional nas atividades da vida diária (AVD), tem sua qualidade de vida comprometida. Consequentemente, esta perda de autonomia funcional se reflete em uma imagem corporal e autoestima baixa, interferindo de forma negativa na qualidade de vida. A hereditariedade define o potencial de crescimento, aptidões e longevidade, os quais são tidos como fatores individuais e imutáveis do ponto de vista biológico. Já as características alimentares, postura frente a situações de estresse e o nível de atividade física são fatores relacionados ao estilo de vida, sendo, portanto, modificáveis. Esses conjuntos de fatores são tomados como elementos que podem alterar a qualidade de vida dos indivíduos na velhice. Determinados indicadores são apontados em diversas pesquisas como condicionantes que podem influenciar situações de desenvolvimento de um envelhecimento bem-sucedido (MORAES *et al.*, 2020).

Quanto à velhice no século XX, são tecidas considerações sobre a terceira e a quarta idades; a história da velhice e a recente preocupação acadêmica para obter conhecimento geriátrico e gerontológico, como disciplina e como ciência do envelhecimento. Depois de uma ampla explicação conceitual desse século, questionam-se as perspectivas para o século XXI: será a era da incompletude crônica da mente e do corpo (PESSANHA; DO CARMO SILVA; CABRAL, 2016).

A epidemiologia do envelhecimento revela dados da transição demográfica e epidemiológica, bem como ampla descrição sobre as diferenças do Índice do Desenvolvimento Humano entre países e entre as regiões do Brasil. A descrição sobre o perfil dos centenários e supercentenários demonstra que a OMS prevê que essa população chegue a três milhões até 2050. Pessanha, do Carmo

Silva e Cabral (2016), a partir de um levantamento exaustivo na literatura, mostram a relação entre a dependência, a longevidade e os múltiplos fatores que são determinantes para tais condições. Como exemplo, pode-se relatar as abordagens fisioterápicas que denotam a incontinência urinária e sua relação com o declínio fisiológico; a fisioterapia motora e pulmonar, com o potencial de amenizar as limitações e promover cuidados para lidar com os idosos, e um programa de reabilitação que favorece a qualidade de vida e a prevenção de agravos (PESSANHA; DO CARMO SILVA; CABRAL, 2016).

O manejo clínico do “grande idoso” hospitalizado tem por base os aspectos que definem suas condições de saúde, considerando o tempo e as causas de internação, reinternação e a avaliação funcional e nutricional. Após a alta hospitalar, os cuidados devem manter as condições de saúde, segurança e qualidade de vida. Para uma transição eficaz, é necessário que haja um alinhamento entre os cuidados hospitalares e o seguimento pós-alta, baseado na comunicação entre equipe de saúde e cuidadores (PESSANHA; DO CARMO SILVA; CABRAL, 2016).

Os estudos epidemiológicos apresentam limitações para a investigação dos fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral. A correlação clínico patológica é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer (DA), identificando os casos de DA em fase pré-clínica. Ainda há controvérsias acerca da existência de um limiar neuropatológico separando o envelhecimento normal da DA ou se há constituição de uma reserva cognitiva que protegeria idosos contra os achados cerebrais desta doença. Este estudo visa investigar os mecanismos do processo de envelhecimento cerebral através da busca de fatores associados ao processo natural de envelhecimento, DA pré-clínica e demência causada por DA (PESSANHA; DO CARMO SILVA; CABRAL, 2016).

Senilidade X Senescência

Quando remetemos os termos senilidade e senescência, apesar de ambos serem relacionados ao envelhecimento, existe uma diferença na conceituação e na forma de se aplicar esses termos. Assim, são quadros com impactos diferentes sobre a saúde (LACERDA, 2019). A senescência abrange todas as alterações que ocorrem no organismo humano com o transcorrer do tempo e

que não configuram doenças. São, portanto, as alterações decorrentes de processos fisiológicos do envelhecimento. Entre os exemplos de senescência temos: o aparecimento de cabelos brancos ou a queda deles, a perda de flexibilidade da pele e o aparecimento de rugas, a redução da estatura e a perda de massa muscular etc. São fatores que não provocam o encurtamento da vida.

A morte é um desfecho natural. A senilidade, por sua vez, é um complemento da senescência no fenômeno do envelhecimento. Sob o olhar da geriatria, a senilidade é definida como as condições que acometem o indivíduo no decorrer da vida devido a mecanismos fisiopatológicos. São alterações decorrentes de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, insuficiência renal e cardíaca, doença pulmonar crônica e outras), de interferências ambientais e de medicamentos, e que podem comprometer a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas, mas não são comuns a todas elas em uma mesma faixa etária.

Essas alterações não são normais do envelhecimento. Por isso, é importante que o idoso seja avaliado por um geriatra para diferenciar as condições de senescência e de senilidade. Por exemplo, alguns lapsos de memória são frequentes com o avanço da idade e são parte da senescência. No entanto, há alterações de memória que causam prejuízo funcional e que são características de doenças como o Alzheimer e, nesse caso, configuram um quadro de senilidade. Obviamente, todos gostariam de chegar à velhice com apenas alterações de senescência.

Desde o nascimento, sofremos interferências ambientais e genéticas, e ao longo da vida assumimos escolhas que vão interferir no processo de envelhecimento. Algumas orientações para um estilo de vida saudável que podem impactar de forma positiva no envelhecimento, como: Nutrição adequada ao longo da vida; Atividade física regular; Relacionamento social presente, evitando o isolamento e Controle de doenças crônicas contribuirão para a promoção de um envelhecimento saudável, prevenindo a senilidade e favorecendo a evolução natural da senescência até o desfecho inevitável, que é a morte (LACERDA, 2019).

O crescente número de pessoa idosa no século XXI e a adequação da sociedade perante esse público

A população idosa cresce vertiginosamente no país, que adota o conceito de pessoa idosa da Organização Mundial da Saúde como o indivíduo de 60 anos de idade ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento. Em 1920, a esperança de vida era de apenas 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total do país. Com esse perfil, o Brasil tinha para cada 100 crianças (0 a 14 anos) aproximadamente 11 idosos. As estimativas populacionais realizadas pelo IBGE apontam para uma participação de aproximadamente 23,8% do contingente populacional na década de 40 do século XXI. Com o aumento do número de pessoa idosa em relação à população jovem, estima-se a inversão da relação, e estima-se 153 pessoas idosas para cada 100 menores de 15 anos.

As mudanças ocorridas nas taxas de natalidade e mortalidade, passando de elevadas para reduzidas taxas, trouxeram ao debate da transição demográfica as importantes mudanças nas estruturas populacionais. Essas alterações têm ocorrido rapidamente, “exigindo um ajuste rápido e adequado que não se realizará sem a intervenção do Estado através de políticas públicas fundamentais” (VASCONCELOS, 2012, p. 339).

O país envelhece a passos largos. As alterações na estrutura populacional são claras e irreversíveis. Desde a década de 1940, é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento populacional. Esse crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (VASCONCELOS, 2012).

Ao contrário do que ocorreu em muitos países desenvolvidos, no Brasil, como observado, esse envelhecimento tem sido muito rápido. Nas entrevistas realizadas, observa-se que o país não está preparado para responder às necessidades decorrente do envelhecimento populacional (VASCONCELOS, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, e também um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade. No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto,

apesar de na maioria das vezes serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades (VASCONCELOS, 2012).

Em seu relatório sobre o envelhecimento no século XXI, o Fundo de População das Nações Unidas destacou que embora muitos países tenham realizado importantes avanços na adaptação das suas políticas e leis, é necessário direcionar mais esforços para assegurar que pessoas mais velhas possam alcançar seu potencial. O número de pessoas idosas cresceu em 40,3% entre os anos de 2002 e 2012. No mesmo período, o número de benefícios ativos, excetuando-se as pensões concedidas pelo Ministério da Previdência, ampliou em 55,3%.

Esse cenário de rápido envelhecimento vem gerando considerável pressão sobre a previdência, que havia sido organizada para atender a uma demanda representada pelo aumento do emprego assalariado e pela brevidade do período da aposentadoria. As mudanças ocorridas na estrutura demográfica acabaram por aumentar a pressão sobre os sistemas de proteção social, principalmente em virtude da queda da relação entre o número da população que contribui e o aumento crescente daqueles que se aposentam (VASCONCELOS, 2012). É imprescindível reestruturar o sistema previdenciário a fim de assegurar a sua sustentabilidade, em virtude do aumento da população beneficiária e do envelhecimento e redução da força de trabalho (VASCONCELOS, 2012).

Em 2010, como estudado, existiam no país 20,5 milhões de idosos, aproximadamente 39 para cada grupo de 100 jovens. Estimam-se para 2040 mais que o dobro, representando 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens. Essa nova realidade demográfica, com um número cada vez maior de idosos, exige também do sistema de saúde capacidade para responder às demandas atuais e futuras. Enfrentar o desafio do envelhecimento é urgente. O país já tem um importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados que será reflexo do planejamento e das prioridades atuais das políticas públicas sociais.

É, portanto, mister que essas políticas tenham intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável. O país precisa não somente reorganizar os níveis de cuidado para atender às necessidades, mas também inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento (VASCONCELOS, 2012).

Com o envelhecimento da população e a menor relação entre população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte à pessoa idosa e carente de estruturas de apoio para essa população, a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência à população idosa. O Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades, garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida. Este é o desafio para a sociedade e para o Estado nas próximas décadas (VASCONCELOS, 2012).

Considerações finais

Deste modo, o desafio do envelhecimento é urgente. O país já tem um importante percentual de pessoas idosas, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados e sendo reflexo do planejamento e das prioridades atuais das políticas públicas sociais. É necessário que essas políticas tenham intervenções integradas, assegurando o cuidado às doenças crônicas, fortalecendo os setores de saúde, em que irão suprir-se de profissionais qualificados e equipamentos que contribuirão para a promoção do envelhecimento saudável. O país precisa não somente reorganizar os níveis de cuidado para atender às necessidades, mas também inovar e basear-se nas experiências vivenciadas por outros países mediante o processo do envelhecimento.

Com o envelhecimento e a menor relação entre população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte à pessoa idosa e carente de estruturas de apoio para essa comunidade a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência para este público.. Porém, o estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, assim como para o monitoramento das suas atividades. Uma vez estabelecendo essa cadeia de uma equipe multidisciplinar com o apoio do governo de cada estado, promovendo uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida. Este é o desafio para a sociedade e para o Estado nas próximas décadas.

Referências

- LACERDA, J. S. Qual a diferença entre a senilidade e senescência no âmbito da Geriatria. **Projeto Cuidar**: Geriatria Goiânia, 2019. *Online*. Disponível em: <https://geriatriagoiania.com.br/qual-a-diferenca-entre-a-senilidade-e-senescencia-no-ambito-da-geriatria/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Econ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/D83jm8Qvy7tZfdYNp-FJZqXr/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Essa%20redu%C3%A7%C3%A3o%20aconteceu%20com%20um,a.a.%20do%20n%C3%BAmero%20de%20fam%C3%ADlias>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- MORAES, Victoria Arrifano *et al.* Homeopatia na Senescência/Senilidade: Modelo experimental/Homeopathy in Senescence/Senility: Experimental Model. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 40907-40923, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/12249>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- PESSANHA, Anysia Carla Lamão; DO CARMO SILVA, Pâmella; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. Longevidade e qualidade de vida do idoso. **Múltiplos Acessos**, v. 1, n. 1, p. 1-12, dez. 2016. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/1>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003. Acesso em: 30 ago. 2022.

Notas de fim

- 1 Enfermeira, Acadêmica de Medicina UNIG.
- 2 Advogada, Acadêmica de Medicina UNIG.
- 3 Médico, coordenador do Curso de extensão, medicina UNIG.

4. A promoção do autocuidado na senilidade à luz dos princípios cristãos

Flávia Teixeira Silva Pires¹
Aline Souza Tinoco Gomes de Melo²
Carlos Henrique Medeiros de Souza³

“Levantem-se na presença dos idosos, honrem os anciãos, temam o seu Deus. Eu sou o SENHOR.”

(Lev., c19- v32).

Considerações iniciais

Analisar a influência que a religião cristã exerce na promoção do autocuidado durante o envelhecimento é de fundamental importância, considerando que as pessoas idosas vivenciam por vezes um contexto conturbado, seja em decorrência das limitações próprias da idade, seja porque estão abandonadas por seus familiares, vítimas de violência, ou porque estão adoecidas emocionalmente sem informações básicas sobre os cuidados com a saúde, vivenciando depressão, solidão e demais enfermidades. Em decorrência desses fatos, não conseguem vislumbrar uma experiência da senilidade sadia.

Neste sentido, tem-se como um fator de ajuda neste processo às influências promovidas pela religião cristã a qual representa no Brasil o segmento religioso preponderante, segundo os dados do IBGE de 2010, possuindo entre os segmentos mais expressivos da população sob a profissão de fé Católica Apostólica Romana e da fé evangélico-protestante.

A religião promove engajamento nas relações interpessoais no que se referem ao respeito pelas diferenças, maior gerenciamento das emoções evitando conflitos, aumento do processo criativo e da produtividade nos

ambientes organizacionais e a melhora no processo de ensino-aprendizagem nos ambientes educacionais.

É importante constatar que nessa etapa do ciclo humano, que é a terceira idade, o indivíduo pode sofrer de forma mais acentuada, seja porque já passou por todas as fases da vida sem o devido autocuidado, o que gera adoecimento e menor qualidade de vida, seja porque quando carece de cuidados de terceiros não encontra apoio ou mesmo por desconhecimento dos cuidados básicos e necessários para alcançar uma vida equilibrada.

A religião cristã pode influenciar o processo de envelhecimento na perspectiva do autocuidado praticado durante todo esse transcurso, principalmente na terceira idade, que inclusive já retrata a maioria no topo da pirâmide etária, trazendo maior qualidade de vida com o despertar para o cuidado da saúde física e das demais áreas, proporcionando bem-estar e interação com outras pessoas, numa vida social que trará contentamento

O atual panorama da senilidade

O envelhecimento que já é abordado em diversas áreas e estudos, como histórico, filosófico, antropológico, médico, jurídico, psicológico entre outros, como parte fundamental da vida humana, torna-se no tempo contemporâneo uma etapa vital que desperta atenção como algo novo, que precisa ser estudado com mais afinco e sensibilidade (EIZIRIK; BASSOLS, 2013).

O marco da institucionalização do tema envelhecimento humano ocorreu em 1938, na cidade de Kiev, na Ucrânia, durante o I Congresso Internacional de Gerontologia o qual reuniu diferentes estudiosos para debater sobre sua importância. Já na década de 1940, surgiram as primeiras Sociedades Científicas pela Europa sinalizando também o interesse tanto pelo tema do envelhecimento humano quanto pela perspectiva de vida na senilidade (NERI, 1995).

Assim, considera-se a velhice como a “terceira idade” do indivíduo, sendo a infância sua primeira e a fase adulta a segunda. Nos últimos anos, com os avanços e o aumento da expectativa de vida, tem-se falado em “quarta idade”, a qual seria um período difícil de determinar, pois não perpassa o critério cronológico (CALDAS, 2003).

Em contrapartida, em uma perceptiva transdisciplinar, o conceito de ser pessoa idosa é assim apresentado:

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política (SÁ, 2006, p. 1120).

Assim, em consonância com a autora, o processo de envelhecimento da pessoa idosa considerada o sujeito do seu espaço e tempo deve ser compreendido naturalmente, de forma que leve o ciclo vital de maneira serena, entendendo que terá dias ruins e dias bons, dias em que poderá ser acometido por alguma doença e no outro estar em perfeito estado de saúde, continuando com sua rotina, contatos com familiares, amigos e outros.

A prática do autocuidado está fundamentada no fato do indivíduo ser capaz de pensar e cuidar de si mesmo, relacionando-se nos diversos ambientes. No entanto, quando isso se torna impossível por algum fator, faz-se necessário o auxílio de familiares, do governo e da sociedade, e também pode-se pensar no cuidado vindo de comunidades religiosas.

Toda a sociedade precisa se envolver e ser conscientizada da necessidade de autocuidado da pessoa idosa, principalmente em um país de diversidade cultural, grande desigualdade social e em constante aumento dessa faixa etária como é o caso do Brasil, uma vez que as pessoas idosas muitas vezes se encontram em situação de vulnerabilidade, como bem pontua o artigo, ao destacar:

O crescimento acelerado da população idosa requer adequação cada vez mais urgente de práticas e serviços destinados às necessidades desse grupo etário. Para tanto, é oportuno um entendimento ampliado sobre a velhice, suas peculiaridades, perpassando pela compreensão dos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Considerar a cultura na qual a pessoa idosa está inserida, as condições históricas, políticas e econômicas que produzem representações sociais diversas e a heterogeneidade acerca da saúde do idoso

é primordial para prover uma assistência pautada na integralidade. Logo, abordagens estritamente biológicas não são adequadas às reais demandas desse grupo (BARBOSA; FERNANDES, 2020, p. 07).

Sendo assim, com o crescente aumento da população de pessoas idosas no mundo, torna-se necessário atentar para essa parte da população, buscando desenvolver políticas públicas e projetos que viabilizem uma vida longa, saudável, com melhor qualidade de vida, integrando-os à sociedade, de maneira que o envelhecimento humano, não seja barreira para que a pessoa idosa continue inserida de forma ativa no âmbito social.

As garantias legislativas que propiciam o autocuidado na senilidade

O maior desafio na atenção do processo de envelhecimento é a contribuição para que, independentemente das limitações que acometam a pessoa idosa, esta possa redescobrir e desenvolver novas possibilidades de viver com qualidade de vida. Nesse sentido, percebe-se que o autocuidado em forma de saúde oferece essas possibilidades, quais sejam, auxiliar as pessoas idosas a reconhecerem suas potencialidades, bem como desenvolver e estabelecer novas ações para que a sua qualidade de vida prevaleça.

Ressalta-se, ainda, que no Brasil durante a década de 1980 se iniciaram mudanças na promoção da saúde especialmente influenciada pelo debate internacional e pelo novo marco social, jurídico e econômico estabelecido pela promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) que, em resumo, trouxe a preservação da dignidade da pessoa humana como o princípio basilar para a vida em sociedade. Ademais, com o advento da CRFB/88, foi também estabelecido o conceito de seguridade social garantindo o acesso universal aos serviços de saúde – o que se materializou com a criação do Sistema Único de Saúde em 1990 (BRASIL, 1988).

A CRFB/88 define, em seu artigo 230, que o apoio às pessoas idosas é de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade, ao passo que todos devem proporcionar e garantir a interação social em respeito à dignidade da pessoa humana (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na mesma linha de inteligência, o Decreto nº 1.948/96, definiu ações e estratégias voltadas para a população idosa, regulamentando a implementação da Política Nacional do Idoso (PNI), que agora é denominado pessoa idosa, e não mais simplesmente *idoso*, alteração recente dada pela Lei nº 14.423 (BRASIL, 2022). E, ao ser revogado pelo Decreto de nº 9.921/2019 (BRASIL, 2019) e pelo Decreto de nº 10.604/2021 (BRASIL, 2021), passou a estabelecer, dentre uma série de políticas públicas de âmbito federal voltadas para o idoso, as seguintes:

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em articulação com as secretarias de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

VIII—desenvolver e apoiar programas de prevenção, de educação e de promoção à saúde da pessoa idosa, de forma a:

(...)

b) estimular o autocuidado e o cuidado informal;

c) envolver a população nas ações de promoção da saúde da pessoa idosa;

d) estimular a formação de grupos de autoajuda e de grupos de convivência, em integração com instituições que atuam no campo social; e

e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde da pessoa idosa;

(...)(BRASIL, 2019).

O Estatuto do Idoso, por sua vez, trouxe um compilado de direitos da pessoa idosa e está em vigor desde 2004, embora sua publicação tenha se dado em 2003, quando passou a integrar o conjunto de leis brasileiras. Ressalta-se que o Estatuto da pessoa idosa conta com 118 artigos pautados nos direitos fundamentais e nas necessidades de proteção, tendo reforçado as diretrizes contidas na PNI, bem como serve de norte para todos os outros decretos publicados e para a criação de políticas públicas (BRASIL, 2003)

Esse Estatuto caracteriza-se, assim, como um dos instrumentos consolidadores de direitos da população idosa juntamente com os direitos assegurados pela CRFB/88. O Estatuto aborda sobre todos os direitos fundamentais das pessoas idosas, garantindo o direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade da pessoa humana, incluindo direito à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, dentre outros (BRASIL, 2003). O principal direito assegurado à pessoa idosa é o de passar pelo processo de envelhecimento humano da forma mais natural possível, a fim de que seja entendida em suas necessidades, garantindo-se sua atuação como um sujeito ativo e autônomo na sociedade, capaz de ter qualidade de vida independente de sua idade cronológica.

Ainda assim, mesmo existindo uma série de medidas e políticas públicas protetoras dos direitos das pessoas idosas, vislumbra-se problemas de outras ordens que afetam sobremodo o viver a senilidade com prazer, alegria, saúde e paz. Problemas esses que não podem ser solucionados apenas por meio do estabelecimento de políticas públicas, ao passo que a influência da religião cristã pode atuar como agente motivador na prática do autocuidado para um viver o envelhecimento com dignidade, rompendo-se com as barreiras impostas pelos problemas surgidos durante toda uma vida.

A religião cristã como agente motivador na prática do autocuidado

A religião cristã pode atuar como um agente motivador fortalecendo e animando a pessoa idosa não só na prática do autocuidado, como também no enfrentamento de eventuais enfermidades. Um estudo de caso realizado pela autora Luiza Akiko Komura Hoga, com objetivo de demonstrar que a crença motiva na prática do autocuidado, constatou que a preocupação da profissional de saúde com a paciente sobre todo seu ser, despertou interesse na mesma com relação à aplicabilidade do autocuidado proposto. Como relatou a autora, para a realização dessa pesquisa individual, foi significativa e de fundamental importância a relação empática e envolvimento com a realidade da paciente, a fim de favorecer o estudo realizado, principalmente pelo fato da abordagem se iniciar com a motivação pela qual a paciente buscou cuidados médicos, e não com o porquê foi até o sistema de saúde, evitando iniciar pelo diagnóstico e, por conseguinte, orientação sobre eventual doença (HOGA, 1993).

Fato é que, segundo Melo e Vieira (2019), a religião cristã:

É aquela que se estabeleceu decorrente da vida e dos ensinamentos de Jesus Cristo, no primeiro século. Tornou-se a maior das religiões do mundo e, geograficamente, a mais difundida de todas. Conta com mais de dois bilhões de adeptos. Seus maiores grupos são a Igreja Católica Romana, as Igrejas Ortodoxas Orientais e as Igrejas Protestantes. O cristianismo é mais do que um sistema de crença religiosa também originou uma cultura, um conjunto de ideias, um modo de vida, fundamentado no que foi transmitido através das gerações e da Bíblia. O cristianismo é, portanto, uma tradição viva de fé e cultura. O agente propagador do cristianismo é a igreja, a comunidade de pessoas que compõem o corpo dos crentes (MELO; VIEIRA, 2019, p. 413-414).

Esse tema interdisciplinar traz em si a garantia da dignidade da pessoa humana perante a sociedade ao se relacionar com a família, sociedade e com o próprio Estado por meio da efetivação das políticas públicas, sinalizando sobre a importância do autocuidado para os processos de envelhecimento, como garantia do equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa e como a máxima da valorização da dignidade da pessoa humana. Nesse processo, as comunidades religiosas podem atuar em parceria com o indivíduo e políticas públicas, promovendo e motivando as práticas de autocuidado.

Alguns estudos avaliam o papel que a religião exerce no indivíduo face a enfermidade, até mesmo quando a pessoa idosa se encontra hospitalizada e, como mencionado acima, constata-se que a religião promove esse cuidado favorecendo o enfrentamento da doença em si, conforme pontuado no artigo *Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica*:

Por meio dos achados deste trabalho foi possível constatar a relevância da religião e espiritualidade como recurso de enfrentamento em idosos hospitalizados numa enfermaria geriátrica, dada a importância que atribuem às práticas religiosas privadas e a frequência com que recorrem às mesmas. Buscar apoio na religião e espiritualidade ajuda a preencher a distância da família, da rotina; presta acolhimento, alento para suportar as vicissitudes impostas pela rotina hospitalar. Num cenário

em que a humanização hospitalar vem ganhando forças, atentar para religião e espiritualidade é prestar atendimento humanizado, olhar o paciente não como um corpo que adoce e sim, levar em consideração toda a sua história de vida, hábitos, costumes, cultura e assim evitar a sensação de ser apenas mais um leito ocupado, alguém despersonalizado (DUARTE *et al.*, 2011, p.50).

Assim é que a influência da religião cristã na adoção e conscientização para o autocuidado de modo geral, e também a partir de uma perspectiva espiritual nos dias atuais, contribui para que o envelhecimento humano ocorra de forma saudável e harmoniosa. Uma vez que o ser humano é um ser integral e relacional, sendo sua saúde interligada, por vezes o emocional e o mental ocasionam adoecimento no corpo, como também o contrário acontece. A influência da religião cristã e as relações sociais são elementos importantes na busca por uma vida equilibrada, contribuindo, inclusive, no restabelecimento da saúde.

As relações sociais também são de fundamental importância no resgate do equilíbrio da pessoa idosa, contribuindo para o gerenciamento de suas emoções, sobretudo quando há troca de experiência entre eles, comprovando no caso concreto que vivenciam muitas vezes realidades semelhantes, o que fortalece e favorece na motivação do autocuidado. Isso pode ocorrer não só em comunidades religiosas através de encontros, como também nos centros de convivência, em cada Posto de Saúde, como a seguir descrito:

É nesse contexto que os centros de convivência se distinguem como lugar que possibilita a manutenção da saúde física, mental e social dos idosos, constituindo-se como um ambiente propício para a construção de um perfil de qualidade de vida saudável e prazeroso, capaz de (re)significar o cotidiano do idoso, uma vez que nos centros de convivência ele encontra carinho, amizade e desenvolve atividades que não só oportunizam lazer, mas também, em certos casos, até mesmo, constituem-se fonte de renda; enfim, proporcionam um ambiente familiar (BASTOS JÚNIOR *et al.*, 2020,p. 08).

É preciso lançar luz ao envelhecimento da população em busca do equilíbrio integral, não só nos aspectos físico, mental e social, mas também no aspecto espiritual, visto que os princípios cristãos entendem e ensinam que o homem é um ser integral que carece de cuidado também integral, a

religião cristã é um importante meio de motivação da pessoa idosa no cuidado, encontrando, além de saúde, bem-estar e melhor qualidade, a paz e a harmonia com sua realidade de vida.

Essa fase, como uma importante etapa da vida humana, deve ser vivenciada de forma dinâmica e vívida dentro da realidade de cada um, proporcionando contentamento mesmo em meio às dificuldades comuns. Para que a pessoa idosa viva em equilíbrio integral na saúde e com relacionamentos interpessoais, que juntos proporcionarão autoestima saudável, é importante o desenvolvimento de práticas de autocuidado.

No que se refere à interface existente entre a espiritualidade/religião e saúde, há profissionais da área de saúde que relatam melhoras em seus pacientes associadas à espiritualidade e crença religiosa no tratamento de qualquer doença. Surge então a constatação por parte de profissionais médicos sobre a importância da prece, da espiritualidade e da participação religiosa na melhoria da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes de vida (PANZIN *et al.*, 2007)

Os sistemas de saúde e as comunidades religiosas já utilizam de meios de convivência que podem ser aplicados de maneira apta para promover e instruir na prática do autocuidado, que atuará durante todo o processo de envelhecimento como o meio mais efetivo de prevenção do adoecimento. Rodas de conversas e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos são importantes meios acolhedores, em que as pessoas idosas se sentem seguras para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. Dessa forma, a instrução e ensinamento acontecem naturalmente, possibilitando a identificação de carências e enfermidades. São estratégias para observação e consequente identificação da melhor forma de atuar no auxílio da pessoa idosa necessitada de cuidados especiais.

Diante disso, a religião-cristã com seus princípios pode ser um agente motivador trabalhando junto com as suas comunidades, com as famílias, sociedade e sistemas de saúde para promover o autocuidado na senilidade.

Considerações finais

Compreender o autocuidado do ser humano de forma integral é entender que esse cuidado se alcança com o equilíbrio físico, mental e espiritual, identificando

a causa dos problemas vivenciados, reconhecendo que, se não tratados, geram o adoecimento físico e emocional durante o processo de envelhecimento.

A perspectiva dos princípios cristãos sobre o autocuidado favorecerá na conscientização da sociedade em geral sobre o cuidado com a pessoa idosa que carece de auxílio, e também quanto à própria pessoa idosa em relação a sua necessidade nas práticas de autocuidado, atuando com atitude preventiva no envelhecimento, pois trata-se de um direito garantido por lei.

Sendo a prática do autocuidado de forma integral um meio de fornecer melhor qualidade de vida à população idosa, a religião cristã pode motivar e propagar em suas comunidades não só a instrução quanto a essa necessidade, como também a importância de se procurar os sistemas de saúde para o acompanhamento regular, promovendo, ainda, a aplicabilidade do autocuidado com relação à saúde espiritual, visando o fortalecimento e bem-estar, que favorecerão não só em eventuais tratamentos médicos, mas também no enfrentamento das dificuldades comuns à limitação da idade. Uma atuação como agente motivador na prática do autocuidado.

Analisar, identificar e compreender como ocorrem as influências da religião cristã na promoção do autocuidado na pessoa idosa permite estabelecer novos instrumentos garantidores da superação de problemas vivenciados, os quais impendem um viver digno, pleno, saudável e feliz durante a última fase da existência humana.

Diante disto, entende-se que a prática do autocuidado e instrução a esse respeito deve ser promovida em conjunto através de ações práticas entre sociedade, governo e comunidades religiosas, aliados à família, sistemas de saúde e a própria pessoa idosa.

Referências

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerabilidade da pessoa idosa: desenvolvimento de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, suppl. 3, p. 1-7, 23 out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/883Kq6LnxxqyyjLssB3qvnb/?lang=pt#>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BASTOS JÚNIOR, Anderson Ferreira *et al.* Vida social e cultural ativa, lazer e centros de convivência: um relato de experiência no contato com idosos do município de Itaperuna-RJ. In: CABRAL, Hildeliza Boechat *et al.* **Envelhecimento Ativo em estudos interdisciplinares**. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2020. cap. 7, p. 98-114. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://brasilmulticultural.org/wp-content/uploads/2022/04/E-book-Envelhecimento-ativo-em-estudos-interdisciplinares.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: Velho Testamento – Versão Internacional. Tradução de Ferreira Machado. Bíblia online, 2022, p.1- 2334.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9921.htm. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 10.604, de 20 de janeiro de 2021**. Altera o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019, que consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/D10604.htm. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2020**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília: Diário Oficial da União, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Censo 2010- Amostra Religião**. IBGE, 2010. *Online*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 773-781, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/X7kHTKz7SSxRwS7sGsmnfgD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 8, p. 253-292. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/4065320/mod_resource/content/1/Envelhecimento%20populacional.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.

DUARTE, Flávia Meneses *et al.* Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 49-53, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/fQbxvWPkFPdmCyYHrMDXB-3G/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HOGA, Luiza Akiko Komura. A influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado. **Revista Esc. Enf. USP**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 73-85, abr. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3kVyyMGCjfVd5BPb5wCWSYb/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MELO, Júlio de Fátimo Rodrigues de; VIEIRA, Werner Bessa. A Religião Cristã e a Evolução da Ciência: Considerações Históricas. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [s. l.], ano 48, v. 13, p. 412-428, dez. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2310/3498>. Acesso em: 25 mar. 2022.

NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A. L. (Org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 1995. p.11-52.

PANZIN, R. G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.**, [s. l.], v. 34, suppl1, p. 105-115, jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BwhXyQkp9yCL-38fj9g6pdFf/?lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SÁ, J. L. M. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 137, p. 1119-1124.

Notas de fim

1 Mestranda do Programa de Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Especialista de Direito Civil e Processo Civil (Faculdade de Direito de Campos). Bacharel em Direito. Oficial de Justiça Federal. E-mail: flaviatpires@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3255395174210997>.

2 Mestranda do Programa de Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf). Especialista e Professora de Direito do Trabalho e Processo do Trabalho. Graduação em Direito. E-mail: tinocoalinemelo@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/7319366552998818>.

3 Pós-doutorado em Sociologia Política-PPSP/UENF, Doutorado em Comunicação e Cultura (UFRJ). Mestrado em Educação, pós-graduação em gerência de informática e pós-graduação em produção de software (UFJF). Bacharel em Direito pela Universidade Salgado de Oliveira, Licenciado em Pedagogia (UNISA) e Bacharel em Informática (CES/JF). Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Coordenador da Pós-Graduação (Mestrado & Doutorado) Interdisciplinar em Cognição e Linguagem (PGCL/ UENF) desde março de 2008. Titular das disciplinas de Gestão Educacional, Pesquisa Educacional, Tecnologias Educacionais e Pesquisa Discente desde 2005 no Curso de Pedagogia /UENF. Ex Diretor da Rede Folkcom, Avaliador de cursos do Conselho Estadual de Educação (CEE/RJ). Avaliador de cursos e institucional do INEP/MEC, desde 2004. Avaliador Ad hoc CNPq. Associado a CEAD, ABED, INTERCOM, ABCIBER, ANINTER e a SBC. Atuou como Diretor Acadêmico em Universidade Privada. Tem experiência nas áreas da Educação (Gestão, Política Educacional, Pesquisa Educacional e Tecnologias da Informação e da Comunicação, EAD), Administração (SiG/ Gestão de Processos/ Gestão da Informação, Logística, Marketing e Gestão Empresarial), Inteligência Coletiva, entre outras. Autor de vários livros e artigos científicos nas áreas de Gestão Educacional, TICs, Educação e Ciberespaço e interdisciplinaridade. <http://lattes.cnpq.br/5410403216989073>.

5. *Delirium*: cuidados e intervenções

Vanessa Veloso da Silva¹
Carlos Henrique Medeiros de Souza²

“Sou o sonho de tua esperança, tua febre que nunca des-
cansa, o delírio que te há de matar!...”

(Álvares de Azevedo, 1862)

Considerações iniciais

Com o aumento da população idosa no Brasil, surge a necessidade de se compreender as inúmeras morbidades que afetam a pessoa idosa e que causam prejuízos cognitivos e funcionais. Dessa forma, o presente capítulo traz a luz o conceito de *delirium*, uma condição clínica subdiagnosticada, que gera um enorme impacto na saúde e que tem se mostrado muito comum nessa população, sobretudo nos ambientes hospitalares.

Considera-se o *delirium* como um distúrbio neuropsiquiátrico agudo, que gera um estado confusional e que se não identificado e tratado corretamente, leva a um pior prognóstico, com elevadas taxas de morbimortalidade e altos custos para os serviços públicos. Apesar de haver indícios dessa síndrome há milhares de anos, ela ainda é pouco compreendida e mal diagnosticada, gerando um problema generalizado tanto para o doente e sua família quanto para os profissionais de saúde.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é apresentar a definição de *delirium*, perpassando por sua perspectiva histórica, pelos desafios encontrados na identificação dessa patologia, até a busca por um diagnóstico efetivo e por estratégias de tratamento. A metodologia utilizada trata-se da pesquisa bibliográfica, realizada por meio de artigos e livros na área.

Perspectiva histórica

Consta na literatura que desde a antiguidade haviam referências à associação entre as doenças físicas e mentais (BERRIOS, 2011). Dentre as primeiras doenças mentais citadas, destaca-se o *delirium*, que nos anos de 460-366 a.C., Hipócrates já referenciava alguns dos sintomas em seus estudos (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005). De acordo com Berrios (2011), seu significado possui o desarranjo mental como ideia predominante e, desde os primórdios, vem sendo considerado resultante de perda mental global ou de danos específicos ao intelecto. Para o autor, “no Corpus Hipocrático a associação mais frequente do *delirium* é com a frenite que, juntamente com a mania, a melancolia e a paranoia, constitui uma das quatro categorias da taxonomia psiquiátrica grega” (BERRIOS, 2011, p.168).

Na Grécia Antiga, as expressões como *delirium*, frenite e letargia também representavam severas perturbações do pensamento, humor e comportamento associados a disfunções físicas, sendo que a ausência de febre era usada para diferenciar a loucura convencional (mania) dos estados delirantes oriundos de doenças físicas. Sobre os primeiros estudos em relação ao tema, no século I d.C., o termo também foi empregado por Celsus e descrito como estados de agitação ou sonolência excessiva, decorrente de distúrbios mentais (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005). Os autores ainda relatam que, ao longo dos anos, foi possível observar a relevância do diagnóstico rápido e preciso. Segundo eles:

No século XVI, o médico italiano Antonio Guainerio enfatizou a importância da investigação clínica no paciente em *delirium*, pois postulava que este poderia ocorrer em associação com uma série de doenças sistêmicas, tais como afecções pulmonares, cardíacas, renais, hepáticas, gástricas e até uterinas. Guainerio descreveu a parafrenite, uma fase anterior à frenite (ou *delirium* propriamente dito), que poderia ou não evoluir para a síndrome completa, a depender da constituição do paciente, da doença de base e do tratamento oferecido (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005, p. 98).

Embora os sintomas estivessem bem definidos no final do século XVII, sua terminologia ainda era confusa e incerta. Até o fim do século seguinte, o

termo *delirium* ainda se referia a loucura, e a frenite era usada para *delirium* associado à febre ou doenças sistêmicas. Nessa mesma época, um artigo publicado por James Sims (1799) fez uma importante distinção entre loucura e *delirium*, além de lhe atribuir uma subdivisão. Para o médico, existem duas variantes clínicas para a doença, a forma hipoativa (apática) ou hiperativa (agitada), que são baseadas no estado de alerta e comportamento motor do indivíduo (SIMS, 1799). Sendo assim, no século XIX, o termo passou por uma redefinição etiológica e fenomenológica, estabelecendo-se como uma doença cerebral aguda e reversível, não somente associada à febre, mas também a diversas doenças sistêmicas. As denominações letargia, frenite e parafrenite foram aos poucos caindo em desuso (BERRIOS, 1981).

Posteriormente, no século XX, surgem estudos inovadores correlacionando dados clínicos, psicológicos e eletroencefalográficos de pacientes com *delirium*, resultantes de doenças sistêmicas. Através da observação desses dados, concluiu-se que havia uma lentificação generalizada nos traçados eletroencefalográficos devido a uma quebra da homeostase cerebral obtida pela síndrome. Observou-se também que a doença poderia ser considerada como um transtorno do nível da consciência, pois foram detectados desempenhos ruins nos testes cognitivos desses pacientes (ROMANO; ENGEL, 1944). Diante disso, consolidou-se o atual conceito de *delirium* e suas formas de tratamento, reconhecendo-o como uma doença reversível da cognição e do comportamento e o associando à uma disfunção cerebral, decorrente de diferentes causas orgânicas (WACKER; NUNES; FORLENZA, 2005).

Definição e etiologia

Conforme descrito, o *delirium* é uma patologia de origem multifatorial que possui etiologia inespecífica e pode ser classificada pelos estágios hiperativo, hipoativo e misto. Acomete o paciente de maneira súbita sendo categorizada por características da doença aguda, fatores relacionados com o paciente e fatores ambientais e/ou iatrogênicos. Pode apresentar flutuação do estado mental, inatenção, alteração do nível de consciência ou pensamento desorganizado (JUNIOR *et al.*, 2019). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria – APA (2014), essa síndrome se caracteriza por seu início súbito, curso flutuante e o comprometimento global das funções cognitivas, distúrbios da atenção e do ciclo sono-vigília e atividade psicomotora alterada (elevada ou reduzida).

Partindo dos mesmos princípios, Ohl *et al.* (2019, p. 162) ressaltam que:

A fisiopatologia do *delirium* ainda não é bem esclarecida, e sua etiologia é considerada complexa e multifatorial. Sabe-se que fatores como infecção, privação de sono, dor, consumo de álcool, uso de psicofármacos, má nutrição, distúrbios metabólicos, entre outras comorbidades, podem ser desencadeantes desse distúrbio. O nível de *delirium* difere individualmente entre pessoas, dependendo dos fatores de risco predisponentes, como idade e fragilidade.

Com base no Manual de Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais–DSM-V (APA, 2014), o *delirium* pode ser classificado por três estágios (hiperativo, hipoativo e misto), considerando suas atividades psicomotoras e comportamentais. O estágio hiperativo é quando o indivíduo tem um nível hiperativo de atividade psicomotora, acompanhado por oscilação de humor, agitação e/ou recusa a cooperar com os cuidados médicos. O hipoativo ocorre quando há um nível baixo de atividade psicomotora, acompanhado por lentidão e letargia. O estágio misto é apresentado por nível de atividade que oscila rapidamente e, também, por um nível normal de atividade psicomotora, podendo ser acompanhado por perturbações na atenção e percepção.

O DSM-V também estabelece alguns critérios diagnósticos para essa doença (APA, 2014). Destacam-se:

- Perturbação da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente);
- Perturbação que se desenvolve em um breve período de tempo, podendo ser agudo (durante horas ou poucos dias) e persistente (duração de semanas ou meses) e com tendência a oscilações ao longo do dia;
- Perturbação na cognição (como déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção) que não é explicado por um transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento;

- Evidências baseadas na história, no exame físico ou em achados laboratoriais de que o distúrbio é causado por uma condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (abuso de drogas ou medicamentos), exposição a uma toxina ou a múltiplos fatores.

Isso posto, destaca-se como uma condição clínica que faz com que o indivíduo receba, armazene e recorde informações de maneira inadequada. Pode durar horas ou dias e, apesar de ser frequentemente reversível, pode acarretar em consequências diretas na saúde, resultando em maiores custos no tratamento. Oportuno elucidar que pode ser considerada como uma emergência psiquiátrica, pois apresenta riscos iminentes a integridade física do indivíduo e é associada a alta mortalidade e maior tempo de internamento (LUVIZOTTO *et al.*, 2018).

Observa-se, que o *delirium* é uma das síndromes psiquiátricas que mais ocorre no ambiente hospitalar, perdendo apenas para os transtornos do humor. Afeta de 29% a 64% dos pacientes hospitalizados, sendo que em unidades de terapia intensiva esse índice aumenta para 80%. É um fator preocupante, pois está diretamente associado a maiores taxas de morbi-mortalidade, ao aumento do tempo de internação em unidades intensivas e ao maior tempo de ventilação mecânica (OHL *et al.*, 2019). Além de possibilitar o agravamento de déficits cognitivos e funcionais, a perda de autonomia e independência, o maior risco de quedas e, conseqüentemente, o aumento dos custos em saúde devido a maior utilização dos serviços de urgência e institucionalizações (ALMEIDA *et al.*, 2021) pode ocorrer em indivíduos de qualquer idade, porém é muito comum na pessoa idosa, devido a fragilidade observada nessa população (OHL *et al.*, 2019).

Nos serviços hospitalares, é o distúrbio neurocomportamental mais frequente em pessoas idosas, acometendo de 56% a 72% nas unidades de terapia intensiva (FAUSTINO *et al.*, 2016). Visto que, por apresentar vários fatores predisponentes, essa população é mais vulnerável a diversos aspectos associados a um internamento hospitalar (ALMEIDA *et al.*, 2021). Importante mencionar que, na emergência, a identificação dessa síndrome se faz extremamente necessária. Estudos apontam que, o erro do diagnóstico de *delirium* nas pessoas idosas, pode levar à alta precoce, o que potencializa a mortalidade nos seis meses pós-alta hospitalar. Por sua vez, durante a internação, pode levar ao aumento no tempo de permanência, pior prognóstico, deterioração funcional, maior risco de mortalidade hospitalar, demência, institucionalização e internações recorrentes (OHL *et al.*, 2019).

Com relação a idade como fator de risco, dentre as múltiplas causas envolvidas estão a maior suscetibilidade a doenças sistêmicas, a utilização de múltiplos fármacos, menor capacidade de resposta ao estresse, entre outras (FABBRI, 2016). No que se refere as causas, observa-se que as mais comuns são a restrição no leito e a privação sensorial, que pode ser causada devido a falta do uso de óculos ou próteses auditivas (ANASTÁCIO; SPERANZA; NOVELLO, 2016). Por sua vez, no ambiente hospitalar, os fatores precipitantes do *delirium* nas pessoas idosas são a presença de demência, o quadro de algia, os problemas de mobilidade com risco de quedas, o risco de úlcera por pressão, a imobilidade, a polifarmácia, além da realização de cirurgias (principalmente pós-cirúrgicos ortopédicos, cardiovasculares, neurológicos e viscerais). Sendo assim, esses indivíduos estão propensos a um maior risco de óbito, ao dobro de tempo de permanência no hospital, ao aumento de horas trabalhadas pelos profissionais de saúde e aumento nos custos totais da internação (PINHEIRO *et al.*, 2022).

De acordo com Prayce, Quaresma e Neto (2018), o quadro de *delirium* pode se manter por dias ou por até dois meses, mas geralmente se resolve entre 10 a 12 dias. Os pacientes com idade avançada, têm mais chances de cursos prolongados, menor probabilidade de recuperação total e persistência em déficits cognitivos. Estima-se que 60% a 96% desses pacientes obtêm alta sem a resolução de seus sintomas. Os autores pontuam, ainda, a problemática envolvida no diagnóstico dessa síndrome na população idosa, uma vez que se observa o desconhecimento por parte de muitos profissionais e que pessoas com idade superior a 65 anos são mais acometidas pela forma hipoativa, sendo este o subtipo menos detectado, devido ao seu quadro ser menos alarmante.

Corroborando com essas informações, Barros *et al.* (2015, p. 2739) salientam que:

Os idosos são mais acometidos pelo quadro hipoativo tornando, conseqüentemente, mais difícil a identificação dessa síndrome nesses pacientes, tendo, portanto, uma deficiência na identificação de sinais e sintomas sugestivos. Convém ressaltar que dados acerca do *delirium* em idosos nas pesquisas nacionais são escassos. Associado a esse fato, a desorientação e a confusão mental – sinais sugestivos do *delirium* nesses pacientes podem passar despercebidos, tendo em vista que

muitos profissionais atribuem erroneamente esses achados a características da senescência.

Rosso *et al.* (2020) também ressaltam a escassez de dados epidemiológicos brasileiros sobre essa condição. Entretanto, apontam o estudo de um hospital geral, em que esse quadro foi responsável pela metade das interconsultas psiquiátricas de pessoas idosas. Segundo os autores, “um terço dos pacientes com mais de 70 anos apresenta o distúrbio na admissão hospitalar e outra metade durante o período de internação. Também é um quadro frequente naqueles submetidos à cirurgia, com risco entre 10% e 50%” (ROSSO *et al.*, 2020, p. 39).

Por sua vez, apesar de rotineira, essa condição clínica ainda é pouco compreendida e mal diagnosticada. Para Almeida *et al.* (2021), esse desconhecimento pode atrasar o diagnóstico e o tratamento, agravando o prognóstico de uma condição que muitas vezes é fatal. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde, estejam aptos a diagnosticar e intervir precocemente, prevenindo essa síndrome e diminuindo suas consequências (ALMEIDA *et al.*, 2021). Nesse sentido, o diagnóstico precoce e preciso na população idosa se faz necessário, já que pode servir de alerta para uma grave condição médica (OHL *et al.*, 2019).

Diagnóstico e tratamento

Observa-se que o *delirium* é raramente diagnosticado e/ou tratado, e que frequentemente ele é confundido com transtornos emocionais (depressão) devido às alterações na percepção, memória, orientação, raciocínio, ciclo sono-vigília, além de ideias delirantes e alucinações (OHL *et al.*, 2019). Sob essa ótica, para a identificação precoce dos indivíduos propensos à essa síndrome, o uso de ferramentas que auxiliem na confirmação, é de suma importância para condução de medidas profiláticas e tratamento (BARROS *et al.*, 2015).

Há de se considerar que, de acordo com Almeida *et al.* (2021, p. 03),

A primeira premissa para um diagnóstico e intervenção precoce é saber quando suspeitar. O diagnóstico de *delirium* assenta num alto nível de suspeição e num exame clínico criterioso. Este deve incluir a história clínica do paciente, a avaliação do seu estado cognitivo prévio e atual, a observação clínica dos sintomas, com utilização

de instrumentos de avaliação de *delirium* estandardizados, e a realização de exame físico (singular) e exames laboratoriais para identificação da causa subjacente.

É válido ressaltar que a utilização de instrumentos de avaliação contribui para uma análise mais precisa e para se avaliar a eficácia das intervenções, porém o diagnóstico é predominantemente clínico (BRANDÃO, DALGALARRONDO; 2005). Segundo Fabbri (2016), a realização do diagnóstico consiste em duas etapas: estabelecer o diagnóstico sindrômico e determinar a sua etiologia. Essa última consiste na investigação clínica e laboratorial e o diagnóstico sindrômico é feito baseado na história do paciente, no exame físico e na aplicação de critérios específicos, realizados por instrumentos de avaliação. Para o geriatra,

A aplicação sistemática de instrumentos de avaliação pode melhorar a detecção desses casos. Eles se constituem em escalas, questionários e algoritmos, com a finalidade de operacionalização dos critérios diagnósticos para *delirium*. Vários instrumentos de avaliação têm sido descritos, com diferentes graus de complexidade na sua aplicação, representando uma variedade de métodos para avaliadores de diversos níveis (FABBRI, 2016; p. 808).

Dentre os diversos instrumentos e escalas disponíveis, destaca-se o *Confusion Assessment Method* (CAM) e sua versão para uso em unidades de terapia intensiva (UTI), o *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU). Ambos possuem aplicação rápida e fácil e são amplamente utilizados no Brasil. Com tradução e validação disponíveis para a língua portuguesa, demonstram ser um instrumento adequado e confiável para verificar a presença do *delirium* (OHL *et al.*, 2019; FABBRI, 2016). Apresentam uma linguagem de simples compreensão, pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde e é utilizado principalmente por médicos (FABBRI, 2016). Apesar disso, há de se considerar que existe uma limitação nesses instrumentos, já que ambos possibilitam somente a realização do diagnóstico, mas não avaliam a gravidade do quadro (LUVIZOTTO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, para se avaliar a gravidade do caso, há disponível a escala *Delirium Rating Scale* na sua versão revisada (DRS-R-98). É a mais antiga e tradicional e foi criada especialmente para medir o grau da doença nos pacientes. Possui validação para o português e é uma das mais usadas na terapia

intensiva, dentre as que permitem estratificar o *delirium*. Porém, devido sua complexidade, necessita de profissionais treinados e capacitados para a utilização, já que possui muitas divergências de resultados (CARVALHO; ALMEIDA; GUSMAO-FLORES, 2013).

Essas ferramentas são relevantes para detectar o *delirium*, permitindo que se busquem por estratégias modificáveis, bem como identificar a prevalência da doença em determinados serviços em saúde e estimular a prevenção primária, evitando frequentes complicações (AFONSO *et al.*, 2021). Considerando que o objetivo inicial do diagnóstico é conhecer os fatores de risco, tanto os predisponentes quanto os precipitantes, possibilitando assim na sua prevenção. Reconhecer os aspectos modificáveis é essencial para que se busque por estratégias eficazes de intervenção (BARROS *et al.*, 2015; FABBRI, 2016). Condutas simples servem para prevenção e intervenção no quadro já instalado, minimizando os sintomas e corrigindo a causa básica. Por esse motivo, as intervenções não-farmacológicas são consideradas preferenciais e “essenciais para prevenção, pois são estratégias de baixo risco e baixo custo que têm se mostrado benéficas na maioria dos trabalhos” (FABBRI, 2016, p. 811).

Considera-se como principais intervenções não-farmacológicas as medidas psicossociais (fornecidas pela equipe de saúde, familiares ou amigos) e as ambientais (correção de déficits sensoriais, ambiente calmo e bem iluminado, iluminação suave à noite e estímulo sonoro em volume baixo). Além disso, estratégias como o uso de calendário, relógio e objetos pessoais, somado a treinos de reorientação temporo-espacial, informações sobre condições de saúde atual e procedimentos a serem realizados podem ser extremamente úteis no controle de pacientes com *delirium* (FABBRI, 2016; PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

De maneira semelhante, Barros *et al.* (2015) abordam algumas intervenções não-farmacológicas. Dentre elas estão:

[...] presença do familiar do paciente, desmobilização da contenção física, promoção de ambiente calmo, silencioso e com redução de estímulos sonoros e luminosos especialmente durante a noite buscando o sono e repouso adequados, mobilização precoce, musicoterapia, estimulação cognitiva, utilização de escalas de rastreio precoce como o método CAM-ICU, adequar o ambiente para auxiliar na percepção da noite e do dia,

uso de óculos e aparelhos auditivos, remoção precoce de dispositivos invasivos e correção de distúrbios hidroeletrólíticos (BARROS, 2015, p.2743).

Em complemento, para melhora do comportamento e orientação, podem ser utilizadas técnicas de estimulação visual, auditiva e tátil, potencializando as funções cognitivas e a percepção do meio ambiente. Também devem ser asseguradas medidas como hidratação e alimentação adequadas, prevenção de úlceras cutâneas e estimulação da mobilização precoce com prevenção de quedas, objetivando um cuidado adequado. O uso de contenção física deve ter limite de tempo, já que ela está diretamente associada ao desenvolvimento e persistência do quadro confusional. Nos casos de agitação em que há risco para o paciente, seja na remoção de dispositivos hospitalares ou de queda do leito, deve-se considerar a utilização de medicações para redução da hiperatividade (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

Conforme descrito, para diminuição da incidência, duração e morbimortalidade, são fundamentais a identificação e a prevenção dessa patologia. Desse modo, prevenir é o mais aconselhado e é conseguido através das medidas não-farmacológicas, baseadas em intervenções multidisciplinares que abordam os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. Entretanto, essas estratégias podem não ser suficientes, fazendo com que os médicos recorram aos fármacos, para o controle do comportamento disruptivo. Nos casos de *delirium* hiperativo, a terapêutica farmacológica é instituída para prevenir que o doente se coloque em risco, para obter o controle sintomático ou para otimizar as medidas não-farmacológicas (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

Em suma, embora o tratamento farmacológico reduza a agitação e os sintomas comportamentais, não há evidências de melhorias no prognóstico e observa-se que pode causar prolongamentos dos sintomas, além de prejuízos cognitivos (FABBRI, 2016). Entende-se que esta modalidade,

[...] deve ser reservado aos casos de *delirium* hiperativo com agitação grave, em que há o risco potencial de segurança do paciente, dos cuidadores e da equipe, e no sucesso terapêutico da etiologia ou nos distúrbios acentuados da sensopercepção (alucinação ou ilusão) (FABBRI, 2016, p. 814).

Em contrapartida, nos estudos de Afonso *et al.* (2021) e Prayce, Quaresma e Neto (2018), observam-se evidências de que ambas as formas de tratamento citadas podem diminuir a incidência em pacientes hospitalizados, uma vez que foi percebido reduções significativas nos casos e na duração dos episódios nos pacientes acometidos. Portanto, a aplicação de tais estratégias deve ser divulgadas para que sejam corretamente aplicadas nos diferentes contextos em que a pessoa idosa se encontra.

Nessa perspectiva, se faz necessário uma equipe engajada e conhecedora dos inúmeros fatores que causam essa síndrome, suas manifestações clínicas e sintomas mais frequentes. Visto que, através da capacitação da equipe, é possível detectar melhores alternativas para as situações vivenciadas, e que a aplicação de critérios diagnósticos direcionam a assistência e possibilitam intervenções efetivas com ações que diminuam a duração do distúrbio (LONGHI *et al.*, 2022). É válido ressaltar que a educação continuada voltada aos profissionais de saúde visa orientações e implementação de protocolos, possibilitam a prevenção, identificação precoce e implementação de estratégias adequadas de intervenção nos quadros de *delirium* (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

Considerações finais

O conceito de *delirium* na atualidade já está consolidado e possui definições claras de sua sintomatologia e seus fatores predisponentes. Em suma, esse distúrbio tem origem multifatorial, se dá de forma transitória e acarreta em alterações sensoperceptivas, da consciência e do comportamento. Há uma alta incidência na população idosa e pode ser considerado como uma emergência geriátrica, já que é o distúrbio psiquiátrico mais comum em indivíduos hospitalizados.

Desse modo, é de suma importância que os profissionais que lidam com esses pacientes reconheçam as características da doença e atuem em sua prevenção e/ou tratamento, de forma mais breve possível. Pois, na grande maioria das vezes, não há identificação por parte dos profissionais de saúde e, consequentemente, os pacientes não são tratados corretamente. Acredita-se que a grande flutuação dos sintomas e o desconhecimento dessa condição possa dificultar na identificação precoce e efetiva dessa patologia.

Apesar da escassez de evidência científica sobre o tratamento do *delirium*, observou-se através dos artigos analisados que há um consenso sobre os benefícios da identificação, da prevenção e do tratamento. Nesse sentido, os pilares fundamentais da busca por uma solução assertiva de tratamento consistem no conhecimento da doença (possibilitando a identificação e a prevenção), na aplicação dos instrumentos de avaliação (facilitando o diagnóstico e a correta detecção) e nas intervenções (farmacológicas ou não-farmacológicas) adequadas. Essas estratégias, se bem alinhadas, podem propiciar uma diminuição dos riscos de morbimortalidade, um menor tempo de internação e redução dos custos com esse paciente. Por fim, esse estudo se dispõe a ter um olhar mais apurado para essa condição clínica, na tentativa de prevenir o forte impacto causado por ela nos serviços de saúde, nos pacientes e em seus familiares.

Referências

- AFONSO, Thyago de Oliveira *et al.* Prevenção primária de delirium em idosos sob terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e07101219917-e07101219917, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/19917/17911/244780#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20H%C3%A1%20formas%20farmacol%C3%B3gicas%20e,metan%C3%A1lises%20que%20as%20avali%20estatisticamente>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ALMEIDA, Luciana *et al.* Diagnóstico, intervenção precoce e prevenção do Delirium no adulto: o que fazer na Atenção Primária À Saúde? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2366-2366, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2366#:~:text=Considera%C3%A7%C3%B5es%20Finais%3A%20De%20uma%20forma,delirium%20e%20das%20suas%20consequ%C3%Aancias>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- APA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. 5. ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANASTÁCIO, Alessandra Denolato Teodoro; SPERANZA, Ana Cristina Canedo; NOVELLO, Ana Paula Petrungraro. Modelos de atenção ao idoso internado: riscos e repercussões. O histórico do trabalho no HUPE. *In.*: Bernardo, Maria Helena de Jesus; MOTTA, Luciana Branco (Org.). **Cuidado e Interprofissionalidade** – uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (núcleo de atenção ao idoso / UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: CRV, 2016. p. 351-367.
- AZEVEDO, Álvares de. **Obras de Manuel Antônio Álvares de Azevedo**: Tomo 1. [S. l. s. n.], 1862.

- BARROS, Marcia Abath Aires de *et al.* Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2738-2748, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26897>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- BERRIOS, German E. Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history. **The British Journal of Psychiatry**, v. 139, n. 5, p. 439-449, 1981. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7037094/>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- BERRIOS, German E. Delirium e confusão mental no século XIX: uma história conceitual. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 1, p. 166-189, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/f6kL5Smw6BtWZKtMt-mYZL8s/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- BRANDÃO, Flavia Rodrigues; Dalgalarrodo, Paulo. Instrumentos de Avaliação de Quadros Confusionais (Delirium) em Idosos. *In.*: NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Monica Sanches (Org.). **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papius, 2004. p. 205-217.
- CARVALHO, João Pedro Lins Mendes; ALMEIDA, Antônio Raimundo Pinto de; GUSMAO-FLORES, Dimitri. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 148-154, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/94xR3TzSnWSpQ8Xys-PLBV3F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ENGEL, George L.; ROMANO, John. Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 16, n. 4, p. 526-538, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15616182/>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- FABBRI, Renato Moraes Alves. *Delirium*. *In.*: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia (Org.). **Traçado de geriatria e gerontologia**. 4.ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 800-817.
- FAUSTINO, Tássia Nery *et al.* Conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem para prevenção e monitorização do delirium em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15794>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- JUNIOR, Rudival Faial de Moraes *et al.* Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. e272-e272, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/272#:~:text=Os%20principais%20fatores%20de%20risco%20predisponentes%20foram%20Idade%20avan%C3%A7ada%20Polifarm%C3%A1cia,de%20prot%C3%B3ns%20infec%C3%A7%C3%A3o%20e%20dor>. Acesso em: 31 ago. 2022.

- LONGHI, Fabiana Amaral *et al.* O atuar da equipe de saúde no manejo do delirium em idosos: análise segundo Freire. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e24811427313-e24811427313, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27313/23874/319173#:~:text=Os%20resultados%20deste%20estudo%20demonstram,cuidado%20farmacol%C3%B3gico%20com%20poss%C3%ADvel%20restri%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- LUVIZOTTO, Janayna do Rocio *et al.* Métodos de classificação de risco e diagnóstico do delirium em unidade de terapia intensiva. **Revista Inspirar: movimento e saúde**, v.17, n. 3, p. 01-07, 2018. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/revista/metodos-de-classificacao-de-risco-e-diagnostico-do-delirium-em-unidade-de-terapia-intensiva/>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- OHL, Isabella Cristina Barduchi *et al.* Avaliação do delirium em idosos atendidos em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 153-160, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/CrQLC-f4hMVFXN7nJXppLGsq/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Foi%20identificada%20rela%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a,e%20%C3%A0%20presen%C3%A7a%20de%20comorbidades>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- PINHEIRO, Fernanda Gomes de Magalhães Soares *et al.* Tempo de permanência prolongado na emergência associado à delirium em idosos: revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e32511124966-e32511124966, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/24966/21929/293936#:~:text=O%20tempo%20de%20perman%C3%Aancia%20hospitalar,risco%20para%20ocorr%C3%Aancia%20de%20delirium>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- PRAYCE, Rita; QUARESMA, Filipa; NETO, Isabel Galriça. Delirium: O 7º Parâmetro Vital? **Acta Médica Portuguesa**, v. 31, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/9670/5314#:~:text=O%20delirium%20%C3%A9%20frequentemente%20iatrog%C3%A9nico,os%20antico-lin%C3%A9rgicos%20e%20os%20corticoides>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ROMANO, John; ENGEL, George L. Delirium: I. Electroencephalographic data. **Archives of Neurology & Psychiatry**, v. 51, n. 4, p. 356-377, 1944. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/archneurpsyc/article-abstract/649879>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ROSSO, Lucas Henrique *et al.* Delirium em idosos internados via unidades de emergência: um estudo prospectivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, p. 38-43, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/zFg4V3hmYjd3TYCxtgdgkvzh/abstract/?lang=pt#:~:text=Conclus%C3%A3o,aumento%20nas%20taxas%20de%20morbimortalidade>. Acesso em: 31 ago. 2022.

SIMS, James. Pathological remarks upon various kinds of alienation of mind. **Memoirs of the Medical Society of London**, v. 5, p. 375-406, 1799. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.11.1358?journalCode=ajp>. Acesso em: 31 ago. 2022.

WACKER, Priscilla; NUNES, Paula V.; FORLENZA, Orestes V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 97-103, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300001>. Acesso em: 31 ago. 2022.

Notas de fim

1 Doutoranda e Mestra em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). cursando especialização em Neuropsicologia pelo Centro de Diagnóstico Neuropsicológico (FACNOPAR). Especialista em Arteterapia em Educação e Saúde pela Faculdade Metropolitana São Carlos (FAMESC). Especialista em Terapia Ocupacional aplicada à Gerontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Terapeuta Ocupacional do Centro de Terapia Intensiva do Hospital Ferreira Machado em Campos dos Goytacazes/RJ e do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso em Macaé/RJ. E-mail: kriptonesa@hotmail.com.

2 Pós-doutor em Sociologia Política (PPSP/UENF). Doutor em Comunicação e Cultura (UFRJ). Mestre em Educação, Pós-graduação em Gerencia de informática e Pós-graduação em produção de software (UFJF). Coordenador da Pós-Graduação (mestrado e doutorado) Interdisciplinar em Cognição e Linguagem (PGCL/UENF). E-mail: chmsouza@gmail.com.

6. A sexualidade do idoso: vencendo tabus

Denise Lima Tinoco¹
Valtair Afonso Miranda²
Rosalee Santos Crespo Istoe³

“O pensamento é o ensaio da ação”

(Freud, 2016)

Considerações iniciais

O aumento da população idosa ocasionou um crescimento do interesse pela elaboração de pesquisas e de estudos sobre o envelhecimento humano nos últimos anos. A velhice é uma fase do desenvolvimento humano que é marcada por transformações que afetam o indivíduo a nível social, cognitivo e emocional (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

As transformações vivenciadas pelas pessoas idosas também influenciam os seus relacionamentos afetivos. Nesse sentido, torna-se fundamental refletir sobre as implicações do processo de envelhecimento para as relações amorosas no contexto da contemporaneidade.

Os relacionamentos afetivos contemporâneos são caracterizados como líquidos, sendo rápidos e superficiais (BAUMAN, 2001). Considera-se cada vez mais comum um indivíduo passar por vários casamentos ao longo da vida, o que torna menos provável a perspectiva de envelhecer na companhia de um parceiro amoroso.

Nesse contexto, o sentimento de solidão pode se tornar presente na vida da pessoa idosa. Considera-se que o isolamento da pessoa idosa aumenta o risco de problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade. Durante a pandemia da Covid-19, o quadro de isolamento pode ter se intensificado para esse

grupo devido ao período do distanciamento social, que impossibilitou visitas de familiares e outras pessoas próximas (COSTA *et al.*, 2020).

Portanto, o presente trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica descritiva com o objetivo de refletir sobre a vivência da pessoa idosa no que concerne aos relacionamentos afetivos, a sexualidade e o tabu que ronda essa etapa da vida. Será discutido acerca do tabu sobre a sexualidade na terceira idade e a possibilidade de estabelecimento de novos relacionamentos afetivos durante a velhice em meio ao contexto contemporâneo de crescimento do uso das mídias sociais e dos aplicativos de relacionamentos. Por isso, o estudo se justifica por entender que a sexualidade é uma prática da vida saudável de todo ser humano e tem a função compensatória na saúde da pessoa idosa, bem como na melhoria da qualidade de vida, fator relevante para os estudiosos do envelhecimento humano e o público em geral.

Para realizar esta pesquisa, a plataforma utilizada foi a Scielo e as referências citadas. Os descritores utilizados para o tema foram idosos, relacionamentos afetivos, sexualidade e o tabu. Serão estudados artigos publicados nos últimos 10 anos a fim de compreender os objetivos do trabalho. O presente estudo evidenciou que a sexualidade na velhice ainda é um tabu.

Reflexões acerca da sexualidade e dos relacionamentos afetivos durante a velhice

A tendência ao crescimento da população idosa já é uma perspectiva que vem sendo discutida nos últimos anos por diversos estudos científicos. Para corroborar com esta visão, destaca-se que a pessoa idosa representam a faixa etária que mais apresenta crescimento nos últimos anos, como exposto a seguir:

Em termos absolutos seremos, em 2025, a sexta maior população de idosos no mundo, isto é, mais de 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos. Evidencia-se que a proporção de pessoas com idade superior a 80 anos apresenta também um crescimento significativo. Considera-se atualmente a existência de uma “quarta idade”, que englobaria pessoas com 80 anos. (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007, p. 102).

Apesar do crescimento deste contingente populacional, a definição de velhice é múltipla. Ela não pode ser definida apenas pelas características físicas ou biológicas, também não pode ser reduzida a aspectos psicológicos. Trata-se de um termo amplo que engloba diferentes formas de velhice (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Portanto, a velhice é uma fase do desenvolvimento humano que possui características psicossociais próprias. Segundo Papalia e Feldman (2013), as fases da vida humana possuem também caráter social à medida que cada cultura estabelece o que é esperado para cada momento da vida. No caso da velhice, é esperado que a pessoa idosa pare de trabalhar e perca gradativamente habilidades físicas e cognitivas.

Na perspectiva histórica, o envelhecimento foi percebido de diversas formas, existindo períodos em que pessoas idosa eram escassos e amplamente valorizados socialmente. Em geral, só era possível que um indivíduo chegasse a uma idade mais avançada quando ele tinha status e condições de vida favoráveis (DANIEL; ANTUNES; AMARAL, 2015). Posteriormente, surgem as categorias etárias somente no século XIX. Com os avanços dos estudos científicos, iniciou-se uma diferenciação entre as idades e os hábitos esperados para as faixas etárias (SILVA, 2008).

Após isso, a ciência passa a formular teorias que descrevem e explicam o desenvolvimento humano, buscando também intervir sobre ele. Nos dias atuais, os avanços de procedimentos estéticos e outras técnicas que visam retardar o envelhecimento podem ser vistas como uma consequência também das pesquisas sobre envelhecimento. Aponta-se que as mudanças sociais a partir do século XIX indicam a transição de uma sociedade que não discutia a idade cronológica como algo relevante para uma que coloca a idade como um aspecto central da organização social. Logo, surgem espaços específicos para cada faixa etária, além de padrões de comportamentos esperados em cada uma delas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Nesse sentido, cria-se uma imagem social que associa a velhice a um momento de perdas e de solidão. Apesar de tais representações sociais, pode-se dizer que a velhice também pode ser um momento para o indivíduo reinventar a forma como ele vive a vida, incluindo os seus relacionamentos sociais e afetivos (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Destarte que existe bastante dificuldade do próprio idoso em lidar com a velhice, pois um belo dia ele acorda, se olha

no espelho, presta atenção que não tem mais aquele viço, o corpo dói, a disposição é menor e eis a imagem que estava velada, porém agora real, vem um sentimento de saudade do tempo da jovialidade, lembranças das amizades da época da escola, dos grupos de atividades esportivas, namoros, encontros e memória dos momentos que hoje são apenas recordações. No entanto, a velhice pode ser mais alegre, com menos doenças físicas e mentais, com mais amizades a partir da convivência em grupos sociais. A propósito, fazer parte de grupos de amizades na terceira idade é terapêutico e salutar, porque alivia os inconvenientes das dores físicas e psicológicas. Estar em contato com outras pessoas causa a amplitude para lidar com novas experiências que jamais poderiam ser resolvidas estando só, por isso é significativo para o idoso a inserção num contexto social. É considerável manter os grupos de convivência na terceira idade, pois são gatilhos essenciais para a manutenção da saúde mental, afastam o sentimento de solidão, são benéficos para o sedentarismo e a socialização. Porém, o envelhecimento é um conceito singular e complexo. Ele não é um sinônimo de incapacidade ou dependência. Ressalta-se que é possível viver uma velhice bem-sucedida, marcada por baixa probabilidade de doenças, alta capacidade cognitiva e física, e engajamento ativo na vida social. Isso pode ser denominado de velhice ativa, o que fica potencializado pelos avanços científicos e tecnológicos que originam novas formas de cuidado aos idosos (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Os relacionamentos amorosos na velhice e o tabu

Outro aspecto notável durante o envelhecimento são os relacionamentos amorosos e as práticas sexuais. Isso é visto como um tabu para a sociedade, mas compreende-se que a pessoa idosa continua estabelecendo relações, que podem acontecer dentro do casamento ou, ainda, após o fim de relacionamentos ou da morte do cônjuge (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Falar sobre a existência da sexualidade na velhice é um tema cercado de tabu. Os estudos são muito novos e a ciência demorou a se debruçar sobre o sexo na terceira idade. Ao longo de algumas décadas, a ciência iniciou uma articulação entre o envelhecimento e a sexualidade entre os idosos, contudo a ênfase das pesquisas percorria sobre as dificuldades e disfunções do público idoso. Nada mudou muito, sendo o foco atual dos estudos da sexualidade na velhice abrigado nas disfunções sexuais que sucede nessa etapa da existência, em oposição a

apuração focada na felicidade sexual dos idosos. Algumas razões que impossibilitam a plenitude sexual na velhice é a falta de um parceiro e sobretudo entre o público feminino. A perda do cônjuge por divórcio ou viuvez deixa a mulher nessa fase da vida vulnerável a novas aquisições amorosas, optando por ficarem sozinhas. No entanto, algumas mulheres anseiam relações inovadas, uma originalidade amorosa e um novo parceiro, mas não encontram. Já os homens, ao ficarem viúvos ou separados do casamento, buscam relacionamentos afetivos com mulheres mais novas. Outra razão que impossibilita a plena vivência sexual nessa etapa da vida são os preconceitos estereotipados de que o idoso não tem desejo amoroso e sexual, não consegue ter relação sexual, e que até são seres assexuados e descortês. Já os idosos que consentem percorrer por novos amores e investir na sexualidade têm que encarar olhares discriminatórios da família e da sociedade. As pessoas esquecem que amor não tem idade e que ninguém merece viver só. Em diálogo com o leitor, o cenário que é desenhado acerca da sexualidade no processo do envelhecimento humano é expresso pelo impasse de aceitação que exista uma sexualidade na velhice e, avançando mais, que essa adversidade é concebida pela supressão de uma educação sexual pertinente a essa fase da existência humana que é inerente a todos. Faz-se mister perceber que a sexualidade na velhice, assim como nas demais fases da vida, não diz respeito somente ao ato sexual em si, mas a um contexto muito mais amplo como o companheirismo, afeto, troca de afagos, frivolidade e amizade com o companheiro.

Considera-se que estabelecer relacionamentos é uma necessidade humana. No decorrer dos séculos, a estrutura dos relacionamentos passou por transformações. Na atualidade, as relações afetivas são marcadas pela rapidez e pela fluidez em seus formatos. Se antes elas eram duradouras e o divórcio era raro, no momento atual tornou-se comum a separação entre casais e o estabelecimento de diversas relações ao longo da vida (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

No que concerne aos relacionamentos, pode-se dizer que a pessoa idosa apresentam especificidades na forma como eles se relacionam:

Os mecanismos psicológicos de regulação dos relacionamentos sociais apresentam especificidades relacionadas à idade e se diferenciam segundo a natureza do relacionamento. Com o envelhecimento, as redes sociais diminuem e as interações sociais tornam-se menos frequentes, mas os idosos passam a manejar seus relacionamentos de forma a maximizar o apoio, o companheirismo e o con-

forto emocional e a minimizar as tensões e as dificuldades (RABELO; NERI, 2014, p. 140).

Nessa perspectiva, ressalta-se que os relacionamentos na terceira idade passam por adaptações. É comum que ocorra uma redução das interações sociais neste período, de modo que permaneçam apenas os contatos que são mais significativos ao indivíduo:

Na velhice, contatos emocionalmente significativos são mais importantes do que outras motivações para o contato social, o que leva à escolha de parceiros com quem podem manter relações de intimidade e proximidade e ligações de longo prazo. Essa regulação da vida social proporciona bem-estar. Mudanças em circunstâncias da vida podem criar desafios e impor limites a essa estratégia. Por exemplo, doenças e incapacidades graves podem levar a uma redução involuntária dos parceiros sociais (RABELO; NERI, 2014, p. 140).

Vieira, Coutinho e Saraiva (2016) desenvolveram uma pesquisa para compreender acerca das representações sociais sobre a sexualidade em idosos. A maior parte relatou sobre as relações sexuais com parceiros e não sobre a autoestimulação sexual. Alguns participantes destacaram que as relações sexuais são muito importantes para eles, enquanto outros disseram que não tem importância.

Entretanto, nota-se que pessoas idosas continuam apresentando desejo sexual semelhante ao da população jovem. Apesar de dificuldades relacionadas a possíveis alterações fisiológicas, eles podem se adaptar e apresentar novas formas de relacionamento íntimo. Então, as pessoas são sujeitos que tem desejo e necessidade sexual (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Outro tabu relacionado a sexualidade na velhice está ligado ao culto ao corpo jovem, o que gera preconceito ao corpo envelhecido e afeta diretamente a autoestima dos idosos. É comum também que a pessoa idosa apresente inseguranças relacionadas com a perda da função sexual, especialmente os homens podem passar a ter alguma disfunção erétil ou ejaculação precoce (SOARES; MENEGHEL, 2021).

Soares e Meneghel (2021) realizaram uma pesquisa com pessoas idosas dependentes que pontuaram as dificuldades no que concerne a sexualida-

de. De acordo com os autores, dois idosos, um morador do norte e o outro do sul do Brasil, em depoimento a pesquisa, relataram sobre o fim da vida sexual rodeados de sentimentos de perda e irreversibilidade. Um dos idosos sofreu um acidente vascular cerebral que o deixou com uma certa perda da autonomia, ocasionando-lhe uma disfunção erétil, além de perdas de funções operacionais, impactando assim seus projetos de vida. O outro idoso da pesquisa, segundo Soares e Meneghel (2021), era doente, possuidor de outras comorbidades, e sua companheira já não tinha mais relações sexuais com ele, culminando em dormirem separados. Os autores acima afirmam que este idoso relaciona o momento de separação do casal com a perda da potência sexual, o que o deixou infeliz e deslocado como os demais idosos entrevistados. No entanto, Soares e Meneghel (2021) citam que os dois idosos traduzem a sexualidade na forma de ato sexual sem permitir outra configuração de imagem e demonstração de sentimentos. Nota-se então que as declarações dos idosos na pesquisa vêm validar a sugestão de que o aparecimento de algumas doenças na velhice pode ter relação com a atenuação ou mesmo a falta da relação sexual.

Apesar da importância da sexualidade na terceira idade, aponta-se que os relacionamentos afetivos na velhice tendem a ser pautados na busca por intimidade e por conexões de longo prazo. Entretanto, é possível notar que muitos idosos podem buscar apenas satisfação sexual e fazer uso de aplicativos de relacionamento com esta finalidade (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

A internet e sua influência na conexão e interação entre pessoas idosas

Entre os aspectos envolvidos na contemporaneidade, destaca-se a influência da internet. As pessoas idosas precisaram passar pelo processo de inclusão digital, aprendendo a lidar com as tecnologias digitais à medida que são recursos que apareceram ainda recentemente na sociedade. Diante disso, tem sido observado um crescimento da participação de pessoas idosas na internet e nas redes sociais (OLIVEIRA, 2015).

A necessidade de estar conectado as mídias sociais cresceu consideravelmente durante a pandemia da Covid-19. Para muitos idosos, a interação on-line auxiliou na manutenção dos relacionamentos interpessoais durante esse período. Então, é possível associar o uso das ferramentas digitais com a redução

do sentimento de solidão nesta faixa etária. Ressalta-se também o papel das mídias sociais e dos aplicativos de relacionamento como estratégia para a busca de novos relacionamentos e parcerias sexuais (COSTA *et al.*, 2020).

Com a evolução da internet, as pessoas que não estão conectadas ao mundo digital podem ficar desatualizadas e com menos oportunidade de interação social. Portanto, estar conectado a internet é uma forma de manter-se engajado e atualizado nos assuntos sociais (OLIVEIRA, 2015).

Considera-se que o mundo contemporâneo abre espaço para que os indivíduos façam escolhas diversas quanto a forma de viver a vida. Logo, não existem muitas amarras sociais para dizer ao indivíduo como ele deve se comportar. Nesse sentido, é possível pontuar que a vida atual é marcada pela liquidez, o que também afeta a construção e a manutenção dos relacionamentos entre pessoas idosas (OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, a longevidade não precisa ser vista como um problema social a ser resolvido, mas ela pode ser percebida como um potencial para reinventar as formas de viver a vida. É possível pontuar que o novo velho é um termo que demarca como as pessoas idosas do século XXI podem escolher viver suas vidas ao mesmo tempo que fazem uso de ferramentas digitais para facilitar a própria vida e até mesmo reduzir o sentimento de solidão por meio do estabelecimento de relacionamentos amorosos já que sentimento de solidão durante a velhice é um dos principais fatores associados à depressão nesta etapa da vida. Desse modo, torna-se essencial que a pessoa idosa construa novas redes de apoio, que podem ser de maneira presencial ou online (SILVA; AZÊVEDO; LIMA, 2020).

Considerações finais

A velhice é uma fase do desenvolvimento humano que é marcada pelas transformações e pelo aparecimento de limitações físicas e cognitivas. As definições de velhice podem ser pautadas em aspectos fisiológicos e psicossociais característicos, mas existe uma variedade de possibilidades quando se fala da vivência da velhice.

Ainda há uma imagem social que associa a velhice a um momento de perdas e de solidão. Entretanto, a contemporaneidade, em associação com o advento da internet, tem ampliado as possibilidades de contato social durante

a velhice. Isso inclui também as possibilidades de vivenciar os relacionamentos amorosos e a sexualidade durante a velhice.

Conclui-se que o presente trabalho alcançou os objetivos estipulados, pois permitiu abordar a vivência da sexualidade e os relacionamentos amorosos. Nesse sentido, verificou-se que a sexualidade na velhice ainda é um tabu. Porém, a pessoa idosa continua apresentando necessidades e desejos sexuais. Existe também uma insegurança associada com a perda da função sexual e as mudanças que acontecem no corpo. Muitos idosos fazem uso de redes sociais e aplicativos de relacionamentos para encontrar novas parcerias sexuais.

Em síntese, os relacionamentos amorosos durante a velhice também costumam ser pautados na busca por uma parceria de longo prazo. Considera-se que os relacionamentos contemporâneos são caracterizados pela liquidez e pela fluidez, sendo muito comum que uma pessoa tenha vários relacionamentos ao longo da vida e os casamentos tendem a ser menos duradouros, o que pode levar a um envelhecimento mais solitário. Destaca-se o papel da internet na busca por novos relacionamentos durante a velhice.

Referências

- ALMEIDA, T. de; LOURENÇO, M. R. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 1, n. 10, p. 101-114, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/bSf8FWZsv845HtGB8z3CztD/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- COSTA, F. de A. *et al.* COVID-19: seus impactos físicos e psicológicos na população idosa. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49811-49824, jul. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/13704>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- DANIEL, Fernanda; ANTUNES, Anna; AMARAL, Inês. Representações sociais da velhice. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.33, n.3, p.291-301, set.2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312015000300004&lng=pt&nrm=i-so. Acesso em: 26 mar. 2022.

FREUD, S. (1901-1905) – **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos.** Coleção Obras Completas. Trad. e notas: Paulo César de Souza. 1 ed., v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

OLIVEIRA, D. A terceira idade e os relacionamentos líquidos nas redes sociais. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação da Faculdade Casper Líbero**, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <https://casperlibero.edu.br/wp-content/uploads/2015/01/Diego-Oliveira-FCL.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

PAPALIA, Diane; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 138-153, jun. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 mar. 2022.

SILVA, M. L.; AZEVÊDO, S. A.; LIMA, P. T. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença covid19: uma revisão literária. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 3, p. 1-16, 2020.

SOARES, K. G; MENEGHEL, S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n1/129-136/>. Acesso em: 31 ago. 2022.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. da P. de L.; SARAIVA, E. R. de A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicol. Ciênc. Prof.** (Impr.), v. 36, n. 1, p. 196-209, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/dtF8qQ6skTwWk4jK5ySG7Gq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.

Notas de fim

- 1 Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.
- 2 Doutor em História, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 3 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher/ Fundação Osvaldo Cruz (2007), Professora Programa de Pós-graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

7. Políticas públicas e participação: os conselhos dos direitos da pessoa idosa no Brasil

Leandro Ribeiro da Silva¹

Ana Cristina Costa Soares²

Nilo Lima de Azevedo³

Considerações iniciais

As políticas públicas são ações ou omissões do poder público que influenciam diretamente na qualidade de vida da população. Em uma democracia, o governo deve ser responsivo às demandas dos mais diversos interesses da sociedade, dessa forma, se torna importante compreender quais são as instituições participativas que possibilitam aos cidadãos se manifestarem e interagirem com o governo, em vistas de buscar a consecução de suas demandas. Em outras palavras, a participação importa. Nesse capítulo, voltamos à atenção para o estudo dos Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, um espaço no qual a pessoa idosa não é apenas beneficiários de determinadas políticas, mas influenciam na agenda e implementação das políticas, tornando-se assim, sujeitos políticos e formadores das diretrizes para a atividade estatal.

A redemocratização do Brasil e as instituições participativas

Os pressupostos que inspiraram a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) residiam na crença de que o controle social da gestão das políticas públicas, por meio dos conselhos gestores, tinha duplo objetivo: por um lado, democratizar o Estado, possibilitando um espaço para que a sociedade organizada estivesse legitimamente presente com suas demandas em seu interior e, por outro lado, aproximando a definição e a execução das políticas públicas às reais necessidades

da população. Para tanto, havia como substrato importante a descentralização que acompanhava a proposta da participação social. Nesse ponto, Cohn (2011) faz algumas ressalvas, tais como o caráter universal dos direitos sociais e da seguridade social previstos na Constituição de 1988, além do que — e como consequência deste primeiro ponto — as políticas públicas foram recortadas de acordo com uma diferenciação interna entre elas.⁴ Outro ponto diz respeito à implementação dessas políticas, uma vez que após a promulgação da Nova Carta, a seguridade social foi dividida em três segmentos que seguiram linhas paralelas, quando não concorrentes por recursos: previdência social, assistência social e saúde. Acrescente-se a elas educação, habitação, trabalho, entre tantas outras como a atenção à pessoa idosa que apresenta um caráter transversal.

Levando em consideração a já superada dualidade entre Estado e sociedade, as novas configurações das relações entre o Estado e a sociedade civil devem ser pensadas a partir da capacidade da participação na gestão das políticas públicas através dos conselhos e integrar os múltiplos atores sociais no processo decisório. É importante destacar que a sociedade não está mais tão mobilizada como nos anos 1970 e 1980, e deve-se preservar as condições para a institucionalização desses atores que, dessa forma, vão contribuir para a construção de novos projetos. Mas isso implicaria, por sua vez, na capacidade dos movimentos sociais transitarem de uma prática política defensiva para uma prática mais ofensiva, priorizando sua capacidade de desenvolver uma política de influência sobre o Estado.

Os conselhos gestores têm de ser capazes de responder às demandas apresentadas pelos conselheiros, considerando que o funcionamento desta instância esteja de acordo com os objetivos originalmente definidos quando da sua instituição na Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988)– conselhos deliberativos e paritários. Se as demandas dos representantes das parcelas organizadas da sociedade não forem atendidas em repetidas ocasiões, estes perdem legitimidade junto às suas bases, a não ser que estejam cooptados pelo Estado.

De acordo com Cohn (2011 p.17), daí resultam dois fenômenos. Em primeiro lugar, os movimentos, hoje em minoria, ou as organizações mais frágeis da sociedade apresentam enorme resistência a participar dos conselhos por temerem a cooptação do Estado e/ou perda de sua identidade. Em segundo, a baixa rotatividade dos representantes junto aos conselhos, seja das lideranças, seja dos movimentos e das organizações sociais que resistem a abandonar seus postos. Isso se torna mais grave diante do grande número de assentos que ocupam nesses colegiados, dada a multiplicidade de conselhos setoriais

de políticas públicas. Nesse caso, tende-se a reproduzir um círculo vicioso no qual são os segmentos mais organizados e institucionalizados que tendem a ocupar a maior parte dos espaços dessa esfera pública, o que certamente traz consigo determinados traços que devem ser levados em conta.

Entre as especificidades das formas de organização, mobilização e de concepção da relação Estado e sociedade presentes nas políticas públicas nas diferentes áreas nos espaços de participação social existe em comum entre eles o traço de estarem crivados, em diferentes graus, por diferentes níveis de vulnerabilidade social, ou de compartilharem situações de exposição a riscos sociais.

A primeira questão que se apresenta, no que diz respeito à participação e ao controle público da gestão das políticas públicas, é a tendência a um reforço mútuo entre as especificidades das demandas particulares de cada segmento social nos conselhos de gestão e a segmentação do Estado na sua forma de atuação, reforçando sua fragmentação e sua tradição de disputa do mesmo público-alvo por distintos compartimentos do Estado, em vez de se buscar a convergência das ações públicas estatais perseguindo-se um ciclo virtuoso entre elas.

A segunda questão diz respeito à tendência de a participação social levar paradoxalmente a uma despolitização das políticas públicas, dada a natureza dos colegiados e a sua forma de funcionamento. E a terceira questão refere-se ao questionamento se, de fato, esses novos mecanismos de gestão do Estado estão levando à constituição ou a um fortalecimento da esfera pública em nossa sociedade.

Políticas públicas para a pessoa idosa: o conselho dos direitos da pessoa idosa

O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira vem acontecendo em meio a sérias dificuldades de expansão do sistema de proteção social para toda população, em particular para a pessoa idosa, situação que difere do ocorrido nos países desenvolvidos. No continente europeu, o envelhecimento populacional encontrou um cenário socioeconômico favorável, que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social, facilitando o acesso e impactando na qualidade dos serviços oferecidos. Acrescenta-se a

esse cenário a crise da economia brasileira nos últimos anos, que aponta para a constatação de que a estrutura dos serviços de atenção à pessoa idosa ainda está aquém das necessidades apresentadas por esse grupo etário, situação que demonstra a necessidade urgente de investimentos frente ao fenômeno populacional previsto para os próximos anos. No Brasil, para fins de levantamentos demográficos, considera-se pessoa idosa o corte definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e, posteriormente, pelo Estatuto da Pessoa Idosa, aquele indivíduo com idade a partir de 60 anos.

Historicamente, o envelhecimento populacional entrou na agenda das políticas públicas brasileiras por pressão da sociedade civil, assim como as demais demandas sociais, mas nesse caso deve-se destacar duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960 e que tiveram impacto na constituição das políticas para a população idosa.

Embora o objetivo desta seção seja o de considerar o envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras, não se pode negar que estas são resultados de influências e pressões da sociedade civil, das associações científicas, dos grupos políticos, entre outros grupos. Assim sendo, destacam-se duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960 e que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas para a população idosa. A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia⁵ em 1961. A segunda teve início em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (Sesc)⁶ (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Na década de 1970, dentre outras iniciativas⁷ do governo no período, se destacam políticas voltadas para os idosos carentes através da criação de dois tipos de benefícios não-contributivos: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia (RMV) para aqueles mais carentes, urbanos e rurais. Um primeiro documento do governo federal contendo algumas diretrizes para uma política social para a população idosa foi editado pelo Ministério da Previdência Social (MPAS) em 1976. Baseou-se nas conclusões de três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional. Os seminários objetivaram a identificação das condições de vida da pessoa idosa brasileira e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades.⁸

A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças paulatinas nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional.

Como signatário do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento⁹ de 1982, o Plano de Viena, o Brasil passou a incorporar, de forma mais assertiva, esse tema na sua agenda política. O momento coincidiu com o período de redemocratização do país, o que possibilitou um amplo debate por ocasião do processo constituinte, resultando na incorporação do tema no capítulo referente às questões sociais do texto constitucional de 1988.

O grande avanço em políticas de proteção social a pessoa idosa brasileira foi dado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. A introdução do conceito de seguridade social fez com que a rede de proteção social deixasse de ter vínculos apenas com o contexto social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania ampliada. O texto legal estabeleceu, como princípios básicos, a universalização, a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade do valor das prestações previdenciárias, a fixação do benefício mínimo em um salário mínimo, a equanimidade no custeio e a diversificação da base de financiamento, a descentralização e a participação da comunidade, de trabalhadores, empregadores e aposentados na gestão.

O marco da discussão temática sobre os direitos da pessoa idosa obteve grande avanço à época da Constituinte de 1987. Da Comissão da Ordem Social, resultaram vários trabalhos, como o que se encontra registrado na Ata da 6ª Reunião da Subcomissão dos Negros, População Indígena, Pessoas Deficientes e Minorias, realizada no dia 27 de abril de 1987. Desse histórico registro, deve-se salientar a importante contribuição de Maria Leda Resende Dantas que, ao dissertar na Audiência Pública da Assembleia, afirmou: “Se não acreditasse que a questão da velhice é uma questão cultural, portanto, política, portanto, reversível, eu não estaria aqui, neste momento: eu tentaria a eutanásia. Agora, tenho certeza que a questão de velho é cultural e, portanto, política” (BRASIL, 1987, p. 45). Disse, ainda, que: “... não adianta nós termos uma política de proteção previdenciária, habitacional, sanitária, se isso é feito às custas da liberdade, do respeito e da integração social dos mais velhos” (BRASIL, 1987, p. 46). De modo que, pela perspectiva que a questão da pessoa idosa foi apresentada na Constituinte, pode-se afirmar que existia um problema de inserção e de participação nos rumos das políticas públicas, que passou a fazer parte da agenda constituinte e cuja implementação, após a entrada em vigor da Constituição da República de 1988, deve ser objeto de contínua investigação.

O relator da comissão, o deputado Alcenir Guerra, na Audiência Pública defendeu que os constituintes deveriam se encarregar das relações materiais dos velhos, e torcer pela mudança no “nosso padrão cultural e educacional”. Para Dantas (BRASIL, 1987, p. 47), as categorias sociais, velhos e marginais servem com maestria para exatamente “mostrar que tipo de políticas públicas nós temos que ter, para que não fique [o velho] relegado às chamadas políticas sociais, que são o remendo das práticas e das estruturas básicas da sociedade”, na qual nem velho, nem criança, nem pessoas com deficiência tem lugar, quando se toma como único valor o lucro e a codificação. A questão do velho é uma questão política.

Merece ser destacado, ainda, o relato de Ana Helena Freire Magalhães de Campos, assessora do SESC/DF, na 14. Reunião Ordinária da Constituinte, realizada em 07 de abril de 1987, na Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso, a qual defendeu que as ações da Constituinte devem “facilitar e favorecer a mobilização, organização e o surgimento de lideranças da população, para que eles próprios, como sujeitos de sua história, façam as suas reivindicações, juntos com todas as outras instituições e outros grupos de movimentos sociais, escrevam uma história mais justa para o nosso Brasil” (BRASIL, 1987, p. 207).

Restou aprovada a Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988), cujo texto apresenta uma clara intenção de não apenas tutelar os direitos de todos os cidadãos, o que não poderia ser diferente com os idosos, mas, sobretudo, de viabilizar condições para a criação de instâncias de participação na definição de políticas.

Ao longo da década de 1990, foram regulamentados vários dispositivos constitucionais referentes às políticas setoriais de proteção à pessoa idosa. Em 1991, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social.¹⁰ Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes à assistência social, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742, 1993). Essa lei estabeleceu programas e projetos de atenção à pessoa idosa, em corresponsabilidade nas três esferas de governo.¹¹ Em 1998, a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para 67 anos e, em 2004, para 65 anos.

Dando prosseguimento às diretrizes lançadas pela Constituição e fortemente influenciadas pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento, foi aprovada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI)

(Lei nº 8.842). Essa política consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. (CAMARANO, 2016, p 269) Para a sua coordenação e gestão, foi designada a então Secretaria de Assistência Social vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Foi criado, também, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004). Em relação ao Conselho, tem a competência de formular, coordenar, supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

A PNI, assim como outras políticas coordenadas federativamente, busca a cooperação entre dos diversos níveis da federação (União, estados, Distrito Federal e municípios) e a uma estreita relação com a sociedade civil organizada buscando concretizar os direitos de cidadania da parcela idosa da população. Outro ponto importante, é que à pessoa idosa deve ser oferecido instrumentos efetivos de participação e construção da política que trata de seus interesses. O Estatuto da Pessoa Idosa, nesse cenário representa um avanço não só de como a legislação pátria acabou por formalizar esses direitos, mas acima disso, como o olhar em relação ao idoso e sua atuação de forma autônoma, inclusive com o ideal da inclusão na vida político-institucional do país se modificou segundo as melhores práticas internacional, de qual é o exemplo o Plano de Madri.¹²

Data de outubro de 2003 a promulgação da Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Esse novo instrumento legal conta com 118 artigos versando sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, visando reforçar as diretrizes contidas na PNI. Em 2006,

[...] foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI (FERNANDES; SOARES, 2012, p. 1497).

A PNI previa a criação do Conselho Nacional do Idoso e fazia referência aos Conselhos Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, com um conjunto de ações governamentais que deveriam implementar as políticas para a pessoa

idosa em várias áreas, como assistência social, habitação, saúde, educação, cultura, lazer e previdência social. Mais adiante, a regulamentação do CNDI foi feita através do Decreto de nº 4.227, de maio de 2002, pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso (ANDRADE *et al.*, 2013).

Desde então, tanto o CNDI quanto os conselhos estaduais e municipais têm buscado estratégias de mobilização social e de participação efetiva nas políticas públicas. De um problema social, a questão da população idosa passa, gradativamente, a ser tratada no âmbito dos direitos de cidadania, que hoje se constituem como uma das maiores conquistas dessa faixa etária em nosso país.

O CNDI, de acordo com o trabalho de Lima *et al.* (2014), tem um relativo grau de institucionalização. Este é um processo de consolidação e formalização das regras, bem como da inserção da burocracia estatal, que fortalece a estrutura dos conselhos e sua capacidade de execução, sem comprometer sua autonomia. No estudo citado, os autores argumentam que esse processo pode ser analisado a partir de três dimensões: do reconhecimento pelo Estado de que o conselho é uma instância integrante do processo de políticas públicas; da disponibilidade de recursos organizacionais e físicos; e do aprendizado institucional.

Considerando as dimensões desse processo, o Conselho do Idoso apresenta um menor grau de institucionalização quando comparado com os conselhos de políticas públicas mais tradicionais. Conselhos menos institucionalizados foram, em sua maioria, aqueles criados a partir de 2003, por decreto ou portaria; são consultivos ou não possuem regras que informem sobre seu caráter decisório. Quando possuem conferência correlata, essa ocorreu apenas em uma edição; e não estão formalmente vinculados a uma política. Os conselhos mais institucionalizados são o de Saúde e o de Assistência Social. Esses conselhos considerados como bastante consolidados e de grande importância no cenário político nacional têm em seus formatos de funcionamento modelo para os demais conselhos e para a própria dinâmica da participação no país. Os conselhos mais institucionalizados contam com maior reconhecimento por parte do Estado e, desse modo, podem participar mais e melhor do processo de gestão das políticas públicas (LIMA *et al.*, 2014).

Diante das diferentes e crescentes demandas na vida da pessoa idosa, as políticas públicas voltadas para esse público vêm aumentando. Isso porque a sociedade precisa proporcionar a si um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, com o mínimo de doenças de toda natureza, com oportunidades de lazer,

cultura, educação, com condições financeiras e de trabalho dignas e, principalmente, com respeito e qualidade de vida. Uma das formas de garantir os direitos dessa parcela da população é a participação da sociedade civil no Conselho do Idoso. A par de suas atribuições, o conselho recebeu do Estatuto o encargo de fiscalizar as entidades privadas prestadores de serviços de assistência a idosos e, também, coordenar a elaboração da proposta orçamentária para promoção e assistência social do idoso.

De acordo com Pereira *et al.* (2007), esses conselhos contribuem para a ampliação do espaço público do idoso. Tal ampliação é um dos papéis centrais de responsabilidade desses órgãos e é no espaço público que se busca compreender a inserção do idoso em nossa sociedade. Essa ampliação se deve ao fato de que o idoso tem a necessidade de conhecer seus direitos e deveres para usufruir das garantias sociais que têm, tais como aposentadoria, garantia de um salário mínimo e gratuidade de transporte coletivo, entre outros. Dessa forma, os Conselhos do Idoso podem exercer um papel agregador, tendo em vista as ações voltadas a esse fim. Isso conduz a implementação de novas políticas e abordagens com relação às questões dos idosos e do crescimento no número dessa parcela da população, bem como levar ao conhecimento seus direitos.

Considerações finais

É importante a participação política da pessoa idosa proporcionada pelos Conselhos e, para tanto, a opinião das pessoas idosas passou a contar nas decisões a serem tomadas pelos governantes. Os Conselhos são aplicações da democracia, pois neles os cidadãos discutem as decisões a serem tomadas pelos governos, como aplicação de verbas e recursos financeiros destinados à operacionalização das políticas públicas, entre outras. Por isso, torna-se relevante que pessoas idosas façam parte dos Conselhos, o que tem função essencial na participação política da terceira idade, a qual precisa estar organizada em representações não-governamentais.

Esses Conselhos ainda encontram dificuldades em sua abertura em virtude da função fiscalizadora que exercem. Em sua fase de implementação, os Conselhos enfrentam problemas, pois forças locais e de outros órgãos impõem barreiras aos Conselhos locais em função da forte fiscalização pela qual são responsáveis.

Os Conselhos do Idoso podem avançar na formulação de novos direitos e em sua implementação, auxiliando ainda na fiscalização do cumprimento destes. Podem, ainda, aumentar a inclusão social da terceira idade tornando-os visíveis na sociedade, procurando, assim, reduzir o preconceito que existe contra a pessoa idosa.

Referências

ANDRADE, Luana Machado; *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dBRFg9jpfpVgNSVvSVwCZsB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL. Portal da Constituição Cidadã. **Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias**: Atas da reunião. Brasília: Câmara dos Deputados, 1987. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao7/subcomissao7c. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: Diário Oficial da União, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 12 set. 2022.

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. Brasília: Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.&text=Art.,e%20participa%C3%A7%C3%A3o%20efetiva%20na%20sociedade. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10741.htm#art53. Acesso em: 12 set. 2022.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

COHN, Amélia. **Participação social e conselhos de políticas públicas**. Textos para Discussão CEPAL-IPEA, v. 29. Brasília: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2011. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1421/1/TD_1547.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

LIMA, Paula Pompeu Fiuza; *et al.* **Conselhos Nacionais**: elementos constitutivos para sua institucionalização. Texto para Discussão 1951. Brasília: IPEA, abr. 2014. Disponível em: https://ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1951.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

PEREIRA, Joici Aparecida; SANTOS, Larissa Silva dos; SILVA, Marysia Alves da. Os Conselhos do Idoso: um estudo do período de 1991 a 2006. **Fragmentos de cultura**, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 387-401, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/283>. Acesso em: 31 ago. 2022.

Notas de fim

1 Professor do Bacharelado em Administração da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis (FACC) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Membro do quadro de professores do Departamento de Ciências Administrativas (CAD) e atualmente Coordenador do Bacharelado em Administração Pública – EAD.

2 Doutora em Ciências Sociais pela UFJF, com vivências práticas em gestão do ensino superior, professora em Direito e Administração.

3 Possui graduação em Direito, Mestrado em Ciências Sociais e Doutorado em Sociologia Política. Atualmente exerce o cargo de Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense. Membro do Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, Membro do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, Professor na área de Direito e Estado no Curso de Graduação em Administração Pública.

4 As políticas públicas foram diferenciadas entre aquelas referidas a direitos reconhecidos constitucionalmente – seguridade social e educação, basicamente – e aquelas que, embora tenham seu objeto reconhecido como direito (trabalho, habitação, por exemplo), não estão institucionalizadas no texto constitucional.

5 Um dos seus objetivos era o de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”.

6 Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do Sesc revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional. Até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar.

7 A primeira iniciativa do governo federal na prestação de assistência ao idoso ocorreu em 1974 e consistiu em ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, bem como de internação custodial dos aposentados e pensionistas do INPS a partir de 60 anos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

8 As principais propostas contidas no documento “Política social para o idoso: diretrizes básicas” foram: implantação de sistema de mobilização comunitária, visando à manutenção do idoso na família; revisão de critérios para concessão de subvenções a entidades que abrigam idosos; criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; revisão do sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria; formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo IBGE, dentre outras.

9 Considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. Essa assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação. Representou um avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. Os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

10 Dentre as modificações introduzidas pela nova legislação, destacam-se o estabelecimento das regras para a manutenção do valor real dos benefícios; a uniformidade dos riscos cobertos pela previdência, o estabelecimento de valores mínimos e máximos dos benefícios concedidos para todos os beneficiários (urbanos e rurais); a concessão de pensão também ao homem em caso de morte da esposa segurada; a introdução da aposentadoria por tempo de serviço proporcional à mulher; a redução da idade para concessão de aposentadoria por idade do trabalhador rural (homem) de 65 para 60 anos; e a concessão de aposentadoria por idade à mulher trabalhadora rural aos 55 anos.

11 A lei também regulamentou a concessão do benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 70 anos de idade pertencentes a famílias com renda mensal per capita inferior a 1/4 do salário mínimo.

12 A II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento foi realizada em Madrid, na qual se deliberou o Plano Internacional do Envelhecimento que buscava se tronar uma referência de atuação internacional para as ações e normativas sobre o envelhecimento no século XXI (FERNANDES; SOARES, 2012).

8. Como manejar ideações suicidas na pessoa idosa?

Lyssa Portal da Silva¹

Juliana da Conceição Sampaio Lóss²

Hildeliza Lacerda Boechat Tinoco Cabral³

“Parte da pessoa quer deixar de existir e outra parte deseja continuar viva. Essa ambivalência faz parte do conflito, tanto de forma consciente quanto – e principalmente – inconsciente. A forma como a pessoa será ajudada ou a falta de ajuda adequada influenciarão a direção que vai ser tomada. O profissional de saúde buscará meios de fortalecer a parte que deseja viver e, ao mesmo tempo, combater a que deseja morrer.”

(CASSORLA, 2017, p. 30).

Considerações iniciais

O envelhecimento é um processo quase sempre lento, em que algumas pessoas podem apresentar dificuldades capazes de evoluir para um quadro depressivo. Outrossim, a pessoa idosa pode ter uma visão positiva ou negativa da senilidade, que é influenciada por fatores emocionais, psicológicos, sociais e culturais. A velhice segue o processo natural do ciclo de vida do ser humano, devendo ser aproveitada da melhor forma possível, com autonomia, independência, reconhecimento de direitos, segurança, dignidade, bem-estar e saúde. Entretanto, devido a vários fatores que causam sofrimento no decorrer da vida, pessoas idosas chegam ao adoecimento mental em consequência de questões sociais, como a aposentadoria, o isolamento social, a atitude negativa da sociedade e perda de prestígio social. Os aspectos psicológicos também agem como influenciadores, sendo eles a solidão, a inatividade, a inutilidade, a falta de pro-

jetos de vida e a tendência a reviver o passado. Não se deve deixar de mencionar a existência de fatores familiares, como o sentimento de desamparo, a perda de um ente querido, a viuvez e a modificação forçada de domicílio. Há também doenças que atingem pessoas idosas, comprometendo a saúde física e mental, o bem-estar e influenciando na qualidade de vida (SANCHEZ *et al.*, 2022).

Mas, por que pessoas idosas chegam a alimentar ideias suicidas? Impende explicar o suicídio como prática já reconhecida como grave questão de saúde pública, já que a nível global cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos, sendo o Brasil um dos oito países que registram os maiores números de suicídios. Constitui-se agressão na qual a pessoa atua com a finalidade de findar a própria vida. (TEIXEIRA *et al.*, 2018). O autoextermínio acomete diversas classes sociais, idades, sexos e raças, e as tentativas superam em número a taxa de suicídios em, pelo menos, dez vezes. Outrossim, trata-se do resultado da subjetividade do sujeito, que possui o condão de se relacionar com fatores sociais de micro e macromagnitudes, além de resultar também de fatores associados a atual ou não circunstância psicossocial em que está inserido, mas com ênfase a acontecimentos recentes vividos como indutores de crises suicidas (SANTOS *et al.*, 2019).

Tendo em vista o aumento significativo da população mundial idosa, o presente capítulo tem como objetivo compreender o fenômeno da ideiação suicida, detalhando os fatores de risco para autoextermínio de pessoas idosas, bem como o manejo da ideiação suicida nas pessoas senis. Nesse sentido, um maior esclarecimento acerca deste tema permitirá uma melhor implantação de medidas de promoção de saúde, a fim de maior conscientização a respeito do olhar ao idoso e à prevenção do suicídio.

Ideação suicida: compreendendo o fenômeno

Durkheim, na obra intitulada *O Suicídio* (2004), aduz que o suicídio é constituição moral em que a sociedade determina o contingente das mortes voluntárias. Afirma, ainda, que em cada povo há uma força coletiva de determinada energia que impele os indivíduos de se matarem. Assim, o autor se baseia na macroestrutura social, tendo no seu interior o ato de tirar a própria vida. Após Durkheim, a suicidologia evoluiu avassaladoramente, tendo diversas análises sociológicas sobre a morte autoinfligida e também outras teorias que tratam tal evento como fenômeno complexo e de múltipla causalidade.

Para Shneidman (2001), com base nas necessidades psicológicas do ser humano, o suicídio e o comportamento suicida resultam da confluência do ápice da dor, perturbação e pressão, o que se expressa no modo de levar a vida. Joiner (2007) afirma que o desejo de morrer é fruto de três construtos, quais sejam, sentimento de não pertença, sensação de ser um fardo para a família ou outrem e ausência do medo instintivo da morte.

Conceitualmente, as ideações suicidas são pensamentos voltados para findar a vida, podendo até mesmo chegar ao plano suicida. A tentativa de autoextermínio consiste na objetivação da ideação suicida, que tem o condão de ser considerada como agressão a si mesmo, que não foi fatal, mas com potencial probabilidade de se repetir. Assim, fica clarividente a semelhança entre as definições de ideação e intenção, ressaltando que ambas podem alternar-se, visto que uma intenção é capaz de voltar a se mostrar como pensamentos, e um pensamento com angústias e ansiedades consegue emanar ato contra a vida. As razões pelas quais surgem as tentativas de suicídio são mutáveis, conforme a cultura dos povos, os acontecimentos vivenciados pelo indivíduo, o local e grupo de convívio; envolvendo, ainda, dificuldades no que se refere ao envelhecimento, pois gera à pessoa idosa determinados sentimentos negativos que têm potencialidade de incapacitação e limitação mental e física. Ademais, após a primeira tentativa realizada, o aumento da probabilidade de futura concretização do ato se eleva em, pelo menos, cem vezes. Nota-se a existência da estreita relação entre ideações, tentativas e suicídios efetivados entre pessoas idosas, já que a estimativa é de um suicídio consumado para quatro tentativas nessa faixa etária. A tentativa, a ideação e a efetivação do ato suicida mantêm-se visíveis por meio de comportamentos e manifestações verbais como confidências e insinuações. Diante disso, deve o profissional de saúde responsável, em conjunto com a equipe multidisciplinar, iniciar métodos de prevenção (SANTOS *et al.*, 2019).

As ideias suicidas podem atingir pessoas idosas com apoio familiar ou não, com ou sem acompanhamento médico. A família, quando funcional, oferece um suporte basilar para o indivíduo, então, os relacionamentos familiares harmoniosos se tornam uma força protetora contra o suicídio. Contrário a isso, os contextos familiares conflituosos e instáveis aumentam a vulnerabilidade, elevando os desejos de findar a existência. Sabe-se também que o isolamento e a solidão são caracterizados como os principais fatores microssociais associados à ideação suicida. Então, é notório que um grande desafio se apresenta

perante o envelhecimento, qual seja, alcançar a maior e melhor expectativa possível de vida, acompanhada de qualidade, já que a última etapa da vida deve ser vivida com dignidade (MEDEIROS, 2019).

Nesse contexto, é imprescindível que os interessados na presente temática compreendam que existem os fatores de risco para a ocorrência da ideação suicida na pessoa idosa.

Fatores de risco para suicídio em idosos

A população idosa é composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2003). Nas últimas décadas, se observou um crescimento de tal população, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento. Conforme estudos realizados pelo IBGE, em 2043, um quarto da população alcançará a idade de 60 anos ou mais (IBGE, 2019). Em muitos países, a maior faixa etária, no que diz respeito ao risco de suicídio, é a dos idosos. Assim, as ideias que envolvem o fenômeno morte são comuns nos senis. Mesmo que algumas tentativas sejam falhas, o ato por si só já é caracterizado como uma forte ideação, tendo alta potencialidade de se tornar uma provável reincidência (BARROSO *et al.*, 2018). Em relação às questões que envolvem o suicídio nessa fase do desenvolvimento humano, alguns fatores psicossociais estão relacionados, quais sejam: ausência de sentido da vida; depressão; relacionamentos familiares fragilizados; abuso de álcool; comportamentos autodestrutivos; personalidade impulsiva-agressiva e tentativas pregressas de suicídio (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Na senilidade, estão presentes diversas circunstâncias e fatores que levam a fragilidades e potencializam o risco de suicídio: o sofrimento em consequência de enfermidades crônicas; perdas de capacidade funcional; laços familiares fragilizados; abandono; solidão; violências sofridas e depressão grave. O sofrimento é capaz de estreitar as opções percebidas, surgindo a necessidade de fuga, na qual o fim da própria vida poderá ser percebido como o único meio possível para encerrar a tristeza. Com isso, surge o desespero, que nesse contexto psicossocial sugere o suicídio como saída do sofrimento para muitos idosos. Diante disso, o risco de suicídio se eleva, pois está ligado à resolução de um suposto problema promotor de sofrimento e à ideia de que o indivíduo está vivenciando uma velhice sem sentido nem motivações. Acrescenta-se, ainda,

que para caracterizar um evento como sendo estressor ou de risco potencial, é necessário avaliar o contexto no qual os resultados disfuncionais estão vinculados, ou seja, não é possível a análise linear entre risco e disfuncionalidade, havendo necessidade de ponderação, considerando sempre as subjetividades e a maneira única como cada indivíduo significa tal acontecimento. Dessa forma, não há um padrão na combinação de fatores de risco que levam o idoso a atentar contra a própria vida, mas alguns devem ser observados de forma mais detida, principalmente quando vinculados a circunstâncias intensificadoras do sofrimento psíquico (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Com base na análise do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as tentativas de suicídio juntamente com os transtornos mentais são os principais fatores de risco para morte por suicídio, devendo ser destacados: transtornos de humor como a depressão; transtornos de comportamento desencadeados pelo uso de substâncias psicoativas como o álcool; transtornos de personalidade e transtornos de ansiedade. Ademais, a depressão é classificada como sendo o fator de risco mais relevante, estando associado ao abandono; a solidão; a vida tediosa; conflitos e afastamentos familiares; tristeza e percepção de envelhecimento. Somado a isso, a depressão na senilidade geralmente é estimulada pela ideia de antecipação do próprio luto, e a impossibilidade da sua realização concreta leva o indivíduo a ficar profundamente desmotivado, desinteressando-se de si mesmo (TEIXEIRA *et al.*, 2018). Destarte, mister se faz considerar o manejo adequado para cada caso em que a pessoa idosa relata a manifestação de ideações suicidas, a fim de prevenir o ato.

Manejo da ideação suicida na pessoa idosa

O manejo da ideação suicida e da tentativa na pessoa idosa deve ser feito de forma singular, considerando o contexto em que a pessoa vive. O profissional de psicologia e psiquiatria é o que mais atua em quadros nos quais há transtornos mentais. Como abordagem preconizada para o manejo, as intervenções em crises são técnicas diretivas cujo objetivo é proteger a vida, evitar riscos, danos e sequelas e atuar para que o indivíduo possa seguir de forma terapêutica. Em todo caso em que há ideação suicida ou mesmo tentativa, deve-se privilegiar o atendimento ao sujeito de forma multidisciplinar para que haja compartilhamento entre os saberes. Destaca-se ainda que a depender do risco deve-se acionar serviços de urgência e emergência, família e até mes-

mo internação domiciliar. A disponibilidade de serviços 24 horas é importante para momentos em que a situação pode ser mais crítica. O CVV (centro de valorização da vida) oferece o serviço 24 horas e deve ser cada vez mais divulgado para a sociedade (CRP, 2020).

Outro ponto de grande relevância no manejo é a avaliação do risco que deve ser feita pelo profissional que atendeu a pessoa idosa. Nessa fase, deve-se fazer perguntas sobre os pensamentos da pessoa, de forma respeitosa e fortalecedora do vínculo. Destaca-se que este é um momento importante e que deverá se basear nos conhecimentos prévios que o profissional tem sobre o tema, ou seja, é fundamental conhecer os fatores de risco, técnicas de entrevistas e psicodinâmica (CRP, 2020). Ademais, pode-se utilizar a escala de Beck (2011) para ideação suicida. A BSI detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Usada em sujeitos não-psiquiátricos até 80 anos.

Salienta-se que fazem parte do manejo a notificação compulsória que, conforme a Lei nº 13.819/2019,

Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e pelos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao Conselho Tutelar. O acionamento da rede externa deverá ser obrigatoriamente efetivado em casos de violência autoprovocada de crianças, adolescentes e idosos, nos quais o Conselho Tutelar e do Idoso terão que ser acionados, respectivamente. Casos de tentativa de suicídio deverão ser notificados, obrigatoriamente, em até 24 horas do conhecimento do evento pela profissional, tendo em vista a necessidade de intervenções emergenciais e maior efetividade da intervenção em crise em curto período, como articulação e encaminhamento para rede psicossocial (CRP, 2020, p. 28).

Ressalta-se que a notificação compulsória tem caráter epidemiológico e não força de denúncia policial. A notificação compulsória é extremamente relevante para que se trabalhem políticas públicas e de proteção às populações com risco de suicídio. Para o manejo, existe também a possibilidade de elaborar um projeto terapêutico singular (PTS), em que se observam condutas articuladas para um indivíduo e sua família com apoio matricial e multidisci-

plinar. O PTS é uma ferramenta para o cuidado do paciente e visa diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação (CRP, 2020).

Um bom manejo da situação de ideação suicida ou tentativas deve considerar o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização, nos quais se verifica a necessidade da construção de espaços de escuta e acolhimento para aqueles que se sentem deprimidos, desesperançosos e com pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre as pessoas e o mundo. A continuidade do cuidado faz parte do manejo, visto que os pacientes com ideações ou tentativa de autoextermínio precisam ser acompanhados. Tal fato se explica pelos pacientes com tentativas terem mais chances de tentar mais vezes, e nesse cenário é importante que os profissionais tenham ações articuladas que deem conta de garantir a continuidade do cuidado integral. Os grupos de apoio podem ser uma excelente ferramenta para socializar e promover o vínculo. Os grupos podem ser organizados de acordo com a demanda, de forma horizontal, considerando os comportamentos e as situações que aumentam o risco, e pode-se também organizar grupos de familiares e amigos da pessoa (CRP, 2020).

No contexto o qual discute-se, é imprescindível o apoio da Atenção Primária à Saúde, em que, através do matriciamento, as equipes de saúde buscam apoio especializados na assistência, suporte técnico pedagógico, apoio institucional e vínculo interpessoal. O matriciamento pode ser acionado no momento em que a equipe de referência sente a necessidade de um suporte para evidenciar um diagnóstico e elaborar um projeto terapêutico para o sujeito e sua família ou para integrar os grupos de atenção. Diante de todo caso que envolve saúde mental, prioriza-se o trabalho em rede, visto que se deve oferecer atenção ao sofrimento de todos os usuários do SUS, dessa forma, a equipe de saúde deve buscar a integração dos setores e o trabalho em rede de seu território com o SUAS – Sistema Único de Assistência Social e com o CRAS – Centro de Referência em Assistência Social (CRP, 2020).

Botega (2015) aduz que, para o manejo, existe a psicoterapia de crise que deve ser orientada para as situações de crise mais emergentes que colocam o paciente em risco. O paciente e o terapeuta identificam e selecionam os problemas principais que serão o foco para o tratamento emergencial 6 a 8 semanas. O objetivo do tratamento é diminuir os riscos; não há busca de abordagem a conteúdos inconscientes, procura-se mudanças de atitudes e não as causas profundas de tais atitudes. Na psicoterapia de crise, o terapeuta deve agir mais ativamente, sempre

reforçando a autoestima. Nesse sentido, a finalidade é fortalecer os aspectos mais adaptativos da personalidade; afastar as pressões; encontrar medidas que melhorem os sintomas e a impulsividade; melhorar a autoestima e melhorar o funcionamento do indivíduo.

A espiritualidade e a religiosidade fazem parte do manejo, pois mantêm a esperança independente de questões de dogma, ajuda no sentimento de pertencer a um grupo e estar com pessoas, e podem ser considerados fatores de proteção, pode-se incentivar a busca pela espiritualidade (BOTEGA, 2015).

A psicoeducação é uma abordagem que se faz necessária, ensinar o paciente sobre o que sente e como lidar com isso é fundamental. A ideação suicida e a sensação de falta de luz no fim do túnel trazem muito sofrimento ao doente, mas isso é transitório e o indivíduo precisa compreender.

As orientações aos familiares devem se fazer presentes, pois muitos não compreendem o que ocorre com seu familiar, então é preciso ensiná-los sobre o que fazer e o que não fazer. É preciso ofertar apoio, estar perto, fazendo o que for possível, privilegiando tempo de qualidade, como: assistir tv juntos, conversar, demonstrar otimismo, convidar para uma caminhada, para um lanche, mudar o foco. Frequentemente, a pessoa idosa com depressão se sentirá com a autoestima baixa, com ideias de incapacidade ou mesmo de culpa; ajude-o a ponderar sobre seus pensamentos. Evite cobranças, gritos ou impaciência, e não infantilize a pessoa (BOTEGA, 2015).

O tratamento medicamentoso pode ser uma opção aliada a psicoterapia, em casos mais graves optam-se por antidepressivos. Esses medicamentos aumentam a disponibilidade dos neurotransmissores, como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, substâncias que modulam a comunicação entre os neurônios e, assim, agem no humor (BOTEGA, 2015).

Considerações finais

O presente estudo possibilitou a compreensão da ideação suicida na pessoa idosa, dos fatores de risco e do manejo correto, a fim de que, identificadas e adotadas as medidas de prevenção, seja evitado o autoextermínio. O envelhecimento é um fenômeno permeado por transformações, perdas e impacto na qualidade de vida das pessoas. Quando se deparam com muitas mudanças, a

depressão pode surgir nos senis. Além disso, o adoecimento psíquico acarreta mudanças cognitivas na forma de interpretar a vida, fato este que leva muitos idosos a perderem a vontade de viver e conseqüentemente se veem envolvidos em pensamentos distorcidos que culminam em idealizar a própria morte.

A morte e o adoecimento psíquico são temas de extrema importância para a saúde, mas pouco discutidos, pois ainda há o estigma e o preconceito com os pacientes que têm algum transtorno mental. É mister discutir, refletir e pesquisar tais fenômenos, especialmente entre os idosos, parcela mais vulnerável da sociedade. Nesse contexto, ressalta-se que os profissionais de saúde devem estar aptos a manejar adequadamente ideações suicidas em pessoa idosa a fim de prevenir o autoextermínio de idosos. Deve-se pensar em tal prática desde a atenção primária no SUS até os serviços de referência à saúde mental.

Referências

- BARROSO, Marianna Leite *et al.* A depressão como causa do desenvolvimento da ideação suicida na pessoa idosa e as conseqüências no âmbito familiar. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, v. 12, n. 41, p. 66-76, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/1201/1754>. Acesso em 25 mai. 2022.
- BECK, Aaron T. *et al.* **Escala Beck – BSI**: inventário Beck de ideação suicida, 2011. ISBN: 85-7396-157-0.
- BRASIL. **Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 27 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção de suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9849>. Acesso em: 05 jun. 2022.
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: Avaliação e Manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Edgard Blücher, 2017.

CRP-CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação.** Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF. Brasília: CRP, 2020. 48 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

DURKHEIM, E. **O Suicídio.** Lisboa: Martins Fontes; 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. **Revista Retratos**, Rio de Janeiro, n.19, p.19-24, fev. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>. Acesso em: 25 mai. 2022.

JOINER, Thomas. **Why People Die by Suicide.** [S. l.]: Harvard University Press, 2007. ISBN-10: 0674025490. ISBN-13: 978-0674025493.

LUIZ, Tayana Candido; LOPES, Kênia Christiane Pereira; MARINHO, Nádia Fernanda Schmitt. Depressão como fator associado à ideação suicida em idosos. **Revista de trabalhos acadêmicos** – Universidade de Belo Horizonte, v. 1, n. 5, 2021. Disponível em: <http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobeloehorizonte38page=article&op=view&path%5B%5D=8583>. Acesso em: 26 mai. 2022.

MEDEIROS, Karine dos Santos. **A ideação suicida na velhice:** uma revisão de literatura. TCC (Graduação em Psicologia) – Faculdade da Amazônia – FAMA, Vilhena, 2019. Disponível em: <http://repositorio.fama-ro.com.br/handle/123456789/122>. Acesso em 06 jun. 2022.

SANTOS, Erick Daniel Gomes de Melo *et al.* Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 258-282, mai./out. 2019. Disponível em: <http://scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-205.pdf>. Acesso em: 26 mai 2022.

SANCHEZ, Viviane Souza *et al.* Incidência e efeitos psíquicos e comportamentais da depressão e ideação suicida em idosos incluídos e afastados do convívio social primário: revisão sistêmica da literatura. **Revista Eixo**, Brasília, v. 11, n. 1, p 29-37, jan./abr. 2022. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/902/599>. Acesso em: 26 mai. 2022.

SHNEIDMAN, E. S. **Comprehending suicide.** Washington: American Psychological Association, 2001.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; MARTINS, José Clerton de Oliveira. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 262-270, mai./ago. 2018. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922018000200262&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 mai. 2022.

Notas de fim

- 1 Advogada. Pós-graduanda em Direito Público (Anhanguera). Acadêmica de Medicina Unig Campus V.
- 2 Doutora em Psicologia, Mestra em Cognição e Linguagem UENF, Pós-Graduanda em Psiquiatria, Membro Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana. Psicóloga, Pedagoga, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, Estudante de medicina UNIG.
- 3 Doutora e Mestra em Cognição e Linguagem (Uenf). Estágio Pós-doutoral em Direito Civil e Processual Civil (Ufes). Membro da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Membro da Asociación de Bioética Jurídica de La Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Membro do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil (IBERC). Coordenadora do GEPBIDH (Grupo de Estudos e Pesquisa em Bioética e Dignidade Humana). Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Membro do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (BRASILCON). Advogada. Professora dos Cursos de Direito e Medicina. E-mail: hildeboechat@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3000681744460902>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9871-8867>.

9. Cuidando na finitude de vida da pessoa idosa: desafios nos cuidados paliativos

Andréa Rodrigues Von-Held¹
Naiara Teixeira Vinhosa Rezende²

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

(Saunders, 2004)

Considerações iniciais

O aumento do envelhecimento populacional unido ao grande número de casos de doenças crônicas cria um novo grupo a ser percebido: as pessoas idosas, em fase terminal de vida. É nesse contingente populacional que o presente capítulo se embasará na necessidade da criação de intervenções consolidadas que absorva os cuidados para esse grupo da população. É por meio da equipe multidisciplinar de saúde que poderão ser incorporados os cuidados paliativos, pilar estratégico para que se chegue a morte de forma confortável e respeitosa.

A morte faz parte da natureza humana. Um profissional de saúde que tem dificuldade de lidar com a morte, o paciente estará vulnerável a receber tratamento distanásico, que muitas vezes está associado ao sofrimento importante e prolongamento desse processo de morrer. Precisamos entender que o paciente tem seus desejos e valores e toda uma biografia que precisa ser levada em conta para adequar os cuidados que o paciente precisa neste momento. Precisamos alinhar todo o tratamento no processo de respeito à dignidade da pessoa.

O impacto da morte em nossa sociedade é facilmente subestimado. Os eventos nacionais às vezes fornecem um lembrete oportuno do poder e da influência de uma morte digna e do profundo efeito que ela tem na família e nas pessoas próximas à pessoa que morreu. Diretrizes baseadas em evidências agora existem para ajudar no cuidado de pessoas que estão morrendo, incluindo diretrizes para controle de sintomas, apoio psicossocial e atendimento ao luto de familiares sem apoio neste momento vulnerável de suas vidas. Garantir uma boa morte para todos é, portanto, um grande desafio não apenas para os profissionais de saúde, mas também para a sociedade.

Por que é importante reconhecer a fase final de vida?

À medida que os pacientes se aproximam dos últimos dias de suas vidas, eles experimentam uma infinidade de alterações que afetam sua função neurocognitiva, cardiovascular, respiratória e muscular (PLONK; ARNOLD, 2005). Essas alterações corporais podem ser observadas à beira do leito e podem ajudar os médicos a estabelecer o diagnóstico de morte iminente (ou seja, morte em poucos dias). A capacidade de fazer o diagnóstico de morte iminente com confiança é de grande importância para os médicos que atendem pacientes em final de vida, pois pode afetar sua comunicação com pacientes e familiares, e informar a tomada de decisões complexas, como a descontinuação de investigações e tratamentos agressivos, planejamento de alta e inscrição em cuidados clínicos.

Esses pacientes que estão entrando nesta fase estão experimentando um sofrimento que advém não só de sintomas físicos (principais: dor/dispneia/delirium), mas começam a sofrer emocionalmente ou espiritualmente e até mesmo existencialmente — culpas, medos, incertezas, ruptura da convivência com seus entes queridos. É uma intensidade de sintomas que o médico sozinho não consegue planejar, cuidar e atender toda essa demanda. É importantíssima a questão da interdisciplinaridade, sendo essencial nas abordagens. Haverá uma readequação dos cuidados que devem ser contínuos, não mais voltados para a doença, mas sim para conforto. Sempre deverá ocorrer a conversa com o paciente e seus familiares para acertar e minimizar alguns tipos de pendências que precisam ser organizadas antes que o paciente faleça (ELLERSHAW, 2003).

O cuidado aos sintomas e respostas fisiológicas da doença terminal

Cuidados físicos: À medida que os pacientes ficam mais fracos, eles acham cada vez mais difíceis tomar medicamentos orais. Os medicamentos não essenciais devem ser suspensos. Medicamentos que precisam ser continuados, como opioides, ansiolíticos e antieméticos devem ser convertidos para a via subcutânea e um dripping em bomba de infusão se necessário. Intervenções inadequadas, incluindo exames de sangue e medição de sinais vitais, devem ser descontinuadas. As evidências são limitadas, mas sugerem que a continuação de fluidos no paciente moribundo é de benefício limitado e deve, na maioria dos casos, ser descontinuado (NATIONAL COUNCIL FOR HOSPICE AND SPECIALIST PALLIATIVE CARE SERVICES, 1997).

Observações regulares devem ser feitas e com bom controle de sintomas mantido, incluindo controle de dor e agitação. A atenção aos cuidados com a boca é essencial no paciente moribundo, e a família pode ser encorajada a dar goles de água ou umedecer a boca do paciente com uma gaze. Se a incontinência urinária ou retenção é um problema, o cateterismo vesical pode ser necessário. Procedimentos invasivos para cuidados intestinais raramente são necessários na fase de morte (ELLERSHAW, 2001).

Cuidado espiritual e psicológico: Na espiritualidade, muitos aspectos são levantados, pois cada indivíduo compreende a morte de acordo com sua cultura ou religiosidade. A finitude geralmente é vista como sofrimento, devido à perda de alguém muito querido, além de suscitar questões como o significado da existência. Sensibilidade à cultura e religião do paciente é essencial. As tradições religiosas formais podem ser observadas na fase de morte e podem também influenciar os cuidados com o corpo após a morte. Depois de morte do paciente, os familiares devem ser tratados de forma compassiva (FALLOWFIELD; JENKINS.; BEVERIDGE, 2002.).

Sinais clínicos de fase final

Esse paciente vai apresentar um colapso circulatório, tendo assim diminuição da diurese como também diminuição do pulso cardíaco, principalmente o pulso radial. Evolui com uma pele mais acinzentada, mais sudoreica, dificuldade de engolir devido à grande fraqueza muscular, gerando assim inapetência.

Ocorre dificuldade respiratória e dificuldade de manter a mandíbula fechada, evoluiu com respiração tipo Cheyne Stokes. As pupilas se tornam fixas, a queda do sulco nasolabial é um dos fatores prognósticos importante junto com as escalas de performance status baixo (entre 10 e 20%).

Esses sinais servem para identificar essa síndrome das últimas 48 horas de vida e não são associados a sofrimento. O que pode trazer sofrimento são os sintomas como delirium, dor, fadiga (por imobilidade) e o ronco final “sororoca” que muito incomoda familiares, mas não o paciente em si (HUI, 2015).

Medidas importantes para o manejo na fase final

É importante conversar com o paciente se ele possuir consciência de que alguns desses sintomas que está apresentando significa pouco tempo de vida. Mais uma vez, é importante essa comunicação com a família, pois algumas questões precisam ser resolvidas o quanto antes. Precisamos monitorar os sintomas, estar mais disponíveis porque nessa fase final os sintomas podem surgir a cada 30 minutos/1 hora, modificando ou variando de intensidade (BRUERA, E. *et al.*, 2004) É necessário suspender medicamentos considerados fúteis, que não são mais essenciais nessa fase do cuidado, suspender exames e aferição de sinais vitais de horário. Manter sempre uma higiene adequada e, assim, a dignidade da pessoa até o fim. As questões de cuidado com o corpo precisam também ser abordadas, o cuidado com a boca, com a pele e o posicionamento no leito. Deixar o ambiente o mais tranquilo, o mais ventilado e mais calmo possível (HIGGS, 1999).

Abordagem dos sintomas mais frequentes

Na fadiga e imobilidade, o mais indicado é a própria contenção de energia e não uso de medicação para tal, como também é de grande valia a movimentação passiva no leito (ELLERSHAW J., 2001). Anorexia/disfagia, manter cuidados com a boca e os lábios hidratados. Nesta fase final, não há benefícios em relação a nutrição e hidratação artificial. Pode haver piora dos sintomas relacionados à congestão, sensação de asfixia, tosse e dispneia (BRUERA, E. *et al.*, 2013).

Em relação à dor e dispneia, temos os opioides de ação rápida, que são os pilares do ponto de vista farmacológico para o tratamento nesta fase. Oxigênio suplementar, as evidências mostram que para pacientes hipoxêmicos são bem indicados (ABERNETHY *et al.*, 2010; CARACENI, 2012).

Quanto ao delirium, as medidas não farmacológicas são as mais indicadas — iluminação adequada, ambiente calmo, presença de um cuidador ou familiar que lhe dê confiança. Quando não respondem a essas medidas não farmacológicas, há indicação de antipsicótico, sendo o haloperidol de escolha. Há estudo que relata associação do haloperidol com lorazepan quando não há resposta. Em delirium refratário, há indicação de sedação paliativa (BRUERA, E. *et al.*, 2013; HUI *et al.*, 2017).

Abordagem psicológica

Ao cuidar do paciente em processo de morrer, uma das principais habilidades de comunicação necessária para o profissional é a escuta; ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade. A escuta ativa e entendimento das reações às perdas com acolhimento não é só função do psicólogo, mas de todo membro da equipe interdisciplinar. Devem-se encorajar conversas com familiares e amigos se o paciente assim o desejar, até mesmo para estimular as despedidas. Ajudar nos sentimentos de culpa e arrependimentos também minimiza sintomas. Ficar atento ao luto antecipatório tanto dos pacientes quanto dos familiares. A maneira como o indivíduo lida com a morte iminente na fase final desse processo é um reflexo de suas vivências, seu grau de maturidade, seus valores culturais, espirituais e religiosos, por isso os profissionais de saúde devem ser capacitados para lidar com os pacientes nesta fase, pois, além de cuidado, precisam de compreensão (LYNN, J. *et al.*, 2002).

Aspectos sociais

Deve-se abordar questões tanto práticas como financeiras, aposentadoria, seguro de vida e custódia de filhos. Se este paciente estiver seguindo tratamento domiciliar, atentar a família como proceder em caso de óbito e orientar como

é o fluxo do município em relação à Declaração de Óbito (RABOW, HAUSER, ADAMS, J, 2004).

Aspectos espirituais

É impossível ajudar alguém em questões espirituais sem antes conhecer sua própria espiritualidade. Conhecer as diferentes tradições espirituais, bem como a clareza em relação às suas próprias questões espirituais, auxiliará muito no cuidado do paciente em fase terminal. Devemos ter uma escuta empática para conhecer os valores culturais e religiosos e perceber presença de angústia. O capelão tem grande valor nesse processo. Conhecer os valores religiosos ajuda a organizar o funeral e seus desejos de como fazê-lo (SANTOS, 2009).

O profissional de saúde que lida com o paciente geriátrico deve estar treinado para abordar essa questão e atento a seus aspectos positivos e negativos, de forma a ajudar o idoso nesta fase da vida, respeitando suas escolhas e individualidade. O profissional precisa de um comprometimento pessoal e, assim, se envolver com mais efetividade no que diz respeito aos cuidados, principalmente nos aspectos emocionais, espirituais, físicos e culturais. É preciso arriscar-se, abrir a si mesmo a dores e dúvidas. A morte está presente no cotidiano, então, é preciso compreendê-la em todas as fases da vida e se colocar no lugar do próximo. O diálogo é o caminho para esse entendimento. A comunicação é, sem dúvida, um fator muito importante na assistência à saúde, especialmente quando se trata de cuidados paliativos.

Referências

ABERNETHY, A. P. *et al.* Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. **Lancet**, v. 376, n. 9743, p. 784-793, set. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20816546/>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRUERA, E. *et al.* Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. **J Clin Oncol.**, v. 31, n. 1, p. 111-118, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23169523/>. Acesso em: 01 set. 2022.

- BRUERA, S. *et al.* Variations in Vital Signs in the Last Days of Life in Patients With Advanced Cancer. **J Pain Symptom Manage**, v. 48, n. 4, p. 510-517, out. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24731412/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- CARACENI, A. *et al.* Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 2, e58-68, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22300860/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- ELLERSHAW, J. *et al.* Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. **J Pain Symptom Manage**, v. 21, n. 1, p. 12-17, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11223310/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- ELLERSHAW J. Care of the dying patient: the last hours or days of life. **BMJ**, v. 326, n. 7379, p. 30-34, jan. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124925/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- FALLOWFIELD, L. J.; JENKINS, V. A.; BEVERIDGE, H. A. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. **Palliat Med**, v. 16, n. 4, p. 297-303, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12132542/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- HIGGS, R. The diagnosis of dying. **J R Coll Physicians Lond**, v. 33, n. 2, p. 110-112, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10340254/>. Acesso em: 01 set. 2022
- HUI, D. *et al.* Neuroleptic prescription patients for delirium in patients with advanced cancer. **J Palliat Care**, v. 27, n. 2, p. 141-147, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21805949/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- HUI, D. *et al.* Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. **Cancer**, v. 121, n. 6, p. 960-967, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25676895/>. Acesso em: 01 set. 2022.
- HUI, D. *et al.* Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 318, n. 11, p. 1047-1056, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5661867/#:~:text=CONCLUSIONS%20AND%20RELEVANCE,in%20agitation%20at%208%20hours>. Acesso em: 01 set. 2022.
- LYNN, J. *et al.* Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. **Ann Intern Med**, v. 126, n. 2, p. 97-106, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9005760/>. Acesso em: 01 set. 2022.

MORITA, T. *et al.* Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: a multicenter prospective observation study. **J Pain Symptom Manage**, v. 27, n. 6, p. 533-539, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15165651/>. Acesso em: 01 set. 2022.

NATIONAL COUNCIL FOR HOSPICE AND SPECIALIST PALLIATIVE CARE SERVICES. Ethical decision making in palliative care: artificial hydration for people who are terminally ill. **J Eur Assoc Palliative Care**, v. 4, p. 203-207, 1997.

PLONK, W. M.; ARNOLD, R. M. Terminal care: the last weeks of life. **J Palliat Med.**, v. 8, n. 5, p. 1042, 1054, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16238518/>. Acesso em: 01 set. 2022.

RABOW, M. W.; HAUSER, J. M.; ADAMS, J. Supporting family caregivers at the end of life: “they don’t know what they don’t know”. **JAMA**, v. 291, n. 4, p. 483-491, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14747506/>. Acesso em: 01 set. 2022.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

SAUNDERS, C. Foreword. In: DOYLE, D. *et al.* (Eds.), **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University, 2004. p. 17-20.

Notas de fim

- 1 Mestra em Medicina pela Instituto de Ensino da Santa Casa de Misericórdia, Especialista em Cuidados Paliativos pelo INCA.
- 2 Acadêmica de Medicina 8º período.

10. A pessoa idosas em (re)construção: idosos se redescobrem em outra atividade laborativa após a aposentadoria

Alice de Souza Tinoco Dias¹
Viviane Carneiro Lacerda Meleep²
Rosalee Santos Crespo Istoe³

“Se o envelhecimento é algo que está acontecendo com você, então você é basicamente uma vítima; mas se o envelhecimento é algo que você aprendeu, você está na posição de desaprender os comportamentos que o levaram a envelhecer, adotar novas crenças e ser guiado para novas oportunidades.”

(Deepak Chopra, 1990)

Considerações iniciais

Atualmente, a sociedade brasileira está sendo constituída por 51,7% de mulheres e 16,7% de pessoas idosas, de acordo com o primeiro teste nacional do Censo Demográfico de 2022, conformando que há mais mulheres do que homens na população e que, dependendo da região, um em cada quatro habitantes é idoso, ou seja, a população idosa vem aumentando ao longo dos anos.

Com o aumento da população idosa, é preciso afirmar que para o estatuto da pessoa idosa são consideradas os indivíduos que possuem idade igual ou maior que 60 anos de idade. Assim, este capítulo tem como objetivo, propor uma reflexão sobre a população idosa e como eles se redescobrem em outra atividade laborativa após a aposentadoria, de maneira a perpassar por três divisões, sendo elas: a heterogeneidade da velhice e suas recons-

truções, seguido do trabalho e do idoso, apresentando as representações de trabalho e emprego na sociedade, e, por último, o envelhecimento, geriatria e atividade laborativa após aposentadoria, contemplando a importância de pensar o trabalho e a aposentaria como aspectos fundamentais do processo de envelhecimento humano.

Assim, debater sobre o processo de envelhecimento tem se tornado cada vez mais interessante para o meio acadêmico e social. Neste sentido, a pesquisa tem como metodologia a abordagem qualitativa, com os objetivos descritivos e explicativos, tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos publicados na plataforma do Google Acadêmico e selecionados de acordo com a temática proposta.

A escolha pelo tema de pesquisa desse capítulo dar-se-á pela importância em continuar os estudos voltados para a perspectiva da população idosa, de forma a garantir que seus direitos sejam efetivados pelo Estado e a contribuir positivamente para a intensificação de debates acerca dessa temática na população.

A heterogeneidade da velhice e suas reconstruções

O conceito de velhice vem sendo discutido e construído ao desenvolver da sociedade, de forma a contribuir ativamente para os costumes e valores determinados a diferentes culturas, o que pode ser considerado “velhice” para um determinado grupo, pode ser descrito de forma diferente para outros. Porém, o que se tem em comum entre todas as culturas, é a associação do termo de forma pejorativa, sempre associado a desvalorização das pessoas idosas, a improdutividade relacionada ao trabalho, a incapacidade de se manterem ativos perante a sociedade, a relação entre doenças, classificando essa população como vulneráveis e entre outras, de forma a desvalorizar a questão social desses indivíduos (CACHIONI; AGUILAR, 2008).

A sociedade contribui para a disseminação dos preconceitos voltados a população idosa, uma vez que o conhecimento não é direcionado de forma a orientar a população sobre sua preparação para velhice e as formas de respeitar esse processo, tornando-o cada vez mais importante e contribuindo para a erradicação de preconceitos destinados a velhice, tais como: “velhice é sinônimo de doença”, “os velhos vivem melhor, pois não tem preocupação”,

“as pessoas idosas não contribuem em nada para sociedade” e outros, que só configuram a desvalorização dessa classe (CACHIONI; AGUILAR, 2008).

Pensar na velhice é entender que está associada a diferentes questões que, ao longo da vida, foram se interligando e se tornando cada vez mais complexa, trazendo a principal característica que marca a velhice, que é a heterogeneidade de cada indivíduo, tornando único e singular cada etapa de seu processo, comprovando que esses indivíduos não envelhecem de forma pronta e igual, mas sim por meio de suas experiências adquiridas ao longo da vida, contemplando dificuldades e desafios diferentes (BULLA; KAEFER, 2003). Assim, o pensar sobre o processo de envelhecimento não pode ser considerado homogêneo, dando a entender que todos os indivíduos irão perpassar de maneira igual por todos os desafios encontrados, pois é inadmissível que se tenha esse pensamento, não trazendo as diferenças para esse processo como forma de especificidade de cada ser (LOPES, 2000).

Assim, a pessoa idosa precisa ser compreendida de forma a entender suas diferentes formas de viver a vida, respeitando seus limites, suas dificuldades e sua trajetória, não importando estar em determinada faixa etária, mas sim suas vivências enquanto indivíduo ativo durante toda a sua vida, sendo exclusivamente dependente dela mesma para contribuir com suas escolhas, suas limitações e suas conquistas ao longo de todo o processo que é o considerado velhice.

As pessoas idosas não devem ser tratadas como um objeto que não possui mais valor para a sociedade, pelo contrário, elas devem ser valorizadas como indivíduos históricos e críticos, pois já vivenciaram muitas dificuldades e almejavam diferentes objetivos no decorrer de suas vidas, podendo contribuir de forma significativa para sociedade em que foi/está inserida. Em diferentes faixas etárias da vida, todo e qualquer indivíduo tem o direito a ser percebido mediante as suas particularidades, pois, para além da idade cronológica, existe um ser individual e único (HELLER, 1994). A pessoa idosa, assim como é influenciada pela cultura da sociedade, também é capaz de influenciar e modificar pensamentos a sua volta, no momento em que essas pessoas se tornam um ser e estabelecem suas relações, já estão fazendo história, trazendo a público toda a sua experiência de vida, alertando e contribuindo cada vez mais para a própria população em que está inserida, pois os indivíduos são participantes dessa interação entre sociedade e cultura.

Neste sentido, percebe-se que o Brasil ainda não está preparado de forma suficiente para atender as demandas de uma maneira geral. Os serviços públicos ainda se encontram de forma precária, encontra-se dificuldades ao acesso de recursos para a qualificação de indivíduos em diferentes faixas etárias, principalmente pós-aposentadoria, de forma a garantir os direitos dessa população, fazendo-se necessária a criação de mais programas de trabalhos voltados para essa, perpassando pelos perfis socioeconômicos (BULLA; KAEFER, 2003).

A população idosa precisa de mais atenção por parte do Estado, de forma a melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), que é a Lei fundamental e suprema do país, assim como expresso pelo Código Civil Brasileiro do ano de 2002 (BRASIL, 2002), considera que todos os indivíduos possuem direitos e deveres desde o seu nascimento, assim, esses indivíduos comportam diferentes direitos considerados fundamentais e previstos nas legislações para todos, sem extinção e faixa etária.

Todavia, no ano de 2003, tem-se a criação do Estatuto do Idoso por meio da Lei nº10.741/2003 (BRASIL, 2003), para assegurar o direito desses indivíduos, sendo descrito da seguinte maneira em seu artigo 2º: “O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei” (BRASIL, 2003). Trazendo também em seu 20º artigo o seguinte: “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, 2003). Assim, como a Constituição e o Estatuto do Idoso, os direitos dessa população também são assegurados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), O Benefício de Prestação Continuada (Decreto nº 6.214 – BRASIL, 2007) e o Fundo Nacional do Idoso pela Lei nº 12.213.

Assim, todas essas legislações citadas acima garantem os direitos fundamentais para a população idosa em nosso país, de forma a garantir a qualidade de vida digna a essa população, sendo o Estado o responsável por efetuar esses mecanismos de direitos, como, por exemplo, o direito a saúde, o Estado deve garantir o fornecimento gratuitamente e os recursos necessários para tratamento de qualquer doença da pessoa idosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2021, revelou dados afirmando que 11,6% das pessoas idosas do mundo são vítimas de abusos psicológicos, o que vem afetando diretamente sua saúde mental e, como consequência, sua qualidade de vida, tornando-os vulneráveis a desenvol-

ver doenças e a se entregar de forma rápida a depressão, que possivelmente acarretará em outras doenças e na desmotivação de querer continuar seu processo de envelhecimento de forma saudável. A OMS afirma também que grande parte dessas violações dos direitos das pessoas idosas não são registradas, o que dificulta a resolução desses problemas, tornando cada vez maior o número de idosos que sofrem violações no seu dia a dia. Essas violações podem ser caracterizadas como violência física, violência psicológica, violência verbal, em alguns casos abuso sexual, abuso financeiro e negligências as quais podem ocorrer em locais de acolhimentos, em suas próprias casas, casas de familiares e outros.

Assim, percebe-se a importância das políticas públicas voltadas para a população idosa, de modo a garantir sua qualidade de vida dignamente, da maneira em que o indivíduo idoso se sinta confortável e consiga realizar suas atividades rotineiras de forma saudável e agradável. No Brasil, o Estatuto do Idoso determina a idade de 60 anos ou mais para ser considerada uma pessoa idosa e obter seus direitos assegurados pela legislação. Ainda assim, tendo essa marca da faixa etária destinada pela legislação, é preciso afirmar que o envelhecimento engloba diferentes aspectos que vão muito além dessa idade prevista, como a própria OMS apresenta, os fatores sociais, fatores culturais e econômicos de determinados locais em que esses indivíduos idosos se encontram, gerando ainda mais considerações que devem ser pensadas para a caracterização dessa população. Portanto, a faixa etária demarcada pela legislação vem para marcar de forma segura os direitos desses indivíduos idosos, sem afirmar ou desmerecer seu processo de envelhecimento como um todo.

O trabalho e a pessoa idosa

Partindo do grande marco que revolucionou as relações de trabalho, a Revolução Industrial na sociedade considerada contemporânea fez com que o trabalho manual fosse “subordinado à nova tecnologia da manufatura” (OLIVEIRA; MANÃS, 2004, p. 59). Assim, novas formas de trabalho foram surgindo e novos ritmos também, fazendo com que o trabalhador se tornasse dependente das máquinas.

No Brasil, as condições em que os operários de fábrica viviam eram as piores possíveis até a metade do século XIX, quando as revoltas operárias começaram a ocorrer devido as reivindicações por melhorias de trabalho. Segundo Maringoni (2013), os operários faziam suas reivindicações por redução das jornadas de trabalho, pelo aumento dos salários e também pela exploração que acometia crianças e mulheres nesse ambiente.

A partir da década de 1930, iniciaram as lutas por melhorias trabalhistas e por direitos, assim, o então presidente Getúlio Vargas criou o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, que foi implantado como prioridade a resolução da então “questão social” que visava a relação entre trabalho e capital, como meio para amenizar a pobreza devido a exploração de trabalhadores. Assim, no ano seguinte foi promulgada a primeira lei sindical brasileira, por meio do Decreto nº 19.770 que buscava controlar as reivindicações trabalhistas. Em 1932, foram regulamentados os Institutos de Aposentadoria e Pensões. Em 1933, aprovação do direito as férias anuais aos trabalhadores e a proibição de trabalho para crianças menores de doze anos. No ano de 1943, foi criada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para organizar e promover os direitos dos trabalhadores, como salário mínimo, férias, descanso semanal e outros (MARINGONI, 2013).

Com as reivindicações trabalhistas, o país também teve uma conquista na área dos direitos, sendo ele o direito à aposentadoria, por meio do Decreto legislativo 4.682/1923 que ficou conhecido como a Lei Eloy Chaves, marcada pelo surgimento efetivo da Previdência Social no Brasil, sendo considerado direito que passou a existir mediante muitas lutas dos trabalhadores idosos (AZEVEDO, 2012), sendo criadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), que, a partir das criações trabalhistas na década de 1930, foi modificada por Getúlio Vargas, que estabeleceu os Institutos de Aposentadorias e Pensões, vinculando a Previdência ao Governo Federal. Assim, anos depois, a junção desses institutos resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nesse sentido, todas as criações de melhorias de trabalhos e vínculos empregatícios começa a ser notado pelo sistema capitalista, de forma que o conceito de emprego é notadamente apresentado e diferente do trabalho, que já existia desde que as transformações na sociedade começaram. Assim, o conceito de “emprego” tem seu início marcado no capitalismo, como o indivíduo que vendia sua mão de obra em troca de dinheiro. Para Santos (2012),

trabalho é “a atividade ou ação que necessita de capacidades físicas e mentais, destinada a satisfazer as necessidades humanas” (SANTOS, 2012, p. 24) e, para Morin (2001), o emprego é a “ocupação de uma pessoa, correspondendo ao conjunto de atividades remuneradas em um sistema organizado economicamente” (MORIN, 2001, p. 12).

Dessa forma, entender o conceito de trabalho e emprego nos dias atuais é fundamental para se chegar à aposentadoria das pessoas idosas, pois apesar do histórico vinculado as raízes da sociedade contemporânea, atualmente se têm o trabalho como uma forte ocupação de um espaço social na sociedade, de forma que o indivíduo que não se encontra inserido nesse ambiente é considerado como uma desonra social e até mesmo como alguém sem qualquer prestígio social adequado. Dessa forma, pensar sobre o trabalho para muitos, atualmente, é pensar sobre uma série de aspectos envolvidos, desde realização pessoal ao convívio social com outros indivíduos, podendo desenvolver autoestima, realização de cunho pessoal, profissional e familiar, pois “trabalhando o homem pode modificar a si mesmo, produzir cultura e se autoproduzir” (OLIVERIA; MANÃS, 2004, p. 54).

Nesse sentido, a reorganização da sociedade decorrente a esfera do trabalho passou a ser necessária para muitos indivíduos e, para alguns, o definidor da vida, sendo umas das ocupações mais significativas para indivíduos da sociedade contemporânea no decorrer de sua trajetória de vida. Assim, o trabalho está diretamente relacionado à qualidade de vida de muitos indivíduos da população idosa, que destinam suas vidas em prol do trabalho/emprego e, quando precisam se aposentar, sentem falta de estar inseridos no seu ambiente de trabalho, de realizarem suas tarefas cotidianas, de participarem e se sentirem incluídos na sociedade por meio da importância de seus trabalhos e outros.

Sendo assim, o trabalho é considerado toda atividade que transforma o indivíduo e sua vida e, assim, ele contribuiu para a transformação da sociedade ao longo dos anos, podendo ter como características transformações positivas e negativas, em que cada indivíduo contribuiu de maneira individual e diferente para a sociedade. Como toda atividade, o trabalho tem seu tempo de início e término para cada indivíduo, o que vai depender especificamente de cada um para se encerrar por meio da aposentadoria que é destinada a eles.

Envelhecimento, geriatria e atividade laborativa após a aposentadoria

O envelhecimento é considerado um processo natural e que traz certas alterações de maneira única em cada indivíduo. Tais alterações são consideradas para o autor Zimmerman (2002) como aspectos físicos, psicológicos e sociais, e, dentre esses aspectos, o social é o que mais vem afetando as pessoas idosas segundo o autor, de maneira que os indivíduos idosos vêm apresentando crise de identidade, mudanças de comportamentos e papéis na família, no trabalho e na própria sociedade em que está inserido.

Nesse sentido, as modificações em que o corpo e a mente desses indivíduos vêm passando no decorrer do processo de envelhecimento trazem efeitos negativos para os mesmos, destacando-se os aspectos psicológicos, que vem incluindo as dificuldades de se adaptar à nova fase, de encarar as doenças que surgem nesses processos, e também a baixa autoestima que vai acometendo-os ao longo dos anos, podendo ocasionar em uma depressão (ZIMERMAN, 2000).

Muitos desses aspectos são relacionados à saída do trabalho da população idosa, de maneira que eles se veem como indivíduos não pertencentes mais à sociedade como contribuinte por meio de seu trabalho, que em muitas ocasiões são trabalhos que estão relacionados diretamente com o meio e com diferentes pessoas ativas na sociedade. Nesse sentido, tem-se a aposentadoria como um marco da velhice para esses indivíduos, os quais em sua maioria já possuem 60 anos ou mais, e que podem lidar de maneira satisfatória ou não com esse acontecimento. Dessa forma, a aposentadoria vem de um longo processo de lutas e reivindicações de indivíduos ao longo da história brasileira, e atualmente é considerada como um direito dos idosos que foi almejado a partir das lutas de trabalhadores de diferentes locais do país.

Assim, é importante destacar que até o final do século XX os indivíduos considerados com saúde continuavam em seus trabalhos, de maneira a contribuir positivamente com suas funções. Mas, no decorrer dos avanços tecnológicos e com as mudanças estruturais da própria sociedade contemporânea, o trabalhador considerado velho começou a ser descartado do mercado de trabalho, de maneira que “o envelhecimento profissional passou a ser definido em função da menor produtividade justificada pela inadaptação às novas condições de trabalho” (AZEVEDO, 2004, p. 28). Dessa forma, os indivíduos idosos passaram a não pertencer com produtividade aos serviços

ocupados, tendo que deixar para os mais jovens ocuparem suas vagas de empregos e suas produtividades.

Neste sentido, torna-se um pouco contraditória se pensarmos no fato de que a aposentadoria é uma conquista do trabalhador e ao mesmo tempo um direito assegurado; por outro lado, desvaloriza o indivíduo enquanto ser que está se aposentando, ou até mesmo já aposentado, como um ser incapaz de contribuir positivamente em seu ambiente e trabalho. A maioria da população idosa necessita de permanecer em seus trabalhos para conseguir manter sua vida financeira em dia, considerando que a o dinheiro vindo da aposentadoria não contempla todos os gastos que uma pessoa em processo de envelhecimento necessita, e principalmente para os homens, que em sua maioria são provedores do grupo familiar em que estão inseridos (BULLA; KAEFER, 2003).

Os autores Ximenes e Concone (2009) utilizaram o termo “morte social” para apresentar a importância do trabalho na vida dos indivíduos idosos, que precisam se desvincular de seus empregos. O trabalho está relacionado diretamente a vida dessas pessoas e também a desvalorização social desses indivíduos que estão fora do sistema de produção do capital. O trabalho representa a estruturação da organização da vida humana, que estabelece horários, rotinas, atividades e relacionamentos pessoais e interpessoais que são determinados ao longo de seu desenvolvimento, sendo fundamentais para a vida social de todos os seres humanos, de maneira que essas atividades servem como ponto de referência na vida de cada indivíduo, assim, fica cada vez mais difícil desvinculá-los de suas referências vividas ao longo de suas trajetórias (ZANELLI; SILVA, 1996).

Nesse sentido, a maneira como cada indivíduo idoso irá perpassar pela aposentadoria, será conforme a experiência que cada indivíduo construiu no decorrer de suas vivências sociais e também de acordo com os seus recursos físicos e peculiares. Assim, cada indivíduo irá perpassar pela aposentadoria e por seu processo de envelhecimento de maneira única e individualizada, marcada por todos os processos e escolhas que fizeram ao longo de sua trajetória de vida, sendo ela um dos aspectos motivacionais para sua perspectiva de vida nessa nova fase. É preciso ter consciência também de que não será uma nova fase apenas para “descanso” como muitos pensam. Silva (1999) destaca a importância de estarem preparados para uma nova e grande fase de mudanças em suas vidas, de maneira a se prepararem para todos os tipos de imprevistos que podem vir a acontecer. Assim, irá contribuir positivamente para o aspec-

to psicológico de muitos idosos que pensam apenas na fase de descanso social que irá entrar e acabam por não pensar nas diferentes possibilidades de viver o processo de envelhecimento como um todo.

Considerações finais

Pensar atualmente no rápido crescimento da população idosa em nossa sociedade nos remete a diferentes aspectos que são diretamente ligados a questões como saúde pública, medidas de proteção social, garantias de direitos e qualidade de vida digna a todos os indivíduos que estão em processo de envelhecimento e aos que estão caminhando para essa nova fase da vida.

Assim, pensar sobre o processo de desenvolvimento humano nos remete a pensar sobre a qualidade de vida que essa população tem, sobre os aspectos que são considerados fundamentais para que se tenha um processo considerado saudável. Dessa forma, é preciso pensar também sobre os aspectos psicológicos, sociais e físicos em que esses indivíduos se encontram.

Ao falar sobre o processo de envelhecimento humano, também pensamos sobre a aposentadoria, que está diretamente ligada ao trabalho que esses indivíduos desempenharam ao longo de suas vidas, sendo considerados pilares fundamentais para a sua inserção na sociedade como ativamente social. O trabalho é considerado um fator extremamente importante para entender as relações pessoais desses indivíduos e, ao mesmo tempo, como eles se sentem após o encerramento de suas atividades laborativas.

Nesse sentido, é fundamental para o processo de envelhecimento humano que esses indivíduos sejam assegurados pelo Estado, por meio das legislações e amparados pela sociedade, de maneira que todos entendam a importância dos direitos conquistados ao longo dos anos na sociedade, pois são direitos e conquistas que contribuem fortemente para a qualidade de vida dessa população. Assim, faz-se necessário continuar os estudos sobre as atividades laborativas após a aposentadorias dessa população, para que se tenham mais avanços na literatura e na sociedade.

Portanto, é preciso compreender a velhice como uma nova fase de vida, podendo se redescobrir sempre que necessário, encontrar novas oportunidades de enfrentar a vida, novas oportunidade de “trabalhar” para se encontrar

como indivíduo ativo na sociedade e, o mais importante, que é estar feliz consigo mesmo e com suas próprias escolhas ao longo da vida.

Referências

AZEVEDO, E. L. **Aposentados em movimento:** Tensões e convergências com o movimento sindical. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 19.770, de 19 de março de 1931.** Regula a sindicalização das classes patronais e operárias e dá outras providências. Seção 1, p. 4801. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 1931. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19770-19-marco-1931-526722-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=%C3%89%20vedada%20aos%20patr%C3%B5es%20ou,diverg%C3%Aancia%20com%20os%20seus%20patr%C3%B5es>. Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2010.406%2C%20DE%2010%20DE%20JANEIRO%20DE%202002&text=Institui%20o%20C%C3%B3digo%20Civil.&text=Art.,e%20deveres%20na%20ordem%20civil. Acesso em: 06 set. 22.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010.** Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas às doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Brasília: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12213.htm. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde – OMS. Envelhecimento. **World Health Organization**, c2022. *Online*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Acesso em: 13 jan. 2022.

BULLA, L.; KAEFER, C. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 2, n. 1, p. 1-8, dez. 2003. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/957>. Acesso em: 02 set. 2022.

CACHIONI, M.; AGUILAR, L. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-119, dez. 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2395/1488>. Acesso em: 02 set. 2022.

CHOPRA, D. **Criando Saúde Para além da prevenção, em direcção à perfeição**. Lisboa: Dinalivro, 1990.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

LOPES, R. G. C. **Saúde na velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. São Paulo: EDUC, 2000.

MARINGONI, G. A longa jornada dos direitos trabalhistas. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, São Paulo, ano 10, edição 76, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2909:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 02 set. 2022.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19. 2001. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37722>. Acesso em: 02 set. 2022.

OLIVEIRA, J. F.; MAÑAS, A. V. **Tecnologia, trabalho e desemprego**: um conflito social. 1 ed. São Paulo: Érika, 2004.

SANTOS, L. dos. **Sociologia do Trabalho**. Inhumas: IFG. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

SILVA, M. V. S. Idosos Aposentados: representações do cotidiano. **Est. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 1, p. 91-104, 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4655>. Acesso em: 02 set. 2022.

SILVA, E, D. **Percepção de idosos sobre o processo de transição Ocupacional**: do trabalho à aposentadoria. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/1647?locale=pt_BR. Acesso em: 02 set. 2022.

XIMENES, M. A.; CONCONE, M. H. V. B. Velhice e trabalho, uma relação possível? **Revista Kairós**, São Paulo, Caderno temático 6, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2681/1726>. Acesso em: 02 set. 2022.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Programa de preparação para aposentadoria**. Florianópolis: Insular, 1996.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: Aspectos Biopsicosociais. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Notas de fim

1 Mestranda no Programa de Pós-graduação Cognição e Linguagem na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, Bacharel em Direito pela UNIG. E-mail: alicestdias@gmail.com.

2 Bacharel em Direito pela UNIG, Mestranda no Programa de Pós-graduação Cognição e Linguagem na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. Bolsista FAPERJ. E-mail: vivioclacerdadv@gmail.com.

3 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher/Fundação Osvaldo Cruz (2007), Professora na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com.

11. Síndrome de Fragilidade no idoso

Clesio Barreto Guimarães Faria¹

Yann Moser Pires²

Janete Soares Martins³

“Descrever a fragilidade no idoso parece fácil quando se acredita que tudo referente a ele é vulnerável, entretanto, a necessidade de entender a síndrome de fragilidade no idoso se faz necessário à medida que gera acometimentos físicos e psíquicos para tais, gerando consequências gerais. Afinal, qual o sentido da tentativa de introduzir o idoso na sociedade se não entendermos suas fragilidades e vulnerabilidades?”

A vulnerabilidade é a nossa medida mais precisa de coragem.”

(Brené Brown *et al.*, 2021)

Considerações iniciais

A proporção de pessoas idosas na população mundial vem crescendo em função da associação com a redução progressiva dos índices de mortalidade e das taxas de fecundidade e do alto padrão relacionado a expectativa de vida. Desde 1960, o Brasil acompanha um processo demográfico crescente referente a idade mais avançada, o que tem aumentado a demanda por serviços de saúde devido à doenças crônico-degenerativas (PINHEIRO; MUCIO; OLIVEIRA, 2020).

No que tange a idade ser um dos principais fatores de risco para um maior número de doenças, vale ressaltar que a autonomia e a independência de alguns idosos contribuem para uma melhor qualidade de vida e satisfação

pessoal, mas ainda uma parcela significativa da população idosa possui comorbidades que os deixam frágeis e suscetíveis a eventos adversos.

Nesse contexto, a Síndrome de Fragilidade do idoso tem sido conceituada como uma condição clinicamente diagnosticável, resultante do declínio das reservas fisiológicas e funcionais em diversos sistemas, proporcionando menor tolerância fisiológica e psicológica aos estressores e exposição a risco elevado a eventos adversos à saúde física e mental (MELO *et al.*, 2018).

O problema referente a Síndrome de Fragilidade no idoso está em entendê-lo e olhá-lo como um todo, tratando-o em geral e na tentativa de reinseri-lo à sociedade de maneira efetiva a fim de evitar futuras consequências, e não focar em um olhar para a doença. Nesse montante, expõe-se a seguinte questão problema a fim de ser respondida e explicada: O que é a Síndrome de Fragilidade e quais seus impactos na vida da pessoa idosa?

Justifica-se como uma revisão bibliográfica por ser uma grande dificuldade da sociedade e dos serviços de saúde prestados que não integram a pessoa idosa como um todo, tratando-o e focando na doença devido a idade, o que prejudica a relação médico e paciente e não traz benefícios amplos para o indivíduo acometido, sendo necessário ser introduzido e explicitado a necessidade de se entender a Síndrome de Fragilidade, que é uma vulnerabilidade fisiológica associada ao envelhecimento que traz consequências físicas e psíquicas ao indivíduo acometido, para melhor serem entendidos a fim de serem conduzidos, principalmente a nível ambulatorial e hospitalar.

Como objetivo tem-se a vigência de explicar a Síndrome de Fragilidade em idosos e entender as consequências aos indivíduos acometidos e aos que o acompanham, além de demonstrar a importância de considerá-lo como um aspecto importante e não o desprezar, sendo necessário entender a doença como um todo para melhor integrá-lo.

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo baseando-se em artigos científicos de estudos já publicados. A busca pelos estudos e textos foi realizada a partir das seguintes palavras-chaves para pesquisa inseridas no DECS (Descritores em Ciências da Saúde): “Síndrome de fragilidade”, “Vulnerabilidade dos idosos”, “Impacto da síndrome de fragilidade” nas plataformas PubMed, Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em saúde (BVS).

A Síndrome de Fragilidade do idoso

A Síndrome da Fragilidade é uma condição genética e de origem neuroendócrina, que gera maior vulnerabilidade às doenças ou estresse agudo nos idosos, e é caracterizada por massa e força muscular reduzida e baixa energia para as atividades do dia a dia (SBGG, 2020).

O acelerado processo de envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida devem despertar a atenção da sociedade para as condições de saúde, morbidade e limitações funcionais dos idosos. Com as mudanças observadas na estrutura demográfica, há evidentes alterações no perfil epidemiológico, com o aumento das doenças crônico-degenerativas, que, em sua maioria, interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida da população que envelhece (MELO *et al.*, 2018).

Sendo assim, é uma síndrome complexa e multifatorial caracterizada por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, com o resultado de um declínio progressivo, aumento de dependência e suscetibilidade a agressores (FREITAS *et al.*, 2016). Alguns estudos destacam determinados sinais e sintomas específicos que caracterizam a Síndrome da Fragilidade do Idoso, como cansaço aos pequenos esforços, redução do tônus muscular, diminuição da velocidade de marcha e consequente rarefação da prática de atividades físicas, além da perda ponderal não intencional, resultando em condição clínica desfavorável à melhores prognósticos.

A percepção negativa que associa o envelhecimento ao comprometimento da saúde física e mental precisa ser considerada motivo para modificações orgânicas associadas ao tempo e a uma perspectiva diferenciada do que deve ser esperado como vida saudável entre indivíduos idosos (BEZERRA *et al.*, 2020). Segundo os critérios diagnósticos propostos por Fried e Wilston, a prevalência varia de 2,5% entre pessoas ideosas com idade entre 65 e 70 anos a mais de 30% entre idosos com 90 anos, e aumenta com a idade avançada (FREITAS *et al.*, 2017).

Conforme Fried *et al.* (2001), os critérios que incluem e caracterizam uma Síndrome de Fragilidade incluem a perda de peso não intencional acima de 4,5 kg referidos ou 5% do peso corporal, se medido, no último ano; redução da força de preensão palmar pelo dinamômetro; diminuição de velocidade de marcha (em teste de caminhada de 4.6m corrigido por gênero e estatura); exaustão e fadiga; baixa atividade física. A partir daí, serão pontuados sendo

classificados como frágeis ou não, e quando apresentam três ou mais dos critérios descritos são considerados frágeis.

A prevalência da Síndrome de Fragilidade possui ampla variabilidade a depender do local em que é investigada. Em estudos populacionais, a prevalência varia de 4,0% a 59,1%; em pacientes hospitalizados, de 6,0% a 86,0% e entre os idosos institucionalizados, de 19,0% a 75,6% (FERREIRA *et al.*, 2021).

A clínica caracteriza-se pela presença de perda ponderal não intencional maior que 5% no último ano com fadiga, fraqueza muscular, exaustão, anorexia, inatividade física, redução da velocidade de marcha e equilíbrio (SBGG, 2020).

Das características principais da Síndrome de Fragilidade são a diminuição da força e lentificação motora, assim, como visto anteriormente, a sarcopenia tem um importante papel na sua etiopatogenia, pelo que uma manifestação clínica poderá consistir na perda de massa muscular (CORREIA, 2017).

Num estado mais avançado, a fragilidade é mais aparente e identificada por quedas recorrentes associadas a lesões, incapacidade, suscetibilidade a doenças agudas e menor capacidade de se recuperar de eventos agudos causadores de stress (FHON *et al.*, 2016).

Muitas famílias, devido a dificuldades ou impossibilidades de cuidarem de uma pessoa idosa, optam por procurarem instituições de longa permanência para poder ofertar os cuidados necessários à saúde. No entanto, é importante ressaltar que o novo ambiente pode representar um agente estressor, com constante relato de sensação de abandono e solidão, potencializando a falta de motivação para atividades que visam a manutenção da funcionalidade e impedem a instalação de patologias ou síndromes como a Síndrome de Fragilidade, juntamente com os fatores que o predis põe (FERREIRA *et al.*, 2021).

Fatores predisponentes

Na Síndrome da Fragilidade do idoso, o sistema fisiológico é o principal afetado, causando alterações a nível fisiológico, neuromuscular e endócrinos, que irão predispor, juntamente aos fatores extrínsecos, a síndrome, gerando a clínica conhecida (FRANCIO *et al.*, 2020).

A nível de alteração neuromuscular, há a sarcopenia, que resulta na atrofia das fibras musculares rápidas do tipo II, para substituição por tecido adiposo e fibrótico; e a dinapenia, que culmina na diminuição da força muscular, baixa tolerância ao exercício e redução da velocidade de marcha (FHON *et al.*, 2016).

Quanto a desregulação à nível do sistema neuroendócrino, há a redução da testosterona, do hormônio luteinizante e do desidroepiandrosterona, que é o hormônio produzido pelas glândulas suprarrenais e que é responsável por participar na produção de hormônios sexuais (BERTOLANI *et al.*, 2020). Há ainda a ativação do sistema nervoso simpático, com aumento glicocorticoide, e, por fim, a redução do GHRH, GH e IGF-1 (FREITAS *et al.*, 2017).

Diagnóstico, tratamento e prevenção

Muitas são as formas do diagnóstico da Síndrome de Fragilidade, como questionários ou entrevistas, testes de avaliação física ou combinações de ambos. Entretanto, permanece incerto que tipo de instrumento será melhor para o diagnóstico da Síndrome de Fragilidade (FREITAS *et al.*, 2016).

CrITÉrios para definir a fragilidade são usadas a nível de qualificá-las e nortear quanto ao tratamento, são exemplos tais modelos propostos: os critérios de Fried, o Índice de Fragilidade ou Modelo de acumulação de défices e, por fim, a escala de fragilidade de Edmonton. Porém, existem outras formas de critérios e diagnósticos (FREITAS *et al.*, 2017).

O tratamento baseia-se principalmente em prevenir a sarcopenia e atingir um controle de todas as patologias que possam causar ou agravar a fragilidade, com o intuito de reduzir a prevalência e a severidade da Síndrome de Fragilidade mesmo ainda sendo considerada não totalmente eficaz (FASSA, 2019).

Atualmente, o *gold standard* é utilizado como tratamento de doentes com Síndrome de Fragilidade, em que é realizada uma avaliação geriátrica integrada (CGA), que constitui uma avaliação, plano de tratamento e reavaliação regulares por uma equipa multidisciplinar que deve incluir médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais (BEZERRA *et al.*, 2020).

O exercício físico demonstrou, em vários estudos, ser um método terapêutico que tem impacto positivo no tratamento e evolução da Síndrome de

Fragilidade, melhorando a capacidade funcional, a qualidade de vida, a prevenção das quedas, a saúde mental e emocional com um impacto positivo nos sintomas depressivos e nas dificuldades cognitivas, impactando positivamente, ainda, na capacidade aeróbia, de força muscular, o equilíbrio e a mobilidade, melhorando a qualidade de vida em geral (FERREIRA *et al.*, 2021).

A prevenção é o objetivo mais importante a ser alcançado, visto que, uma vez instalada a síndrome, sua reversão espontânea é considerada muito difícil. Diversas estratégias de prevenção foram propostas, no entanto, a atividade física, com recurso a exercício aeróbio e exercícios de força e equilíbrio, mostrou ter melhor potencial para melhorar a capacidade física e reverter algumas limitações. A associação de uma intervenção nutricional pode melhorar ainda mais esses resultados, evitando a perda de massa muscular e aumentando o fortalecimento muscular (BEZERRA *et al.*, 2020).

Consequências

Os pacientes com Síndrome de Fragilidade estão em risco de um grande número de consequências adversas, tanto a curto como a longo prazo, correlacionadas com a diminuição da reserva fisiológica. Tal fragilidade pode ser, em alguns casos, a razão pela qual um determinado indivíduo deixa de conseguir andar normalmente e de forma autônoma, o que o coloca em risco de mais quedas e pode, também, ser a razão pela qual um doente independente ou com necessidade de apoio mínimo e com capacidade cognitivas mantidas se torne dependente e perdido no seu próprio ambiente familiar (NETA *et al.*, 2021).

Efeitos adversos, como o aumento do número de hospitalizações, quedas, fraturas, delirium, incapacidade e morte são mais frequentes após um episódio de doença em indivíduos com Síndrome de Fragilidade do que naqueles previamente saudáveis. Além de tudo isso, possuem maior probabilidade de institucionalização do que doentes saudáveis, sem contar com o grande impacto psicológico tanto para o doente como para a família (BERTOLANI *et al.*, 2020).

Estudos mostram que a mortalidade dos doentes com Síndrome de Fragilidade, ao longo de três anos, é cerca de seis vezes superior quando comparada com o grupo controlo e três vezes superior ao longo de sete anos, o que é um número alarmante, visto que mesmo a inserção de tecnologias avança-

das em nossa sociedade não foi capaz de reduzir os números de mortalidade da síndrome até então (CORREIA, 2017).

Considerações finais

A Síndrome de Fragilidade é uma entidade com evolução progressiva que começa com um estágio pré-clínico, existindo, assim, oportunidade para detecção precoce e prevenção de consequências adversas da mesma. Sendo assim, tal síndrome na pessoa idosa é uma entidade clínica relevante, com grande crescimento nos últimos anos devido ao envelhecimento progressivo das populações, o que eleva a prevalência da mesma (PINHEIRO; MUCIO; OLIVEIRA, 2020).

Representa, ainda, grandes custos para o serviço nacional de saúde e para as famílias, uma vez que aumenta consideravelmente o risco de eventos adversos como quedas, incapacidade e mortalidade, gerando consequências para o paciente e para quem o cuida, além dos transtornos psíquicos que podem advir de tais consequências (FREITAS *et al.*, 2017).

Por isso, é necessário entender a Síndrome de Fragilidade no idoso, ter calma e paciência com o mesmo, não o abandonar e auxiliá-lo, a fim de evitar mais consequências psíquicas, visto que as chances de desenvolvê-la são altas mediante à dependência que poderá existir.

Nesse contexto, a Síndrome de Fragilidade no idoso assume grande importância na sociedade em que vivemos atualmente, que se preocupa com a qualidade de vida, com os gastos na saúde e com a melhor forma de distribuir os recursos existentes.

Referências

BERTOLANI, S. A. *et al.* Fatores de risco relacionados à síndrome de fragilidade em idosos institucionalizados. **Femanet digital**, 2020. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1711370207P987.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2022.

- BEZERRA, K. *et al.* Síndrome de fragilidade no idoso (SFI) como fator prognóstico da COVID-19. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 17, n. 2, 2020. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/11941>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- BROWN, Brené. **O poder da vulnerabilidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2021.
- CORREIA, A. L. F. **Síndrome de fragilidade no idoso**. 57 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de medicina de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82733/1/Ana%20Luisa%20Correia.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- FASSA, A.G. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, mar. 2019. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000100018. Acesso em 28 mai. 2022.
- FERREIRA, S. P. *et al.* Prevalência da síndrome da fragilidade e perfil clínico e sociodemográfico dos idosos institucionalizados de Pindamonhangaba/SP. **Fisioter Bras**, v. 22, n. 6, p. 809-823, 2021. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/4123/7651>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- PHON, J. R. S. *et al.* Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 06, p. 1003-1010, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reueusp/a/hXjfj8WcHtDpz-MHXCKyhPbr/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2022.
- FRANCIO, F. *et al.* Síndrome de fragilidade em idosos institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares em Saúde**, Brasília, v. 9 n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1745>. Acesso em 28 maio 2022.
- FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- FREITAS, E. V. *et al.* **Manual prático de geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2017.
- FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001. DOI:10.1093/gerona/56.3.M146. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/>. Acesso em: 04 out. 2022.
- LANA, L. D.; SCHENEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/fLhvSb6FMVdqg68wJBkpYSR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2022.

MELO, E. M. A *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde debate**, v. 42, n. 117, p. 468-480, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4nWzWXZCQjKqHQ7Qhsk-GR7y/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2022.

NETA, E. M. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados: Revisão integrativa da literatura. **Temas em saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 3, 2021. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2021/07/21308.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2022.

PINHEIRO, H. A.; MUCIO, A. A.; OLIVEIRA, L. F. Prevalência e fatores associados à síndrome de fragilidade no idoso do distrito federal. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 14, n. 1, p. 8-14, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2022.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Síndrome da fragilidade e suas especificações**. Rio de Janeiro: AMB – Associação Médica Brasileira, 13 ago. 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/sindrome-da-fragilidade-e-suas-especificacoes/>. Acesso em: 28 mai. 2022.

Notas de fim

- 1 Acadêmico de Medicina.
- 2 Acadêmico de Medicina.
- 3 Médica especialista em Cardiologia e Geriatria, docente da Universidade Iguaçu - Campus V.

12. Prevenção e cuidados em fraturas nas pessoas idosas

Luívia Oliveira da Silva¹

João Romário Gomes da Silva²

Ângela Cristina Tureta Felisberto³

Flávia Luciana Costa⁴

Considerações iniciais

As principais consequências dos traumas ortopédicos em pessoas idosas são as fraturas e adjuntas estão as implicações reflexas, como o aumento do risco de morte, os danos emocionais e psicológicos representados pelo medo de cair novamente, o que resulta em restrição de atividades assim como dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVDs) e o declínio da saúde global.

Neste capítulo, serão abordados os concernes das fraturas em pessoas idosas por meio de pesquisa bibliográfica, como a caracterização de fraturas, a apresentação dos fatores de risco e da epidemiologia dessa ocorrência, além da tipificação das fraturas que mais acometem esse público. Versar-se-á da prevenção, expondo assim a abstenção de fatores nocivos, a preventiva primária e secundária de quedas e consequentes convalescimentos.

Conforme relatam Perracini e Ramos (2002), o envelhecimento é a somatória de fatores biológicos, socioeconômicos, bem como é resultado da interação desses com causas externas e patologias. A ocorrência de quedas compõe o grupo de causas externas do processo de envelhecer e associa-se à redução relevante da capacidade funcional da pessoa idosa. Sabe-se, por outro lado, que episódios de queda se relacionam linearmente com o aumento da idade, achados indicam que nos indivíduos com mais de 85 anos esse índice alcança 51% (SOARES *et al.*, 2014).

A convalescença e a reabilitação da pessoa idosa são influenciadas pela natureza da fratura, a presença de condições clínicas associadas, à ocorrência anterior de outras fraturas, o grau de mobilidade em conjunto com o desempenho físico precedente, o quadro osteoporótico, a faixa etária do paciente, a constância de dores, e, até mesmo, por atitudes protetoras dos familiares, dos cuidadores ou por orientação protetória dos profissionais de saúde.

Observados o importe populacional acometido e o impacto multissetorial gerado a partir da ocorrência de fraturas em pessoas idosas, indubitavelmente, é possível pressupor a carga que isso representa para os sistemas de saúde e, sobretudo, aos pacientes. Face ao exposto, urge a criação de estratégias preventivas, a supressão dos fatores de risco e, diante da ocorrência de fraturas nessa parcela, é premente o estímulo ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à presente problemática a fim de proporcionar maior qualidade de vida às vítimas de trauma ortopédico em consonância com o envelhecimento ativo.

O trauma ortopédico e as fraturas na pessoa idosa

A elevada ocorrência de episódios de fraturas esculpe um delicado problema de saúde pública, visto ser passível de prevenção, conduzir à morbidade e mortalidade, além de onerar a rede pública de saúde (CRUZ, 2012). Cerca de 30% das pessoas idosas sofrem queda todo ano, índice que cresce para 40% nos octogenários e 50% para os que residem em Instituições de Longa Permanência para Pessoa idosa (ILPI). Mulheres até os 75 anos detêm maior propensão a quedas e, após essa idade, homens e mulheres apresentam regularidade similar. A hospitalização é inevitável em aproximadamente 2,5% dos pessoas idosas, com taxa de óbito de 50% após um ano (BRASIL, 2006).

Segundo Alexandre *et al.* (2014), as taxas de fraturas estão fortemente conectadas à idade, e os fatores de risco para a ocorrência de fraturas em pessoas idosas são distribuídos em duas classes, as atípicas e as inerentes às pessoas idosas, que engloba baixa acuidade visual, estado psicológico, declínio cognitivo, sedentarismo, sarcopenia e desempenho físico. Outros autores, como Soares *et al.* (2014), apresentam ainda outros aspectos intrínsecos à pessoa idosa que corroboram para o risco de queda, tais como perda do equilíbrio, marcha instável, comprometimento cognitivo e perda dos reflexos de proteção em decorrência do declínio dos mecanismos neurosensoriais e anatomofisiológicos envolvidos

na preservação da postura. Outros fatores que abrangem ameaças adicionais à probabilidade de queda incluem estado nutricional deteriorado, baixo nível socioeconômico e uso de drogas psicotrópicas, tabaco e álcool, fatores esses que são potencializados quando as pessoas idosas moram sozinhas.

Projeções futuras indicam que, no ano de 2050, seis milhões de pessoas sofrerão fratura de fêmur, sendo a osteoporose o principal elemento responsável pelo alargamento da incidência em indivíduos acima de 60 anos. Estima-se que um terço das mulheres da raça branca acima de 65 anos seja portadora de osteoporose, e 30% delas vivenciem ao menos uma queda por ano, fato que decorre da queda abrupta dos níveis de estrogênio. Essa redução ocasiona alteração do turnover ósseo do cálcio, acarretando elevada perda de cálcio para o sangue, reduzindo a densidade óssea e tornando-o mais frágil e suscetível às fraturas, inclusive por traumas leves (SOARES *et al.*, 2015).

Um fator de risco atípico apresentado por Giladi *et al.* (2014) compreende a influência de estações do ano na ocorrência de fraturas. Os autores argumentam que fatores como a redução do panículo adiposo da pessoa idosa associada a períodos de inverno amplificam a ocorrência de fraturas. A utilização de agasalhos fomenta a redução de mobilidade, bem como a alteração posicional típica durante a sensação de frio. O centro de gravidade da pessoa idosa é modificado pelo aumento da rigidez articular, tremor de extremidades e intensificação da contração muscular e vesical, o que propicia quedas. Outros fatores de risco típicos que são práticas cotidianas, como não acender a luz ao levantar para ir ao banheiro durante a madrugada, contribui para elevação do número de quedas.

Cuidado às fraturas em pessoa idosas e sua ameaça ao envelhecimento ativo

A classificação e a localização da lesão são fatores de grande importância, pois contribuem para a eleição do tratamento e das alternativas terapêuticas que abrangem a questão anatômica e a capacidade funcional do paciente. A abordagem terapêutica nas descontinuidades ósseas alteram conforme a performance funcional prévia do paciente, de modo geral, caso possível, prioriza-se o tratamento conservador, visto que a intervenção cirúrgica configura uma agressão. Todavia, quando se trata de pacientes mais dinâmicos e que

apresentam maior mobilidade, elege-se outras formas que possibilitem o regresso mais célere a sua vida normal, uma vez que a abordagem cirúrgica engloba repouso por período prolongado e suas implicações desfavoráveis, tais como lesões por pressão (LPP), infecção do trato urinário, tromboembolismo venoso e colapso pulmonar, como as atelectasias.

Os subtipos de fratura decorrente de fragilidade são os mais comuns na população idosa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza esse subtipo de fratura como uma ruptura óssea ocasionada por traumatismo que, em caso de normalidade óssea, não levaria à fratura. A fragilidade resulta de uma diminuição da resistência compressiva, bem como da densidade dos ossos (OMS, 1998). A partir da análise clínica, equivalem a fraturas consequentes de traumatismo mínimo, por exemplo, queda da própria altura da pessoa idosa. Comumente, são as regiões ósseas mais atingidas: o úmero proximal, o rádio distal, o fêmur proximal e as vértebras. Além disso, é o indicador mais fidedigno sobre o risco de novas fraturas no futuro.

Destarte, é reconhecido que pacientes que sofreram uma fratura, independente do segmento, tem cerca de duas vezes o perigo de desenvolver uma nova fratura quando comparado com pessoas que não possuem histórico de lesão óssea prévia. Diante desse cenário, Stolnicki e Oliveira (2016) referem que um indivíduo com lesão causada por trauma de pequeno impacto do úmero proximal, punho ou quadril tem aproximadamente quatro vezes maior possibilidade para lesões posteriores. Ao passo que indivíduos que já sofreram lesão óssea vertebral manifestarão novas fraturas vertebrais no período de três anos, com considerável parcela manifestando já no ano seguinte.

As fraturas mais comuns entre a população idosa são citadas por Koren *et al.* (2014): fratura de rádio distal, especialmente a fratura de Colles, fratura da coluna vertebral, fratura de úmero proximal, bem como fratura de fêmur proximal. Respalhando os achados supracitados, visto que coincidem com as lesões decorrentes de fragilidade.

Fratura de rádio distal

A fratura de rádio distal refere-se a fratura osteoporótica mais frequente, especialmente a de Colles. O público com maior acometimento é o

feminino e possui manifestação síncrona de deficiências clínicas, além de menor capacidade móbil e funcionalidade da mão. Em pacientes com idade superior a 60 anos, consideram-se fraturas instáveis e, portanto, o tratamento recomendado é mais conservador.

Fratura de coluna vertebral

São classificadas como lesões subclínicas, comumente relacionada a queixa álgica, sem história prévia de algum trauma, dessa forma, não produz alertas. Habitualmente gera dor lombar, refratária ao uso de medicação. Decorrente da falta de trauma específico, a sintomatologia é negligenciada. O diagnóstico da lesão desse sítio é feito por meio de uma análise clínica e avaliação da performance motora, sensitiva e reflexa da pessoa idosa.

Via de regra, as fraturas de coluna vertebral são lesões em compressão e em colapso. Elas costumam ocorrer nas regiões funcionais. Em geral, são microfraturas que afetam as estruturas trabeculares e, em determinado instante, elas cedem. Comumente ocorre na transição da coluna torácica para lombar, e desta para a sacral. Os sinais característicos são redução da estatura, postura cifótica, dor lombar crônica, abdômen proeminente e respiração diafragmática. Já o tratamento mais indicado é o conservador.

Fratura de úmero proximal

Possui grande acometimento da população idosa com idade mais avançada, especialmente de mulheres idosas que não praticam atividade física. Os sinais característicos são: dor, equimose, edema, além de incapacidade de movimentar o membro. Trata-se de um comprometimento extra articular, unifocal e verticalizado. Geralmente está associado a traumas de baixa energia, tais como: pequena queda ou durante tentativa de apoiar-se sem sucesso. Majoritariamente, opta-se pelo tratamento conservador, visto que são pacientes convalescidos, associado a outras morbidades e capacidade funcional limitada, apresentando alto risco para intervenção cirúrgica, quando comparado ao benefício que a pessoa idosa alcançará.

Fratura de fêmur proximal

Trata-se da principal causa de admissão de pacientes geriátricos no ambiente hospitalar. Os dados acerca das fraturas de fêmur na população idosa no Brasil mencionam aproximadamente 30 mil casos/ano, ocasionando, em 2008, 32.908 internações em unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e um gasto total de 58,6 milhões de reais (CUNHA *et al.*, 2008).

Segundo Hungria Neto, Dias e Almeida (2011), as fraturas do fêmur proximal na população idosa comumente incluem mecanismos de reduzida energia, como por exemplo, quedas da própria altura. Essas lesões associam-se a diversos fatores, tais como: osteoporose, reflexos protetores diminuídos, fragilidade óssea, redução da força muscular, redução do coxim gorduroso, além de predisposição genética. Os subtipos mais frequentes são as lesões transtrocantéricas, que acometem especialmente aqueles pacientes com idade mais avançada, as mulheres com mobilidade diminuída e portadoras de osteoporose mais evoluída. Escolhe-se, nessas circunstâncias, um tratamento prioritariamente direcionado para a osteossíntese.

Em compensação, a fratura do colo do fêmur ocorre com maior frequência na população idosa mais jovem, que apresenta densidade óssea acima da observada na população supracitada previamente. A lesão é do tipo intracapsular, sendo possível constatar grande parte do suprimento sanguíneo ósseo, dessa forma, há um elevado índice de progressão para osteonecrose da cabeça do fêmur, portanto, a terapia a ser instituída deve ser eminentemente cirúrgica, preferencialmente a artroplastia parcial ou total do quadril.

A abordagem dessa lesão é ímpar ao determinar a idade fisiológica em dispêndio da idade cronológica da pessoa idosa. Para definir a idade fisiológica, observa-se as seguintes variáveis: situação médica, estado intelectual, qualidade da reserva óssea, capacidade funcional previamente a lesão e presença de outras comorbidades.

A terapia pós-cirúrgica é extremamente importante, tal qual a metodologia cirúrgica. Fazem parte a locomobilidade pós operatória imediata, o apavoramento pós cirúrgico, o início das atividades de fisioterapia, preferencialmente, no próprio dia da conduta, bem como o treinamento de condições relacionadas a ortostase, visando prevenir complicações pulmonares e cardíacas; por outro lado, é preciso instituir a profilaxia para

trombose venosa profunda (TVP) (SCHWARTSMANN *et al.*, 2017). Em contrapartida, Casagrande *et al.* (2016) discorrem que a lesão do fêmur requer maior atenção e prejudica a atuação frente às ações que devem ser realizadas diariamente, podendo interferir no âmbito funcional e emocional e, assim, acarretar danos à saúde e à qualidade de vida da população idosa.

Segundo a Portaria Conjunta nº 21 (BRASIL, 2018), a reabilitação da pessoa idosa após fratura deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. Essa assistência inicia-se na sua internação e tem o objetivo de propiciar o restabelecimento da pessoa idosa o mais cedo possível, tanto no lar quanto na sociedade, e, dessa forma, prevenir o surgimento ou agravamento de comorbidades, como por exemplo, pneumonia e lesões por pressão. A equipe multidisciplinar é composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e assistente social. Tais profissionais atuam promovendo uma assistência planejada, que possibilita a manutenção e/ou recuperação da saúde física e psicológica da pessoa idosa, conforme abordagem citada a seguir.

A fisioterapia deve ser instituída precocemente, preferencialmente nas primeiras 48 horas subsequentes ao procedimento cirúrgico. Tal abordagem exprime uma melhora significativa na capacidade de mobilização, além de favorecer a independência do paciente. A terapia ocupacional promove uma assistência focada na performance ocupacional da pessoa idosa com fratura, através da identificação e análise dos componentes que podem influenciar a execução das tarefas de vida diária, tanto as produtivas como as de lazer. Esses componentes são: o sensório motor e os aspectos físicos, cognitivos e psicológicos em que a tarefa é executada. Essas informações orientam a introdução de ações específicas, de modo precoce e eficaz, visando diminuir os efeitos do trauma, bem como da internação. Por outro lado, fortalece as aptidões remanescentes da pessoa idosa.

Portanto, a terapia ocupacional previne a perda das habilidades e o surgimento de outras patologias, por exemplo, depressão, síndrome de imobilidade e delirium. O serviço nutricional desempenha ações voltadas para a obtenção e conservação da massa óssea máxima e diminuição do risco de patologia osteoporótica. Nesse sentido, vale citar a importância de uma dieta balanceada que supra as necessidades de vitaminas, proteínas e minerais. Dentre estes nutrientes, tem-se o cálcio, o fósforo, o magnésio, a vitamina D e K, que influenciam de forma positiva na manutenção da saúde óssea.

Compõem a abordagem geriátrica assistir os pacientes indicados por meio da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), bem como estabelecer condutas visando uma terapia personalizada. Além disso, todos os profissionais envolvidos na assistência são responsáveis pela orientação e educação dos pacientes, pessoas idosas, familiares e cuidadores acerca dos cuidados relativos à segurança, perigos de quedas, condições ambientais que exigem modificações, bem como pela indicação e treinamento em casos de necessidade do uso de órteses e/ou adaptações para a realização das atividades de forma segura.

A função de cada profissional é propiciar orientações acerca de hábitos seguros, e assim auxiliar na melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, é essencial que durante a abordagem, a linguagem utilizada seja de fácil entendimento para o usuário. A subjetividade, integralidade e compreensão dos vários contextos de vulnerabilidades são componentes fundamentais para a abordagem de atenuação de riscos (BRASIL, 2006).

Prevenção dos traumas ortopédicos e das fraturas em pessoa idosa

Os riscos domésticos podem ser reduzidos, uma vez que são fatores de risco evitáveis e interferem de forma importante na prevenção de quedas. O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde expõe exemplos do que deve ser evitado na casa de pessoa idosa, como tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas, carpetes soltos ou com dobras, pisos escorregadios e encerados, fios no chão, cadeiras sem braços, móveis deslizantes, móveis baixos como as famosas mesas de centro de sala, bem como cadeiras, camas e vasos sanitários muito baixos (BRASIL, 2006).

O ambiente da pessoa idosa deve ser organizado, isto é, não deve conter móveis fora do lugar e objetos deixados no chão, tais como sapatos, roupas, brinquedos, cordas, cordões e fios. Além disso, é aconselhável não manter quaisquer acúmulos em locais inapropriados, como entulhos e lixo. Paralelamente, escadas devem possuir degraus com altura e largura regulares e sinalização de término, e o piso não deve ser muito desenhado, uma vez que dificulta a visualização dos degraus.

A pessoa idosa deve ser poupada de utilizar roupas compridas arrastando pelo chão, chinelos e/ou sapatos desamarrados, mal ajustados ou com solado

escorregadio, visto que favorecem a ocorrência de quedas. Outro fator importante que rotineiramente leva a episódios de quedas é a má iluminação. Diante desse fato, uma luz deverá permanecer acesa durante toda a noite para que o pessoa idosa possa ir ao banheiro em segurança. Cuidados devem ser redobrados com animais para que os pessoa idosas não tropecem (BRASIL, 2006).

Segundo Huang *et al.* (2018), os exercícios físicos aeróbicos, resistidos e os alongamentos não tem impacto de forma específica nas fraturas, no entanto atuam nos fatores de risco. Tais exercícios possibilitam melhorias nas condições relativas à mobilidade e tonicidade muscular, além do equilíbrio, coordenação motora e propriocepção do paciente. Dessa forma, os exercícios físicos possibilitam diminuição do número de acidente, e, por conseguinte, diminui o número de fraturas.

Nesse sentido, Navega, Aveiro e Oishi (2017) argumentam que, através da prática de atividade física adequada, o indivíduo tem o benefício de ganhar ou manter massa óssea. Com isso, melhora o tônus da musculatura e a flexibilidade, bem como a coordenação motora. Por outro lado, diminui os quadros algicos, o que reduz a necessidade de uso de medicamentos com função analgésica. Todos esses benefícios repercutem na melhor capacidade funcional e aeróbica do indivíduo, favorecendo a realização das AVDs e a socialização.

Destaca-se ainda a importância do profissional de saúde estar sempre preparado para fornecer orientações as pessoa idosas, bem como aos seus familiares, acerca dos cuidados necessários na prevenção de quedas por meio da adoção de hábitos simples como mudanças comportamentais e organização do ambiente domiciliar. Oliveira *et al.* (2018) cita os seguintes fatores protetivos para quedas em pessoa idosas: remoção de objetos pequenos, fios e tapetes não aderentes ao chão, colocação de corrimãos nos corredores do domicílio, bem como restabelecimento de iluminação adequada. Através da instituição desses fatores, observou-se que simples modificações no ambiente domiciliar têm grande valia na diminuição da ocorrência de fraturas na população idosa.

Apesar de a pessoa idosa ser um indivíduo polimedicado, estudos comprovam a eficácia dos medicamentos no manejo da osteoporose, especialmente no período pós-menopausa, visto a redução de fraturas femorais, vertebrais e não vertebrais. Todavia, é sabido que o uso inadequado dos agentes medicamentosos pode oferecer riscos ao paciente. Portanto,

antes de instituir a terapia medicamentosa, é necessário a adequada avaliação do médico assistente (CAIRES, 2017).

Mediante a ocorrência da fratura, Peixoto *et al.* (2015) dirigiram um estudo que evidenciou a importância da atuação multidisciplinar, no qual várias especialidades concatenadas tendem a melhorar a adesão, bem como a eficiência da terapia instituída à pessoa idosa. Trata-se de grupos de profissionais compostos por médicos ortopedistas, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas com especialidades centradas na pessoa idosa, que são capazes de promover assistência pré-hospitalar abrangendo ações voltadas para a reabilitação do paciente.

Considerações finais

Sabe-se que o envelhecimento é a somatória de fatores, e é resultado da interação desses com causas externas e patologias. A ocorrência de fraturas compõe o grupo de agente de envelhecimento externo e configura-se como um problema de saúde pública devido à frequência, à morbidade e à mortalidade advindas desse evento, a diminuição relevante da capacidade funcional da pessoa idosa, o aumento do risco de institucionalização, ao elevado custo socioeconômico e, sobretudo, por serem passíveis de prevenção.

As quedas podem levar a desfechos graves na saúde física, psicológica e social da pessoa idosa, desse modo, a prevenção tem importância ímpar, visto que assegura qualidade de vida, independência e autonomia, e detém potencial de reduzir a morbimortalidade, os custos hospitalares e o asilamento de pessoa idosas. A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são fatores comportamentais determinantes, assim como a participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais. Há diversos fatores determinantes que tangenciam exteriormente o contexto senil, relacionam-se à seguridade do ambiente físico, moradia segura e compartilhada, preferencialmente com a família, sempre que possível.

A abordagem terapêutica no caso de fraturas ósseas apresenta a peculiaridade de se considerar o status e a performance funcional prévios da pessoa idosa. Assim sendo, em casos não ameaçadores de vida, prioriza-se o trata-

mento conservador, visto que a intervenção cirúrgica configura uma nova agressão com potencial seqüela, uma vez que a abordagem cirúrgica suscita repouso por período prolongado e suas implicações desfavoráveis, além de todo estresse do ato cirúrgico em um paciente que, por vezes, possui múltiplas comorbidades que aumentam o risco operatório. Todavia, quando se trata de pacientes mais dinâmicos e que apresentam maior atividade funcional, eleger-se outras formas que possibilitem o regresso mais célere a sua vida normal. Torna-se evidente, portanto, que o tratamento depende muito mais do status funcional prévio do indivíduo do que da idade numérica.

Com relação ao aspecto preventivo, como visto, exercícios regulares mantêm a saúde óssea e melhora o tônus muscular, o equilíbrio, a coordenação e a propriocepção, reduzindo, assim, o risco de fraturas. Haja vista, o importe populacional, o impacto multissetorial gerado, a carga aos sistemas de saúde e, sobretudo, os infortúnios para os pacientes, a criação de estratégias preventivas e a supressão dos fatores de risco fazem-se necessários. Consolidando a prevenção e promoção da saúde, que poderão proporcionar aumento da longevidade, da qualidade de vida e da funcionalidade da pessoa idosa, em consonância com o envelhecimento ativo.

Referências

- ALEXANDRE, T. S. *et al.* Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: findings from the SABE study. **J Nutr Health Aging**, v. 18, n. 3, p. 284-290, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24626756/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- AUDIGÉ, L., BHANDARI, M. How reliable are reliability studies of fracture classifications? A systematic review of their methodologies. **Acta Orthop Scand**, v. 75, n. 2, p. 184-194, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ==>. Acesso em: 05 set. 2022.
- BRASIL. **Portaria Conjunta nº 21, de 24 de setembro de 2018**. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Pessoa idosa s. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2018/fratura-do-colo-do-femur-em-pessoa-idosa-s-tratamento-diretrizes-brasileiras.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

- CAIRES, E. L. *et al.* Tratamento da osteoporose pós-menopausa: um algoritmo baseado em literatura para uso no sistema público de saúde. **Rev Bras de Reumatol.** v. 57, n. 3, p. 254-263, mai./jun. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416301887#:~:text=O%20ibandronato%2C%20aprovado%20em%202005,%2C%203%20anos%20de%20seguimento>). Acesso em: 05 set. 2022.
- CASAGRANDA, L. P. *et al.* Condições de saúde dos pessoa idosas internados com fratura de fêmur. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 319-323, jul. 2016. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A06.pdf. Acesso em: 05 set. 2022.
- CRUZ, D. T. *et al.* Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 138-146, fev. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22183513/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- CUNHA, P. T. *et al.* Fratura de quadril em pessoa idosa s: tempo de abordagem cirúrgica e sua associação quanto a delirium e infecção. **Acta Ortop Bras**, v. 16, p. 173-176. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aob/a/xv6mrXGCMssPwsGHJ5xz-ZPs/?lang=pt#:~:text=OBJETIVO-,Verificar%20se%20pessoa%20idosa%20com%20fratura%20de%20quadril%20abordados%20cirurgicamente%20ap%3%B3s,-cir%3%BArgica%20antes%20de%2048%20horas>. Acesso em: 05 set. 2022.
- GILADI, A. M. *et al.* Variation in the incidence of distal radius fractures in the US elderly as related to slippery weather conditions. **Plast. Reconstr. Surg**, v. 133, n. 2, p. 321-332, fev. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24469166/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- HUANG, X. *et al.* Effect of Tai Chi for the prevention or treatment of osteoporosis in elderly adults: protocol for a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 8, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/29632082/Effect_of_Tai_Chi_for_the_prevention_or_treatment_of_osteoporosis_in_elderly_adults_protocol_for_a_systematic_review_and_meta_analysis_. Acesso em: 05 set. 2022.
- HUNGRIA NETO, J. S.; DIAS, C. R.; ALMEIDA, J. D.; Epidemiological characteristics and causes of proximal femoral fractures among the elderly. **Rev Bras Ortop**, cidade, v. 46, n. 6, p.660-667, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/DMxLwc-Z7yJBVmq436TRnjYM/?lang=en>. Acesso em: 05 set. 2022.
- KOREN, L. *et al.* Effect of seasonality, weather and holidays on the incidence of proximal hip fracture. **Isr Med Assoc J.**, v. 16, n. 5, p. 299-302, mai. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979835/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- OLIVEIRA, M. J. *et al.* Acidentes por quedas e fratura do fêmur na população idosa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 2, p. 225-235, jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26168>. Acesso em: 01 jun. 2022.

- NAVEGA, M. T.; AVEIRO, M.C.; OISHI, J. A influência de um programa de atividade física na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. **Fisioterapia em Movimento**, v. 19, n. 4, ago. 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18777/18162>. Acesso em: 18 jun. 2022.
- PEIXOTO, M. P. *et al.* Causas e consequências de quedas em pessoa idosa s atendidos no hospital de Santo Estevão, BA. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 21, n. 2, p. 93-100, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/1883/1537>. Acesso em: 19 jul. 2022.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de pessoa idosas residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 709-716, dez. 2002. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/v36n6/13525.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.
- SCHWARTSMANN, C. R. *et al.* Tratamento de fraturas deslocadas do colo femoral em pacientes jovens com DHS e associação com a osteonecrose. **Rev Bras Ortop.**, v. 53, n. 1, p. 82-87, 2017. Disponível em: <https://www.rbo.org.br/detalhes/2265/pt-BR/tratamento-de-fraturas-deslocadas-do-colo-femoral-em-pacientes-jovens-com-dhs-e-associao-com-a-osteonecrose>. Acesso em: 05 set. 2022.
- SOARES, D. S. *et al.* Femoral fractures in elderly Brazilians: a spatial and temporal analysis from 2008 to 2012. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2669-2678, dez. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26247995/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- SOARES, D.S. *et al.* Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em pessoa idosa s: um estudo caso-controle. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 18, n. 2, p. 239-248, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KF4QCntFg9YK-v3TMpsVJhmy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.
- STOLNICKI, B.; OLIVEIRA, L. G. Para que a primeira fratura seja a última. **Rev. bras. ortop**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 121-126, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162016000200121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2022.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. **Guidelines for preclinical evaluation and clinical trials in osteoporosis**. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42088>. Acesso em: 05 set. 2022.

Notas de fim

- 1 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário FAMINAS – Muriaé, Minas Gerais (2018-2023). Bolsista do Programa Universidade para Todos, PROUNI. Técnica em Meio Ambiente pelo Instituto Federal do Espírito Santo Campus Ibatiba. Membro do Grupo de Pesquisa “Bioética e Dignidade Humana”.
- 2 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário FAMINAS – Muriaé, Minas Gerais (2018-2023). Graduação em Medicina Veterinária pelo Centro Universitário de Viçosa (Univiçosa) – Viçosa, Minas Gerais (2009).
- 3 Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário FAMINAS – Muriaé, Minas Gerais (2018-2023). Graduação em Enfermagem pela Universidade do Grande Rio – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2010). Pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes e AVM Faculdade Integrada – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2012). Pós-graduação em Enfermagem em Clientes de Alta Complexidade com ênfase em CTI pela Universidade do Grande Rio – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2012).
- 4 Mestrando em Gestão de Cuidados da Saúde, pela Miami University of Science and Technology (Must) (2020-2022). Pós-graduado em Medicina do Trabalho pelo Instituto de Ciências Médicas (IB-CMED) (2018-2018). Graduado em Medicina pela Universidade Iguazu Campus V Itaperuna (2012-2017). Residência médica em Ortopedia e Traumatologia pela Casa de Caridade de Muriaé – Hospital São Paulo (2018-2020). Membro do grupo de pesquisa “Bioética e Dignidade Humana”.

13. Nutrição no envelhecimento humano

Marisa Barbosa Lyra¹

Luciene Rabelo Pereira²

Rosalee Crespo Istoe³

Introdução

A importância da nutrição no processo de envelhecimento humano tem um papel de destaque, tanto na promoção da qualidade de vida quanto na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Hábitos alimentares saudáveis promovem não apenas o retardo do envelhecimento, mas também favorecem um envelhecimento sadio, uma vez que o envelhecimento humana demanda cuidados especializados devido as diversas mudanças fisiológicas e corporais dessa população (OLIVEIRA, 2014). A principal característica do envelhecimento é o declínio, geralmente físico, que leva a alterações sociais e psicológicas. Esses declínios podem ser classificados de duas maneiras: como senescência e senilidade.

Senescência é caracterizada como um fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, que pode ser considerado como um envelhecimento sadio, em que o declínio físico e mental é lento, sendo compensado, de certa forma, pelo organismo (SIMÕES, 1994). Senilidade caracteriza-se pelo declínio físico associado à desorganização mental. Ela não é exclusiva da idade avançada e pode ocorrer prematuramente, pois se identifica com uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, a alta irritabilidade, além de uma considerável perda de memória. A senilidade pode ser exacerbada através de atitudes pessimistas em relação à vida, ao futuro, a si mesmo e aos outros (BRASIL, 2016).

O processo de envelhecimento pode vir a implicar no aparecimento de fatores ambientais (como dieta, sedentarismo, interações psicossociais etc.), e pode vir a intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o envelhecimento no passar dos anos, enquanto no envelhecimento saudável esses não estariam presentes ou, quando estivessem, seriam de pequena importância. Fica evidente, desta forma, a relevância desses fatores, que se expressam na ênfase que atualmente tem sido dada para a ação protetora potencial dos exercícios, para a moderação da ingestão de bebidas alcoólicas, para a cessação do hábito de fumar, o olhar para dieta adequada, entre outras medidas (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

A longevidade é sim um desafio e, ao contrário do que se imagine, a velhice não deve representar incapacidade. É essencial à pessoa idosa manter-se ativo e adotar hábitos saudáveis que garantam saúde e bem-estar. Uma nutrição balanceada às necessidades nutricionais pode prevenir o surgimento de doenças que afetam os idosos, entre elas a cardiovasculares, diabetes tipo II, cânceres e doenças mentais. Os cuidados com a saúde requerem uma boa alimentação durante toda a vida. Na terceira e quarta idade, uma série de mudanças físicas ocorrem, e muitas delas exigem um olhar especial quando o assunto é nutrição. Dessa forma, o interesse no entendimento do processo de envelhecimento tem crescido exponencialmente, não somente pelo aumento da população idosa, mas pela possibilidade de poder levar uma vida ativa, com afetos e produtiva na etapa que anteriormente não havia visibilidade por conta da taxa de mortalidade ser mais recente, bem como a aposentadoria (KNIGHT; VOLLRATH, 2001). Assim, a consciência de que um estilo de vida saudável influencia na qualidade do envelhecimento tem feito com que, diariamente, mais pessoas adiram a práticas mais saudáveis, como a atividade física e a qualificar a dieta. Dentre os fatores externos, a nutrição tem papel de extrema relevância, e impacta em uma variedade de processos degenerativos relacionados à idade (WENZEL, 2006). A possibilidade de uma vida longa está aumentando, porém, esses anos de vida não necessariamente se relacionam a um processo saudável.

Estudos realizados com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em 2017-2018 evidenciaram a prevalência de obesidade, avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30kg/m² na população brasileira, a qual aumentou com a idade e atingiu 51,37% (BRASIL, 2020). É importante a atenção no processo de envelhecimento para a manuten-

ção da saúde da pessoa idosa, prevenindo patologias como, por exemplo, a desnutrição e a obesidade. Esses cuidados estão diretamente ligados a alimentação e nutrição das pessoas idosas.

Adaptações importantes que favorecem a alimentação no envelhecimento humano

No decorrer do processo de envelhecimento, ocorrem alterações nos vários sistemas e órgãos, das quais se destacam a fase idosa, definida como os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, e tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos a nível global, sendo que esse crescimento irá ser ainda nas alterações sensoriais, orofaríngeas e gastrointestinais. Estas alterações podem implicar e impactar em variações no padrão alimentar, podendo levar a diminuição de ingestão de nutrientes fundamentais para o bom funcionamento do organismo e, conseqüentemente, comprometendo o estado nutricional da pessoa idosa (BRASIL, 2021). Podemos observar ainda, alterações relacionadas com a diminuição da produção de saliva, assim como uma higiene e saúde oral muitas vezes deficitária (ausência de peças dentárias e/ou próteses desajustadas) que influenciam negativamente a mastigação e/ou a deglutição (BAIJEINS *et al.*, 2016; SURA *et al.*, 2012). A temperatura em que os alimentos são consumidos é importante, especialmente na terceira idade. Temperaturas muito quentes ou muito frias devem ser evitadas porque pode haver mais sensibilidade térmica em função de mudanças que ocorrem nos tecidos da boca com o passar dos anos (BRASIL, 2021). As comorbidades, como a presença de doenças crônicas naturalmente associadas ao aumento da idade, como doenças cardiovasculares, respiratórias, osteoarticulares, depressão e demência, podem influenciar na capacidade funcional e/ou de deglutição, potencializando o desenvolvimento de estados de má nutrição (LESLIE; HANKEY, 2015).

A disfagia define-se como a dificuldade ou desconforto durante a progressão do bolo alimentar desde o alimento na boca até o estômago. Referem-se como sintomas de disfagia a aspiração de resíduo alimentar, pigarrear, tosse, voz molhada, períodos de ventilação atípicos, e múltiplas deglutições (BAIJEINS *et al.*, 2016). A prevalência é de que 10 a 20% dos seniores têm dificuldades em engolir bebidas ou alimentos, isto é, para formar e mover o bolo alimentar desde a boca até ao esôfago. É natural que, dessa forma, os idosos disfágicos alterem as escolhas dos alimentos e preparações para me-

lhor aceitação. Contudo, muitas vezes essas alterações possam implicar em alimentos nutricionalmente pobres em nutrientes, bem como em rotinas dietéticas monótonas, que podem contribuir para perda de peso, bem-estar e impactar na interação social do idoso disfágico. A dificuldade em deglutir, associada a uma dieta desajustada no que se refere à viscosidade dos alimentos sólidos ou dos líquidos espessados, dificulta a ingestão alimentar e hídrica. Dessa forma, promove a ocorrência de outros problemas que, para além da desnutrição e desidratação, contribuem para a deterioração da situação clínica do doente e pode adoecer o idoso, tais como a pneumonia por aspiração, infecções no trato respiratório inferior, aumento do tempo de internamento, entre outros (BAIJENS *et al.*, 2016; SURA *et al.*, 2012). Trabalhar a consistência das preparações oferecidas pode vir a diminuir a necessidade de mastigação e preparação oral do alimento, e, dessa forma, atuar como elemento importante na terapêutica da disfagia (XAVIER *et al.*, 2021).

Alteração de consistência das preparações: quais as vantagens?

As dietas de consistência modificada habitualmente em consistência pastosa ou semilíquida, pelo seu processo de produção e apresentação, podem se tornar monótonas pelo aspecto sensorial, caso não tenha o acompanhamento do profissional nutricionista orientando esse tipo de dieta. Assim, dificultam a adesão por parte da pessoa idosa e são, frequentemente, nutricionalmente incompletas, tanto a nível energético como a nível de macro e micronutrientes, existindo vários estudos que associam a prescrição ou mesmo o uso empírico por aceitabilidade deste tipo de dieta à presença de desnutrição em pessoas que a ingerem durante um período de tempo prolongado (O'KEEFFE, 2018).

A alteração de consistência de preparações está indicada em situações em que se verifiquem episódios recorrentes de engasgamento, ausência de dentição e déficit cognitivo. A alteração de consistência reduz o risco de engasgamento através do fracionamento, processo de cocção reduzindo o processamento mecânico e digestório do alimento, com isso reduzindo a fadiga no processo de alimentação. No entanto, quando as consistências das preparações são modificadas, permitem maior e melhor aporte energético e proteico, melhorando o prognóstico dos doentes e qualidade de vida das pessoas idosas (CAMPOS, 2022).

A desidratação é também um problema comum nas pessoas idosas e muitas vezes associada à alteração do processo de deglutição (MENDES *et al.*, 2015). Especialmente nos sujeitos que recorrem à hidratação com líquidos espessados, frequentemente não atingem a ingestão hídrica diária recomendada, existindo estudos que reportam a adequação desta ingestão em apenas 6,7%, pelo que o estado de hidratação dos doentes com disfagia deve ser monitorizado e corrigido, recorrendo aos líquidos espessados, gelos saborizados e águas gelificadas (PAINTER; LE COUTEUR; WAITE, 2017; MELGAARD; ROGRIGODOMINGO; MORCH, 2018).

A disfagia, se não for identificada, diagnosticada e tratada, pode causar perda de peso e de massa muscular de forma involuntária, desnutrição e desidratação por uma diminuição da ingestão. Assim, essa patologia carece de identificação sistemática e precoce para que a intervenção terapêutica possa ser implementada com sucesso, uma vez que é comum em pessoas idosas e podem gerar uma qualidade de vida ruim para os mesmos (SBGG, 2011)

O estado nutricional adequado é fundamental para uma boa saúde. No entanto, sabemos que a relação entre a desnutrição e a disfagia já foi estabelecida, o que enfatiza a necessidade da avaliação do condição nutricional de idosos com disfagia, levando em conta que essa condição pode ser a etiologia da desnutrição.

Avaliação nutricional

Anamnese clínica e nutricional

Para se analisar o consumo alimentar de pessoas idosas e fazer as possíveis intervenções, faz-se necessário a coleta de dados de anamneses clínicas e alimentares. Dados como doenças anteriores e atuais, histórias familiares, atividade física realizada durante o dia, capacidade funcional do idoso, prescrições medicamentosas, alergias e/ou intolerâncias alimentares, função intestinal, tempo de sono, horários e local de refeições, condições e hábitos de vida que permitem o nutricionista traçar metas nutricionais para melhor atender as necessidades do paciente (CINTRA; NASCIMENTO; SOUZA, 2020). O inquérito alimentar detecta possíveis carências e toxidades de vitaminas e minerais, problemas alimentares existentes importantes para uma eficaz in-

tervenção nutricional. Os mais usados na nutrição clínica são: Recordatório de 24 horas; Registro Alimentar de três dias; e QFA-Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (CUPPARI, 2014).

Avaliação bioquímica

Exames bioquímicos são métodos diretos e objetivos utilizados para identificação de sinais e sintomas relacionados ao estado nutricional. Tais exames podem indicar alterações imunológicas, anemia por carência de Ferro e Vitamina B12 e/ou B9, sendo importante para o diagnóstico nutricional. Uma contagem excessivamente baixa de linfócitos, por exemplo, indica desnutrição grave e tem alta correlação com morbimortalidade (SAMPAIO, 2012).

Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica é um método objetivo e direto de baixo custo, capaz de prever doenças futuras. Muitas vezes pode não ser tão fidedigna devido a alterações corpóreas e intercorrências comuns nesse estágio de vida, como retenção hídrica ou desidratação, a redução da altura, conseqüente às alterações ósseas e musculares da coluna vertebral, bem como alterações posturais (SOUSA *et al.*, 2015). O peso e altura, índice de massa corporal (IMC) e a Circunferência da Cintura (CC) são os mais utilizados para identificar excesso de peso, classificando o grau de obesidade ou de magreza, e definindo o nível de risco cardiovascular, somando ao diagnóstico circunferência de panturrilha e cintura, dobras cutâneas tricipitais e força de prensão palmar (SILVEIRA *et al.*, 2020).

Em pacientes acamados, devido à impossibilidade de aferição de peso, pode-se ter o peso estimado de acordo com a fórmula proposta por Lee e Nieman (1995) que utiliza medidas da circunferência do braço (CB) e altura do joelho (AJ) de acordo com o idade, raça e sexo. Da mesma forma, a altura pode ser estimada utilizando a equação proposta por Chumlea, Roche e Steinbaugh (1985) de acordo com o sexo, a qual utiliza a AJ. Ambas as fórmulas tem uma margem de erro de aproximadamente 10% em relação a atual real (PADILLA; FERREYRO; ARNOLD; 2021). O Índice de Massa Corporal (IMC) é o indicador utilizado para

avaliar a proporção entre o peso e a altura de idosos. É calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo e a unidade de medida deste indicador é Kg/m^2). Segundo Lipschitz (1994) foram definidos pontos de corte para o indicador de IMC (valores de IMC de 22,0 e 27,0), permitindo a seguinte classificação: como valores de $\text{IMC} \leq 22,0$, o idoso tem baixo peso, e sobrepeso o idoso com resultado $<$ que 27. Para complementar a avaliação do índice de massa corporal, faz-se necessário outros parâmetros para definir um diagnóstico nutricional fidedigno (CUPPARI, 2014).

A circunferência da cintura, apesar de ser uma medida ainda sem pontos de cortes para esse estágio de vida, é usada, pois é uma medida de suma importância para detectar riscos cardiovasculares, consideram-se como riscos aumentados os valores ≥ 80 cm para as mulheres e ≥ 90 cm para os homens. (SILVEIRA *et al.*, 2018). Já a circunferência braquial define se o idoso tem desnutrição ou obesidade. A classificação dessa medida pode ser em percentil, sendo considerados desnutridos aqueles indivíduos que se encontrarem no percentil igual ou abaixo de 5% e sobrepeso aqueles que se encontrarem igual ou acima de 85% (SAMPAIO *et al.*, 2012). A circunferência da panturrilha é o melhor indicador para avaliar massa magra no idoso. Medidas $> 31\text{cm}$ são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional (BRASIL, 2020).

A avaliação da massa magra é importante principalmente para verificar a depleção proteica, a capacidade de trabalho dos indivíduos, a progressão de doenças catabólicas e a eficácia da intervenção terapêutica sobre o prognóstico (SAMPAIO *et al.*, 2012).

A dobra cutânea tricipital é um parâmetro usado como indicador de reserva energética, no qual a aferição deve ser no braço direito relaxado sobre o tríceps. O ponto mediano deve ser entre os ossos acrômio e o olecrano. Para uma aferição mais exata, o profissional deve estar em um ângulo que o forneça uma fácil leitura do adipômetro (PADILLA; FERREYRO; ARNOLD, 2021).

A força de prensão palmar é um parâmetro para avaliar perda de força e massa muscular. Indivíduos idosos sedentários ou que possuam algum tipo de limitação e/ou doença em membros superiores, normalmente tem sua força de prensão palmar diminuída, podendo assim ser bom indicador de desnutrição (LIMA *et al.*, 2021; CANHADA *et al.*, 2017). Uma outra maneira pratica e rápida

para avaliar a força muscular é o questionário SARC-F (Simple Questionnaire to Rapidly Diagnose Sarcopenia) (SOUZA et. al., 2020). É um instrumento para triagem de sarcopenia capaz de antecipar prejuízos funcionais, piora na qualidade de vida e óbito (YANG et al., 2018).

Tipos de triagem nutricional

Os instrumentos mais utilizados para triagem do indivíduo idoso são:

- Mini Nutritional Assessment (MNA) – Miniavaliação Nutricional (MAN®);
- Nutritional Risk Screening (NRS 2002);

A Miniavaliação Nutricional (MAN) é uma ferramenta de baixo custo e de rápida aplicabilidade, que foi elaborada para ser identificado o risco nutricional em idosos (SOUSA, 2015). As perguntas auxiliam no diagnóstico de risco nutricional, contribuindo para intervenção nutricional imediata e eficaz. Já a Nutritional Risk Screening (NRS 2002) é uma ferramenta que pode ser utilizada independente da gravidade da doença que o paciente é portador. Para a população idosa, faz-se uma pontuação adicional, com isso previne-se a desnutrição precocemente. Outro ponto importante da NRS 2002 é a avaliação da perda ponderal em 3 meses e não em 6 meses como a maioria das avaliações subjetivas (KONDRUP, 2003).

Alterações fisiológicas do idoso e carências nutricionais

Conforme já mencionado anteriormente sobre alterações fisiológicas presente na pessoa idosa, carências nutricionais podem advir desse estágio de vida (CUPPARI, 2014). O consumo de legumes e verduras são excelentes fontes de vitaminas, minerais, fibras, antioxidantes, pois possuem uma quantidade baixa de calorias e contribuem para sanar possíveis deficiências nutricionais (BERNSTEIN; MUNOZ, 2021). Além disso, as fibras alimentares contribuem para o funcionamento do intestino, ajudando a evitar a constipação intestinal. A inclusão desse grupo de alimentos nas preparações culinárias torna as refeições diárias menos monótonas (BRASIL, 2014).

Frutas são excelentes fontes de fibras, vitaminas, minerais e de vários compostos com atividades antioxidantes que contribuem para a prevenção de

muitas doenças (BRASIL, 2014). A senescência demanda vitaminas e sais minerais específicos mais exigidos para esse estágio de vida. A diminuição da massa muscular e densidade óssea constante no idoso leva a diminuição das necessidades energéticas e a maior necessidade de cálcio, magnésio e vitamina D (BERNSTEIN; MUNOZ, 2021). O cálcio atua na composição estrutural dos ossos e dentes e na contração muscular; estabiliza a frequência cardíaca e a pressão arterial; ativa enzimas que ajudam reações metabólicas; ativa hormonas e os neurotransmissores. São fontes de cálcio: sardinha, leite e derivados, tofu, espinafres e couve (BRASIL, 2014). A vitamina D possui um papel vital no corpo humano. Muitas são as pesquisas, hoje, que apontam os benefícios da combinação da suplementação da vitamina D e exposição aos raios ultravioleta (ROLIZOLA *et al.*, 2022). Seus benefícios estão presentes na regulação do sistema autoimune, cardiovascular e esquelético (BERNSTEIN; MUNOZ, 2021). Considera-se deficiência de vitamina D quando a medida é inferior a 20 mg/mL e o único órgão capaz de prover a vitamina D é a pele, além do consumo de alimentos. A vitamina D exerce papel relevante no metabolismo do cálcio e do fósforo, assegurando níveis adequados destes minerais para as funções metabólicas e mineralização óssea (SILVA; BATALHA, 2021).

A deficiência de vitamina D leva ao aumento da estimulação da glândula paratireoide, de maneira que esse hormônio estimula indiretamente os osteoclastos, que são célula que reabsorvem a matriz óssea, além de regenerar e remodelar o tecido ósseo, causando osteopenia e até osteoporose principalmente em idosos (DE OLIVEIRA *et al.*, 2014). Alimentos que são fonte de vitamina D: sardinha, gema de ovo, fígado, óleo de peixe etc. (BRASIL, 2014). O magnésio atua como cofator em mais de 300 reações no metabolismo, tem importante papel na regulação da pressão arterial, na síntese de ATP, atua na estabilidade da membrana neuromuscular, na manutenção do tônus vasomotor e como regulador fisiológico da função imunológica e hormonal (FERREIRA-NUNES; PAPINI; CORRENTE, 2018). Suas melhores fontes são: cereais integrais, vegetais folhosos verdes, espinafre, nozes, frutas, legumes e tubérculos, como a batata (BRASIL, 2014). As defesas imunes naturais do organismo ficam reduzidas em certa proporção por causa da fragilidade da pele e da diminuição na eliminação de anticorpos pelas mucosas. Nesse período, é necessário um aumento de vitaminas B6 e E e do mineral zinco. A vitamina E atua como antioxidante, combatendo os radicais livres responsáveis pela oxidação do nosso metabolismo e combate a agregação plaquetária (BERNSTEIN; MUNOZ, 2021).

Já as principais funções do zinco são: produção de energia, manutenção da pele saudável, formação de colágeno, participa da estrutura mineral de ossos e dentes, no sistema imunológico, atua na preservação do paladar, olfato e visão, entre outras. Suas fontes são semente de abóbora, amêndoas, gérmen de trigo, castanha de caju, carne vermelha, ostras, fígado, ricota e arroz integral (BRASIL, 2014). Desenvolve-se nessa fase um aumento do PH gástrico levando a algumas dificuldades na absorção de vários nutrientes, como B12, B9, Ca, ferro e zinco (BROWNIE, 2006). Os alimentos fontes são: leite, ovos, peixe, queijo, carne, fígado, grãos integrais, gérmen de trigo, peixes, aves, ovos, amendoim, leguminosas (lentilha, feijão, grão de bico, ervilha), espinafres, espargos, laranja, brócolis, banana, abacate, batata e couve-flor (BRASIL, 2014).

O envelhecimento induz um maior estresse oxidativo, que aumenta a quantidade de macronutrientes e ácidos nucléicos oxidados, especialmente quando há uma queda do metabolismo mitocondrial de ATP e aumento da produção de radicais livres, levando a necessidades aumentadas em betacaroteno, vitamina C e vitamina E para esse estágio de vida (FERREIRA-NUNES; PAPINI; CORRENTE, 2018), os alimentos como acerola, laranja, brócolis, couve-flor, kiwi, manga, milho, óleo de soja, óleo de girassol, amêndoas, batata doce, abacate, damasco, azeite de oliva e gema de ovo (BRASIL, 2014).

O ômega-3 desempenha papel importante na prevenção de doenças cardiovasculares e aterosclerose, doenças inflamatórias crônicas e inibição da vasoconstrição e agregação placentária. Previne o câncer, tromboembolismo e tem funções imunomoduladoras. Suas fontes são: sardinha, atum, arenque, soja, nozes, semente de linhaça, óleo de canola e salmão (PERINI, 2010).

Conclusão

A nutrição se torna relevante no processo de envelhecimento humano, tanto na promoção da qualidade e expectativa de vida quanto na prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Fomentar hábitos alimentares saudáveis, e alimentação balanceada promovem não apenas o retardo do envelhecimento, mas também um envelhecimento saudável, tendo em vista as possíveis — e de fato — mudanças fisiológicas e corporais nessa fase da vida, o que eleva a importância de cuidados direcionados e especializa-

dos para a pessoa idosa. Dessa forma, evidencia-se que hábitos alimentares saudáveis se tornam a principal estratégia para o envelhecimento participativo com qualidade de vida, pois é sabido que esses nutrientes são necessários para atender a senescência.

Referências

- ANDRADE, F. B. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em idosos da cidade de Vitória-ES, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 749-756, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFFc4nYGSVyPGYRYVfs4qNG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2022.
- BAIJENS, L. W. J. *et al.* European society for swallowing disorders–European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Clin Interv Aging**, v. 11, p. 1403-1428, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27785002/>. Acesso em: 05 set. 2022.
- BERNSTEIN, M.; MUNOZ, N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. **J Acad Nutr Diet**, v. 112, n. 8, p. 1255-1277, 2012. Disponível em: [https://www.jandonline.org/article/S2212-2672\(12\)00749-6/fulltext](https://www.jandonline.org/article/S2212-2672(12)00749-6/fulltext). Acesso em: 05 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-38505>. Acesso em: 06 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Economia. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise de consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 2 – Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf. Acesso em: 06 set. 2022.

- BROWNIE, S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? **Int J Nurs Pract.**, v. 12, n. 2, p. 110-118, 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x#:~:text=The%20older%20population%20represents%20a,as%20a%20result%20of%20psychosocial>. Acesso em: 05 set. 2022.
- CAMPOS, Stefane Maria de Lima *et al.* Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Audiology-Communication Research**, v. 27, e2492, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2492>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- CANHADA, F. P. *et al.* Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PdwGzCV5vBycVXsnmNvdDBz/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Revis%C3%A3o%20de%20literatura%20sobre%20o,mob%C3%ADlias%20e%20tapetes%20mal%20posicionados>. Acesso em: 05 set. 2022.
- CHUMLEA WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 33, n. 2, p. 116-120, 1985.
- CINTRA, Khellyn Lorini; NASCIMENTO, Cássia Regina Bruno; SOUZA, Isabel Fernandes de. Fatores que afetam o consumo alimentar e nutrição do idoso – Revisão integrativa. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 05, ed. 12, v. 02, p. 129-143, dez. 2020. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/2020/12/nutricao-do-idoso.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.
- CUPPARI, L. **Guias de nutrição: nutrição clínica no adulto e no idoso**. 3. ed. São Paulo: MANOLE, 2014. 578 p.
- DE OLIVEIRA, Vanessa *et al.* Influence of vitamin D in human health. **Acta bioquím. clín. Latinoam.**, v. 48, n. 3, p. 339-347, set. 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=734243&indexSearch=ID>. Acesso em: 06 set. 2022.
- DA SILVA, Alexandre T. *et al.* Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: Findings from the SABE study. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 18, n. 3, p. 284-290, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24626756/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- FERREIRA-NUNES, P. M.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Eating patterns and nutrient intake for older people: analysis with different methodological approaches. **Cien Saude Colet.**, v. 23, n. 12, p. 4085-4094, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tdkCV7Ssn9w9Q9FD4XMjx5J/?lang=en>. Acesso em: 06 set. 2022.

- KNIGHT, David P.; VOLLRATH, Fritz. Changes in element composition along the spinning duct in a *Nephila* spider. **Naturwissenschaften**, v. 88, n. 4, p. 179-182, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11480706/>. Acesso em: 09 set. 2022.
- KONDRUP, J. *et al.* Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. **Clin Nutr.**, v. 22, n. 3, p. 321-336, jun. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12765673/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- LESLIE, W.; HANKEY, C. Aging, Nutritional Status and Health. **Healthcare**, v. 3, n. 3, p. 648-658, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939559/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- LIMA, E. S. *et al.* Relação entre a força da preensão palmar e estado nutricional em idosos: uma revisão da literatura. In: 9º Sempesq – Semana De Pesquisa Da Unit. Alagoas, 2021. **Anais** [...] Centro Universitário Tiradentes, Alagoas, 2021. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/15197. Acesso em: 06 set. 2022.
- LIPSCHITZ DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994. PMID: 8197257. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- MELGAARD, D.; ROGRIGO-DOMINGO, M.; MORCH, M. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients. **Geriatr. (Basel)**, v. 3, n. 2, p. 15, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31011059/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.
- OLIVEIRA, Renata Borba de Amorim *et al.* A pesquisa em Nutrição Clínica no Brasil. **Revisita de Nutrição**, v. 27, n. 5, p. 619-628, set./out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000500010>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- O'KEEFE, S. T. Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: Is current practice justified? **BMC Geriatrics.**, v. 18, n. 167, jun./jul. 2018. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0839-7>. Acesso em: 06 set. 2022.
- PADILLA, C. J.; FERREYRO, F. A.; ARNOLD, W. D. Anthropometry as a readily accessible health assessment of older adults. **Exp Gerontol.**, v. 153, p. 111464, jul. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256113/>. Acesso em: 06 set. 2022.

- PAINTER, V.; LE COUTEUR, D. G.; WAITE, L. M. Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. **Clin Interv Aging**, v. 12, p. 1193-1203, ago. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28814845/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. (Ed.). **Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001. p. 23-34.
- PERINI, João Ângelo de Lima *et al.* Ácidos graxos poli-insaturados n-3 e n-6: metabolismo em mamíferos e resposta imune. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1075-1086, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000600013>. Acesso em: 06 set. 2022.
- ROLIZOLA, P. M. D. *et al.* Vitamin D insufficiency and factors associated: a study with older adults people from primary health care network. **Cien Saude Colet.**, v. 27, n. 2, p. 653-663, fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zVkxn5KMvTsb-pwWn8XnKh4b/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 06 set. 2022.
- SAMPAIO, L. R. *et al.* Avaliação bioquímica do estado nutricional. In: SAMPAIO, L. R. (Org.). **Avaliação nutricional**. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 49-72. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218744.0005>. Acesso em: 06 set. 2022.
- SILVA, K. S.; BATALHA, I. C. G. S. Relevância da suplementação de vitamina D na prevenção da osteoporose em idosos. **Brasília Med**, v. 58, número anual, p. 1-7, 2021. Disponível em: <http://www.rbm.org.br/details/331/pt-BR/relevancia-da-suplementacao-de-vitamina-d-na-prevencao-da-osteoporose-em-idosos#:~:text=Os%20resultados%20obtidos%20sugeriram%20infl%C3%Aancia,de%20doen%C3%A7a%20como%20a%20osteoporose>. Acesso em: 06 set. 2022.
- SILVEIRA, E. A. *et al.* Accuracy of BMI and waist circumference cut-off points to predict obesity in older adults. **Cien Saude Colet.**, v. 25, n. 3, p. 1073-1082, mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jPkqjGD94bWL4CZLY3kTzSm/?lang=en#:~:text=Our%20main%20findings%20showed%20that,90%2C5%20cm%20in%20women>. Acesso em: 06 set. 2022.
- SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. São Paulo: Unimep, 1994.
- SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados**. 1 ed. Barueri: Manole, 2011.126 p.

- SOUSA, A. P. G. *et al.* Nutritional screening using the Mini Nutritional Assessment short form: applicability and challenges. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 9, p. 49-53, 2015. Disponível em: https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/SBGG_cc6ba886609c85db-d8887796d769b1b7. Acesso em: 06 set. 2022.
- SOUZA, I. P. *et al.* Utilização do SARC-F para triagem de sarcopenia em pacientes adultos hospitalizados. **Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria**, v. 40, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12873/403ismael>. Acesso em: 06 set. 2022.
- SURA, L. *et al.* Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. **Clinical Interventions in Aging.**, v. 7, p. 287-298, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22956864/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- WENZEL, U. Nutrition, sirtuins and aging. **Genes Nutr.**, v. 1, n. 2, p. 85-93, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454685/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- WRIGHT, L. *et al.* Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. **J Hum Nutr Diet.**, v. 18, n. 3, p. 213-219, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15882384/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- XAVIER, J. S. *et al.* Oropharyngeal dysphagia frequency in older adults living in nursing homes: an integrative review. **Codas.**, v. 33, n. 3, e20200153, jun. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34161439/>. Acesso em: 06 set. 2022.
- YANG, M. *et al.* Screening Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: SARC-F vs SARC-F Combined With Calf Circumference (SARC-CalF). **J Am Med Dir Assoc.**, v. 19, n. 3, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29477774/>. Acesso em: 06 set. 2022.

Notas de fim

1 Doutoranda em Cognição e Linguagem DINTER Ifes/ UENF (2020), mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (2008) e graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1986). Atualmente é professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: meio ambiente, saúde e educação, alimentos funcionais; saúde do trabalhador; pat, alimentação escolar; gestão; terciarização, divulgação em ciência, leite e adulterantes.

2 Especialista em Fisiologia do Exercício e em Obesidade e Emagrecimento, ambas pela Universidade Veiga de Almeida (RJ). Especialista em Docência do nível superior pela UNESC (ES). Graduação em Nutrição pela Universidade Gama Filho (1989). Atuou em hospitais, como membro de Equipe de Terapia Multiprofissional de Enteral e parenteral nos estados do RJ e ES. Atualmente é professora titular do curso de graduação em Nutrição do Centro Universitário Salesiano (Unisaes). Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: nutrição do adulto, idoso, doenças crônicas e terapia nutricional enteral e parenteral.

3 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ. (2007). Possui graduação em Teologia - Seminário Teológico Batista do Sul do Brasil/RJ. (1985), graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo/SP. (1991). É Psicóloga e Professora do Curso de Mestrado e Doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: 1- Graduação: Psicologia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente; Psicologia da Educação. Educação e Psicopedagogia (Ead. Consórcio CEDERJ) 2- Mestrado e Doutorado: Educação Saúde e Gênero; Seminários Avançados e Supervisão. 3- Pesquisadora: Desenvolve pesquisas na área de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano e, coordena o Programa da Terceira Idade em Ação na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, no município de Campos dos Goytacazes/RJ.

14. Sistema prisional e a pessoa idosa: uma análise sobre as legislações vigentes

Viviane Carneiro Lacerda Meleep¹

Rosalee Santos Crespo Istoe²

“A pessoa não tem mais ou menos dignidade em relação à outra pessoa. Não se trata, destarte, de uma questão de valor, hierarquia, de uma dignidade maior ou menor. É por esse motivo que a dignidade do homem é um absoluto. Ela é total e indestrutível. Ela é aquilo que chamamos inamissível, não pode ser perdida.”

(MAURER, 2005, p. 12)

Considerações iniciais

A educação é um direito humano universal, inserido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, nas Convenções Internacionais de Direitos Humanos, na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Sendo também um direito e uma forma de ressocialização do apenado previsto em lei e no Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional (PEESP) de 2011. Portanto, mesmo em situações de privação da liberdade, a educação precisa ser ofertada para todos e todas. Neste sentido, tem-se que o objetivo do presente capítulo é compreender o sistema penitenciário brasileiro como local de ressocialização do indivíduo idoso.

Assim, o presente capítulo justifica-se por sua importância social, jurídica, acadêmica e pessoal, visto que, no contexto social, a educação é importante na recuperação do indivíduo preso, pois muitos deles têm baixos padrões de escolaridade, com comprometimentos na leitura e escrita. A educação parece-nos ser a oportunidade que eles precisam para encontrar oportunidades

melhores após esse período de isolamento. Por isso, encontramos na educação prisional a possibilidade de contribuir com a ressocialização dos indivíduos em privação, trazendo bons reflexos na sociedade, na família, na paz social, nas relações de trabalho e na convivência dos apenados no presídio e na comunidade. A relevância, portanto, reside no grande desafio de gerar oportunidades educacionais para os idosos que se encontram privados de liberdade.

O capítulo tem como base a metodologia bibliográfica, apresentando discussões abordadas por autores sobre a temática, de forma a pensar que a pena tem em sua função social a ressocialização e reeducação, mas tem perdido este papel diante das violências e crimes ocorridos nas unidades prisionais. Sob esta ótica, o estudo pode ser uma estratégia possível e viável para restaurar a função social da pena, quer seja ressocializando o apenado, impedindo a ociosidade e estimulando o seu resgate.

O sistema prisional e as garantias constitucionais

A partir do momento que o ser humano passou a viver em sociedade, vários foram os conflitos que se originaram, ao passo que a criação de normas de conduta tornou-se essencial para a vida em sociedade. Nesse sentido, Câmara (2007, p. 65) afirma que “o crescimento desenfreado das cidades nas últimas décadas aumentou a carga de conflito entre as pessoas, grupos e entre estes com o Estado, que, por sua vez, não foi competente para preveni-los e menos ainda para administrá-los”.

Ao bem da verdade, as cidades brasileiras, especialmente as grandes metrópoles, cresceram desenfreadamente, contudo, sem haver o acompanhamento tanto das polícias como do próprio poder judiciário no enfrentamento das demandas sociais e mazelas decorrentes dos crimes praticados. Como consequência dessa fatídica realidade, tem-se atualmente um caos no sistema prisional. Nesse sentido, Fiódor Dostoiévski (2016, p. 221) afirma que “é possível julgar o grau de civilização de uma sociedade visitando suas prisões”.

Já o relatório do Departamento Penitenciário Nacional de 2016 apresentou que, no Brasil, há o total de 726.712 mil encarcerados, com um déficit de aproximadamente 358.663 mil vagas. Ou seja, o sistema prisional brasileiro comporta apenas e tão somente metade da população carcerária existente.

As grandes rebeliões ligadas à guerra de facções nos presídios brasileiros têm causado pânico em toda a população desde os massacres em 2017 no Complexo Penitenciário Anísio Jobim, em Manaus, na Penitenciária Agrícola de Monte Cristo, no estado de Roraima e no presídio de Alcaçuz, do estado do Rio Grande do Norte. Ressaltam-se também os ocorridos no Centro Penitenciário de Recuperação, no estado do Pará em 2018 e, novamente, no Complexo Penitenciário Anísio Jobim, em Manaus no ano de 2019 (RYLO, 2019), o que gerou um colapso no sistema de segurança pública, tanto em relação à sociedade quanto aos próprios encarcerados.

No entanto, já em 2015, conforme expõe Guimarães (2017), o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) ajuizou uma Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) de nº 347 com o objetivo de obter o reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do estado de coisa inconstitucional do sistema penitenciário brasileiro. Essa ação objetivava a adoção de medidas a sanar o gravíssimo quadro de violações aos direitos fundamentais dos próprios encarcerados decorrentes de condutas por vezes comissivas e omissivas do Estado brasileiro.

Guimarães (2017) ainda afirma que, na ADPF ajuizada, fundamentou-se o pedido de análise pelo STF, levando-se em consideração que o Brasil possui uma das maiores populações carcerárias do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia. Ademais, Guimarães (2017) assenta ainda que se questionou, inclusive, a superlotação e a precariedade de condições dos presídios, eis que se constituem, em sua maioria, em um local de insalubridade, com flagrante proliferação de doenças infectocontagiosas, fornecimento de comida estragada, exposição a temperaturas desumanas e ausência de água potável, sem contar a falta de assistência judiciária e da garantia de acesso à educação, à saúde e ao trabalho (GUIMARÃES, 2017).

Nesse contexto, ressalta-se que, independentemente do ajuizamento da ADPF de nº 347, o Brasil foi alvo de punições pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, sendo reconhecida a violação da Convenção Interamericana de Direitos Humanos e outros documentos internacionais ratificados pelo Brasil, especialmente considerando as condições do sistema prisional nacional (GUIMARÃES, 2017).

Já no julgamento da medida cautelar requerida nos autos da citada ADPF, o STF por maioria deferiu o requerimento, determinando às demais instâncias

do Poder Judiciário a observância dos termos da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, para fins de realização, em até noventa dias, de audiências de custódia, decretando ainda à União a liberação dos recursos constantes do Fundo Penitenciário Nacional (GUIMARÃES, 2017).

Desse modo, ao adotar esse entendimento, o STF reafirmou a necessidade de o Estado prezar pela manutenção das condições mínimas de encarceramento à luz do que dispõe o supracitado princípio da dignidade da pessoa humana. Contudo, não foi suficiente, ao passo que, conforme já citado, nos anos seguintes a essa decisão, outros eventos de maiores proporções ocorreram dentro dos presídios nacionais.

Assim, o que se verifica é a constante violação dos preceitos legais e constitucionais, seja de preservação da segurança pública, da adoção das medidas necessárias para a aplicação das penas de privação de liberdade quanto em relação à proteção da dignidade humana dos presos, sobretudo decorrente da omissão do Poder Público em efetivar a adoção de políticas públicas neste sentido.

O envelhecimento humano da sociedade brasileira: panorama geral

O ser humano em suas múltiplas fases percorre em direção à maturidade. A conjuntura social contemporânea mostra que a população brasileira caminha cada vez mais para a senilidade. Assim, a promoção da dignidade da pessoa humana na idade senil não se configura tarefa fácil, seja no aspecto de sua efetivação ou a despeito de todo o movimento das ciências sociais e do direito no sentido de promover essa aspiração constitucional. Essa camada da população brasileira é a que mais sofre com esta fática realidade, de modo que merecedora de uma maior atividade de cuidado, respeito e atenção.

A expressão “velhice” assumiu um caráter pejorativo, significando passividade e, em última análise, dependência. O desprezo pelo idoso existe nas mais diversas situações, sejam elas formais ou informais, e são promovidas por pessoas de todas as idades, até mesmo pelos próprios idosos, pois na prática ainda existem localidades em que as pessoas idosas são vistas como seres renegados, para não dizer menosprezados, pelos traços que o corpo biológico deixou pelo decurso do tempo. As debilidades são entendidas como intransponíveis

ou mesmo barreiras atinentes a valores exigidos pela sociedade como, por exemplo, habilidade e proficiência.

O conceito de velhice perpassa por três definições, as quais comprovam uma diferenciação ao relacioná-la com doenças. Para o autor Tauchi (1998, p. 90), essa definição se dá por meio de:

[...] alterações decorrentes do envelhecimento que ocorrem naturalmente com o passar do tempo (“aging”); alterações que surgem em decorrência das várias condições patológicas que ocorrem ao longo da vida do indivíduo (seqüelas de doenças); alterações patológicas que surgem mais facilmente em indivíduos idosos (não em todos).

Durante os anos, o envelhecimento humano está sendo cada vez mais estudado na sociedade, principalmente por meio das políticas públicas de acesso a essa população que durante anos foi “abandonada” pelo Estado. Pensar no envelhecimento humano na atualidade requer novas indagações, preocupações e também formas de promover a informação necessária a essa parcela significativa e ainda ativa em nossa sociedade.

Assim, faz-se necessário apresentar algumas definições utilizadas ao longo do estudo, marcando o campo dos conceitos sobre longevidade, velhice e envelhecimento. Neste sentido, o envelhecimento é apresentado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e ratificado pelo Ministério da Saúde (MS) como:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006, p. 08).

É preciso afirmar que essa definição varia de sociedade para sociedade, marcando o tempo histórico em que está inserida, pois atualmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo “idoso” como as pessoas com 60 anos de idade ou mais, para aqueles países em desenvolvimento e a idade de 65 anos ou mais para os países classificados como desenvolvidos.

Segundo Vecchia *et al.* (2005), para pensar e conceituar o envelhecimento humano é preciso entender um conjunto de modificações fisiológicas, que

por muitas vezes são consideradas irreversíveis e acompanhadas de mudanças do próprio corpo. Para esses autores, o fenômeno biológico do processo de envelhecimento representa a última fase do ciclo vital de um organismo, que já perpassou pela infância, sua entrada a maturidade e que agora está sendo dividido em quatro fases diferentes, caracterizadas pela idade que o indivíduo apresenta, sendo elas: a meia idade, marcada entre 45 e 59 anos; as pessoas idosas entre 60 e 74 anos; os anciões entre 75 e 90 anos e os idosos acima de 90 anos de idade considerados já ativos na velhice extrema (VECCHIA *et al.*, 2005).

Dessa forma, a educação é um dos instrumentos de promoção da dignidade da pessoa humana que habilita a pessoa idosa a apresentar planos e a realizar projetos de vida em que emergem, paulatinamente, novas possibilidades de ser. A educação libertadora estimula as necessárias competências para o enfrentamento dos desafios que se apresentam diante do envelhecimento e fortalece a coragem de romper em direção ao novo. Entretanto, para que esse tipo de comportamento se efetive, são primordiais iniciativas de qualidade, impreterivelmente programadas para a pessoa idosa, porém não restritas a fins assistencialistas ou paternalistas, e sim voltadas ao pleno desenvolvimento do idoso como sujeito de direitos e de mudanças, até mesmo quanto ao próprio modo de viver a idade senil. Ainda atinente à educação da pessoa idosa, Salgado (2007) dispõe:

A disponibilidade para aprender nem sempre é uma característica dos idosos, cabendo aos profissionais a responsabilidade de estimularem essa atitude, buscando métodos pedagógicos adequados e diminuindo o estigma preconceituoso de que na velhice é muito difícil aprender [...] (SALGADO, 2007, p. 76).

Deve-se, assim, oportunizar permanentemente as pessoas idosas a possibilidade de ressignificar a própria existência, não admitindo em hipótese alguma a indiferença ou mesmo o menosprezo em relação às suas ações e relações com o outro. Ao serem motivados por novas aprendizagens, o idoso será capacitado para adquirir competências necessárias para recusar a apatia, agindo de modo a reagir, divergir, participando na luta por mudanças e exercendo seus direitos na integralidade. Num primeiro momento, essas atitudes parecem simples de serem naturalmente vivenciadas. Todavia, ao se refletir no que vem a ser participativo, envolvido, começa-se a constatar que ainda existem várias habilidades, que são

comparadas permanentemente enquanto se envelhece, as quais impedem muitas vezes o exercício dessas condutas pelos idosos.

Na perspectiva do sistema prisional, essa análise se torna mais importante na medida que os presos idosos ali encontrados não possuem o suporte necessário, tanto para o adequado cumprimento da pena quanto para o atendimento às suas necessidades específicas, ante situados em um contexto completamente desumano, desproporcional, ilegal e insalubre à uma condição de vida digna.

Por isso que o debate, estudo e análise das políticas públicas voltadas para os presídios e para os presos idosos se faz urgente e importante, a fim de que a estes seja fornecido um adequado e salubre ambiente não apenas para o cumprimento de suas penas, mas também para que tenham um exercício digno de suas garantias constitucionais básicas como corolário da dignidade da pessoa humana.

O envelhecimento da população carcerária e seus direitos

Pensar sobre a pessoa idosa, nos remete também a todo cidadão que possui direitos e deveres desde o seu nascimento, como explicitado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e também pelo Código Civil Brasileiro de 2002 (BRASIL, 2022), que, em suma, o cidadão brasileiro apresenta diferentes direitos fundamentais e deveres que foram definidos a partir da redemocratização da década de 1980. Para essa população denominada idosa, tem-se a criação do Estatuto do Idoso em 2003 sob a Lei nº10.741/03 (BRASIL, 2003b), a qual apresenta e especifica os diferentes direitos assegurados a todos os indivíduos inseridos na fase senil da vida humana. Dessa forma, tem-se o art. 20 do Estatuto, que define: “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, 2003b). Ou seja, todos indivíduos considerados idosos no país tem o direito a saúde, a cultura, ao lazer entre outros, assegurados pelo Estatuto do Idoso e sendo amplamente conferido pelo Estado.

A dignidade da pessoa humana é considerada o valor máximo destinada a essa população, de forma que constitui um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito e, considerando uma importância nacional, deve ser interpretada com prioridade frente a todas as disposições constitucionais disponíveis no momento (ROSENVALD, 2007).

Para o autor Schreiber (2013), é importante enfatizar que “a análise dos direitos da personalidade talvez seja a melhor forma de perceber a sua importância e sua utilidade prática. Trata-se de um privilegiado laboratório para exame das mudanças mais recentes da ciência jurídica” (SCHREIBER, 2013, p. 226). Dessa forma, entende-se que o autor traz a constante mudança dos direitos dessa população, que aos poucos vem se expandindo diariamente e formando cada vez mais um núcleo da dignidade da pessoa humana, abordando uma representação de amplitudes de direitos relativos à personalidade que esse grupo de pessoas idosas possui.

Neste sentido, pensar sobre os direitos relativos à personalidade nos remete a diferentes objetos considerados variados e com importâncias diferenciadas por cada indivíduo, que cabe de forma individualizada as diferentes pessoas idosas, como: “[...] exercício de uma vida digna, a intimidade, a integridade física, a integridade psíquica, o nome, a honra, a imagem, os dados genéticos e todos os demais aspectos que protejam a sua personalidade no mundo” (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 49).

A longevidade seria marcada pelo número de anos que vive uma pessoa ou pelo período em que pessoas que nasceram em determinadas décadas viveram em média. Para Camarano (2004), a longevidade é considerada como uma das maiores conquistas da sociedade, pois ao longo dos anos vem percebendo-se o aumento do grupo de indivíduos idosos em relação aos grupos populacionais.

O envelhecimento é assentado por “um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (CARVALHO, 2003, p. 726), que está diretamente associado a “um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais” (CAMARANO, 2004, p. 4).

Para o autor Camarano (2004), na longevidade ocorrem as melhores condições de saúde e também com os direitos e benefícios que vieram ao longo dos anos, assim como também a tecnologia e a medicina preventiva, junto a diferentes hábitos saudáveis e preparo do corpo, que auxiliam nesse processo que perpassa a pessoa idosa.

Sobre os marcos legais importantes para a conquista do direito à saúde no cárcere, têm-se a Portaria Interministerial nº 1.777/MJ/MS (2003), que aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário MJ/ MS no ano de 2005 e

veio para “prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas” (BRASIL, 2003a). Tem-se ainda a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que foi a primeira a garantir os direitos a todos os cidadãos (MELEEP *et al.*, 2021).

Já em 2006, tem-se a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo principal de recuperar, manter e promover à autonomia e independência dos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde, sendo levados em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde. Dentre os princípios, evidencia-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável, considerando-se a atenção integral a saúde da pessoa idosa, assegurando a qualidade da saúde dos mesmos, visando também à formação dos profissionais de saúde do SUS que atuam diretamente na área de saúde da pessoa idosa, dando ênfase às pesquisas e aos desenvolvimentos de estudos destinados aos idosos (MELEEP *et al.*, 2021).

O processo de envelhecimento humano exige do Estado reformas em suas estruturas, não deixando de fora o penal, desenvolvendo políticas públicas que deem conta desses idosos cada vez mais presentes na realidade prisional. Lidar com esses idosos em um ambiente prisional requer dos profissionais mais qualificações para atender suas particularidades, implicando assim, no aumento de custo para o Estado e, sobretudo, em pensar em como garantir a dignidade humana a esses indivíduos (HAYES *et al.*, 2013 apud MELEEP *et al.*, 2021).

O sistema prisional demonstra o envelhecimento de forma acelerada nos indivíduos devido ao ambiente inadequado em que são colocados, pois as estruturas dessas instituições possuem pouca ventilação, condições insalubres de higiene, alimentação inapropriada e o grande número de indivíduos residindo na mesma cela, compartilhando de um espaço pequeno e comprometendo as necessidades fisiológicas, como o sono, o repouso e o emocional (ASSIS, 2007 apud MELEEP *et al.*, 2021).

Considerações finais

A população idosa já sofreu muita discriminação e preconceito durante muitos anos na sociedade, de forma que os idosos eram considerados pessoas “velhas” e incapazes de se relacionar e de contribuir ativamente para a

sociedade no geral. O mercado de trabalho também possuía dificuldades de manter ou até mesmo empregar indivíduos com certas idades, pois pensavam que os mesmos não conseguiram dar conta do que era solicitado. Muitas famílias também encaram a velhice como algo inacessível, pois não conseguiram abdicar de seus empregos para contribuir com os cuidados em casa e aí começariam a enfrentar dificuldades. Pensamentos ultrapassados que ainda assolam a sociedade como um todo, por uma cultura extremamente velada de que pessoas idosas não são capazes de responderem por si só.

Com o passar dos anos, novas experiências e legislações começam a surgir em prol de melhorias para a população idosa, de forma a exigir uma maior autonomia por parte do Estado em garantir as condições mínimas para a garantia da dignidade da pessoa humana, das famílias em conceder o apoio e a contribuir para o entendimento do processo de envelhecer e até mesmo dos próprios idosos, em se manterem mais informado, em contribuir positivamente para a sua própria autonomia, realizando atividades rotineiras em que consigam de fato manter a saúde como principal fonte de importância.

Dessa forma, estarão contribuindo de forma significativa com os valores que há pouco eram considerados irrelevantes e que fazem total diferença para esses indivíduos, incentivando cada vez mais a autonomia dos mesmos e evitando uma possível depressão, tendo em vista que essa fase demanda inúmeros afazeres que, em muitos casos, acabam por comprometer a saúde mental de muitos idosos, além de doenças psicossomáticas que podem vir e se desenvolver por conta da tristeza que acomete essa população.

Referências

BRASIL. **Lei nº 7.210, de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Diário Oficial da União, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** Brasília: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Atualização–Junho de 2016**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/infopen-levantamento.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406compilada.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2010.406%2C%20DE%2010%20DE%20JANEIRO%20DE%202002&text=Institui%20o%20C%C3%B3digo%20Civil.&text=Art.,e%20deveres%20na%20ordem%20civil. Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2003. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/379>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.,a%2060%20\(sesenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art.,a%2060%20(sesenta)%20anos). Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.htm. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 347**. Referendo em tutela provisória incidental na arguição de descumprimento de preceito fundamental. Tribunal Pleno. Relator: Min. Marco Aurélio, 18 mar. 2020. Brasília: STF, 01 jul. 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4783560>. Acesso em: 20 mai. 2022.

CÂMARA, P. A política carcerária e a segurança pública. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, Pará, n. 1, p. 64-70, fev. 2007. Disponível em: <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/7/4>. Acesso em: 06 set. 2022.

CAMARGO, J.K.R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2004.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO, T. M. **A perspectiva ressocializadora na execução penal brasileira.** O abandono do ideal ressocializador em direção ao Direito penal do inimigo. *Justiça e Direito* (São Luís), São Luís, v. 1, p. 287-304, 2004.

DOSTOIEVSKI, F. **Crime e Castigo.** 7. ed. São Paulo: Editora 34, 2016.

GUIMARÃES, M. O estado de coisas inconstitucional: a perspectiva de atuação do Supremo Tribunal Federal a partir da experiência da Corte Constitucional colombiana. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, ano 16, n. 49, p. 79-111, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-49-janeiro-junho-2017/o-estado-de-coisas-inconstitucional-a-perspectiva-de-atuacao-do-supremo-tribunal-federal-a-partir-da-experiencia-da-corte-constitucional-colombiana>. Acesso em: 06 set. 2022.

HAYES, A. J. *et al.* Social and custodial needs of older adults in prison. **Age and Ageing**, v. 42, n. 5, p. 589–593, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/42/5/589/18231>. Acesso em: 06 set. 2022.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2014:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2014.pdf. Acesso em: 20 mai. 2022.

LIBERALESSO, A. **Psicologia do envelhecimento.** São Paulo: Papirus, 1995.

LIMA, G. M. B. **A vida de mulheres na prisão:** legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa – PB. 2013. 124 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20504>. Acesso em: 06 set. 2022.

MACHADO, R. M. L.; CAVALIÉRE, S. L. O envelhecimento e seus reflexos biopsicossociais. **Cadernos Unisuam**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 110-120, 2012. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunuam/article/viewFile/116/301>. Acesso em: 06 set. 2022.

MAURER, B. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. In: **Dimensões da Dignidade.** Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

MELEEP, V. *et al.* Uma abordagem do envelhecimento de idosos no sistema carcerário brasileiro. In: VII Congresso de Envelhecimento Humano – CIEH, Campina Grande, 2021. **Anais [...]** 7. ed., Campina Grande: Realize, 2021.

NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PIMENTA, V. M. **Por trás das grades: o encarceramento brasileiro em uma abordagem criminológico-crítica**. 173 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, 2016.

ROSENVALD, N. **Dignidade Humana e Boa-fé no Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2007.

RYLO, I. 40 presos são achados mortos dentro de cadeias do Amazonas. **G1 Amazonas**, 27 mai. 2019. *Online*. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2019/05/27/mais-presos-sao-achados-mortos-dentro-de-cadeias-em-manaus-15-morreram-neste-domingo.ghtml>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SÁ, M. de F.; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SALGADO, M. A. Os grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos. **A Terceira Idade**, v. 18, n. 39, 2007. Disponível em: https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/8732_OS+GRUPOS+E+A+ACAO+PEDAGOGICA+DO+TRABALHO+SOCIAL+COM+IDOSOS. Acesso em: 06 set. 2022.

SCHREIBER, A. **Direitos da Personalidade**. São Paulo: Atlas, 2013.

TAUCHI, H. Reflexões sobre o “não-envelhecimento” e as pesquisas sobre centenários no Japão. In E. Clemente, E. A. Jeckel Neto (Orgs.), **Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

VECCHIA, R. D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xGcx8yBzXkjyWxv3cWwXGdw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

Notas de fim

1 Bacharel em Direito pela UNIG, Mestranda no Programa de Pós-graduação Cognição e Linguagem na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. Bolsista FAPERJ. E-mail: viviclcerdadv@gmail.com.

2 Doutora em Saúde da Criança e da Mulher/Fundação Oswaldo Cruz (2007), Professora na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF. E-mail: rosaleeistoe@gmail.com.

15. Acidentes no cenário domiciliar da pessoa idosa: cuidados e prevenção

Karol Aparecida Amiti Fabri¹

Lais Vinhosa dos Santos²

Juçara Gonçalves Lima Bedim³

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. O saber se aprende com mestres e livros. A Sabedoria, com o corriqueiro, com a vida e com os humildes. O que importa na vida não é o ponto de partida, mas a caminhada. Caminhando e semeando, sempre se terá o que colher.”

(Cora Coralina, 2007).

Considerações iniciais

O aumento mundial da população idosa, demonstrado em estudos demográficos e epidemiológicos, evidencia constantes desafios, principalmente para a área da saúde e para os aspectos socioeconômicos, próprios do envelhecimento populacional.

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2017), à medida que as pessoas envelhecem, debilitam-se gradativamente, independente de possuírem ou não doenças; isso se dá devido às alterações funcionais, morfológicas e bioquímicas que ocorrem conforme o avanço da idade. Dentre essas alterações, destacam-se alguns fatores como instabilidade postural, osteoporose, diminuição da acuidade visual, diminuição da força muscular, alterações de marcha, entre outros. Portanto, o aumento da longevidade, associado ao aumento da vulnerabilidade, da prevalência de doenças crônicas e degenerativas,

bem como dos riscos de acidentes, constituem grande preocupação relacionada ao envelhecimento populacional.

Dentre as causas incapacitantes que contribuem para o agravamento das condições de saúde dos idosos, destacam-se as quedas, acidentes que geralmente ocorrem em ambiente domiciliar. A queda pode ser definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (SANCHEZ, 2015). Elas ocorrem como consequência da perda de equilíbrio postural, que pode ocorrer devido a problemas no sistema neurológico e/ou osteoarticular, gerando condições clínicas diversas, bem como afetando o equilíbrio e a estabilidade corporal.

A origem da queda pode ser classificada como “intrínseca”, ou seja, que é decorrente de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, às doenças e a efeitos de medicamentos e “extrínseca”, que está associada a fatores sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso.

Diante dessa problemática, tem-se como objetivo tecer uma abordagem reflexiva a respeito de acidentes domésticos com pessoas idosas, destacando-se a queda como o principal deles, com o intuito de discorrer sobre suas principais causas, apontar formas de prevenção/intervenção e, sobremaneira, cientificar sobre a importância da prevenção.

A respeito da metodologia, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva a qual, como o próprio nome indica, descreve uma realidade (de forma impessoal, sem interferência do pesquisador) e que, no caso deste capítulo, refere-se a condições relacionadas à saúde de indivíduos idosos. Para tanto, buscou-se fundamentação teórica na revisão de literatura narrativa. Com esse fim, foram feitas consultas por meios físicos e eletrônicos com análise e revisão bibliográfica em artigos científicos e livros-texto, os quais estão anexados em plataformas de pesquisas, como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico. Foi utilizada a combinação dos descritores em Ciências de Saúde (DeCs): “saúde do idoso”; “acidentes por quedas”; “causas”; “fatores de risco”; “fragilidade”; “doenças crônicas”, “saúde pública”.

Justifica-se a realização do presente estudo e aponta-se sua relevância com o objetivo de atrair atenção para o tema devido à sua pertinência, pelo fato de que as consequências da queda para o idoso são inúmeras e podem levá-lo a grandes limitações, como prejuízo nas capacidades funcionais e cognitivas,

ou, até mesmo, ao óbito. Ademais, o estudo sugere a identificação de fatores de risco para a ocorrência das quedas, indicando formas de preveni-las.

Sobre o processo de envelhecimento: um breve panorama

O envelhecimento faz parte de um processo irreversível do curso de vida. É um processo singular para cada indivíduo, embora seja comum a todos os seres vivos. Tal singularidade é devido à herança genética e à influência do ambiente domiciliar, considerado como ambiente físico e social (PANET *et al.*, 2016).

Segundo os dados do IBGE (2018), no Brasil o número de pessoas idosas de 60 anos ou mais era próximo a 2,6 milhões em 1950 (4,9% do total), no ano de 2020, esse número subiu para 29,9 milhões (14% do total) e espera-se que até meados do ano de 2100 alcance 72,4 milhões (40% do total populacional). Já o número de idosos brasileiros de 80 anos ou mais era 153 mil em 1950 (0,3% do total), subiu para 4,2 milhões em 2020 (2% do total) e deve alcançar, aproximadamente, 28,2 milhões em 2100 (15,6% do total populacional) (POLLETO *et al.*, 2021).

O envelhecimento biológico frequentemente causa alterações no sistema musculoesquelético, cardiovascular e neurológico, que refletem sobre o equilíbrio, locomoção e estabilidade postural, bem como sobre a acuidade visual, o que limita a pessoa idosa em sua autonomia, independência e segurança, principalmente quando existem doenças crônicas degenerativas associadas a tais condições.

De acordo com Ribeiro *et al.* (2008), problemas de saúde acompanham o processo natural do envelhecimento, sejam eles físicos e/ou mentais, que geralmente são desencadeados por doenças crônicas e quedas. O aumento da expectativa de vida e a consequente presença de doenças crônicas e degenerativas fazem com que aumente o número de idosos que se tornam dependentes e necessitam de cuidados e auxílios em suas atividades de vida diária (AVD), como vestir-se, alimentar-se, usar medicamentos e realizar outras atividades de vida diária.

Nesse contexto, referindo-se às patologias/síndromes na faixa etária idosa, os profissionais da Geriatria e da Gerontologia têm chamado atenção para a Síndrome de Fragilidade (SF), uma condição que, segundo Fried *et al.* (2004 *apud* BASTOS JR.; NEVES; BEDIM, 2020, p. 156), se “caracteriza pela diminuição

da reserva de energia, sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica”, tratando-se de uma condição na qual “a capacidade de adaptação reduzida do organismo torna o indivíduo mais suscetível a eventos adversos quando exposto a fatores estressores, contribuindo para o declínio constante das funções fisiológicas”. Associam-se ainda a essa conjuntura condições clínicas, como perda de força e massa muscular, fadiga, mudança na marcha, anorexia, perda ponderal e de equilíbrio.

O risco de quedas no cenário dos acidentes domésticos com pessoas idosas

Acidentes domésticos são um desafio e representam um problema multifatorial, com implicações e abordagens diferentes conforme a faixa etária do indivíduo. A principal causa de acidentes domésticos que acometem idosos são as quedas.

Quedas e lesões relacionadas a elas são frequentes em populações mais idosas e acarretam efeitos negativos na qualidade de vida e independência dessa população. Além disso, constituem um problema de saúde pública com um grande impacto social nos países com expressivo envelhecimento populacional e contribuem significativamente para o aumento das taxas de lesões, hospitalizações, óbitos na população idosa. Conforme Melo Filho *et al.* (2020), cerca de 30% dos idosos sofrem queda, pelo menos uma vez por ano, sendo o principal local das quedas seu próprio ambiente domiciliar.

Segundo Sanchez (2015), indivíduos de qualquer faixa etária apresentam riscos de sofrer algum tipo de queda, no entanto nos idosos tal fato pode levar à incapacidade funcional, como perda de sua autonomia, ou até mesmo morte. Quanto mais frágil for a pessoa idosa, maior é a propensão ao evento.

A queda pode ser um evento sentinela, ou seja, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional relacionado ao processo de envelhecimento e às condições de vida, ou sintoma de uma nova doença (BUKSMAN *et al.*, 2008). De acordo com Souza (2015), quanto maior a vulnerabilidade e a instabilidade da pessoa idosa, mais grave ele se tornará, principalmente aquele que já apresenta deficiência prévia de equilíbrio e marcha. Pessoas idosas não caem ao realizarem atividades perigosas, mas sim ao realizarem atividades de sua rotina.

Os fatores relacionados às quedas podem ser intrínsecos, definidos como aqueles que são relacionados ao próprio sujeito e, também, podem ser extrínsecos, que são associados ao ambiente.

Entre os fatores de risco intrínsecos, Sanchez (2015) aponta doenças como as cardiovasculares (crises hipertensivas, hipotensão ortostática, arritmias cardíacas, situações de hipovolemia, entre outras); as neurológicas (doença de Parkinson, *delirium*, estados depressivos, quadros demenciais, doenças cerebrovasculares, entre outras); e as osteoarticulares (osteoartrite de joelho e quadril, fraqueza muscular, atrofia muscular, entre outras). Igualmente, uso de drogas (hipotensores, benzodiazepínicos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes, antipsicóticos, antidepressivos, polifarmácia); desordens neurossensoriais (diminuição da acuidade visual, distúrbios proprioceptivos, diminuição da audição, distúrbios vestibulares); aumento do tempo de reação à situação de perigo e sedentarismo.

Quanto aos fatores de risco extrínsecos, o autor supracitado evidencia alguns mais evidentes: iluminação inadequada; tapetes soltos ou com dobras, carpetes mal adaptados; piso escorregadio e encerado; banheiros sem as devidas adaptações; escadas e rampas; degraus altos ou estreitos; objetos e móveis em locais inapropriados; sofás e cadeiras muito baixas; prateleiras excessivamente baixas ou elevadas; camas altas; calçados inadequados; presença de animais domésticos pela casa (SANCHEZ, 2015).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos com a finalidade de avaliar os riscos relacionados às quedas entre os idosos em suas residências, incluindo propriedades psicométricas e clínicas do indivíduo. Nessa perspectiva, ressaltase o *Home Falls and Accidents Screening Tool* (HOME FAST) como um dos instrumentos com maior capacidade para avaliar os riscos domiciliares, com ponto de corte para o risco de quedas especificamente para idosos. Tal ferramenta é composta por itens que possibilitam avaliar fatores de segurança, de funções e de mobilidade nas residências de idosos e possui alto potencial para avaliar os riscos domésticos associados às quedas (MELO FILHO *et al.*, 2020).

Conforme os estudiosos acima mencionados, o objetivo do HOME FAST é avaliar os riscos de queda de pessoas idosas em seu domicílio. Consiste em uma visita aos cômodos da casa junto ao idoso e/ou cuidador, observando a existência de atributos no ambiente que possam ocasionar o evento de queda, bem como as atitudes do idoso frente a estes riscos.

O uso do HOME FAST exige uma avaliação observacional de como a pessoa idosa gerencia cada item da avaliação em sua residência, contendo 25 itens referentes aos principais fatores de segurança nos recintos do domicílio, mobilidade e funções. Os itens compreendem pisos, mobília, iluminação, banheiro, dispensa e escadas/degraus, em que cada um possui um significado para orientar o avaliador e as alternativas devem ser respondidas com “sim” ou “não”, ou com “não aplicável”. O resultado é gerado pela soma das respostas assinaladas apenas como “não”. Quanto maior for a pontuação, isto é, mais próxima de 25 pontos, maior é o risco de quedas no ambiente domiciliar (MELO FILHO *et al.*, 2020).

O instrumento HOME FAST-Brasil foi traduzido e adaptado para o português brasileiro. Além disso, mostrou-se de excelente confiabilidade para avaliar o risco de quedas entre pessoas idosas em suas residências. Dessa forma, tal ferramenta avalia os fatores de riscos domiciliares para quedas, contribuindo assim com os serviços de saúde e com estratégias que têm a finalidade de controlar e prevenir quedas em idosos, visando segurança e acessibilidade nas residências e promovendo mais autonomia e independência para pessoas idosas (MELO FILHO *et al.*, 2020).

Como adverte Sanchez (2015), a queda gera consequências limitantes e até mesmo fatais para pessoas idosas. Dentre os principais problemas relacionados a este evento, encontram-se fraturas, cortes, traumatismo cranioencefálico, ansiedade, depressão e ptofobia, que é medo de cair, uma vez que uma única queda leva à perda de confiança na capacidade de realizar tarefas do cotidiano, tendo como resultado a restrição nos seus afazeres e dependência de cuidadores.

Outrossim, segundo Prata *et al.* (2014), as fraturas ou lesões que podem levar os idosos à hospitalização são as que mais preocupam, uma vez que a permanência no leito pode ter como consequência o comprometimento da função cardiopulmonar, trombose venosa profunda, alterações articulares, hipotrofia muscular, bem como úlceras de pressão devido à longa permanência em decúbito.

Portanto, é importante que, após um relato de queda, a equipe de saúde busque a causa, onde ocorreu, os objetos presentes no ambiente e os fatores de risco que contribuíram para que o acidente acontecesse. Dessa forma, será possível informar à família sobre as adaptações necessárias na residência para que seja um ambiente mais seguro para a pessoa idosa e que se previnam novos acidentes.

Prevenção de acidentes residenciais

Muitos dos acidentes com pessoas da terceira idade acontecem devido ao ambiente físico inadequado e a maioria deles dentro de suas próprias casas. Portanto, deve-se pensar em um lugar com segurança, acessibilidade e de grande comodidade, no intuito de reduzir esses acidentes e aumentar a prevenção, disponibilizando o maior suporte e cuidado possível para que se possa manter a independência e autonomia da pessoa idosa (PACHECO, 2021).

Dessa forma, há evidências de que ações simples para reduzir o risco de quedas, como estratégias de promoção da saúde, reavaliações periódicas dos fatores de risco multifatoriais e intervenções, medicações, segurança do ambiente domiciliar e extrafamiliar têm tido êxito na prevenção das quedas (SOUZA, 2015).

Sendo assim, as lesões devido às quedas e os riscos domiciliares podem ser minimizados com avaliações e intervenções neste ambiente. Também devem ser feitas orientações para os moradores/familiares a respeito dos riscos iminentes para os idosos em suas próprias casas. Usualmente, é necessário que se faça uma visita domiciliar para essas mediações (MELO FILHO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, compreender os riscos existentes no ambiente residencial é fundamental para o desenvolvimento de estratégias que visem ampliar a capacidade intrínseca, prevenindo acidentes que possam prejudicar a capacidade funcional do idoso, pois a redução da capacidade funcional torna a pessoa idosa mais suscetível às circunstâncias do ambiente em que vive, sendo este tão importante para um envelhecimento saudável. À vista disso, o domicílio deve proporcionar condições pessoais seguras e autônomas para que se possa envelhecer bem (PANET *et al.*, 2016).

Os pequenos passos que podem ser dados para edificar uma residência farão grande diferença na qualidade de vida das pessoas idosas, ajudando no processo de envelhecimento. Assim, os materiais utilizados na adaptação da residência devem ser elaborados para atender as necessidades de acordo com o morador (PACHECO, 2021).

Deve-se salientar que as adaptações no meio físico são fundamentais para garantir o livre acesso dos indivíduos com segurança e autonomia, de modo a evitar acidentes. De acordo com Renaut *et al.* (2015, p. 1292), “[...] medidas como

rampas, portas automáticas, plataformas elevatórias, modificações nos banheiros e nas cozinhas são normalmente referidas como ‘adaptações’. Porém, para que haja sucesso nas intervenções, é preciso entender as respostas adaptativas diárias da pessoa com o ambiente.

Segundo Renaut *et al.* (2015), há dois tipos de lógica de adaptação do ambiente. O primeiro tipo, chamado “ação” (*action*), é uma tomada de decisão anterior aos acidentes, assim, fazem-se modificações preventivas nas residências ou até mesmo a mudança para uma casa mais adequada. Nota-se que a ação prévia por vezes é resultado do convívio com pessoas mais velhas, o que influenciará na percepção do envelhecimento. O segundo tipo é chamado “agir quando necessário” (*wait and see*) e determina uma ação que só acontece quando o indivíduo é afetado por limitações no seu modo de vida, como a perda da mobilidade física, a insegurança ou a dependência de outros para realizar as atividades da vida diária, por exemplo (PANET *et al.*, 2016).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2015) ensina que uma casa para pessoas idosas — segura contra quedas — deve ter boa iluminação nos corredores e escadas; ter luzes noturnas que evitam a desorientação durante este período; ter interruptor próximo à porta e em boa altura; ter iluminação no trajeto da cama ao banheiro durante a noite; necessita de piso antiderrapante, principalmente no banheiro, e tapete antiderrapante no box; ter um banquinho no box, para auxiliar na hora de ensaboar e enxaguar os pés durante o banho; ter apoio de parede no box e ao lado do vaso sanitário, para ajudar no equilíbrio; não usar chaves na porta do banheiro, local de acidentes frequentes; deve-se retirar os tapetes soltos, móveis baixos e obstáculos do chão; manter telefones próximos à cama, luzes de cabeceira fixas; remover soleiras altas das portas; não encerar o piso; cama e cadeiras devem ter alturas apropriadas para manter os pés no chão quando sentado; utilizar corrimão nas escadas; colocar mantimentos e utensílios em locais de fácil alcance e não subir em escadas ou banquinhos (TAVARES, 2016).

Ainda assim, Perracini e Ramos (2002) sublinham que nenhum domicílio está livre de riscos. Integrando-se a isso a percepção de que a sociedade ainda não está apta para lidar com a nova demanda de adequação dos espaços à vivência dos idosos, pois a infraestrutura atual é inadequada, o que ocasiona um agravamento e maior exposição no risco de quedas em pessoas idosas (TAVARES, 2016).

Considerações finais

Tendo em vista o grande aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo, torna-se importante e significativa a discussão a respeito da prevenção de acidentes domésticos no cotidiano desse contingente populacional. Pois, de fato, essa conjuntura representa um problema multifatorial e de saúde pública, uma vez que a ocorrência de queda em suas próprias residências é um dos acidentes mais frequentes no cenário do idoso.

O envelhecimento da população gera uma necessidade de um novo olhar para a segurança domiciliar do idoso e a consequente prevenção de quedas, visto que pessoas idosas passam a maior parte do tempo em seu lar.

Por conseguinte, a literatura revisitada para a composição deste texto descritivo possibilitou acentuar que no Brasil o número de quedas é alto e preocupante; o que traz consequências físicas, sociais e psicológicas à pessoa idosa, tornando evidente a necessidade de prevenção, visando garantir melhor qualidade de vida à terceira idade, bem como independência e autonomia, uma vez que a queda acarreta incapacidade, injúria e morte. Destarte, mister se faz a emergência de políticas públicas de saúde em prol da saúde do idoso.

Enfim, clama-se — no remate desta reflexão — pela importância de o profissional da saúde estar preparado para nortear os atores sociais idosos e seus familiares na prevenção das quedas, para que sejam feitas intervenções efetivas, como mudanças de condutas e (re)organização dos espaços. De fato, procedimentos simples como esses, entre outros mencionados no decorrer deste capítulo, constituem-se fatores de proteção que podem propiciar ao protagonista idoso garantia de satisfação e qualidade de vida.

Referências

- BASTOS JÚNIOR, Anderson; NEVES, Guilherme Vianna; BEDIM, Juçara Gonçalves Lima. Vida social e cultural ativa, lazer e centros de convivência: um relato de experiência no contato com idosos do município de Itaperuna-RJ. In: CABRAL, Hildeliza Boechat *et al.* (Org.) **Envelhecimento ativo**: em estudos interdisciplinares. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2020. p. 98-114.

- BUKSMAN, S. *et al.* **Quedas em idosos**: prevenção. Brasil: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>. Acesso em: 06 set. 2022.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015. 156p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- MELO FILHO, Jarbas *et al.* Versão brasileira do Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): tradução, adaptação transcultural, validação e confiabilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, e190180, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/tDWRVmcJQ3HFFGMkFdwCgrL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- PACHECO, Victor Bressan. **Projeto de residências adaptadas para idosos**: uma análise de necessidades especiais. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia Civil) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/19406/1/TCC%202%20Victor%20Bressan%20Pacheco.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2022.
- PANET, Miriam de Farias *et al.* Considerações sobre os riscos no ambiente residencial e as diferentes posturas da pessoa idosa no processo de adaptação. *In*: I Congresso Nacional de Envelhecimento Humano – CNEH, Campina Grande, 2016. **Anais [...]** Campina Grande: Realize, 2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/24414>. Acesso em: 31 mai. 2022.
- PEIXOTO, Ana Lins dos Guimarães (Cora Coralina). **Vintém de cobre**: meias confissões de Aninha. 9. ed. São Paulo: Global, 2007.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 709-716, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4XkjTrXtXdlTmbMD6NF8s6n/?lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2022.
- POLLETO, Luiza Fracaro *et al.* Envelhecimento populacional: um olhar sobre as melhores cidades brasileiras para se envelhecer e a influência da cultura da cooperação. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/20496>. Acesso em: 06 set. 2022.
- PRATA, H. L. *et al.* Relatos de quedas extrínsecas em idosos participantes do projeto pre-vedas. **Journal of Research Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 685-694. abr./jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25446>. Acesso em: 06 set. 2022.

RENAUT, Sylvie *et al.* Home environments and adaptations in the context of ageing. **Ageing and Society**, n. 35, p. 1278-1303, 2015. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/home-environments-and-adaptations-in-the-context-of-ageing/211D4F238B1BEF2AED4A1673D81FE93F>. Acesso em: 06 set. 2022.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>. Acesso em: 31 mai. 2022.

SANCHEZ, Daniel Cirilo Mesa. **Projeto de intervenção**: diminuição de quedas em pacientes idosos. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/21575>. Acesso em: 25 mai. 2022.

SBGG – SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas**: uma questão de prevenção. Associação Médica Brasileira. 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br>. Acesso em: 26 mai. 2022.

SOUZA, Giselle de Andrade. **Causas e consequências das quedas em idosos**: formas de prevenção. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/8682/3/21136100.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2022.

TAVARES, Zuleika Dantas do Vale. **Um novo olhar sobre as quedas em idosos**: proposta de diagnóstico ambiental e prevenção. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/22168>. Acesso em: 22 mai. 2022.

WHO – World Health Organization. **WHO global report on falls prevention in older age**. 2007. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 01 jun. 2022.

Notas de fim

1 Graduada em Medicina – Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

2 Graduada em Medicina – Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

3 Doutora em Educação (UFRJ), Mestre em Educação (Universidade Católica de Petrópolis-UCP), Neuropsicopedagoga, Professora-Pesquisadora e Extensionista da Universidade Iguazu (UNIG), campus V, Curso de Medicina, Itaperuna-RJ, Brasil.

Copyright © 2022 Encontrografia Editora. Todos os direitos reservados.

É proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem a expressa
autorização dos autores e/ou organizadores.

Estudar o envelhecimento enfatizando não só suas potencialidades, mas, sobretudo, suas fragilidades é uma iniciativa corajosa, uma vez que a abordagem utilizada orienta para as problemáticas do processo de envelhecer e como os profissionais devem lidar com essas questões no campo prático. [...] Essa produção não contém somente subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas é um verdadeiro tesouro, especialmente por nos apresentar temas profundos, atuais e relevantes, levando em consideração a ampla dimensão deste processo e o impacto do envelhecer na saúde da pessoa idosa. Conhecimentos imprescindíveis para o exercício profissional, que direciona a pensar o envelhecimento como um campo de trabalho em que possamos contribuir com as especificidades multiprofissionais em uma relação direta. Encerro minha leitura com enorme satisfação, constatando que os assuntos aqui abordados, escritos por profissionais capacitados e imersos neste contexto, foram utilizados de forma a gerar material de referência, bem fundamentado e direcionado a todos que estejam interessados em conhecer e compreender a saúde da pessoa idosa e as necessidades implicadas no processo de envelhecer.

Uma prazerosa leitura a todos!

Simone de Cássia Freitas Manzano

Psicóloga CRP 06/117702, pós-graduada em Gerontologia

Aperfeiçoamento em atenção domiciliar, Capacitação em saúde da pessoa idosa,
Capacitação em doença de Alzheimer e condições similares.

UNIG
UNIVERSIDADE IGUAÇU



encontrografia

encontrografia.com
www.facebook.com/Encontrografia-Editora
www.instagram.com/encontrografiaeditora
www.twitter.com/encontrografia