

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 13



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 13

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2019

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Msc. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674

**Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 13/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-7042-187-6

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

**1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem
I. Título**

CDD-610

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1: A pediatria sob o olhar da humanização: Reflexões da Psicologia..... 07

Camila Batista Nóbrega Paiva, Sibelle Maria Martins de Barros

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.01

Capítulo 2: Fibrose Cística em Pediatria: O Psicólogo diante da hospitalização infantil 14

Camila Batista Nóbrega Paiva, Isabelle Tavares Amorim, Regina Lígia Wanderlei de Azevedo, Elís Amanda de Atanázio da Silva

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.02

Capítulo 3: As consequências à saúde mental advindas do abuso sexual na infância 21

Amanda Lisa Amorim Sousa, Maria Ivânia Duarte Ribeiro, Maria Izânia Duarte Ribeiro, Ruth Fernandes Pereira, Raquel Machado Borges, Thaise Almeida Guimarães

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.03

Capítulo 4: O envelhecimento humano na perspectiva da psicologia positiva 25

Maria Simone da Silva, Naftali Tuany Souza Roberto

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.04

Capítulo 5: Busca de sentido de vida e pessoas idosas 30

Ana Karen Martins de Oliveira, Alessandra de Souza Pereira Silva, Cristiane Galvão Ribeiro, Regina Irene Diaz Moreira Formiga, Sueliton Jackson Medeiros de Sousa, Paulo Cordeiro Fontes

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.05

Capítulo 6: Efeitos do envelhecer: Grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária..... 36

Maria Aparecida de Souza Silva, Samara Maria de Jesus Veras, Rebeca Cavalcanti Leal, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves, Ana Karine Laranjeira de Sá, Valdirene Pereira da Silva Carvalho

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.06

Capítulo 7: O envelhecer na contemporaneidade: Aspectos de um envelhecimento bem-sucedido 41

Lauranery de Deus Moreno

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: Nível de satisfação de idosos acerca do atendimento em saúde ofertado na atenção básica 44

Larissa Genuíno Carneiro Martini, Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, João Mário Pessoa Júnior, Ana Elisa Pereira Chaves

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.08

Capítulo 9: Experiências e relatos de boas práticas com o idoso no Semiárido Brasileiro 50

Jaqueline Cardoso de Souza, Alessandra Avelina de Oliveira

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.09

Capítulo 10: Abandono afetivo: Um novo olhar sobre a violação dos direitos da pessoa idosa..... 58

Ana Karina da Cruz Machado

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.10

Capítulo 11: Subnotificação e (In)visibilidade da violência em grupos vulneráveis com ênfase no gênero feminino: Relato de experiência 62

Maria Elda Alves de Lacerda Campos, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, Larissa Brito Vieira Diniz, Ludimilla da Costa Santos, Vanessa Francisca Vicente da Paixão, Raquel Oliveira Xavier

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.11

Capítulo 12: Fatores de risco para o suicídio entre idosos: Revisão bibliográfica 66

Matheus Barros Carvalho, Wdson David de Araújo Cavalcante, Amanda Lisa Amorim Sousa, Natália Caldeira Freitas, Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso, Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.12

Capítulo 13: Cuidado Multiprofissional à idosos residentes em uma instituição de longa permanência 70

Gabriella de Araújo Gama, Gustavo Henrique de Oliveira Maia, Fernanda Correia da Silva, Anny Suellen Rocha de Melo

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.13

Capítulo 14: Considerações sobre o cuidado ao idoso hospitalizado através da biblioterapia: Um método terapêutico humanizado nos hospitais – Estudo de revisão 74

Juliana Maria Silva Bernardo, Claudia Daniele Barros Leite Salgueiro, Gislene Farias de Oliveira, Luciclaudio da Silva Barbosa, Samara Santiago Sarmento de Oliveira

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.14

SUMÁRIO

Capítulo 15: Satisfação dos(as) idosos(as) com a alimentação consumida em ILPIS de Recife e Região Metropolitana, 2013/2014. 82

Iêda Litwak de Andrade Cezar, Joseana Maria Saraiva, Tamires Carolina Marques Fabrício, Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa, Luana Corrêa de Araújo

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.15

Capítulo 16: Idosas e suas percepções da sexualidade feminina a partir dos contos de fadas..... 89

Betânia Maria Oliveira de Amorim, Ana Catarina da Silva Nóbrega, Karollayne Karlla Freires da Silva, Nathália de Figueiredo Ferreira

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.16

Capítulo 17: Análise do tratamento fisioterapêutico de Osteoartrose do joelho pelos estudantes do CASU: Um estudo de caso 96

Karla de Jesus Sena, Patricia Brandão Amorim, Kênia Santos Lemes, Rodrigo Antonio Montezano Valintin Lacerda

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.17

Capítulo 18: Polineuropatia tóxica periférica em idoso e associação com o método pilates e neopilates: Estudo de caso 105

Juliana Cordeiro Carvalho, Monique de Freitas Gonçalves Lima, Suelane Renata de Andrade Silva, Helga Cecília Muniz de Souza, Maria de Fatima de Oliveira Falcão, Lilian Guerra Cabral dos Santos

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.18

Capítulo 19: Perfil socioeconômico e demográfico de idosos/as frequentadores/as de studio de pilates e os motivos que os/as levaram a escolherem o método..... 113

Joseana Maria Saraiva, Rosana Barbara da Silva, Iêda Litwak de Andrade Cezar, Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.19

Capítulo 20: Percepção da qualidade de vida em idosos praticantes de dança de salão 123

Aline Arruda Rodrigues da Fonseca, Eliza Maria Silva Moreira, Maria das Graças Silva Moreira

DOI: 10.36229/978-85-7042-187-6.CAP.20

Autores:..... 131

Capítulo 1

A pediatria sob o olhar da humanização: Reflexões da Psicologia

Camila Batista Nóbrega Paiva

Sibelle Maria Martins de Barros

Resumo: O processo de hospitalização infantil pode caracterizar-se como uma situação ameaçadora, com o risco de desencadear estados de ansiedade, angústia ou depressão, além de afetar o desenvolvimento saudável da criança. Por este motivo, torna-se essencial discutir acerca da humanização dentro da pediatria, principalmente porque ela melhora a qualidade do atendimento, trazendo benefícios como a diminuição do tempo de internação e aumento do bem-estar geral de todos. Este trabalho teve como objetivo apresentar a experiência da psicóloga pediátrica de um hospital universitário, tanto nas suas práticas assistenciais, quanto enquanto membro do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), tendo como referencial teórico a Política Nacional de Humanização (PNH). As atividades assistenciais que foram desenvolvidas nas enfermarias mostraram que, em relação à ambiência e ao direito a acompanhante, o hospital encontra-se em conformidade com os dispositivos desta política. A brinquedoteca e a estimulação do brincar se faziam presentes e auxiliavam no desfocalizar da doença. Apresentaram-se algumas dificuldades, como a corresponsabilização da equipe e trabalho interdisciplinar, o processo de comunicação com os usuários, o estímulo à autonomia e protagonismo dos sujeitos, que ainda faltam ser mais fortalecidos. Uma fragilidade que foi detectada relacionava-se à relação entre equipe e acompanhantes, demonstrando a necessidade de maior investimento nas tecnologias leves neste processo de cuidado. A participação no GTH destacou que as pautas discutidas pareciam revelar um caminho inicial para a minimização dessas questões, configurando-se como um dispositivo que visou promover mudanças nestes modelos de atenção e gestão. Diante dos resultados revelados neste trabalho, pode-se concluir que ainda há necessidade de investimento em formação sobre PNH, para que esta possa ser instituída e consolidada na própria cultura organizacional da referida organização de saúde.

Palavras-chave: Psicologia Pediátrica, Cuidado Humanizado, Hospitalização infantil.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da sociedade, caracterizado pela alta tecnologia, globalização, competitividade, informatização e avanços científicos sem precedentes, tem dificultado a abordagem do tema humanização na saúde. Nesta perspectiva, sabe-se que para os profissionais de saúde utilizarem as ferramentas atuais desenvolvidas, a partir das inovações tecnológicas, precisam constantemente obter conhecimentos técnico-científicos. Tais conhecimentos ou tecnologias leves-duras como denominou Mehry (1998) muitas vezes são priorizadas em seus contextos de trabalhos. Assim, essa situação demanda a construção de uma política governamental que incite a humanização, valorizando as relações dialógicas entre os atores envolvidos (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Dessa forma, surge a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de promover um realinhamento do cuidado em saúde, através de valores que estimulem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, por meio de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Ela visa oferecer um atendimento de qualidade, através da articulação de avanços tecnológicos com o acolhimento, melhorando o ambiente de cuidado e as condições de trabalho (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

No contexto hospitalar essa discussão perpassa pela necessidade de se refletir sobre a hospitalização como um direito constitucional. Ela justifica-se e torna-se importante, pelo fato dos hospitais se configurarem como organizações complexas do setor saúde, seja pelo tipo de serviço oferecido, como também pelo elevado custeio desse nível de atenção (BRASIL, 2011). Além disso, algumas pesquisas apontam que a humanização em hospitais, por melhorar a qualidade do atendimento e do ambiente, traz benefícios como a diminuição do tempo de hospitalização, aumento do bem-estar geral de todos os envolvidos, implicando na redução do gasto financeiro (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

A discussão da humanização traz uma revisão paradigmática das ações em saúde, destacando as necessidades integrais do sujeito e escanteando a abordagem centrada na doença. Diante disto, a PNH traz como princípios a transversalidade, indissociabilidade entre a gestão, estímulo à autonomia e protagonismo de todos, avançando na corresponsabilização na produção de saúde (BRASIL, 2004; BERGAN et al., 2009).

Neste sentido, falar em humanização hospitalar, particularmente no contexto pediátrico, traz uma relevância ainda maior, já que o processo de hospitalização infanto-juvenil potencializa a probabilidade de ocorrência de estados de depressão, angústia e ansiedade, pois os procedimentos e rotinas hospitalares surgem como situação desconhecida e ameaçadora que pode comprometer o desenvolvimento saudável da criança. Desta forma, devido a toda peculiaridade do contexto hospitalar, somando-se com as características próprias das crianças e adolescentes, torna-se essencial um olhar diferenciado a este público (PAIVA; AMORIM, 2017; DIAS; BAPTISTA; BAPTISTA, 2014).

Sabe-se que, mesmo existindo unidades pediátricas exclusivas para internação de crianças e adolescentes, as experiências negativas presentes no processo de hospitalização ainda se destacam, pois, geralmente, as ações realizadas pelos profissionais priorizam as situações tecnológicas leves-duras e duras, focalizando o atendimento dos sintomas decorrentes da patologia do paciente e colocando em segundo plano as necessidades de brincar, aprender e comunicar-se com seus pares (MERHY, 1998; RIBEIRO; GOMES; THOFERN, 2014).

As visões tecnicistas da criança e do brincar foram perdendo forças e, com o tempo, a partir de estudos sobre as consequências do processo de hospitalização infantil, foram surgindo iniciativas para promoção de um cuidado mais integral e humanizado a esses pacientes. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, traz uma condição de sujeito de direitos às crianças, garantindo a permanência de um acompanhante durante sua internação, o que proporciona um cuidado mais integral em pediatria, que ganha a família também como foco de intervenção, além da própria criança (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Além disso, o ECA passou a reconhecer o brincar como um direito efetivo, influenciando, juntamente com as discussões sobre humanização, a aprovação da Lei Federal, nº. 11.104, que estabeleceu a obrigatoriedade do espaço de brinquedoteca nos hospitais com regime de internação pediátrica. Porém, o brincar, além de ser algo geralmente menosprezado na nossa cultura, também pode ser considerado um incômodo por quebrar o silêncio no contexto hospitalar. Mais recentemente, o brincar foi sendo aprisionado pelos discursos e saberes hospitalares, na tentativa de discipliná-lo e medicalizá-lo (MEDRANO, 2010).

Essas mudanças na pediatria começaram a exigir dos profissionais mudanças nas habilidades relacionais e nas condutas. Mesmo quando esses profissionais reconhecem o direito da família em permanecer junto ao paciente, eles tornam esse direito como um dever, exigindo dos familiares ações de cuidados como se fossem regras. Esta situação acaba constituindo uma relação de dominação/subordinação, o que gera muitos conflitos por não haver consensos sobre a forma de participação da família no processo de hospitalização de suas crianças (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007; SILVA; KIRSCHBAUM; OLIVEIRA, 2007). Diante disso, percebe-se que as iniciativas isoladas não conseguem dar conta dessas nuances relacionais que envolvem esse processo, devendo as intervenções em saúde, inclusive a Política de Humanização, compreender e solucionar as questões que perpassam esse público (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

Mesmo diante dos avanços nas condutas perante a internação infantil, ainda há um paradoxo diante da pouca valorização do saber das próprias crianças e adolescentes sobre seu processo de adoecimento e hospitalização. O direito desses pacientes de se expressarem, mesmo que verbalmente, ainda é pouco legitimado, sendo tomado pela equipe e por seus acompanhantes, podendo-os de exercerem seus direitos mediante suas capacidades de compreensão e ação no mundo (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009)

Frente a essas demandas, a equipe de Psicologia de um hospital universitário da cidade de João Pessoa, através de sua atuação na clínica pediátrica e da participação no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do referido hospital, passou a ter um olhar reflexivo e questionador de práticas consideradas como desumanizadoras neste setor. Diante disso, as ações da psicologia se alinharam a uma perspectiva humanizada da assistência, buscando oferecer aos pacientes e familiares um cuidado integral, que coloca no mesmo patamar de prioridade as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais implicadas no processo de adoecer.

Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar a experiência da psicóloga pediátrica, enquanto membro do GTH e em suas práticas assistenciais aos usuários, identificando os processos de humanização, através da análise dos desafios e potencialidades no cotidiano que estão implicados com a Política Nacional de Humanização.

2.METODOLOGIA

Este trabalho foi apresentado e publicado em congresso anterior, sendo ajustado para esta publicação. Classifica-se como exploratório, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência da prática profissional em Psicologia Hospitalar, desenvolvida em um hospital universitário, a partir da descrição das observações das características de atendimento aos pacientes pediátricos e das discussões do Grupo de Trabalho de Humanização, com base no referencial da Política Nacional de Humanização.

O local da intervenção foi a Clínica Pediátrica, na qual a psicóloga trabalha em sistema de ligação, definido por Bruscato (2004) como a inserção efetiva do psicólogo na equipe multiprofissional, acompanhando sistematicamente os pacientes e participando das reuniões clínicas e rotinas do setor.

O GTH, foi o local em que se ocorreram as discussões acerca das práticas realizadas no hospital que estão em consonância ou divergência com o que propõe a PNH. Ele é composto atualmente por nove membros, representando as diversas áreas do hospital, mas, atualmente, somente a referida psicóloga trabalha na pediatria.

Em respeito aos procedimentos éticos, para manter o sigilo das pessoas envolvidas, as ações realizadas foram relatadas sem mencionar dados que possibilitem a identificação de pacientes ou profissionais.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A psicóloga se inseriu inicialmente nas atividades de assistência da clínica pediátrica no primeiro semestre de 2015, onde começou a desenvolver suas ações de cuidado aos pacientes e seus familiares, focalizando o processo de adoecimento e hospitalização. As ações psicológicas focavam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e a adesão ao tratamento, por meio da cooperação do paciente e familiares cuidadores. Eram realizadas intervenções psicoeducativas, psicoprofiláticas e terapêuticas com objetivo de fornecer suporte emocional aos usuários, bem como promover a construção do conhecimento sobre a enfermidade e adesão ao tratamento.

Neste momento inicial o hospital passava por novas estruturações através de contratações de servidores e reorganização dos serviços. Portanto, a equipe multiprofissional e médica do setor estavam se

readaptando a essas novas conjunturas. Neste processo de mudança, a clínica pediátrica sofreu modificações físicas, passando a ocupar novos espaços devido a reformas do setor. Esta situação, vista positivamente no sentido de reciclar as antigas estruturas físicas e de pessoal, também trouxe algumas dificuldades quanto a readaptação dos antigos funcionários a nova dinâmica de serviço.

Assim, no ano de 2017 a clínica se organizou em espaço definitivo, o qual primava por um ambiente adequado ao conforto e acolhimento dos usuários, estando em conformidade com alguns pressupostos da política de humanização no que diz respeito à ambiência. Suas instalações trouxeram cores e desenhos às paredes anteriormente brancas, minimizando o clima frio do setor, além de oferecer mais conforto aos acompanhantes através da aquisição de poltronas mais adequadas a permanência desses familiares. Assim, prima-se pela confortabilidade, qualificando os ambientes “tanto no seu desempenho térmico, acústico e de iluminação quanto nas sensações que suas formas, cores, texturas e odores provocam nas pessoas que por ali passam ou trabalham” (BRASIL, 2017, p.19).

Neste processo de reorganização do espaço da pediatria, a brinquedoteca hospitalar foi reconstruída de forma a atender o que dispõe a Lei 11.104 de março de 2005, implementando um espaço provido de brinquedos e jogos educativos destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincarem. Percebe-se que este espaço da brinquedoteca, além de ser acolhedor – configurando-se uma ferramenta da humanização – ele também auxilia na adaptação ao processo de hospitalização da criança, estimulando a comunicação e expressão de sentimentos, tendo, portanto, um valor terapêutico, além de auxiliar no desfocalizar da doença (PAIVA; VASCONCELOS; AMORIM, 2017). A nova agrupação dos brinquedos respeitava a idade cronológica das crianças, dispondo os objetos lúdicos de acordo com a faixa etária indicada. Os brinquedos agora ficam expostos com livre acesso para todos os pacientes, estimulando o brincar livre e fomentando a autonomia e expressão das crianças, além de facilitar a socialização entre elas. Além disso, são oferecidas atividades comemorativas de datas festivas, visando a aproximação desses sujeitos com a realidade do mundo externo ao hospital.

Nas rotinas de atendimento dos profissionais com as crianças, inicialmente o brinquedo se fazia pouco presente na mediação desse cuidado e o brincar era pouco estimulado, porém, percebe-se que com a nova estruturação da brinquedoteca e rotinas de brincadeiras e atividades lúdicas, os profissionais foram se familiarizando com esse recurso tão importante e reconhecendo o seu valor no manejo das situações de cuidado a essas crianças e adolescentes. Percebe-se que, mesmo não estando presente em todas as intervenções realizadas, alguns profissionais conseguem utilizar estes recursos lúdicos em situações em que o paciente esteja pouco colaborativo, ou apresentando-se com irritabilidade. Sabe-se que não se pode falar em um regra geral, já que ainda percebe-se resistência de alguns membros da equipe.

No decorrer de seu percurso enquanto membro da equipe, a psicóloga foi observando situações que não condiziam com alguns princípios da política, em relação a responsabilização da equipe e trabalho interdisciplinar. Essas situações podem justificar-se pela nova configuração da equipe, que ainda estava se organizando e alinhando seus discursos, pois requer tempo e convivência para que os membros da equipe se conheçam e reconheçam enquanto integrantes fundamentais desse grupo. Além disso, pode-se ressaltar a dinâmica da cultura organizacional do hospital que não instituiu certas práticas como rotinas e normas.

O fortalecimento da comunicação entre a equipe foi sendo favorecido, além do tempo de permanência diários dos profissionais, pela chegada de residentes multiprofissionais em saúde, que trouxeram consigo rotinas e práticas voltadas a um trabalho interdisciplinar - que facilitaram as discussões de casos clínicos, através de projetos terapêuticos singulares - e demandavam da equipe reuniões e planejamentos, iniciando uma nova dinâmica de trabalho. Este trabalho em equipe se relaciona com a proposta da Clínica Ampliada, uma diretriz da PNH, que “busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas”, assim, ela tenta integrar diferentes abordagens para facilitar o manejo eficaz do trabalho em saúde, configurando-se como transdisciplinar (BRASIL, 2009, p.10). Desta forma, a Clínica Ampliada vem trazer uma crítica à fragmentação do processo de trabalho.

Mesmo diante de tantas transformações positivas neste ambiente, observou-se ainda dificuldades na comunicação entre a equipe e a criança/familiar. Durante os atendimentos psicológicos realizados aos familiares, pode-se perceber uma constante insatisfação desses acompanhantes com o processo de comunicação da equipe. Ressalta-se informações insuficientes sobre o diagnóstico, tratamento e procedimentos a serem realizados, desrespeitando o direito à informação e o processo de assimilação e compreensão das informações por parte da família. Este fato aponta para uma lacuna no processo de humanização, já que esta não existe sem comunicação efetiva. A comunicação exige uma capacidade de falar e ouvir, um diálogo entre as pessoas, trazendo a valorização da palavra, que é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro, ou seja, para haver o processo de

comunicação de fato, é necessário que a mensagem passada seja realmente compreendida pelo ouvinte, e além disso haja uma postura empática e que respeite o ritmo de compreensão do outro (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006; GARCIA et al., 2010).

Neste sentido ainda, destaca-se a pouca valorização da fala da criança e sua participação ativa no tratamento. Pela presença de seus pais, ela acaba ficando escanteada e sua participação em seu próprio processo de adoecimento e hospitalização fica restrita a cumprir de forma incontestável as recomendações médicas e familiares que lhes são impostas. Desta forma, o direito desses pacientes de se expressarem se torna pouco legitimado, mesmo diante suas capacidades singulares de compreensão e ação no mundo (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009). Diante desse cenário, as reflexões sobre as preocupações dos profissionais acerca da consequência de suas condutas sobre o outro tornam-se necessárias e fazem parte de uma postura ética que se entrelaça com a humanização, já que ambas necessitam ver e perceber o outro em todas as suas dimensões, principalmente se esse outro é uma criança (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Essas questões perpassam o que a PNH discute sobre valorização e fortalecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, de maneira que os usuários possam efetivamente participar das decisões sobre seu tratamento, sobre as normas e rotinas, como a alimentação e horários de dormir, exigindo dos profissionais e gestores posturas flexíveis e individualizadas (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006). Percebe-se, no cotidiano do trabalho na pediatria, que a maior parte da equipe atende à lógica funcional e normativa da instituição. A flexibilização das regras acontece a critério de cada profissional, corroborando com o que apontam Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007), quando revelam a rigidez das normas e o excesso de preocupação dos profissionais com o cumprimento de tarefas, desconsiderando os hábitos e necessidades das crianças.

Sobre a relação da equipe com estes pacientes e seus acompanhantes, pôde-se observar que algumas situações geravam conflitos devido a cobrança dos profissionais para as mães assumirem um cuidado mais ativo em relação a seus filhos. Como discutem Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007) a equipe, principalmente de enfermagem, tem repassado à família alguns cuidados que antes eram de sua responsabilidade, sem a devida discussão das repercussões disso no processo e nas relações de trabalho. Há um discurso entre os profissionais de que é necessário repassar às mães os cuidados que devem ser ofertados em casa, porém, muitas vezes, há um repasse de um protocolo único a ser seguido pelos familiares, sem a oferta personalizada de um plano de trabalho elaborado conforme as necessidades individuais, que respeite o aprendizado gradual e envolvendo, em geral, mais de um membro desta família. Neste ponto, alguns casos demandaram da equipe um olhar mais atento às dificuldades encontradas por estes familiares em entender os cuidados a serem realizados e, diante disto, foi necessário um repasse mais individualizado e multiprofissional na tentativa de garantir a continuidade dos cuidados.

Percebe-se também que a maioria dos conflitos dizem respeito à dificuldade que alguns profissionais possuem em lidar com os familiares, uma vez que, ao se deparar com um familiar mais crítico ao processo de cuidado oferecido pela equipe, eles apresentavam dificuldade em lidar com estes questionamentos. Assim, apesar da equipe reconhecer o direito e a importância desse acompanhamento familiar às crianças hospitalizadas, a presença destes pais pode causar incômodos nas relações de trabalho deste local. Além disso, como apontam Silva, Kirschbaum e Oliveira (2007) esse direito de acompanhar, se tomado de um modo rígido, se torna um dever, transformando este familiar em agente de cuidado, impedindo-a de usufruir de sua vida fora do hospital, ou seja, essa internação conjunta se torna compulsória.

Percebeu-se que as maiores preocupações com o cuidado ao paciente giravam em torno da falta de materiais e insumos necessários ao bom andamento do tratamento. Isso geralmente trazia um desgaste ao profissional de saúde que se via impedido de realizar o seu cuidado de forma adequada e eficiente, como também aumentava o clima de conflito entre a equipe e os familiares/acompanhantes. Este cenário demonstra o quanto os processos de gestão estão implicados com o processo de assistência em saúde, influenciando o mesmo de forma positiva ou negativa.

Mediante esse contexto, o psicólogo hospitalar pode contribuir de diferentes formas, seja fomentando grupidades, para que haja maior integração da equipe ou realizando intervenções que diminuam o sofrimento de todos os atores envolvidos, promovendo, portanto, um atendimento humanizado. O trabalho do psicólogo configurava-se como mediador entre as relações dos usuários e equipe, trabalhando nos eventuais conflitos que podiam emergir desta situação. Além disso, as intervenções individuais aos acompanhantes e pacientes tinham como objetivo fomentar a autonomia dos mesmos, tanto no que se relacionava-se ao cumprimento de seus direitos enquanto usuários, quanto na sua participação mais ativa

no tratamento clínico. Com a inserção da psicóloga no GTH do hospital, em outubro de 2017, essas observações ganharam voz e puderam ser discutidas.

Como a formação dos membros atuais do GTH é relativamente recente, as ações desenvolvidas estão ligadas a um levantamento das dificuldades encontradas nos setores em relação a concretização dos princípios e diretrizes da PNH. Assim, como recomendação do Ministério da Saúde, o GTH deve fazer uma reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, garantindo voz a todos. E, neste sentido, o grupo do referido hospital tem realizado reuniões com os representantes dos mais diversos setores, visando compreender a dinâmica do trabalho - estabelecendo um ambiente favorável para compartilhar as tensões do dia-a-dia e possibilitando proposições diante dessas demandas, que visem potencializar atitudes voltadas para a melhoria da assistência e da valorização dos trabalhadores. Esse diálogo com os setores está permitindo caracterizar as maiores dificuldades, elencadas por ordem de prioridade, para a partir de então, formular ações que tentem minimizar ou superar essas questões. Para isso, vemos como um desafio, principalmente, o estreitamento de laços com a gestão, no sentido de garantir a efetivação das ações propostas.

Essas discussões dentro do GTH levantaram questionamentos, principalmente, voltados a dificuldade da elaboração e implementação da corresponsabilidade dos sujeitos, no que diz respeito a participação coletiva do processo de gestão. Sabe-se que esses princípios requerem uma mudança nas relações estabelecidas entre os envolvidos no processo de produção de saúde, principalmente no tocante ao fortalecimento do controle social em todas as instâncias gestoras e o compromisso com a democratização das relações de trabalho (GARCIA et al., 2010). Percebeu-se que no último ano, o referido hospital tem iniciado uma nova ferramenta de trabalho voltada para uma gestão compartilhada, mais voltada às questões ligadas diretamente à assistência, mas que se revela como um avanço no processo de trabalho e que colabora com uma valorização dos diferentes sujeitos implicados neste processo.

A despeito dessas dificuldades, acredita-se na importância do trabalho humanizado, que resgate a integralidade do cuidado e tenha o foco na requalificação das relações entre gestão-equipe-usuários, respeitando as singularidades e subjetividades das pessoas durante a oferta do cuidado, sendo, portanto, um processo com ênfase ampla e coletiva (BRASIL, 2011; SANTOS et al, 2013).

4. CONCLUSÕES

Percebe-se que este setor da pediatria já avançou muito no que diz respeito a humanização, porém ainda há questões a serem reajustadas e ampliadas. Espera-se que, para a psicologia, a participação no Grupo de Trabalho de Humanização, junto com as ações assistenciais em saúde, favoreça um olhar crítico e facilite tomadas de decisões, junto a equipe multiprofissional, que possam implantar as diretrizes da Política Nacional de Humanização neste setor.

Faz-se necessário novas reflexões e reordenamentos das ações em saúde, além de maior investimento na educação permanente de todos os envolvidos sobre o que vem a ser a Política Nacional de Humanização e como fazer para concretizá-la em termos de ações práticas para que ela se institua e solidifique-se na própria cultura organizacional do hospital.

Espera-se que esse trabalho possa fortalecer a discussão sobre o tema da humanização no contexto pediátrico, favorecendo a implementação de ações que promovam um realinhamento do cuidado em saúde, refletindo diretamente na qualidade do serviço.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves, C.A., Deslandes, S.F.; Mitre, R.M.A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 13 (supl.1), p. 581-94, 2009.
- [2] Bergan, C. et al. Humanização: Representações sociais do hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.30, n.4, p. 656-661, 2009.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2008.

- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2009.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS – Atenção hospitalar, v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2011.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH – Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2017.
- [8] Bruscato, W. L. A psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: Bruscato, W. L., Benedetti, C.; Lopes, S. R. A. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história (PP. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- [9] Dias, R. R.; Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. Enfermaria pediátrica: avaliação e intervenção psicológica. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 176-196, 2014.
- [10] Faquinello, P.; Higarashi, I.H.; Marcon, S.S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: Percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.16, n.4, p.609-616, 2007.
- [11] Garcia, Adir Valdemar et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300007>.
- [12] Medrano, C.A. Entre o céu e o inferno: a governamentalização do brincar. (Tese de doutorado, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2010. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93757>
- [13] Merhy, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C.R., Malta, D.C., Reis, A.T, Santos, A.F, Merhy, E.E. (orgs). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo, 1998, P. 103-20.
- [14] Mota, R.A.; Martins, C.G.M.; Vêras, R.M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n.2, p. 323-330, 2006.
- [15] Paiva, C.B.N.; Amorim, I.T. Intervenções Psicológicas Em Pediatria: enfoque na terapia cognitivo-comportamental. (Artigo de conclusão de curso). Especialização em Psicoterapia Cognitivo - Comportamental da Infância e Adolescência, Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa/PB, 2017.
- [16] Paiva, C.B.N.; Vasconcelos, N.L.; Amorim, I.T. A importância da intervenção lúdica: um relato de experiência em pediatria. In: *Conbracis*, 2, 2017, Campina Grande/PB. Anais eletrônicos... Campina Grande, 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA13_ID1907_15052017223114.pdf
- [17] Ribeiro, J.P., Gomes, G.C., Thofehrn, M.B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.48, n.3, p.530-539, 2014.
- [18] Santos, M.R. et al. Desvelando o cuidado humanizado: Percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto Contexto Enferm*, v.22, n.3, p. 646-53, 2013.
- [19] Silva, J.B., Kirschbaum, D.I.R.; Oliveira, I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.28, n.2, p.250-9, 2007. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3176>
- [20] Silva, R.M.C.R.A., Oliveira, D.C., Pereira, E.R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.23, n.5, p.936-944, 2015.

Capítulo 2

Fibrose Cística em Pediatria: O Psicólogo diante da hospitalização infantil

Camila Batista Nóbrega Paiva

Isabelle Tavares Amorim

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Elís Amanda de Atanázio da Silva

Resumo: Fibrose cística é caracterizada como uma doença crônica, hereditária e autossômica recessiva. Por ser complexa, exige uma terapêutica específica com cuidado integral e contínuo, e um envolvimento familiar. O diagnóstico geralmente é realizado tardiamente pois alguns sintomas são comuns a outras doenças. Como outros adoecimentos crônicos, a fibrose cística apresenta-se como um estressor que interfere no desenvolvimento da criança vivendo com essa condição, pois envolve diversas hospitalizações, tratamentos intensivos e contínuos, causando restrições que podem afetar os aspectos emocionais, sociais e financeiros do paciente e sua família. O objetivo desse trabalho foi apresentar a experiência da psicologia com pacientes pediátricos com fibrose cística e seus familiares no momento de sua hospitalização em um hospital universitário. Este trabalho configura-se como exploratório, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência. A prática profissional da psicologia iniciava-se com a admissão psicológica, pautada em uma atitude empática que visava a formação de vínculo terapêutico e suporte emocional. O acompanhamento psicológico favoreceu à revelação do diagnóstico, exercendo um papel psicoeducativo e psicoprofilático para aproximar essas famílias à nova condição em que se encontravam. Como, na maioria das vezes, a internação se dava pelo agudização da doença, as intervenções psicológicas nestes momentos objetivavam a adaptação ao processo de hospitalização e adesão ao tratamento, além de fortalecer a autonomia e protagonismos dos sujeitos. Diante disso, o acompanhamento psicológico, além de potencializar um cuidado humanizado, mostrou-se importante para o suporte emocional ao paciente/família, no processo de adoecimento e hospitalização.

Palavras-chave: fibrose cística, psicologia pediátrica, doença crônica, hospitalização infantil.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) aponta que as doenças crônicas geralmente possuem múltiplas causas, tendo um início gradual, de prognóstico incerto, com longa ou indefinida duração. No decorrer do tempo há mudança no curso clínico, com possíveis períodos de agudização que podem contribuir para o surgimento de incapacidades. Por este motivo, necessitam de intervenções sistemáticas, com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a modificações de estilo de vida, inseridas em um processo de cuidado contínuo e que nem sempre leva à cura. A discussão sobre uma doença crônica se torna inviável quando se pensa apenas nos aspectos que influenciam a pessoa diretamente. Essa discussão perpassa todo o contexto familiar, pois modifica as relações de todos os membros. (FURTADO; LIMA, 2003).

A fibrose cística está inserida neste contexto, sendo uma doença hereditária, autossômica recessiva, crônica e progressiva, considerada sistêmica e de terapêutica complexa e, por este motivo, necessita de um cuidado integral e contínuo, que exige o envolvimento da família, principalmente quando é diagnosticada ainda na infância ou adolescência. Suas manifestações compõem três características clínicas: doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência pancreática com má digestão/absorção causando uma desnutrição secundária; e elevados níveis de eletrólitos no suor (PFEIFER; SILVA, 2009; FURTADO; LIMA, 2003; MENDES; OLIVEIRA, 2011; GABATZ; RITTER, 2007; HARO, 2010).

A população mundial com fibrose cística tem crescido significativamente e, nos últimos 70 anos, saiu de um patamar de pouco conhecimento para ser apontada como a doença hereditária mais importante e potencialmente letal, que afeta principalmente pessoas de raça branca. Sua incidência é variável, atingindo aproximadamente 1:2500 crianças nascidas vivas. Inicialmente a expectativa de vida não passava do primeiro ano de vida; porém, com os avanços tecnológicos, a sobrevida média tem chegado aos trinta anos (RIBEIRO; RIBEIRO; RIBEIRO, 2002; FURTADO; LIMA, 2003; PFEIFER; SILVA, 2009; FIRMIDA; LOPES, 2011). No Brasil, a expectativa de vida está em torno dos 18 anos e tal fato tem sido justificado pelo atraso no diagnóstico, que é dado por volta dos 4,7 anos (COSTA, et al, 2010; CAMARGOS, 2004).

Por apresentar diversos sintomas, muitos deles vistos pelos médicos como comuns a outras doenças, o diagnóstico geralmente é realizado tardiamente, como aponta alguns estudos (COSTA, et al, 2010; BREDEMEIER; CARVALHO; GOMES, 2011). Mesmo quando é dado antes do primeiro ano de idade, o percurso do paciente e sua família envolve uma peregrinação por vários serviços e profissionais, com muitas consultas e exames até serem encaminhados a uma equipe especializada (FURTADO; LIMA, 2003; AFONSO; GOMES; MITRE, 2015), o que evidencia o despreparo dos profissionais e a fragmentação dos serviços de saúde, emergindo a necessidade de uma maior divulgação desta condição para alertar profissionais e familiares sobre estas manifestações clínicas.

Com o aumento da sobrevida e pela complexidade em torno das manifestações clínicas acometidas a estes pacientes, percebe-se que a fibrose cística aparece como um estressor que interfere no desenvolvimento da criança vivendo com essa condição, pois envolve diversas hospitalizações, tratamentos intensivos e contínuos, causando restrições que afetam os aspectos emocionais, sociais e financeiros do paciente e sua família (HARO, 2010; BREDEMEIER; CARVALHO; GOMES, 2011). Por isso, para compreender o impacto da fibrose cística nas pessoas afetadas, é necessário analisar inicialmente o significado que a experiência dessa doença traz, que se traduz na maneira como o sujeito assume sua posição de doente, entendendo que essa resposta é construída socioculturalmente, através de compartilhamentos de crenças e valores (PIZZIGNACCO; MELLO; LIMA, 2011).

Assim, embora o modelo biomédico forneça informações a respeito da doença, elas são insuficientes, e as questões que envolvem o processo de adoecer não são contempladas, pois as respostas requerem significados e crenças de seu meio sociocultural, que considerem os conhecimentos adquiridos em experiências passadas e que permita projetá-los em ações futuras. Desta forma, faz-se necessário compreender a experiência da doença crônica, considerando que ela é influenciada por aspectos cognitivos, emocionais, sociais e culturais, que incluem as políticas sociais e de saúde, o acesso a serviços, diagnósticos e tratamentos, ou seja, conhecer como e quanto essa família é afetada em todos esses aspectos (FURTADO; LIMA, 2003; PIZZIGNACCO; MELLO; LIMA, 2011; AFONSO; GOMES; MITRE, 2015).

Diante dessas considerações, percebe-se a necessidade de uma atenção terapêutica que vise melhorar a qualidade de vida destes sujeitos, através de uma compreensão de como os pacientes e seus familiares lidam com a doença, através de estratégias sistemáticas na promoção da saúde, considerando sentimentos, experiências anteriores e opiniões, e não se restringindo à assistência de cura e reabilitação (BELTRÃO et al, 2007; GONÇALVES, 2010). Com a complexidade que envolve esse tipo de adoecimento, se faz necessário um cuidado integral mais sensível às percepções dos próprios sujeitos, que seja estruturado e eficaz.

Assim, o setor de psicologia de um hospital universitário da cidade de João Pessoa/PB, reconhecendo a especificidade desse grupo de pacientes, destaca a importância do atendimento especializado do profissional de psicologia voltado a uma postura que atenda às necessidades dos pacientes com fibrose cística, na qual se somem habilidades científicas e, principalmente, habilidades na comunicação, permitindo uma visão mais sensível das peculiaridades do paciente e sua família. E é nesse sentido que a experiência da psicologia na pediatria do hospital, é voltada a uma perspectiva humanizadora da assistência, que busca oferecer à clientela atendida um acolhimento integral, que coloca, no mesmo patamar de prioridade, o atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais implicadas no processo de adoecer.

Considerando o exposto acima, objetivou-se com esse trabalho apresentar a experiência da profissional de psicologia com pacientes com fibrose cística e seus familiares em regime de internação em uma clínica pediátrica de um hospital de João Pessoa- PB.

2.METODOLOGIA

Este trabalho foi apresentado e publicado anteriormente em um congresso, sendo atualizado para esta publicação. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência da prática profissional em Psicologia Hospitalar. O estudo foi desenvolvido no setor de Pediatria de um hospital de referência para o atendimento de pacientes suspeitos ou portadores de Fibrose Cística. Portanto, envolve a experiência de trabalho neste setor desde 2015 até os dias atuais.

O local onde foram realizadas as intervenções psicológicas é a Clínica Pediátrica, que conta atualmente com 24 leitos, divididos em enfermarias com quatro, dois ou com um leito, sendo duas de isolamento, além de uma enfermaria para administração de medicamentos do tipo hospital-dia. A clínica conta com uma psicóloga de referência, que atua diariamente, e uma residente em psicologia que permanece geralmente por cinco meses anuais e, eventualmente, uma estagiária em psicologia.

A pediatria conta também com o espaço da brinquedoteca hospitalar - uma importante ferramenta no manejo com as crianças através do brincar - que se configura como a linguagem própria da criança e auxilia no desfocalizar da doença. Na brinquedoteca os brinquedos ficam à disposição dos pacientes, não havendo restrição de uso, a não ser nos casos em que a criança está impossibilitada de deambular, seja por limitações físicas ou isolamento protetor ou de contato, quando, então, a equipe de brinquedistas separa alguns brinquedos e os leva ao leito do paciente.

Para manter o sigilo das pessoas envolvidas, as intervenções psicológicas realizadas foram relatadas de forma mais geral, sem mencionar dados que possibilitem a identificação de pacientes ou profissionais, se detendo as impressões e resultados percebidos pelos autores, de forma a se tornarem compreensíveis e respeitando os procedimentos éticos.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na clínica pediátrica em questão, a psicóloga entrava em contato com esses pacientes no momento de internação hospitalar e, na maioria dos casos, eles já tinham o diagnóstico fechado. Os pacientes estavam hospitalizados pela agudização da doença crônica, geralmente em decorrência de dificuldades respiratórias por consequência de infecções. A admissão psicológica era iniciada através de uma atitude empática que visava a formação de um vínculo terapêutico e o favorecimento de suporte emocional a este paciente.

A psicóloga realizava uma anamnese para compreender a situação do paciente e de seus familiares e nesse procedimento, eram levantados dados acerca do histórico familiar e da doença atual, condições sociais, aspectos emocionais e cognitivos, suas compreensões acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico, retomando características de internações anteriores, além de focar no processo de hospitalização, na sua relação com a equipe profissional, normas e rotinas hospitalares.

Quanto ao histórico da doença, percebia-se que, quando os pacientes chegavam já com o diagnóstico fechado, geralmente este diagnóstico tinha sido dado quando tinham de 3 a 6 anos de idade, corroborando com os estudos de Costa (et al., 2010), Haro (2010), Pizzignacco, Mello e Lima (2011), que demonstram a pouca valorização dessas informações pelos profissionais de saúde e consequente atraso no diagnóstico. Em outras situações, a família chegava ao hospital para a realização de uma investigação diagnóstica, geralmente com crianças mais novas (1 a 3 anos) e a psicóloga conseguia fazer o acompanhamento da revelação do diagnóstico. Nestas revelações percebeu-se que a idade das crianças era mais nova, por se tratar de um centro de referência em Fibrose Cística, onde a investigação é realizada mais rapidamente. Assim, para essas famílias, a psicóloga realizava um apoio psicológico, visando ao suporte emocional diante das repercussões da comunicação deste diagnóstico - permeado por ansiedade e medo - além de exercer um papel psicoeducativo para aproximar essas famílias à nova condição em que se encontram, já que o desconhecimento sobre a doença facilita pensamentos fantasiosos e pode significar uma falta de preparo em como proceder.

No cuidado às crianças/adolescentes realizados neste período de internação, percebia-se que elas inicialmente encontravam-se 'chateadas' por terem se afastado do lar, escola, amigos e familiares, estando menos colaborativas neste momento, apesar de terem apresentado um discurso de entendimento sobre a necessidade de hospitalização. Com o passar dos dias, e, conseqüentemente, uma pequena melhora de seu estado clínico, elas passavam a se sentir mais à vontade, principalmente quando há um bom vínculo com a equipe. Porém, quando essa internação se prolongava mais do que o imaginado, elas se frustravam e sentiam-se tristes. Essa ambigüidade nos sentimentos é apontada também no estudo de Gabatz e Ritter (2007), que trazem falas de crianças do tipo: "*não gosto, mas é legal*".

Uma dificuldade encontrada pelo paciente infanto-juvenil neste processo é a exposição a procedimentos dolorosos e invasivos, ressaltados na fala de uma criança '*eu gosto de tudo, só não gosto de pegar veia... e da sonda*' ainda do estudo de Gabatz e Ritter (2007). Nestas ocasiões, a psicóloga tentava trabalhar na redução das reações, tornando essa situação menos aversiva. Antes dessa intervenção, utilizava-se a psicoeducação sobre o procedimento, ambiente e instrumentos, através de uso de modelagem com materiais lúdicos hospitalares, além de explicações sobre as conseqüentes reações físicas que poderão ocorrer. No momento do procedimento, optava-se por técnicas de relaxamento e respiração para redução de desconforto, ou mesmo a distração, já que a experiência da visualização mantém as crianças cognitivamente ocupadas, tendo menos espaço mental para ruminar certos pensamentos. (GORAYEB et al., 2014; DIAS; BAPTISTA; BAPTISTA, 2014).

Em certos momentos, as reações das crianças, ou mesmo de seus familiares, num movimento de defesa contra a ansiedade, se caracterizavam por um comportamento rude, projetado na equipe. Assim, a psicóloga nestas ocasiões, intermediava as relações, estimulando estes profissionais a compreenderem esses mecanismos de defesa não como algo pessoal, mas como um movimento necessário naquele momento, já que os sujeitos ainda não possuíam estratégias de enfrentamento mais adaptativas. Esta relação de confiança e respeito entre o paciente/família e os profissionais, segundo Haro (2010), possibilita que o ambiente hospitalar seja um local mais ameno e favoreça a construção de um vínculo coeso entre eles e consequente um cuidado mais efetivo e afetivo.

Quanto a adesão ao tratamento e colaboração com os procedimentos, como a fisioterapia, esses pacientes mostravam certa resistência, devido a frequência a que eram submetidos. Diante disso, a psicóloga tentava acompanhar esses momentos, auxiliando o trabalho da equipe e incentivando a colaboração das crianças. Percebe-se que atuação multiprofissional nestes casos contribuiu para, além de fornecer um cuidado humanizado e individualizado, permitir uma maior conscientização da criança sobre sua situação e maior comprometimento com o tratamento. Em relação a este ponto, as mães colocavam as dificuldades em manter esses procedimentos em casa, pois não conseguiam lidar com a recusa do(a) filho(a) em cooperar, o que exigia da equipe um maior envolvimento para tentar garantir a continuidade do tratamento.

Essa insistência dos familiares em manter o tratamento é apontada como muito importante nos participantes do estudo de Bredemeier, Carvalho e Gomes (2011), que relatam que se não fosse os pais eles não teriam mantidos os cuidados adequadamente.

Durante os atendimentos psicológicos, algumas mães relataram que percebem um olhar preconceituoso de outras pessoas (tanto de pessoas de sua convivência, como conhecidos, familiares, profissionais da escola, ou até mesmo pessoas que não a conhece) para com os seus filhos, uma delas inclusive destaca a comparação que sua filha sofria com a própria irmã mais nova, que por ser uma criança saudável, aparentava ser mais velha que a outra. Esse preconceito à esses pacientes, também é apontado em algumas pesquisas (BREDEMEIER, CARVALHO; GOMES, 2011; COSTA et al, 2010; PIZZIGNACCO, MELLO; LIMA, 2011) que demonstram que estes pacientes têm vergonha de revelar sua doença e acabam por isolar-se socialmente, situação que contribui para o surgimento de um enorme sofrimento psíquico. Tal sofrimento pode ser evidenciado na fala de um participante do estudo de Bredemeier, Carvalho e Gomes (2011, p. 322): “(...) as pessoas te olham assim, sei lá, se têm medo de ... se contagiar, não sei, sabe. (...) deixo de ir em muitos lugares por causa disso”.

O caráter progressivo da doença, inevitavelmente, coloca esses pacientes e seus familiares em contato constante com a possibilidade de morte iminente, causando medo e uma sensação de desamparo e impotência diante desta doença, trazendo uma perspectiva de que a luta é inglória e a única certeza é de que no final não haverá vitória. Essa experiência pode ser exemplificada na fala de uma mãe da pesquisa de Costa (et al, 2010, p. 222): “...desde aquele dia eu não sou mais a mesma pessoa, não consigo sorrir igual antes... estou vivendo em cima de um muro em que alguém está dizendo: olha você vai cair!”. Tal aspecto também é corroborado na fala de uma das mães no estudo de Afonso, Gomes e Mitre (2015, p.1083) “você tem que conviver 24 horas com a morte o tempo todo de rondando”.

Neste sentido, a experiência em psicologia hospitalar, permitiu à psicóloga vivenciar o processo de morte de algumas crianças. Apesar de se tratar de uma doença crônica e progressiva, caracterizada por diversas hospitalizações que seguem um mesmo padrão clínico e alta hospitalar, a morte chega de modo inesperado, inclusive para a equipe de saúde. Em um dos casos, a criança estava com nove anos de idade, e sua última internação foi permeada por oscilações de melhoras e pioras de seu estado de saúde. Esta situação lhe causava medo, o que demandou da psicóloga intervenções psicoprofiláticas, com utilização de recurso lúdico auxiliar, visando prevenção de crises, orientação sobre o processo de adoecimento e suporte emocional.

Esta paciente manifestava muita preocupação com sua mãe, pois ela também se encontrava nervosa e angustiada, situação que foi amenizada por atendimentos em conjunto, focando a melhor comunicação entre ambas através de compartilhamento e expressão de sentimentos. Quando o estado de saúde da criança se tornou mais crítico, passando por processo de intubação e sedação, a mesma necessitou ser transferida para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Neste momento, as intervenções psicológicas se voltaram à família, auxiliando neste processo inicial de apropriação da situação vivida, através de uma escuta ativa, apoio e acolhimento desse sofrimento, trabalhando o tema da morte de acordo com o sentido que eles traziam para essas questões.

Ao se concretizar esse óbito, a psicóloga procurou favorecer o enfrentamento inicial das condições de enlutamento, chegando a acompanhar os familiares no velório e sepultamento, juntamente com outros membros da equipe, que se apresentavam envolvidos emocionalmente e com uma postura de solidariedade para com essa família que possuía um vínculo duradouro com a instituição.

Outro caso de óbito vivenciado pela equipe, teve uma história com curso diferenciado. A este paciente a equipe conseguiu acompanhar sua última internação de forma ampla, pois o mesmo conseguiu ir, junto com alguns profissionais, incluindo a psicóloga, para uma confraternização familiar fora do ambiente hospitalar. Algo muito significativo para ele e sua família e que teve uma repercussão muito positiva diante desse cuidado humanizado. Dentro de um mês após essa saída, ele teve uma piora clínica significativa, vindo a óbito. Para a equipe e para a família, a oportunidade da saída revelou-se como uma despedida de todos, o que pode proporcionar uma última imagem permeada de amor e alegria.

4. CONCLUSÕES

O processo de hospitalização desses pacientes e seus familiares se dá de forma singular, afetando cada indivíduo de maneira particular. Este processo demanda da equipe de saúde, em especial do psicólogo hospitalar, um olhar atento as características dos sujeitos, a seus modos de enfrentamento, padrões comportamentais e emocionais, através da combinação de aspectos técnicos, éticos e relacionais.

Diante do exposto, nota-se a importância de levantar discussões sobre essa doença, para estimular sua divulgação, visando um diagnóstico precoce e melhor prognóstico desses pacientes. Quanto ao atendimento psicológico a esses casos, ele mostra-se fundamental para o suporte emocional a essa diáde, paciente/família, no processo de adoecimento e hospitalização, além de potencializar um cuidado humanizado.

Espera-se que esse trabalho se some aos demais acerca do tema, e possa contribuir para uma maior discussão sobre a fibrose cística também no campo da Psicologia da Saúde, favorecendo a discussão de aspectos relacionados ao processo saúde-doença e políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, assim como para os pacientes que vivem com a fibrose cística e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- [1] Afonso, S.B.C., Gomes, R., Mitre, R.M.A. Narrativas da experiência de pais de crianças com fibrose cística. *Interface -Comunicação, Saúde, Educação* v.19, n.55, p. 1077-1088, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0569>
- [2] Beltrão, M.R.L. R., Vasconcelos, M.G.L.; Pontes, C.M.; Albuquerque, M.C. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. *Jornal de Pediatria*, v.83, n.6, p.562-566, 2007. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000800014>
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.
- [4] Bredemeier, J., Carvalho, C.F.F., Gomes, W.B. A experiência de crescer com fibrose cística. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS v.42, n.3, p. 319:327, 2011. Recuperado em 29 de setembro de 2017 de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5793>
- [5] Camargos, P.A.M. Fibrose cística no Brasil: o resgate (ou a hora e a vez) do pediatra. *J Pediatr (Rio J)*: v.80, n.5, p. 344-6, 2004. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000600003>
- [6] Costa, A.S.M., Britto, M.C.A.; Nóbrega, S.M.; Vasconcelos, M.G.L.; Lima, L.S. Vivências de familiares de crianças e adolescentes com fibrose cística. *Journal of Human Growth and Development*, v.20, n.2, p.217-227, 2010. Recuperado em 29 de setembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200005&lng=pt&tlng=pt.
- [7] Dias, R. R.; Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D. Enfermaria pediátrica: avaliação e intervenção psicológica. In Baptista, M. N.; DIAS, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (p. 176-196) 2014.
- [8] Firmida, M.C; Lopes, A.J. Aspectos epidemiológicos da fibrose cística. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.10, n.4, p. 12-22, 2011. Recuperado em 29 de setembro de 2017 de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=70#citar
- [9] Furtado, M.C.C; Lima, R.A.G. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.11, n.1, p.66-73, 2003. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100010>
- [10] Gabatz, R.I.B.; Ritter, N.R. Crianças hospitalizadas com fibrose cística: percepções sobre as múltiplas hospitalizações. *Rev Bras Enferm*, v.60, n.1, p.37:41, 2007. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000100007>
- [11] Gonçalves, M.G.M. *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez (Coleção construindo o compromisso social da psicologia). 2010.
- [12] Gorayeb, R. P. et al. Atenção psicológica no cuidado pediátrico hospitalar em procedimentos invasivos do feto ao adolescente. In Rudnicki T.; Sanchez M. M (orgs) *Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral*. Novo Hamburgo: Synopsys, p.139-152, 2014.

- [13] Haro, M.F.S. Implicações psicológicas presentes em crianças portadoras de fibrose cística e em seus familiares – uma revisão bibliográfica. (Monografia). Aprimoramento profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- [14] Mendes, F.T.; Oliveira, V.Z. Assistência psicológica ao paciente portador de fibrose cística. *Rev HCPA*, v.31, n.2, p.259:261, 2011. Recuperado em 29 de setembro de 2017, de <http://hdl.handle.net/10183/157859>
- [15] Pfeifer, L.I.; Silva, M.A. Avaliação da qualidade de vida em crianças com fibrose cística. *Revista do Nufen*, v.01, n.02, p.118-130, 2009. Recuperado em 29 de setembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912009000200008&lng=pt&tlng=pt.
- [16] Pizzignacco, T.P., Mello, D.F.; Lima, R.G. A experiência da doença na fibrose cística: caminhos para o cuidado integral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n.3, p.638-644, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300013>
- [17] Ribeiro, J.D., Ribeiro, M.Â.G.O., Ribeiro, A.F. Controvérsias na fibrose cística: do pediatra ao especialista. *Jornal de Pediatria*, v.78, (Suppl. 2), p.171-186, 2002. <https://dx.doi.org/1,020.1590/S0021-75572002000800008>

Capítulo 3

As consequências à saúde mental advindas do abuso sexual na infância

*Amanda Lisa Amorim Sousa
Maria Ivânia Duarte Ribeiro
Maria Izânia Duarte Ribeiro
Ruth Fernandes Pereira
Raquel Machado Borges
Thaise Almeida Guimarães*

Resumo: Introdução: A Organização Mundial da Saúde define violência como qualquer ato que resulta no uso intencional da força, condição de domínio ou ameaça, desde que suceda a um dano, morte, deficiência física ou de desenvolvimento e a prejuízos psicológicos. Tendo em vista os diversos tipos de violência que afetam a população infantil, o abuso sexual se apresenta como um grave problema. Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde mostrou que entre os anos de 2011 e 2017 foram registrados 58.037 (31,5%) casos de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos. Dada a magnitude dessa problemática, este trabalho tem por objetivo evidenciar quais as consequências à saúde mental das crianças vítimas de abuso sexual. Método: Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem descritiva e exploratória. Resultados e Discussões: No abuso sexual são múltiplos os danos. Algumas crianças internalizam, com a estratégia da síndrome do segredo acompanhado por sentimento de culpa, medo, vergonha e dor. Outras externalizam com gritos, agressividade e choro constante. À medida que desenvolve a capacidade motora e cognitiva, aumentam as sensações emocionais e comportamentais e até mesmo a possibilidade de transtornos psiquiátricos. Conclusão: O abuso sexual na infância consiste em uma violação dos direitos da criança, trazendo consigo diversos efeitos nocivos à saúde mental e ao seu desenvolvimento psicossocial, sendo de suma importância a realização de mais estudos sobre a temática.

Palavras-chave: Abuso Sexual. Saúde Mental. Infância.

1. INTRODUÇÃO

De modo geral, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015) define violência como qualquer ato que resulta no uso intencional da força, condição de domínio ou ameaça para ferir a si próprio ou a outros, podendo ser um indivíduo, grupo social ou uma comunidade, desde que suceda a um dano, morte, deficiência física ou de desenvolvimento e a prejuízos psicológicos. Tendo em vista os diversos tipos de violência que afetam a população infantil, o abuso sexual se apresenta como um grave problema que atinge ambos os sexos, sendo inserido nesse contexto toda ação ou jogo de forma homo ou heterossexual, que tem como propósito instigar a vítima ou aproveitar-se para excitação sexual, através do aliciamento, ameaças ou agressão física, incluindo assédio, exploração sexual, estupro, manifestando-se de diversas maneiras com abuso incestuoso, pedofilia, jogos sexuais, exibicionismo, práticas eróticas não consentidas, voyeurismo, linguagem erótica, penetração oral, anal ou genital (objeto ou órgão sexual), exposição por coerção/constrangimento para prática libidinosa, masturbação e outros (TOLEDO; SABROZA, 2013). Nessa conjuntura de violação dos direitos da criança, o Ministério da Saúde (2017), por meio da análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, mostrou que entre os anos de 2011 e 2017 foram registrados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças de 0 a 9 anos. Na análise das peculiaridades sociodemográficas das vítimas, 43.034 (74,2%) eram do sexo feminino e 14.996 (25,8%) eram do sexo masculino. No geral, a maioria (51,2%) estavam entre 1 e 5 anos, 45,5% eram da raça negra e 3,3% possuíam algum transtorno ou deficiência. A violência sexual na infância, que ocorre tanto no ambiente extra quanto intrafamiliar, causa impactos muitas vezes irreversíveis no desenvolvimento e na vida de uma criança, principalmente no que diz respeito ao seu estado psíquico. Estudos comprovam que tal evento corresponde de forma traumática a uma série de consequências, desde comportamentos alterados de cunho cognitivos a emocionais, até casos psicopatológicos. Podendo variar de curto a longo prazo, não havendo como ou de forma específica pontuar os danos ou quadro sintomatológico na criança advindos do abuso sexual (STIVANIN et al., 2015; CHARTIER; NAIMARK; WALKER, 2010; SILVA; GAVA; DELL'AGLIO, 2013). Dada a magnitude desta problemática, considerada uma verdadeira questão de saúde pública, este trabalho tem por objetivo evidenciar cientificamente quais as consequências à saúde mental das crianças vítimas de abuso sexual e pontuar os efeitos psicológicos de curto e longo prazo, identificando os principais pontos afetados no desenvolvimento psicossocial.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem descritiva e exploratória, construída com base em manuais e artigos científicos disponibilizados pela Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e sites oficiais do Ministério da Saúde. Para a pesquisa, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Abuso Sexual, Saúde Mental e Infância. Foram estabelecidos critérios de inclusão para a seleção dos materiais, devendo os mesmos estar entre anos de 2012 e 2019 (exceto as do Ministério da Saúde), língua portuguesa ou inglesa, e em harmonia com o tema e o objetivo proposto. Aqueles que não atenderam a esses critérios foram descartados. Por meio dos critérios estabelecidos foram selecionadas 20 publicações para leitura dos resumos e, posteriormente, seguiu-se as etapas de análise completa, fichamentos e interpretação. Sendo selecionados 9 materiais para o desenvolvimento deste trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A infância representa uma fase de grande vulnerabilidade e repercussão na desenvoltura biopsicossocial de um ser humano. Eventos adversos vividos, de alta gravidade ou variável, tanto no ambiente social e, principalmente, no familiar de uma criança, traz prejuízos e marcas no desenvolvimento e na sua saúde mental. O abuso sexual nesse período normalmente tende a ser praticado pelos familiares ou por pessoas mais próxima e de confiança do menor, não deixando, na maioria dos casos, sinais físicos, o que não diminui as implicações psíquicas, emocionais e afetivas vigentes ou futuras (REIS; PRATA; PARRA, 2018).

Por outro lado, Florentino (2015) revela que o nível de severidade psíquica da violência sexual infantil varia conforme alguns fatores ou predeterminantes individuais, como a idade (quando ocorreu), quantas vezes houve a ocorrência do abuso, a duração, o grau de violação utilizado pelo agressor ou no uso da força (violência física), a presença de vínculo entre a vítima e o violentador e a diferença de idade entre ambos, se possuía ameaças para intimidação ou insultos (violência psicológica), entre outras condições de brutalidades, que comprometem as determinações sobre as consequências e injúrias precisas à saúde mental na infância. Certamente, múltiplas são as sequelas psicológicas. Além disso, crianças menores, com a sensação de perigo provocado pelo abuso sexual, para minimizar o sofrimento tende a internalizar, com a estratégia da síndrome do segredo acompanhado por sentimento de culpa, medo, vergonha e dor. No entanto, outras externalizam com gritos, agressividade e choro constante. À medida que desenvolve a capacidade motora e cognitiva, aumentam as sensações emocionais e comportamentais, com atitudes sexuais inadequadas para a idade ou promíscuas, insegurança, fugas de casa, vergonha, timidez, hiperatividade, medo do agressor ou de pessoas do mesmo sexo do violentador, distúrbios de sono, nutrição e aprendizagem com atraso escolar (SILVA; GAVA; DELL'AGLIO, 2013; FLORENTINO, 2015; DIAS, 2013). Outros reflexos do abuso sexual são o olhar indiferente e apático, constante tristeza, reações exageradas a estímulos normais, baixa autoestima, atraso no desenvolvimento cognitivo, ansiedade, isolamento, reações extremas de destrutividade ou agressividade e pesadelos contínuos (DIAS, 2013). Algumas reações somáticas desencadeadas após o trauma também podem surgir em forma de mal-estar, manifestando-se com dores abdominais, sensações de alterações físicas semelhantes das que lhe foram impostas, falta de ar, desmaios, enurese e encoprese, náuseas e vômitos (FLORENTINO, 2015). Na mesma linha, em longo prazo, os possíveis danos à saúde mental são avassaladores, ainda mais com a chegada da adolescência e o início de mudanças significativas da mentalidade e da formação como sujeito. As vítimas muitas vezes inclinam-se aos sentimentos de revolta, com distúrbios na sexualidade e de conduta na tentativa de fugir da realidade, o que os expõem ao envolvimento com drogas, roubos e mentiras, acompanhado de fugas e rebeldia. Ademais, tal situação está atrelada significativamente a transtornos psiquiátricos até a vida adulta, ideação suicida, estresse pós-traumático, déficits na resolução de problemas interpessoais, depressão, síndromes dissociativas, autoflagelação, pensamentos invasivos, severos transtornos de personalidade, fobias, ansiedade, bipolaridade, cognição distorcida ligada a sensações de confusão e perigo, pensamentos sem cunho lógico e imagens deturbadadas do mundo e da realidade, estando mais propensos a vícios, disfunções sexuais, homossexualismo ou lesbianismo (SILVA; GAVA; DELL'AGLIO, 2013; FLORENTINO, 2015; STIVANIN, et al, 2015)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, pode-se concluir que o abuso sexual na infância consiste em uma violação dos direitos da criança, trazendo consigo diversos efeitos nocivos à saúde mental e ao seu desenvolvimento psicossocial, apresentando-se como um dos tipos de maus-tratos mais frequentes no Brasil, que deve ser cada vez mais estudado e compreendido pela sociedade e pelos os profissionais que podem se deparar com tal circunstância. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que diversos autores abordam o tema, na tentativa de delimitar as consequências específicas, a fim de traçar meios que favoreçam a diminuição dos danos. No entanto, o abuso vem acompanhado com outros fatores e tipos de violência, como a física e a psicológica. Sobreposto ao fato de que a vítima é uma criança e não está fisiologicamente e nem mesmo psicologicamente preparada para o ato sexual, por constituir uma pessoa em uma fase de desenvolvimento. Porquanto, não há como generalizar ou preestabelecer os impactos do abuso sexual em uma criança, pois pode variar em consonância com a gravidade e a situação de cada vítima. Sendo assim, é necessário que os profissionais envolvidos desenvolvam a capacidade analítica de forma holística, vendo a singularidade de cada indivíduo, tendo em vista que cada vítima tem chances de desenvolver alguma disfunção que atinja a sua qualidade mental e social, assim como promover ações que visem à conscientização da população, famílias e instituições acerca da denúncia e dos sinais de abuso. Sendo de suma importância também, a realização de mais estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 19, n. 1, p. 26-32, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2019.
- [2] Chartier, Mariette J.; Walker, John R.; Naimark, Barbara. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. Child abuse & neglect, v. 34, n. 6, p. 454-464, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-20409586>. Acesso em: 10 de maio de 2019.
- [3] Dias, Debora. violência intrafamiliar infantil e suas consequências, 2013. Disponível em: <https://www.comportese.com/2013/11/a-violencia-intrafamiliar-infantil-e-suasconsequencias>. Acesso em: 03 de maio de 2019.
- [4] Florentino, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 2, p. 139- 144, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/Fractal/article/view/805>. Acesso em: 05 de maio de 2019.
- [5] Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. 2015. Disponível em: <http://nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2019.
- [6] Reis, Deliane Martins; Prata, Luana Cristina Gonçalves; Parra, Cláudia Regina. O Impacto da Violência Intrafamiliar no Desenvolvimento Psíquico Infantil. 2018. Disponível em: <file:///C:/Artigosviolencia%20infantil/materiais%20utilizados/A1253.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2019.
- [7] Silva, Doralúcia Gil da; Gava, Lara Lages; Dell'aglio, Débora Dalbosco. Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. Aletheia, Canoas, n.40, p.58-73, abr. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100006&lng=pt&nrm=iso. acessos em: 10 de maio de 2019.
- [8] Stivanin, Luciene et al. Análise perceptivo-auditiva da voz de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos. Braz. j. otorhinolaryngol., São Paulo, v. 81, n. 1, p. 71- 78, Feb. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180886942015000100071&lng=en &nrm=iso. Acesso em: 10 de maio de 2019.
- [9] Toledo, Luciano Medeiros de; Sabroza, Paulo Chagastelles (org.). Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. n.1 p. 40, 2013. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2019.

Capítulo 4

O envelhecimento humano na perspectiva da psicologia positiva

Maria Simone da Silva

Naftali Tuany Souza Roberto

Resumo: A longevidade tem sido um dos temas centrais na sociedade atual, pelo fato de ter havido melhoras em todos os aspectos da vida das pessoas. As representações sociais sobre os idosos ainda o apresentam como alguém que pouco tem a contribuir com a sociedade. Uma parte dos idosos se apropria deste estigma; outra parte, no entanto, entende que o envelhecimento pode ser satisfatório e encarado de forma positiva. Diante disto, propomos subsidiar uma reflexão teórica- prática acerca do envelhecimento humano na perspectiva da Psicologia Positiva. Este trabalho é uma revisão bibliográfica realizada através da pesquisa em 04 bases de dados (Organização das Nações Unidas (ONU), Scientific Electronic Library (SciELO), Google Acadêmico e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)), que incluem artigos científicos, cadernos e revistas científicas publicadas entre 2005 e 2018 com os descritores: Envelhecimento Humano e Psicologia Positiva. A Psicologia Positiva pode ser trabalhada em várias fases do desenvolvimento humano. No processo de envelhecimento ela contribui nos aspectos emocionais positivos e saudáveis, valorizando as coisas que valham a pena ao indivíduo e não nos aspectos patológicos.

Palavras-chave: Envelhecimento Humano, Idoso, Psicologia Positiva.

1. INTRODUÇÃO

Estudar o envelhecimento humano e a influência que este acarreta na sociedade tem sido o foco de novos estudos acadêmicos e científicos. As projeções apontam que os idosos representarão um quarto da população mundial. Diante disto, este fenômeno não pode ser mais ignorado, pelo contrário, precisa ser mais discutido, principalmente no que diz respeito aos aspectos emocionais dos idosos e aos aspectos sociais em que estes terão que lidar, seja de forma positiva ou negativa.

Soares et al. (2017), relata que alguns indivíduos enfrentam esta nova etapa de forma positiva, naturalmente como mais uma fase em sua vida, buscando novos desafios. Outros, no entanto, se concentram nos aspectos negativos dessa fase do desenvolvimento humano, pois se apoiam em limitações físicas que podem surgir com o tempo.

O autor supracitado destaca que cada fase é decorrente de mudanças e crises, onde o indivíduo pode se fortalecer ou entrar em conflito a cada estágio vivenciado, pois cada pessoa tem sua individualidade e vivência de forma peculiar.

Mediante a esses dados procuramos traçar um estudo que envolvesse questões de Positividade sobre a vida humana, deixando de lado um enfoque patológico. A ideia desse estudo surgiu mediante a nossa participação no V Congresso Brasileiro Ciência e Profissão realizado em São Paulo, no ano de 2018. Durante o evento encontramos um de nossos professores da Pós Graduação, e este relatou sobre a nova proposta da Psicologia tratada em uma das conferências: Psicologia Positiva. Ficamos bastante interessadas sobre essa linha teórica.

Em poucos dias, uma amiga fez a divulgação do Congresso sobre o Envelhecimento Humano, e diante disto vislumbramos a oportunidade de pesquisar e levar adiante os estudos sobre a área. O nosso objetivo é subsidiar uma reflexão teórico-prática acerca do envelhecimento humano na Perspectiva da Psicologia Positiva considerando os aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

2. METODOLOGIA

O desenvolvimento do trabalho se deu mediante as pesquisas nos bancos de dados da Organização das Nações Unidas (ONU), Scientific Electronic Library (SciELO), Google Acadêmico e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), que incluem artigos científicos, cadernos e revistas científicas publicadas entre 2005 e 2018 com os descritores: Envelhecimento Humano e Psicologia Positiva.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos e os bancos de dados são de domínio público, sendo resguardado o dever de publicação das fontes dos dados. O foco principal da pesquisa é de subsidiar uma reflexão teórico-prática acerca do envelhecimento humano na perspectiva da Psicologia Positiva, ressaltando a forma de atuação do profissional com o idoso nos aspectos biológicos, psicológicos e culturais, para promover sua saúde, proporcionando-lhe ferramentas para o desenvolvimento de independência e autonomia em seu dia a dia.

3. ASPECTOS RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO HUMANO

As regras sociais impostas na sociedade determinam o tempo de cada fase da vida do indivíduo, como por exemplo: quando começar a estudar, quando ser um profissional, quando constituir uma família e por fim, quando se aposentar.

De acordo com Schneider et al. (2008) o tempo social é imposto para toda sociedade, além de ser um modelo linear de desenvolvimento do qual não se pode fugir, este ainda define em que momento as pessoas são consideradas novas ou velhas. A velhice é uma construção social e cultural relatada por uma sociedade em que se quer viver muito, mas não se quer envelhecer.

Atualmente, a humanidade tem alcançado o aumento da longevidade, e isto se dá pelo fato de ter ocorrido melhoras socioeconômicas, avanços na medicina, na nutrição, nas condições sanitárias e no próprio cuidado com a saúde. De acordo com Neiva (2018), as sociedades têm se deparado com uma das maiores transformações da Humanidade, que é o aumento da esperança de vida, da longevidade e da redução da natalidade, o que conseqüentemente tem conduzido ao envelhecimento populacional.

O envelhecimento é uma realidade mundial, ele traz mudanças nas condições de vida da população. Segundo a autora supracitada o envelhecimento é um fenômeno das sociedades modernas e assumi

grande importância, pois produz alterações demográficas nos países industrializados e tecnologicamente avançados.

Felix (2007), traz em seu estudo o relatório feito pela Organização das Nações Unidas (ONU) a respeito da população mundial e uma projeção da população idosa:

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões) (FELIX, 2007, p. 01).

A OMS considera idosas as pessoas com 60 anos ou mais no país em desenvolvimento e pessoas com ou acima 65 anos no país desenvolvido. A UNFPA aponta que “uma em cada 09 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050: o envelhecimento da população é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado”(UNFPA, 2012, p.03).

No Brasil, nos próximos vinte anos a população idosa poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, representará quase 13% da população.

Paralelo às questões demográficas, o envelhecimento humano de acordo com Fries; Pereira (2011), sofre influências intrínsecas (constituição genética individual), e fatores extrínsecos (exposições ambientais a que o indivíduo sofreu, por exemplo, dieta, sedentarismo e poluição). Dentre algumas alterações marcantes temos:

“embranquecimento dos cabelos e calvície (embora sejam características também vinculadas a aspectos étnicos, genéticos, sexuais e endócrinos); redução na estatura; aumento do diâmetro do crânio e aumento da amplitude do nariz e orelhas caracterizando a conformação facial do idoso. Também ocorre diminuição da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele, o que leva ao surgimento de bolsas orbitais, enrugamento e aumento dos sulcos labiais; surgimento do arcussenilis (círculo branco em torno da córnea); alteração da cavidade bucal (perda da elasticidade da mucosa, queratinização e aumento da espessura do epitélio) com perda do paladar; desgaste dos dentes e modificação na língua que perde grande quantidade de suas papilas gustativas ((BARROS NETO; MATSUDO; MATSUDO, 2000; BEATTIE; LOUIE, 2001; CARVALHO FILHO, 1996; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002 apud FRIES; PEREIRA, 2011, p. 508).

Muitas dessas alterações são visíveis e perceptíveis aos olhos, e a maneira como cada pessoa vivencia este processo ocorre de forma muito peculiar, pois cada indivíduo traz consigo questões biológicas, psicológicas e sociais.

Além das questões citadas acima, o ser idoso traz uma representatividade social muito forte, carregada por ideologias de que a pessoa idosa não tem utilidade ou produtividade social, por ela não ter emprego e já ser uma pessoa aposentada (JUNGES, 2004, apud STOBAUS et al., 2018, p. 27).

Para Soares (2017), o envelhecimento está entre as experiências humanas mais desafiadoras, onde o indivíduo passa por crise e adaptações, por isso, que o viver, e não envelhecer se torna bem mais complexo. O autor entende que a tecnologia foi quem passou a ditar os rumos da sociedade e que caminha a passos largos nas inovações, ela implementou um sentimento de descrédito da capacidade do idoso em acompanhá-las.

Diante do que o autor supracitado traz, podemos comparar a existência de múltiplas palavras para nomear a velhice. Isto revela o quanto o processo de envelhecimento é complexo, negado, evitado ou mesmo temido, pois ele ainda está associado à deterioração do corpo, ao declínio e a incapacidade.

De acordo com Assis (2005), apud Stobaus et al. (2018, p.27), “os idosos devem ter sua representatividade como força proeminente na sociedade, e precisam ser vistos como cidadãos em pleno direito, não só como pessoas vulneráveis”. Diante disto, traremos uma discussão de como a psicologia positiva lida com as questões relacionadas ao envelhecimento humano.

4.A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO

A Psicologia Positiva é uma das áreas recentes da Psicologia que pode auxiliar no processo de envelhecimento e no cuidado com idosos, mas antes de tratarmos sobre como a Psicologia Positiva lida com o envelhecimento humano, é importante que se tenha uma compreensão teórica sobre esta área da Psicologia.

Paludo; Koller (2007), traz um questionamento de como a ciência poderia investigar as causas da felicidade se existem, por exemplo, outros fatores mais emergentes, como as causas da depressão? Mas, será que o progresso da ciência deve ser orientado somente pelas emergências? Ou pode se ocupar de outros temas? Como primeira resposta, tem-se a Psicologia abordando essas questões dentro de um novo movimento científico intitulado Psicologia Positiva, que, nessa nova proposta científica promete melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e prevenir as patologias.

O autor supracitado destaca que o movimento pela Psicologia Positiva teve início em 1998, quando o psicólogo Martin Seligman assumiu a presidência da American Psychological Association (APA). Ele declarou que a sua intenção era desviar o olhar da psicologia patológica, e enfatizar os aspectos positivos e saudáveis do indivíduo. O autor relata ainda que de acordo com essa abordagem, o conhecimento das forças e virtudes poderia propiciar o “florescimento” das pessoas, comunidades e instituições, ou seja, esse “florescimento” representa uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos.

Seligman (2004) apud Graziano (2005) vem promover uma mudança de foco na Psicologia atual, priorizando o estudo do que faz com que a vida valha a pena. O foco não está nas coisas que podem dar errado, mas sim na articulação das que podem dar certo, promovendo um desenvolvimento positivo.

SOARES et al (2017), afirma que a psicologia positiva propõe um exercício teórico e metodológico, no sentido de orientar e investigar os aspectos positivos e saudáveis do desenvolvimento humano; não surgindo como novidade, pois a mesma não parte de um pressuposto novo, e sim de uma proposta de mudança no sentido da ciência psicológica.

A Psicologia Positiva pode ser utilizada como ferramenta nas mais diversas etapas do desenvolvimento humano. Para Soares (2017), o envelhecimento também pode ser discutido a partir dessa abordagem, pois, nesta perspectiva, a velhice passa a ser considerada como uma fase boa da vida, não rotulada apenas pelas perdas, mas também reconhecida pelos ganhos e pela administração das transformações, cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade.

O trabalho junto ao idoso através da Psicologia Positiva acontece de forma preventiva nas representações que eles têm sobre a velhice e alguns pré conceitos/ preconceitos que podem fazer com que se isolem ou se sintam abandonados. Este trabalho necessita de alguns cuidados específicos no que diz respeito à forma como ele será tratado. É importante evitar falas infantilizadas ou no diminutivo para que ele não se sinta inseguro, mas se mantenha com confiança e segurança. Em processos psicoterapêuticos o psicólogo o direcionará junto com a família a qualidade de vida e saúde. Vale destacar que essa práxis psicológica não acontece de forma isolada, ela acontece de forma interdisciplinar e dialogada.

Para exemplificar criamos um contexto onde uma senhora idosa durante muito tempo foi proativa, sempre desenvolveu suas atividades e adorava dançar. Com algumas delimitações físicas chegou a desistir da dança. Alguns motivos além das questões físicas à fez tomar essa atitude, ela se queixou de ter ouvido alguns comentários grosseiros e preconceituosos sobre a velhice, o que conseqüentemente foram internalizados. O que pode ser feito junto a essa idosa é trazê-la ao contexto atual e de forma preventiva criar estratégias para que ela retorne às suas atividades e desconstruir algumas representações sociais sobre o envelhecimento humano.

Aproveitando o exemplo é importante frisar que nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) podem ser desenvolvidos grupos de apoio aos idosos, oferecendo-o alternativas para que vivam bem. Podem ser levadas a eles de maneira interdisciplinar, atividades que os motivem a levantar da cama e aproveitar as coisas que valham a pena.

Em alguns Centros de apoio aos idosos, por exemplo, são oferecidas aulas de dança, karatê, música e instrumentos musicais, aulas de crochê, teatro, de exercícios físicos e nutricionais, como alternativa para o desenvolvimento saudável do idoso, estimulando-o diariamente a ser ativo enquanto ser social.

A Psicologia Positiva trabalha ainda com a adaptação dos idosos ao meio e execução das tarefas consideradas essenciais que permitem viver sozinhos no seu meio, como por exemplo, tarefas de autocuidado (vestir-se, tomar banho, alimentar-se).

Deste modo, a Psicologia Positiva vem auxiliar no processo de desenvolvimento psicossocial, onde o contexto e a qualidade das relações sociais, aliados à capacidade interna do indivíduo de vencer as suas próprias limitações podem garantir a autonomia e autoestima, tornando-o mais forte e preparado para as demandas que surgirem ao longo de seu desenvolvimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longevidade é marcada por grandes transformações sociais. Estamos vivenciando um mundo altamente tecnológico, além de melhoras em vários aspectos do desenvolvimento humano. Diante disto, consequentemente teremos uma população mais idosa, as projeções apontam que nos próximos 43 anos um quarto da população será de idosos. É um fenômeno que precisa ser discutido.

Diante de tantas representações e ideologias sociais impostas aos idosos, é de suma importância que estes assumam suas representações enquanto seres humanos. Deste modo, propomos como alternativa o trabalho com idosos na perspectiva da Psicologia Positiva, pois ela aborda os aspectos positivos e saudáveis, fugindo do foco das questões patológicas e perdas dos indivíduos. O envelhecimento humano é visto por uma ótica de ganhos e transformações, como uma fase boa da vida.

A Psicologia Positiva atua de forma preventiva para que os idosos consigam vivenciar de maneira saudável a fase do envelhecimento e lidem com as questões de autocuidado. Portanto visa potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Felix, J. S. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. PUC- SP, 2007.
 - [2] Fries, A. T.; Pereira, D. C. Teorias do Envelhecimento humano. Contexto & Saúde, 2011.
 - [3] Graziano, L. A felicidade revisitada: Um estudo sobre o bem estar subjetivo na visão da Psicologia Positiva. São Paulo, 2005.
 - [4] Neiva, M., S., O. Envelhecimento, desempenho cognitivo e (in) dependência na vida diária: um estudo com recurso a Dados Simbólicos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2018.
 - [5] Paludo, S. S.; Koller, S. H. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. Paideia, 2007. Disponível em www.scielo.br/paideia
 - [6] Schneider, H, R; Irigaray, Q, T. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Dez 2008. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3514532/mod_resource/content/1/idades%20do%20envelhecimento.pdf>
 - [7] Soares, E, C. O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde06092017101953/publico/soares_corrigida.pdf
 - [8] Stobäus, C. D; Lira, G.A.; Ribeiro, K. S. Q. S. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação popular. Porto Alegre, 2018.
- Unfpa. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Fundo de População das Nações Unidas, 2012.

Capítulo 5

Busca de sentido de vida e pessoas idosas

Ana Karen Martins de Oliveira

Alessandra de Souza Pereira Silva

Cristiane Galvão Ribeiro

Regina Irene Diaz Moreira Formiga

Sueliton Jackson Medeiros de Sousa

Paulo Cordeiro Fontes

Resumo: Entende-se por sentido de vida um sentimento singular, intransferível, instável, que sucede diferentemente em cada etapa do desenvolvimento humano. Sendo um questionamento existencial não apenas da condição humana, mas foco de compreensão em diversos âmbitos da ciência contemporânea. A psicologia por sua vez, estar inserida nesse contexto científico. Deste modo, buscou-se nesse estudo compreender o sentido de vida de pessoas idosas institucionalizadas. Para tanto, investigou-se por meio do método descritivo, aspectos internos e externos que influenciam a percepção do sentido de vida de pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência das cidades de João Pessoa-PB e Cabedelo-PB. Como instrumento utilizou-se um questionário elaborado pelas pesquisadoras, composto por duas partes, a primeira contendo oito itens referentes aos aspectos sócio demográficos e a segunda contendo seis questões norteadas conformes os objetivos propostos neste estudo. Constatou-se que a maioria dos pesquisados não enfrentam graus severos de problemas de saúde física, mas em relação às percepções do sentido de vida, forneceram dados significativamente negativos relacionados as perdas existentes ao longo da vida e a falta de autonomia sobre a mesma.

Palavras chave: Sentido de vida – Pessoas idosas- ILPIS

1 INTRODUÇÃO

O sentido de vida é intrínseco ao homem e incide variavelmente em cada etapa da vida. Na visão de Viktor Frankl (1990) o sentido de vida altera-se de pessoa para pessoa e de um momento para o outro. Deste modo, não se pode pensar sentido da vida humana como algo generalista, pois existe um sentido único e particular.

Assim, compreender o sentido existencial da vida é de grande importância e incide na qualidade de vida da pessoa idosa. Tal sentido na visão de Frankl (1991), deve ser encontrado e não produzido. Seguindo essa ótica de pensamento, cada pessoa deve buscar um sentido existencial de sua vida, de forma que encontre uma satisfação pessoal.

Ao considerar que o sentido de vida é mutável, é essencial que a pessoa idosa identifique o seu sentido existencial no dia a dia conforme suas emoções, pensamentos e sentimentos vivenciados. Especialmente, os participantes desse estudo, que vivenciam um modelo de relacionamento, habitação e socialização diferentes das outras etapas vivenciadas.

Considerando essa realidade, Frankl (1990) emite que quando a circunstância é boa deve-se desfrutá-la; quando não é devemos transformá-la e quando não pode ser transformada, deve-se transformar a nós mesmos. Considerando a realidade da pessoa idosa na vida contemporânea, estar ciente de seu sentido de vida vigente é indispensável. Corroboram com essa ideia as considerações de Aquino et al (2008), que mencionou Frankl (1990) ao afirmar que:

“O sentido é incondicional. Pois em toda situação o homem pode encontrar sentido, ou seja, o ser humano encontra sentido através da realização de valores criativos, vivenciais e atitudinais. A primeira categoria de valor esta relacionada com a capacidade de trabalhar, deixar uma obra no mundo, seja artística ou científica. O homem se integra a seu meio através de suas potencialidades. A segunda categoria faz referencia a capacidade de sentir algo como a musica, a natureza ou uma pessoa, deste modo, e fundamental a importância da integração social na vida do homem, pois ao passo que o homem encontra sentido repassa o mesmo. Por fim, os valores atitudinais, são aqueles que dizem respeito à capacidade humana de transformar um sofrimento inevitável em uma realização humana através da capacidade de suportar o sofrimento com dignidade, descobrindo um sentido no próprio sofrimento. Portanto, com os valores criativos o homem se integra em seu meio social, com os valores vivenciais o homem se integra com uma pessoa e finalmente com os valores atitudinais o homem se integra consigo mesmo” (p 123).

A esse respeito, Calmon (1985) explica que o sentido de vida é uma propulsão capaz de levar o homem a um horizonte sequer atingível pela razão. Demonstrando assim a profundidade, seriedade e necessidade do homem conhecer a si próprio e viver experiências de vida que vão de encontro a sua realidade, seja ela de satisfação, aceitação ou busca de transformação pessoal ou situacional.

Visto que, o sentido de vida descrito por Acevedo (2000), que refere exposições de Dixe, Kraus e Rodrigues (2009), como um promotor de esperança e conseqüentemente tem finalidade terapêutica, portanto, é categórico para o desenvolvimento humano. Assim podemos pronunciar, conforme Frankl (1992) que “[...] a direção que o homem pode dar a sua vida mediante a descoberta do significado que ela possui, a possibilidade de ser livre e responsável” (p.77).

No que diz respeito a velhice, a literatura unanimemente compreende como a última fase da existência humana, que vem acompanhada de muitas transformações mediante o processo natural da senescência. Somada a essas circunstâncias, consideramos a velhice uma construção biopsicossocial e cultural, que acontece de maneira individual conforme as crenças e representações existentes em cada um.

Assim, compreendemos que o envelhecimento e sentido de vida são igualmente intrínsecos ao homem; variam de pessoa para pessoa e são mutáveis nas diversas situações da vida. Nessa perspectiva nos apropriamos, mais uma vez, das concepções de Viktor Frankl (1999) em dizer que nenhum ser humano e nenhum destino pode ser comparado com outro; nenhuma situação se repete. E em cada situação a pessoa é chamada a assumir outra atitude.

No tocante as instituições de longa permanência, compreende-se que essas assumem um papel social na vida dessas pessoas idosas, que chegam até essas instituições precisando de algum tipo de cuidados. No

entanto, esse lugar que deveria exercer a função de acolher e proteger, em boa parte das mesmas apresenta-se como um espaço “fadado ao desprezo”, conforme expresso Alcântara (2004). Essa realidade, vai de encontro ao que é defendido pela legislação brasileira direcionada para a pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso no seu “Art. 2º diz que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde, em condições de liberdade e dignidade”. A concepção de saúde descrita na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), assevera que a mesma é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.”

Assim, entende-se que a busca por sentido de vida, certamente tem uma correlação direta com a saúde. Tal busca na visão de Viktor (1999) pode causar tensão interior em vez de equilíbrio interior. Entretanto, justamente esta tensão é um pré-requisito indispensável para a saúde mental. Refletindo sobre a concepção da busca de sentido, acima já mencionada como algo subjetivo. Seu sentido é intrínseco ao sujeito e tem relação com o objetivo de vida.

A carência de sentido de vida é a base da psicopatologia moderna, porque a humanidade nunca viveu tão sem perspectiva como nesse último século (Gomes apud Frankl,1992). Nesse prisma, é de se imaginar uma pessoa idosa com todas as suas vivências, encontrar-se numa instituição excludente, com pouca ou nenhuma atividade a ser realizada, impedindo desse sujeito alimentar seus sonhos e objetivos, seus relacionamentos afetivos, sua autonomia e conseqüentemente a manutenção da qualidade de vida.

Deste modo, buscou-se nesse estudo investigar a percepção do sentido de vida de pessoas idosas institucionalizadas. Para tanto, averiguou-se por meio do método descritivo, aspectos internos e externos que influenciam a percepção do sentido de vida de vinte pessoas idosas de duas instituições da cidade de João Pessoa-PB e Cabedelo-PB.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo do tipo descritivo, realizado na Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM), localizada na BR 230, Mata da AMEM, município de Cabedelo - PB e Associação Promocional do Ancião (ASPAN), localizada na cidade de João Pessoa (Paraíba-Brasil).

O critério para a escolha da amostra foi a não probabilística acidental. Assim, participaram da pesquisa vinte pessoas idosas, sendo dez homens e dez mulheres, e teve como critérios de inclusão ter idade mínima 60 anos, não apresentar demência, ser capaz de ouvir e entender o suficiente para participar do estudo e expressar o desejo participar da referida pesquisa.

O instrumento utilizado foi composto por duas partes distintas. A primeira contendo oito itens sócio demográficos e a segunda contendo quatro questões abertas e duas fechadas norteadas pelos objetivos deste estudo.

Deste modo, uma parcela dos participantes foi orientada a responderem os questionários. Os demais por não saberem ler ou escrever, foram indagados verbalmente pelos pesquisadores e em seguida transcritos pelos mesmos.

Os dados coletados pelo questionário foram categorizados e analisados por meio do pacote estatístico PASW em sua versão 18.0, fazendo uso da estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPE.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sócio demográfico das vinte pessoas idosas entrevistadas, igualmente dez homens e dez mulheres compuseram a amostra, cuja média de idade de corresponderam a 75,45 anos (DP=8,43). Os mesmos possuem um tempo médio de 3,16 anos (DP=3,06) de permanência nas instituições.

Considerando os resultados que se referem a problemas de saúde nos idosos (a)s participantes, observou-se que apenas dois não possuem problemas de saúde, os demais apresentaram hipertensão (50%), sendo esse o maior percentil, seguidos de doenças como cardiopatia e osteoporose (ambos com 11,1%), visão, diabetes, doenças mentais e outros 5,6% são cadeirantes.

A saúde biopsicossocial do sujeito é fundamental para sua qualidade de vida. Nesta fase da vida muitos processos de doenças são perfeitamente controláveis quando existe um cuidado efetivo. No entanto as políticas públicas de saúde não contemplam sua efetivação. Apesar dos Direitos garantidos pela Lei, a assistência à saúde ocorre precariamente. A concepção de saúde é muito mais que o estado físico ou biológico, é condição ambiental, mental, social, econômica, etc.

Já nos percentuais referentes a religiosidade dos idoso(a)s, percebeu-se que uma maioria considerou-se “muito religioso”(45%) ou “nem muito, nem pouco” religioso(40%). Apenas 5% dos entrevistados emitiram ter “pouca” religiosidade (5%). Outros 10% disseram-se ser “extremamente” religioso.

A esse respeito, Viktor Frankl defende que a espiritualidade apresenta grande importância para a manutenção do sentido de vida, afinal a pessoa humana é um ser bio-psico-sócio-espiritual (Gomes apud Frankl, 1992). Assim, vários estudos relacionam a influência da espiritualidade na saúde física, mental e social. A medicina, por exemplo, se apropria de conhecimentos da dimensão espiritual para ajudar pacientes em sua recuperação.

Ao indagar os entrevistados sobre o que consideram mais importante em sua vida, verificou-se um elevado índice de respostas em querer “voltar à ter a vida de antes” ou seja, tanto no desejo de morar na sua própria casa e obter autonomia atualmente perdida (25%). Outros consideram igualmente com o percentil de 15%, tendo maior importância “Deus/Jesus” e “amar o próximo/amizades”. Os demais participantes igualaram as respostas com 10%, emitindo que a família, saúde e ser feliz/viver bem são o que mais importa em suas vidas.

Considerando as respostas, podemos inferir que a vontade de voltar à viver como antes demonstra um grau de insatisfação com a atual vida de um grande percentual de idosos. A autonomia, a liberdade e o amor possivelmente terá uma conexão direta com este sentimento perdido. Onde um novo sentido precisa ser encontrado conforme a atual realidade. Para Gomes (1992) a consciência, liberdade e responsabilidade são trindade inseparáveis que podem adquirir significado quando consideradas juntas. Apesar de Frankl (1990) considerar a liberdade de escolha em qualquer situação da vida, no caso do idoso institucionalizado essa liberdade consiste no sentido de conformismo da realidade imutável.

Quanto a pergunta sobre o que mais lhe dá prazer na vida, obtivemos um maior número de respostas em “lazer, assistir televisão e realizar passeios, que totalizaram 35%. Outros 30% dos entrevistados consideraram que receber visitas é o que mais lhe dá prazer na vida. A família representou-se em 15% para outros participantes. 5% encontram prazer na reza e 15 % emitiram não ter prazer na vida. Sendo este último dado percentual, bastante significativo.

Dados esses que nos leva a refletir que as atividades de descontração são extremamente importantes. A importância da recreação para a pessoa idosa estar relacionada em utilizar o tempo livre, deixando de lado o sentimento de inutilidade, solidão e abandono, que muitas vezes ajudam no desenvolvimento de patologias. Brandão (2004) ressalta a importância na velhice de aproveitar ao máximo este novo tempo com passeios, danças, teatro, jogos, esporte e tudo o que tiver vontade de fazer para viver com prazer. Quanto ao prazer em receber visitas, muito pesquisas apontam estar diretamente ligadas ao dia-a-dia de idosos que vivem em instituições de longa permanência.

No que se refere à esperança que os entrevistados possuem, preponderou o desejo de “voltar à vida de antes” com 40% das respostas. Seguido do desejo de recuperar a saúde (25%). Os demais depositaram sua fé em Deus (10%), outros desejaram a morte (10%). Poucos emitiram a esperança de ser feliz e ter liberdade (5%); Viver mais (5%) e não ter esperança em “nada” na vida (5%).

Considerando o grande percentual de idoso (a)s que afirmaram a importância e a esperança de retomar a vida que antes vivera, este foi um desejo já enunciado quando se perguntou sobre o que seria mais importante na vida. Assim, podemos refletir que insatisfação e falta de perspectiva de mudança no atual contexto vivenciado pela limitação asilar dos idosos, conduz ao objetivo de vida focado no passado, como antes vivera.

Quando perguntados sobre à importância de Deus, os participantes desse estudo, mostraram que houve disparidade no item “tudo”, com 55% de respostas. Os demais percentis variaram entre proteção (10%), salvação (15%) e cura (20%). O que leva a compreender que esperança e religiosidade possui uma forte e implícita relação. Viktor Frankl já falava da importância da espiritualidade e sentido de vida para o bem estar do sujeito. A relação da existência e Deus, articulada pela pessoa idosa lhes representa proteção, salvação e cura.

Quanto à indagação as pessoas idosas entrevistadas, se sua vida tem sentido, preponderou à alternativa sim, com 70%. Os demais responderam não (30%). Dado este último que emite atenção, devido um número considerável de pessoas emitirem que suas vidas não tem sentido. Pois segundo Lukas (1992) apud Frankl (1992), o espírito humano não busca prazer e sim o sentido existencial. O espírito não procura a satisfação de suas necessidades e sim, procura no mundo tarefas e objetivos que tenham sentido.

Aos participantes da pesquisa justificaram que o lazer e a própria vida são o que lhes fazem ter sentido. Outros percentuais igualmente retribuíram que Deus (7,7%), família (7,7%) e voltar para casa (7,7%) lhes dão sentido.

Ressaltamos a importância descrita nas respostas sobre o lazer e o sentido do próprio existencialismo. O lazer é um conjunto de ocupação às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais. (Dumazedier, 1973). Sendo esta uma possibilidade a depender do significado subjetivo de cada idoso do que venha a ser para ele lazer.

Estando as outras respostas dos entrevistados dessa pesquisa voltadas ao convívio familiar, no desejo de voltar para casa refletimos na impossibilidade desta realidade, por considerar a caracterização do afastamento ou total abandono familiar.

Considerando a justificativa das respostas negativas do sentido de vida, ou seja, a falta de sentido dos idosos incide no vazio existencial. Onde os sujeitos esgotam-se do “para que”? E como pronuncia Gomes (1992), o homem volta-se para si e se esquece do mundo, causando assim a perda de sua orientação no mundo, mergulhando no vazio existencial.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu constatar que o sentido de vida das pessoas idosas entrevistadas, originam sérios prejuízos ao desempenho pessoal. Segundo Lukas (1992), o sentido crônico de falta de sentido abala a saúde psíquica do homem. O que nos instiga a melhor compreender e sensibilizar cientistas, comunidades e poderes públicos na busca de alternativas que venham a oferecer uma melhor qualidade de vida a essa população, que muitas vezes não tem alternativas para busca-las.

A falta de sentido das pessoas idosas evidenciadas nesse estudo, nos permite refletir sobre os comprometimentos em seu estado o biopsicossocial, e conseqüentemente da sua qualidade de vida.

Averiguou-se uma variância nos escores do que venha a ser a representação do sentido de vida dos idosos. Confirmando a visão de Frankl (1992) que o sentido de vida que o sujeito busca, não está nas coisas ou no mundo, está em si mesmo. Consiste na sua forma ou percepção de vê tais coisas ou o mundo.

O objetivo de vida é o canal para se alcançar o sentido. Com relação aos participantes da pesquisa, constatou-se num elevado percentual de idosos, com um índice de insatisfação sobre suas vidas, em especial com o contexto atual em que vivem. Observou-se ainda que a espiritualidade é um fator importante em suas vidas, e relaciona Deus com proteção, cura e salvação. Assim, a espiritualidade contribuiu no processo de aceitação e amenização dos desafios por eles enfrentados, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa.

Evidenciaram ainda, a necessidade de atividades de lazer, de estabelecer relações familiares e outros contatos sociais.

Contudo, de acordo com os resultados na pesquisa obtidos, observou-se nos aspectos internos e externos das pessoas idosas institucionalizados, que o sentido de vida é algo subjetivo do indivíduo. A busca por sentido certamente pode causar tensão interior em vez de equilíbrio interior. Entretanto, justamente esta tensão é um pré-requisito indispensável para a saúde mental.

O que o ser humano na visão de Frankl (1984) realmente precisa não é um estado livre de tensões, mas antes a busca e a luta por um objetivo que valha a pena, uma tarefa escolhida livremente. O que ela necessita não é descarga de tensão a qualquer custo, mas antes o desafio de um sentido em potencial à espera de seu cumprimento.

Constatou-se também que a maioria dos idosos pesquisados não enfrentam graus severos de problemas de saúde física, mas em relação às representações sobre o sentido de vida, forneceram dados

significativamente negativos com relação a perdas existentes ao longo da vida e a falta de autonomia sobre a mesma.

REFERÊNCIAS

- [1] AMORA, S. Minidicionário de Língua Portuguesa. São Paulo: Saraiva, 1999.
- [2] AQUINO, T. A. A., et al. Integração social e sentido de vida em estudantes universitários brasileiro. Ano 2, Volume 4 – p. 121-129- jul-dez de 2008
- [3] BRANDÃO, E. R. de Paula. O lazer na terceira idade. Acesso em 2012 agost 08. Disponível em: www.fch.fumec.br.
- [4] DUMAZEDIER, Joffre. Lazer e cultura popular. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- [5] GOMES, Victor Carlos. Logoterapia. São Paulo: Loyola, 1992.
- [6] FRANKL, V. E. Psicoterapia para todos. Petrópolis: Vozes, 1990.
- [7] _____. Psicoterapia e sentido de vida: Fundamentos da Logoterapia e análise existencial. 3 ed. São Paulo, SP: Quadrante, 1999.
- [8] _____. Sentido de vida. Petrópolis: Vozes, 1990.
- [9] PRAGER, E. Meaning in later life: An organizing theme for gerontological curriculum design. Educational Gerontology.1997.

Capítulo 6

Efeitos do envelhecer: Grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária

Maria Aparecida de Souza Silva

Samara Maria de Jesus Veras

Rebeca Cavalcanti Leal

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Ana Karine Laranjeira de Sá

Valdirene Pereira da Silva Carvalho

Resumo: Objetivo: Descrever o grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Introdução: O envelhecimento humano compreende marcantes transformações biopsicossociais. Dentre elas, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) reflexos do cotidiano dos idosos. Método: Recorte de estudo descritivo, exploratório e transversal, com 103 idosos, realizado de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. Critérios de inclusão: idade ≥ 60 anos; consentimento documentado e cobertura pelo serviço de saúde selecionado. A coleta de dados deu-se através de questionários acerca das ABVD e AIVD embasados nas escalas de Katz e Lawton. Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Autarquia Educacional de Belo Jardim sob Protocolo n.º 45553615.0.0000.5189. Resultados: A maioria é independente para todas as atividades; 5,8% dependem totalmente de um cuidador; os demais foram considerados parcialmente independentes. Houve mais dependência nas AIVD que nas ABVD pelas instrumentais exigirem maior integridade física e cognitiva que as básicas. Nas AIVD verificou-se incapacidades em fazer compras sozinho, preparar alimentos, seguido da realização de tarefas domésticas. Conclusão: Apesar da maior parte ser considerada independente, ao decorrer dos anos, executar estas simples tarefas se torna uma missão dificultosa. As comorbidades elevam o grau de dependência dos idosos, aumentando sua demanda de cuidados dadas vulnerabilidades e incapacidades. Verificar o grau de dependência do idoso gera um indicador de sua capacidade funcional, bem como previne possíveis incapacidades.

Palavra chave: Saúde do idoso, Atividades Cotidianas, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Em meio a uma transição demográfica acelerada, o Brasil tem se deparado com baixas taxas de fecundidade simultâneas a um vultoso crescimento da população com mais de 65 anos de idade (MELO et al., 2017). Calcula-se em média um crescimento na expectativa de vida dos brasileiros de 75 para 81 anos, que foi causado pela melhoria das condições médico-sanitárias e mudanças no planejamento familiar, o que implica na redução do quantitativo de pessoas jovens e aumento da população idosa no país (BRASIL, 2017). Este cálculo foi realizado na década de 60, na qual o percentual de idosos acima dos 65 anos de idade chegava a 2,7% e, em 2000 se elevou para 5,4%. Entretanto, ainda em 2050, a razão citada alcançará os 19% e a população idosa ultrapassará o número de jovens no país (MOREIRA, 2014).

A partir deste crescimento, destacam-se as particularidades da pessoa idosa, uma vez que são marcantes as transformações que ocorrem no organismo humano durante o processo de envelhecer. O corpo ao passar por esse processo sofre uma série de transformações que podem ser tanto demográficas, biológicas, sociais e econômicas, como comportamentais, variando estas entre cada indivíduo, conforme seus fatores genéticos, costumes, culturas, hábitos de vida e fatores externos que possam influenciar diretamente neste processo, como o meio ambiente e cotidiano, por exemplo (NUNES; VERENE, 2015).

Destacando-se entre elas, estão as mudanças a nível orgânico que, uma vez associadas ao processo de envelhecer, os abusos da juventude, condições e hábitos de vida e desuso, criam um terreno mais do que propício para as complicações típicas deste ciclo vital humano. Essas complicações e condições inerentes ao envelhecimento, em sua maioria são marcadas por processos fisiológicos e/ou patológicos crônicos, por vezes incapacitantes e que geram uma condição de dependência, ao trazer consigo a necessidade de cuidados específicos implicando em um elevado custo para manutenção da estabilidade da situação de saúde (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Neste contexto, encontram-se alguns aspectos comuns e cotidianos que também se modificam com o passar dos anos: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD envolvem atividades de autocuidado, tais como: alimentar-se, vestir-se, banhar-se, transferir-se e ter continência. Já as AIVD são aquelas atividades que proporcionam independência, seja no lar ou em demais atividades do indivíduo, como manipular medicamentos, administrar as próprias finanças, realizar compras, utilizar os meios de transporte, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas e usar o telefone. A preservação da capacidade de realizar essas atividades, seja nas funções dentro de casa ou no convívio em sociedade, é essencial para a independência do idoso em sua comunidade (FERNANDES, 2015).

A ocorrência de comorbidades na terceira idade vem a elevar o grau de dependência dos idosos o que aumenta a demanda de cuidados dos familiares com a pessoa idosa, posta uma condição que expõe o idoso a vulnerabilidades e incapacidades. Verificar o grau de dependência desse idoso, serve então como um indicador de como se encontra sua capacidade funcional, bem como para prevenir uma possível situação de incapacidade, intervindo com base nestes graus de dependência na vida deste sujeito, o que pode ser feito através das ações da Atenção Básica direcionadas ao público de acordo com o grau encontrado, no intuito de melhorar sua qualidade de vida (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017). Neste sentido, o presente estudo foi construído com o objetivo de descrever o grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de um trabalho de conclusão de curso que avaliou a capacidade funcional do idoso, tendo como uma de suas linhas as atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Este estudo foi realizado sob o método exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, que teve sua execução em uma Estratégia Saúde da Família no município de Pesqueira, localizado na região Agreste do estado de Pernambuco, Brasil.

A população estudada foi composta por 103 idosos residentes na comunidade citada que se adequaram aos seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; consentir de forma autônoma ou via seu responsável em participar da pesquisa, bem como realizar assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa seguiu toda a regulamentação tocante aos estudos envolvendo seres humanos, com parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o Protocolo de n.º 45553615.0.0000.5189 (BRASIL, 2012). Destaca-se que, mediante situações em que o idoso não podia responder aos pesquisadores,

realizavam-se a coleta dos dados através do cuidador principal, que também necessitou concordar em participar da pesquisa e assinar ou deixar sua impressão digital no TCLE.

Para o procedimento de coleta dos dados presentes neste recorte, utilizou-se a Escala de Atividades Básica da Vida Diária (ABVD) e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que são instrumentos preconizados e validados pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para utilização na atenção básica uma vez que são adequados para limitações e particularidades do idoso (BRASIL, 2006).

As atividades básicas foram avaliadas por meio do Índice de Katz, enquanto as atividades instrumentais foram mensuradas pela Escala de Lawton. Optou-se por estes instrumentos em função de sua ampla utilização em pesquisas e seu reconhecimento para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção primária em recente documento do Ministério da Saúde brasileiro (KATZ et al, 1963; LAWTON; BRODY, 1969).

Deste modo, foram investigadas seis atividades de autocuidado (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se e controlar as funções de urinar e/ou evacuar) e sete atividades instrumentais (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, preparar os alimentos, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro). Para cada atividade da vida diária foram propostas três alternativas de resposta referentes às categorias de independência, necessidade de ajuda parcial e necessidade de ajuda total/não consegue realizar a atividade.

A coleta de dados se deu através de visitas domiciliares aos idosos no período de um ano: de fevereiro de 2015 até fevereiro de 2016. O instrumento foi preenchido por acadêmicos do grupo de extensão do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Pesqueira, sendo a equipe submetida a treinamento para adequada aplicação do questionário e realização não tendenciosa da entrevista. Após cada entrevista seguiu-se a avaliação de confiabilidade das respostas, sendo os questionários identificados com respostas não confiáveis excluídos da amostra final.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, através de decodificação dos dados e posterior elaboração de um dicionário de dados. Em seguida, houve a transcrição dos achados com o processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel na versão 2010. Uma vez corrigidos os erros, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* SPSS, versão 18.0 com nível de significância adotado de 0,05.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados os dados da amostra final composta pelos 103 idosos de acordo com os critérios anteriormente descritos, encontrando-se para as ABVD: 1-Banho: 88 (85,4%) independentes, 6 (5,8%) dependentes parcialmente e 9 (8,7%) com dependência total para banharem-se; 2-Vestuário: 86 (83,5%) independentes, 9 (8,7%) dependentes parcialmente e 8 (7,8%) dependentes totais para o ato de vestir-se; 3-Higiene pessoal: 89 (86,4%) independentes, 8 (7,8%) dependentes parciais e 6 (5,8%) com dependência total; 4-Transferência: 87 (84,5%) independentes, 11 (10,7%) dependentes parciais e 5 (4,9%) dependentes totais para locomoção; 5-Continência: 92 (89,3%) independentes, 6 (5,8%) com dependência parcial e 5 (4,9%) totalmente dependentes; Por fim das ABVD 6-Alimentação: 95 (92,2%) independentes, 4 (3,9%) dependentes parcialmente e 4 (3,4%) com dependência total.

Quanto às AIVD constatou-se: 1-Telefone: 53 (51,5%) independentes, 36 (35%) dependentes parciais e 14 (13,6%) totalmente dependentes; 2-Transporte: 60 (58,3%) independentes, 29 (28,2%) parcialmente dependentes e 14 (13,6%) dependentes totais; 3-Compras: 54 (52,4%) independentes, 30 (29,1%) com dependência parcial e 19 (18,4%) com dependência total para as atividades; 4-Preparar Alimentos: 65 (63,1%) eram independentes, 23 (22,3%) dependentes parcialmente e 15 (14,6%) dependentes totalmente; 5-Tarefas domésticas: 53 (51,5%) independentes, 35 (34%) com dependência parcial e 15 (14,6%) dependentes totais; 6-Medicação: 68 (66%) dos idosos eram independentes, 25 (24,3%) parcialmente dependentes e 10 (9,7%) dependentes totais; e, por fim a atividade 7-Manusear dinheiro: 60 (58,3%) independentes, 30 (29,1%) dependentes parcialmente e 13 (12,6%) possuíam total dependência para este quesito.

Verificou-se a partir dos expostos uma maior prevalência de dependência nas AIVD do que nas ABVD, uma vez que as atividades instrumentais exigirem maior integridade física e cognitiva quando comparadas às atividades básicas. Hierarquicamente, as perdas destas integridades ocorrem das AIVB para as ABVD, todavia, estudos apontam uma maior prevalência de dependência em AIVD em relação aos resultados. A maior frequência de dependência em ABVD foi para o banho, o que se caracteriza como preocupante

podendo ser constrangedor e levar ao isolamento social, a alterações na autoestima e autoimagem, influenciando nas atividades instrumentais de vida diária (BARBOSA et al., 2014).

Ao analisar a dependência somente nas AIVD, a maior incapacidade referiu-se a ir as compras sozinho, preparar alimentos, seguida na realização de tarefas domésticas. Conforme o avançar da idade, maior é a probabilidade de dependência tanto nas AIVD quanto nas ABVD. Isto porque a capacidade de realizar uma tarefa envolve a integração de múltiplos sistemas fisiológicos que, com o avançar dos anos, gradualmente entram em declínio (PEIXOTO et al., 2017).

Quanto aos tipos de classificação de acordo com a Escala de Katz e Lawton, com os resultados encontrados na população idosa desta amostra foi possível observar que a grande maioria dos idosos são independentes para todas as atividades, e apenas (5,8%), dependem totalmente de um cuidador, enquanto os outros idosos se englobam na categoria parcialmente independente. Comparado aos resultados encontrados por uma pesquisa multicêntrica, existe uma concordância entre os estudos, ou seja, a maioria dos idosos são independentes para todas as atividades de vida diária (ANDRIOLO et al., 2016)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa institui a Atenção Básica que seja dada prioridade à saúde do idoso em situação de dependência, sendo recomendável inserir esta avaliação do grau de dependência na rotina da unidade de saúde em busca de avaliar a capacidade funcional destes, inclusive utilizando como protocolo as escalas de Katz e Lawton que foram utilizadas neste estudo. Nota-se então que o envelhecimento não é um processo homogêneo e que as necessidades, particularidades e demandas do público idoso variam em diversos aspectos básicos e instrumentais de sua vida, o que instiga o fortalecimento do trabalho em rede, uma vez que o mesmo poderá contemplar a atenção aos idosos saudáveis ou não, atendendo àqueles com graus distintos de incapacidade ou comorbidades, inclusive junto a seus domicílios (MUNIZ et al., 2016).

A partir das diversas singularidades do processo de envelhecer precisarem de uma atenção mais especificada, o modelo atual de assistência à saúde tem seguido uma lógica que tende a igualar todos os atendimentos para todos os idosos. Uma mudança deste modelo que proporcione um atendimento respeitoso à heterogeneidade desse público, pode contribuir na melhoria da qualidade de vida através de uma assistência que desenvolve ações de promoção da saúde, ações preventivas, de tratamento e de reabilitação. A partir da formação desta rede de apoio assistencial estruturada e integrada, pode-se trazer resultados muito satisfatórios tanto para os idosos como para seus cuidadores no dia a dia e atividades da vida diária (BARROS, 2016).

4. CONCLUSÕES

Concluiu-se neste estudo que apesar da maior parte dos idosos abordados serem considerados independentes para as atividades da vida, com o passar dos anos, executar estas simples tarefas se torna uma missão difícil. A partir das comorbidades que influenciam diretamente junto à elevada idade e um corpo que já não se encontra tão fortalecido, os cuidadores se encontram diante de situações em que a pessoa idosa cuidada pode chegar a depender deles completamente.

Enquanto essa população for considerada na categoria da independência ou da dependência parcial para as atividades estudadas, é importante que a Atenção Básica instigue e incentive práticas de promoção e prevenção da saúde a fim de prolongar suas autonomias e proporcionar-lhes uma melhoria na qualidade de vida e autoestima. Cabendo desta forma à equipe da ESF, em especial à enfermagem, a identificação destes graus de dependência, a fim de traçar um plano de cuidados individual para facilitar o dia a dia do idoso no âmbito familiar, além de sempre buscar promover-lhe o máximo de autonomia possível.

Espera-se que este estudo sirva como estímulo para acadêmicos, profissionais da área da saúde e docentes a desenvolverem novos estudos que permitam a investigação do grau de dependência para ABVD e AIVD dos idosos residentes em suas comunidades e municípios. A partir de evidências mais atuais é possível proporcionar uma melhor assistência voltada para uma melhoria da qualidade de vida deste público. Dessa forma, é importante ressaltar a relevância de estudos desta natureza, tendo em vista seu alto potencial de contribuição para a solidificação da Enfermagem enquanto ciência, bem como para a evolução dos cuidados na prática da Assistência Geriátrica.

REFERÊNCIAS

- [1] Andriolo, B. N. G. et al. Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 14, n. 3, p. 139-44, 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2125/139-144.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.
- [2] Augusti, A. C. V.; Falsarella, G. R.; Coimbra, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária – Estudo transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353/841>>. Acesso em: 28 set. 2018.
- [3] Barbosa, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2018.
- [4] Barros, L. C. Qualidade de vida e perfil de saúde de idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos do Distrito Federal. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/17101/1/2016_LarissaCostaBarros_tcc.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.
- [5] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acessos em: 25 jun. 2018.
- [6] _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo populacional 2017. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=to>>. Acesso em 20 ago. 2018.
- [7] _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.
- [8] Fechine, B. R. A.; Trompieri, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, v. 1, n. 20, 2015. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- [9] Fernandes, Daiane de Souza. Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas. 94 f. Dissertação (Mestrado Associado de Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/Dissertao_Daiane_Fernandes_2.pdf>. Acesso em: 07 set. 2018.
- [10] Katz, S. et al. Studies of illness in the aged - The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. *Jama*, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.
- [11] Lawton, M. P.; Brody, E. M. Instrumental activities of daily living scale (Iadl). *The Gerontologist*, v. 9, p. 179-186, 1969.
- [12] Melo, L. A. et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 439-501, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/1981-2256-rbagg-20-04-00493.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.
- [13] Moreira, M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Morvan_Moreira/publication/313115506_O_envelhecimento_da_populacao_brasileira_intensidade_feminizacao_e_dependencia/links/5890bc7092851cda25689d8e/O-envelhecimento-da-populacao-brasileira-intensidade-feminizacao-e-dependencia.pdf>. Acesso em: 04 set. 2018.
- [14] Muniz, E. A. et al. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 19, n. 2, p. 199-146, 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30365/20994>>. Acesso em: 25 ago. 2018.
- [15] Nunes, E. R. F.; Verene, M. R. Atividade física e idosos da associação Adeli Bento da Silva na cidade de Porto Velho/RO. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.
- [16] Peixoto, M. C. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Fisioterapia Brasil*, n. 18, n. 6, 2017. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/25714/24514>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

Capítulo 7

O envelhecer na contemporaneidade: Aspectos de um envelhecimento bem-sucedido

Lauranery de Deus Moreno

Resumo: O segmento populacional de idosos vem crescendo notoriamente nos últimos anos e a expectativa é que se aumente cada vez para os anos subsequentes; tendo em vista esse fenômeno, é imprescindível não pensar em acrescer qualidade a este ciclo, utilizando-se para isso de autores que versam sobre o assunto, tendo como principal Baltes, criador da estratégia life-span, que é uma teoria que discute a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso de vida, onde a aquisição de conhecimentos pode otimizar a vida do idoso. Realizado através de bibliotecas digitais e plataformas online como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), dentre outros. Deste modo o envelhecer pode ser mais que uma fase marcada por declínio e perdas, mas sim passível de aquisições, desenvolvimento e bem-estar, nos mais vários aspectos.

Palavras-chave: Envelhecimento, Desenvolvimento, Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

O segmento populacional de idosos vem crescendo notoriamente nos últimos anos e a expectativa é que se aumente cada vez para os anos subsequentes, tendo em vista esse fenômeno, é imprescindível não pensar em crescer qualidade a este ciclo, para tanto terá que ser observado o indivíduo de modo geral, não apenas no âmbito físico, mas também no psicológico e social, refletindo também acerca da promoção de cuidados preventivos que poderão ser dispostos a estes para que se possa assegurar o mínimo desta qualidade, para que o processo de envelhecimento não seja visto apenas como uma fase de perdas, como é comumente pensado, mas como um momento no qual ainda se pode ser construído, adaptado e integrado saberes.

2. METODOLOGIA

O presente artigo objetiva abordar os aspectos que envolvem o processo do envelhecimento e possíveis meios de torná-lo melhor sucedido nos âmbitos físico, psicológico e social. A partir de um estudo descritivo de caráter qualitativo de revisão de literatura por meio de artigos científicos realizado através de bibliotecas digitais e plataformas online como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), dentre outros. Utilizou-se principalmente autores que versam sobre o assunto, tendo como principal Baltes, estudioso dessa temática e criador da estratégia life-span, que é uma teoria que discute a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso de vida, sendo este um processo contínuo multidimensional e multidirecional de mudanças, mostrando a importância da educação para uma velhice saudável, onde a aquisição de conhecimentos pode otimizar a vida do idoso. Deste modo a categoria analisada foi a de envelhecimento bem sucedido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, as pessoas estão vivendo cada vez mais, o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE registrou o aumento do número de idosos, que atingiu 18% em 5 anos, ultrapassando os 30 milhões em 2017, isso se dá devido às condições de saúde que se tornaram melhores e ao fato da baixa taxa de fecundidade ocorrida no país, diante desse significativo aumento da longevidade, faz-se necessário pensar também na qualidade de vida almejada e em como fazer para alcançá-la; para isso é importante que se pense não apenas no âmbito físico, mas também no psicológico e social que afetam e serão afetados direta e indiretamente por esse fenômeno de inversão da pirâmide populacional, para que se conquiste um envelhecimento ativo e bem sucedido na contemporaneidade.

Envelhecimento é o ato ou efeito de tornar-se velho, este não especifica apenas a idade cronológica enquanto fator determinante, mas sim em como o sujeito se percebe diante dessa etapa, como é vivenciado esse processo de envelhecer, que pode ter seu sentido e significado de bem sucedido influenciado por diversos fatores: não há um consenso científico sobre o que vem a ser o envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento é bem mais que tornar-se velho, envelhecer é um processo natural, um estágio da vida, mas ser “velho” é um estado de espírito, não colocando aqui a idade como fator determinante para tal.

O envelhecer é um processo decorrente de aspectos sociais, culturais, vitais e psicológicos, tornar este processo acrescido de qualidade e bem-estar é um anseio para vários de diversos campos do saber. A respeito do não consenso, alguns autores, citam que o envelhecimento bem-sucedido está diretamente ligado ao bem-estar subjetivo, enquanto sendo um critério essencial para a velhice bem-sucedida, Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002), já para Phelan et al. (2004), a principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de resiliência para com as mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Bowling e Dieppe (2005) abordam aspectos como a importância da prevenção da morbidade até o ponto mais próximo da morte. Corroborando com os demais autores Hansen-Kyle (2005), traz que o envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planejamento deve ser focalizado na história, nos atributos físicos e nas expectativas individuais, constituindo-se, portanto, numa jornada e não num fim. Desta maneira o envelhecimento bem sucedido está diretamente associado a fatores bio-psico-sócio-histórico culturais.

Nesse contexto, o envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, englobando um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida relacionadas à manutenção de uma boa velhice, para isso se faz necessário pensar principalmente em meios de fornecer qualidade de vida e autonomia como formas de se alcançar um envelhecimento bem-sucedido. O

envelhecimento ocorre durante todo o ciclo vital e não necessita ser apenas uma etapa de estagnação e declínio, esta quando bem desenvolvida pode continuar sendo ativa e produtiva.

De acordo Baltes et al. (1980) e Baltes (1987), o desenvolvimento psicológico perdura a vida toda e não há estágio que possua maior importância para o desenvolver-se. Dessa forma, em todos os períodos, pode-se desenvolver habilidades adaptativas. Em concordância com essa informação, Neri (1995) traz que a aquisição, a manutenção, o aperfeiçoamento e a extinção dos comportamentos sociais e cognitivos são processos que podem originar-se em qualquer etapa, uma vez que nem todas as mudanças do desenvolvimento estão ligadas à idade.

Uma das maneiras de alcançar uma velhice bem sucedida é por meio da estratégia educacional life-span, que consiste em uma teoria pouco utilizada, idealizada por Baltes (1990) enquanto forma de aquisição de novas aprendizagens para os idosos, usando a educação como forma de otimizar as capacidades cognitivas e aumentando a rede de suporte do idoso; sociais, como engajamento em grupos criando e fortalecendo vínculos; físicos a partir de atividades físicas como hidroginástica, caminhada, pedaladas que além de serem exercícios de baixa intensidade física trazem benefícios como o fortalecimento da musculatura, aumento da circulação sanguínea, melhora a flexibilidade entre outros; e psicológicos, gerado pelo bem estar decorrente das práticas físicas que reduzem o stress, diminuem a ansiedade e melhoram a auto-estima e os vínculos sociais, sendo influenciado pelo biológico e social, pois ambos caminham juntos, havendo uma harmonia no tocante ao fator psicológico.

Através da aquisição de novas práticas, também é possível aprender e mudar os hábitos para que melhor vivenciem essa etapa da vida. Também podemos citar como estratégia a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), que tem como premissa aumentar as oportunidades para que os indivíduos possam optar por estilos de vida mais saudáveis e, ainda, fazer controle do próprio status de saúde.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se portanto que ainda não há um consenso sobre o que seria um envelhecimento bem-sucedido, mas que estão sendo estudados fatores que possam ser trabalhados para que o sujeito vivencie o envelhecer com qualidade de vida e autonomia, podendo ser usado para isso da teoria da life span, onde o sujeito pode sempre adquirir novos conhecimentos, o que consequentemente poderá gerar bem estar psicológico, e acrescido a atividades físicas podem gerar benefícios físicos e sociais a partir da interação e convívio. Deste modo o envelhecer pode ser mais que uma fase marcada por declínio e perdas, mas sim passível de aquisições, desenvolvimento e bem-estar, nos mais vários aspectos.

REFERÊNCIAS

- [1] IBGE, Agência de Notícias. Número de idosos cresce em 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencianoticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017> Acessado em: 18/08/2018.
- [2] Soares, Verônica. Envelhecimento Populacional demanda novas políticas públicas. Minas faz Ciência. Fundação João Pinheiro. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <http://minasfazciencia.com.br/2018/03/06/envelhecimento-populacional-e-politicas-publicas/> Acessado em: 18/08/2018.
- [3] Scoralicklempk, N.N.; Barbosa, A.J.G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de Psicologia. Campinas - SP. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/01.pdf> Acessado em: 19/08/2018.
- [4] Lima, A.M.M.; Silva, H.S.; Galhardoni, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.27, p.795-807, out./dez. 2008.
- [5] Ferreira, Anderson Jackle et al (Org.). Educação e envelhecimento. 24. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. 157 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=cDUA_QypgoC&oi=fnd&pg=PA14&dq=envelhecimento+psicologico+saudavel&ots=BKvWi26nJp&sig=uuByv8B9JewrjR2urZSYmAeoZas#v=onepage&q&f=false Acessado em: 25/08/2018.
- [6] Batistoni, Samila Sathler Taveres. Contribuições da psicologia do envelhecimento para as práticas clínicas com idoso. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v3n2/v3n2a03.pdf> Acessado em: 14/09/2018.
- [7] Neri, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X200600010005 Acessado em: 14/09/2018.

Capítulo 8

Nível de satisfação de idosos acerca do atendimento em saúde ofertado na atenção básica

Larissa Genuíno Carneiro Martini

Emanuella de Castro Marcolino

Francisco de Sales Clementino

João Mário Pessoa Júnior

Ana Elisa Pereira Chaves

Resultado: O presente estudo objetiva analisar o nível de satisfação de idosos acerca do atendimento em saúde ofertado na atenção básica, no Estado da Paraíba. Foi realizado um Estudo documental, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do banco de dados da Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-AB. Os resultados mostram que a ESF tem contribuído para uma melhor atenção à saúde da população idosa, no que se refere aos cuidados recebidos nesse nível de atenção à saúde, na avaliação positiva realizada pelos idosos em relação aos cuidados prestados pelos profissionais enfermeiro, médico e agentes comunitários de saúde

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2025 o Brasil será o sexto país maior em taxa de envelhecimento do mundo, abrigando mais de 32 milhões de idosos. Tal crescimento acompanhará o equilíbrio da pirâmide etária em diversos países cuja previsão para 2050 é de um bilhão e novecentos milhões de idosos (IBGE, 2016), o que acarretará uma transformação demográfica, com inversão da pirâmide social (GOES; CEZARIO, 2017).

Nos países desenvolvidos, a transição epidemiológica transcorreu de maneira gradativa, num período longo, enquanto nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, ocorreu de maneira rápida (BRASIL, 2008), caracterizada pelo aumento de doenças crônicas não transmissíveis, em relação às doenças infecciosas, resultando no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde (VIANA et al., 2010).

Entende-se por envelhecimento humano, um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico, em que se observa diminuição gradual e progressiva das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes do processo de senescência e senilidade (BRASIL, 2007). Nesta fase da vida, a atenção à saúde é voltada ao idoso, à família e à comunidade, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado (CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2014).

Historicamente, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), concedeu ao idoso status de direito fundamental de proteção do Estado, família e sociedade (BRASIL, 1988). Circunscrevendo tal contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria GM nº 2.528/2006, definiu como finalidades recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas consonantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para esse fim (BRASIL, 2006).

Entretanto, mesmo diante dos avanços obtidos na PNSPI, ainda se evidenciam problemas estruturais e organizacionais, no acesso da população idosa aos serviços de saúde no âmbito do SUS, tais como: barreira geográfica, econômica, cultural e arquitetônica, fato este verificado na demora na realização de exames e as dificuldades enfrentadas para marcação de consultas especializadas, criam uma descrença no papel ordenador da Atenção Básica (AB) (NUNES; SILVA; BARCESSAT, 2017; PAGLIUCA et al., 2017; ONOCKO CAMPOS, 2014).

Para Starfield (2002), a atenção ao primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde implica na acessibilidade (elemento estrutural) e na utilização (elemento processual) desses serviços a cada problema ou episódio de um mesmo problema. Dessa forma, cabe aos países garantir e viabilizar o acesso por meio de políticas públicas capazes de ampliar a oferta de serviços, melhorando o acolhimento e favorecendo a acessibilidade dos idosos, na medida em que se trata de um grupo prioritário, com Estatuto próprio que deve ser respeitado (TINOS et al., 2013).

Mediante este cenário, no ano de 2011, o Ministério da Saúde (MS), preocupado com o acesso e qualidade dos serviços ofertados em nível primário, instituiu no país o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de fortalecer as condições de acesso e qualidade da AB, com destaque para a Saúde Bucal (BRASIL, 2013). Entende-se que a compreensão dos fatores que potencializam e dificultam o acesso da população idosa às ações de saúde na AB permite o monitoramento e o gerenciamento do sistema de saúde, com vistas a impulsionar mudanças comportamentais e melhores resultados das ações oferecidas (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017).

Assim, considerando a importância da política de atenção ao idoso no Brasil, o presente estudo objetiva analisar o nível de satisfação de idosos acerca do atendimento em saúde ofertado na atenção básica, no Estado da Paraíba.

2. METODOLOGIA

Estudo documental, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado a partir do banco de dados da Avaliação Externa do 2º ciclo do PMAQ-AB, no estado da Paraíba, Brasil.

A população do estudo foi constituída por usuários idosos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que aderiram ao PMAQ-AB. Adotou-se como critérios de inclusão: usuários com idade igual ou superior a 60 anos e que faziam acompanhamento na unidade básica por pelo menos seis meses; e,

como critérios de exclusão, usuários cadastrados nas equipes das UBS restritas apenas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A amostra final foi de 187 idosos.

A coleta dos dados ocorreu na cidade de Campina Grande- PB no período de janeiro e fevereiro de 2019, por meio de um formulário elaborado a partir do Instrumento de Pesquisa do PMAQ- AB, Módulo III, levando em consideração os indicadores selecionados para avaliação e monitoramento da Saúde Bucal, a saber: caracterização do perfil sócio demográfico do usuário; acesso aos serviços de saúde; marcação de consulta com o dentista e por último, acolhimento à demanda espontânea.

Os dados foram analisados utilizando-se o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, através de técnicas de estatística descritiva para obtenção de frequência absoluta e porcentagem.

Este estudo faz parte de um Projeto intitulado “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudo multicêntricos integrados sobre acesso e satisfação dos usuários”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, parecer nº 21904.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito à satisfação quanto ao cuidado recebido pela equipe de saúde da família, na ESF 25 (13,4%) avaliaram com muito bom, 129 (69%) bom, seguido de 31 (16,6%) regular, 1 (5%) ruim, muito ruim 1 (5%) (Tabela 2).

Tabela 1- Nível de satisfação de idosos acerca do cuidado recebido na Estratégia Saúde da Família. Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Muito bom	25	13,4
Bom	129	69,0
Regular	31	16,6
Ruim	1	0,5
Muito ruim	1	0,5
Total	187	100

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB

Entende-se que o nível de satisfação dos usuários com o atendimento ofertado constituiu importante requisito da avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Em parte, tal indicador reflete aspectos diretamente ligados ao processo de trabalho na AB, como o vínculo à acessibilidade e à própria adesão terapêutica.

Estudo realizado sobre nível de satisfação de idosos atendidos em uma UBS do Maranhão obteve também a classificação do atendimento como bom, especialmente pela facilidade de acesso; no entanto, percebeu-se a insatisfação com o atendimento, principalmente na marcação de consultas médicas (LOBATO, 2013).

Em contrapartida, pesquisa realizada com idosos cadastrados na ESF, localizadas na zona urbana do município de Santa Cruz-RN, constatou que não há uma assistência direcionada ao atendimento deste público, somente em consultas voltadas às pessoas cadastradas no sistema HIPERDIA (OLIVEIRA et al., 2014). Além disso, outro estudo aponta fragilidades no contexto do macro espaço de gestão quanto à necessidade do planejamento das ações de forma conectada com as necessidades de cada território, no sentido de oportunizar mudanças necessárias a cada realidade de saúde (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

No âmbito do atendimento ao idoso na ESF, a avaliação do cuidado em saúde impacta positivamente sobre as ações realizadas e o desempenho da equipe. No que se refere à nota dada pelos idosos para a equipe que atua na ESF numa escala de zero a dez, destaca-se o enfermeiro (71,7%), o agente comunitário de saúde (70,6%) e o médico (68,4%); em contrapartida, na escala zero aparece o/a recepcionista com (2,7%). (Tabela 2).

Tabela 2 – Score de pontuação da nota dada pelos idosos para equipe que atua na Estratégia Saúde da Família em uma escala de zero a dez. Paraíba, Brasil, 2018.

Profissionais	Pontuação (%)*										NSR**
	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Médico	3 (1,6)	-	1(0,5)	1(0,5)	7(3,7)	2(1,1)	7(3,7)	15(8,0)	8(4,3)	128(68,4)	15(8,0)
Enfermeiro	-	-	1(0,5)	-	4(2,1)	3(1,6)	4(2,1)	14(7,5)	15(8,0)	134(71,7)	12(6,4)
Auxiliar de enfermagem	-	1(0,5)	-	-	4(2,1)	3(1,6)	5(2,7)	20(10,7)	7(3,7)	127(67,9)	20(10,7)
Agente de Saúde	5(2,7)	-	3(1,6)	2(1,1)	6(3,2)	1(0,5)	4(2,1)	18(9,6)	9(4,8)	132(70,6)	7(3,7)
Recepcionis-ta	5(2,7)	1(0,5)	-	-	8(4,3)	1(0,5)	5(2,7)	22(11,8)	17(9,1)	122(65,2)	6(3,2)
Gerente	-	1(0,5)	-	-	3(1,6)	1(0,5)	1(0,5)	3(1,6)	-	20(10,7)	158(84,5)

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB

* Nenhum profissional recebeu pontuação igual a 1

** NSR: Não soube responder

Observa-se que os profissionais de nível superior que compõe a equipe básica da ESF foram os que mais pontuaram, particularmente o enfermeiro com destaque na condução das atividades de educação em saúde, consultas de HIPERDIA e visitas domiciliares. O agente comunitário de saúde também figura como bem avaliado pelos entrevistados, pois constitui importante membro da equipe que faz o elo entre a UBS e a comunidade, contribuindo na adesão do idoso na realização de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

No item - recomendar a UBS para um amigo ou familiar - verifica-se na Tabela 3 que a maioria dos entrevistados, 157(84%), indica os serviços realizados na UBS para um amigo ou familiar

Tabela 3 - Distribuição de idosos que recomendariam ou não os serviços de uma Unidade Básica de Saúde para um amigo ou familiar. Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Recomendam	157	84,0
Não recomendam	30	16,0
Total	187	100

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB

Na ESF, a atenção à saúde da população de idosos acontece através das consultas individuais em demanda organizada e espontânea, ações educativas e visitas domiciliares. Através desse cenário, o Ministério da Saúde destaca que a ESF possui papel relevante na atenção à saúde do idoso, devendo usar, em seu processo de trabalho, estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando assim sua qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Para Soratto et al. (2019), a ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e gera um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O tratamento e a cura não são mais o *core* da assistência.

Verifica-se ao longo dos anos que os efeitos da expansão da ESF têm sido avaliados por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, em congressos e outros eventos no Brasil e no exterior (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Em relação à saúde do idoso, estudos realizados em municípios brasileiros por Parente, Mesquita e Oliveira (2017), Pedraza, Nobre e Menezes (2018) e Oliveira et al. (2014), evidenciaram alguns níveis de satisfação da população idosa ao serem assistidos pela ESF e reconhecem, diante dos profissionais da equipe, de seus familiares e da população, que a Saúde da Família realiza um trabalho mais acolhedor e com certa criação de vínculo.

Embora os idosos reconheçam a esf como um nível de atenção acolhedor, é importante enfatizar que o nível de satisfação compreenda não só a assistência em consultas clínicas, mas as ações de promoção da saúde e

prevenção das doenças para que essa população possa ter conhecimento e passe a compartilhar, com a população, o caminho para ter uma melhor qualidade de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas com este estudo, a partir do nível de satisfação de idosos, acerca do atendimento em saúde ofertado na atenção básica mostra que a ESF tem contribuído para uma melhor atenção à saúde da população idosa, no que se refere aos cuidados recebidos nesse nível de atenção à saúde, na avaliação positiva realizada pelos idosos em relação aos cuidados prestados pelos profissionais enfermeiro, médico e agentes comunitários de saúde, assim como ao recomendar a ESF a um amigo ou familiar

Visto isso, pode-se considerar que a ESF tem alcançado avanços na assistência à saúde da população idosa, embora, perceba-se no estudo que ao pensar no processo de trabalho em equipe, faz-se necessário que os demais membros que atuam na ESF, como o auxiliar ou técnico de enfermagem e recepcionistas precisem atuar na lógica do trabalho em equipe, para que não haja fragmentação do processo de trabalho na atenção à saúde do idoso.

Apesar dos avanços da política de atenção à saúde do idoso nos serviços de atenção básica, é preciso que a gestão e a própria equipe de saúde contribuam de forma mais efetiva com a população para um envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas avaliativas acerca da atenção integral à saúde da população em estudo para investigar os resultados e impactos da política pública na melhoria dos serviços de saúde prestados aos idosos, cuja população vem crescendo ao longo dos anos necessitada de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar com foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde para alcançar uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, DF: MS; 2014.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Avaliador da Qualidade. Brasília: MS; 2013.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf> Acesso 24 mai. 2019.
- [5] Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006.
- [6] Campos, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600252&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 mai. 2019.
- [7] Fonseca, E.P.; Fonseca, S.G.O.; Meneghim, M.C. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. ABCS Health Sci., v. 42, n. 2, p. 85-92, 2017. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/1008/771>. Acesso em: 26 mai. 2019.
- [8] Goes, A.L.; Cezario, K.G. Atuação da equipe de saúde da família na atenção ao idoso em situação de violência: revisão integrativa. Arq. Ciênc. Saúde, v. 24, n. 2, p. 100-105, 2017. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/638>. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [9] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge). Projeções e estimativas da População do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [10] Macinko, J.; Mendonça, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate, v.42 n.(spe1), set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/> Acesso em: 25 mai. 2019.

- [11] Nunes, C.S.R.; Silva, M.P.; Barcessat, A.R.P. Acesso aos serviços de saúde bucal de adultos e idosos. *Estação Científica (Unifap)*, v. 7, n. 3, p. 09-18, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>. Acesso em: 27 mai. 2019.
- [12] Oliveira, L.P.B.A. et al. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia De Saúde da Família de santa cruz, Rio Grande do Norte. *Texto Contexto Enferm*, v. 23, n. 4, p. 871-9, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000320013>. Acesso em: 20 mai. 2019.
- [13] Pagliuca, L.M.F. et al. Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Min. Enferm.*, v. 21, p. e-1021, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170031>. Acesso em: 24 mai. 2019.
- [14] Parente, A.S.; Mesquita, F.O.S.; Oliveira, M.R. Satisfação dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em um município do interior de Pernambuco. *Rev. Adm. Saúde*, v.7, n.68, 2017. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/47/61>. Acesso em: 24 mai. 2019.
- [15] Pedraza, D.F.; Nobre, A.M.D.; Menezes, N. T. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos idosos em Campina Grande/PB. *Rev. APS*, v. 21, n. 1, 37-47, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16142>. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [16] Santos, S.C.; Tonhom, S.F.R.; Komatsu, R.S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, v. 29(Supl), p. 118-127, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413>. Acesso em: 27 mai. 2019.
- [17] Soratto, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [18] Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
- [19] Tinos, A.M.F.G.; Sales-Peres, S.H.C.; Rodrigues, L.C.R. Acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal: uma revisão. *RFO UPF*, v. 18, n. 3, p. 351-360, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mai. 2019.
- [20] Viana, A.A.F. et al. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. *RFO UPF*, v. 15, n. 3, p. 319-24, 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 mai. 2019.

Capítulo 9

Experiências e relatos de boas práticas com o idoso no Semiárido Brasileiro

Jaqueline Cardoso de Souza

Alessandra Avelina de Oliveira

Resumo: O processo de envelhecimento humano é caracterizado por transformações emocionais, físicas e sociais, dentro desta perspectiva a necessidade de se pensar alternativas e políticas públicas para a população dessa faixa etária. Este artigo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas no programa integrado de atenção ao idoso felipense- PIAIF, experiências de duas profissionais da saúde, uma Assistência Social e uma Enfermeira, relatar o surgimento do programa, sua estruturação, os profissionais envolvidos. Dentre os objetivos específicos estão citar um conjunto de boas práticas realizadas por uma equipe de profissionais no intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa no município. Busca problematizar também o trabalho e o diálogo entre SUS e SUAS e as possibilidades de se trabalhar em rede. Entre os resultados encontrados está o diagnóstico social abordando a caracterização dessa faixa populacional, diagnóstico socioeconômico, indicadores de infraestrutura social, levantamento da situação atual da saúde do idoso felipense, entre outros.

Palavras-chave: Política Pública, Envelhecimento, Diagnóstico, Idoso.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano é caracterizado por transformações emocionais, físicas e sociais, dentro desta perspectiva a necessidade de se pensar alternativas e políticas públicas para a população dessa faixa etária, a pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD-2006) apontou que o número de pessoas idosas com mais de 60 anos chegou a 19 milhões correspondendo a 10,2% do total da população (BIASUS, 2016) os dados mostram que a população está em constante crescimento o que nos provocada algumas indagações a respeito desse público alvo, envelhecer até pouco tempo era apenas para poucos apenas para países desenvolvidos. Sabe-se que hoje há no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; que, em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo (BRASIL, 2013).

Desta forma o desafio para uma política pública efetiva e de qualidade para um usuário, que vai aumentar a demanda desses serviços além do mais como manter a independência e a vida ativa desse envelhecimento e como fortalecer as políticas de promoção e prevenção de saúde, em caráter preferencial a pessoa idosa, e se tratando desse público específico, como melhorar a qualidade de vida são questões relevantes, visto que os idosos possuem particularidades como doenças crônicas, fragilidade, perda funcional, mais custos e menos recursos tanto financeiros como sociais, diante disso é que o idoso necessita de um cuidado estruturado e diferenciado das demais populações, Podemos ver como um marco que merece destaque se tratando da pessoa idosa foi a política nacional do idoso que através da lei nº 8842 sancionada em 1994 que priorizava o convívio do idoso em família, até essa lei o que preconizava era que o idoso deveria ser colocado em asilo, os idosos não eram vistos como cidadão de direitos.

De acordo com a realidade local do Município de Felipe Guerra, há uma preocupação com a situação do idoso local, diante desse contexto, Este artigo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas no programa integrado de atenção ao idoso felpense- PIAIF, experiências de duas profissionais da saúde, uma Assistência Social e uma Enfermeira, relatar o surgimento do programa, sua estruturação, os profissionais envolvidos. Dentre os objetivos específicos estão citar um conjunto de boas práticas realizadas por uma equipe de profissionais no intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa no município. Busca problematizar também o trabalho e o diálogo entre o Sistema Único de Saúde- SUS e o Sistema Único de Assistência social -SUAS e as possibilidades de se trabalhar em rede. Entre os resultados encontrados está o diagnóstico social abordando a caracterização dessa faixa populacional, diagnóstico socioeconômico, indicadores de infraestrutura social, levantamento da situação atual da saúde do idoso felpense, entre outros.

O PIAIF justifica-se por ser um programa inovador Felipe Guerra é a segunda cidade do Rio grande do Norte a executar e a desenvolver esse programa, busca identificar a vulnerabilidade sofrida pela população idosa no domicílio, a partir da observação da equipe e relato do próprio idoso, caso tenha condição de se expressar. Dentro desta perspectiva encontra-se a problemática de se trabalhar de forma interdisciplinar, uma prática nova para o Município, viabilizar o SUAS e o SUS é uma relevante questão visto que a maioria dos profissionais ainda não aderiu a esse sistema.

Além da corrente introdução, o presente artigo ainda conta com referencial teórico, abordando os tópicos (colocar tópicos do referencial), metodologia, que conta com as seguintes etapas (contratação da equipe multidisciplinar, treinamento e capacitação dos profissionais, reunião com os profissionais de saúde e de assistência social do município, coleta de dados na zona urbana e rural, elaboração do diagnóstico da população idosa do município e elaboração do plano de ação), e os resultados encontrados e as discussões a cerca dos mesmos.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em qualificar as estratégias de cuidado ao idoso, junto ao cuidador e a família, por meio de orientações e acompanhamento domiciliar da equipe. Dessa maneira, quanto à natureza, esta pesquisa classifica-se como sendo aplicada, visto que após a coleta e análise dos dados serão elaborados planos de ação de acordo com as necessidades patológicas e sociais do idoso. No que tange aos objetivos, classifica-se como descritiva e exploratória, descritiva, pois descreve as características da população idosa do município e exploratória, pois envolve levantamento de dados e entrevistas com as pessoas envolvidas com o problema objeto da pesquisa.

Em relação à abordagem, a pesquisa apresenta-se como qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa se dá pela análise das condições patológicas e sociais dos idosos Felpense. Em paralelo, tem-se

a abordagem quantitativa, uma vez que o levantamento de dados se dá através da aplicação dos questionários para posterior classificação e quantificação dos dados.

Quanto aos procedimentos técnicos é classificada como levantamento tipo survey, pois através dos questionários faz-se a obtenção de informações sobre a qualidade de vida da população em estudo.

Foram pensados os critérios de inclusão do idoso no programa idosos em situação de vulnerabilidade social (fragilidade nos vínculos familiares, negligência e violência), idosos com agravos de saúde, impossibilitados de buscar assistência médica; (pacientes acamados, ou com dificuldade de locomoção) possuir um cuidador identificado, mesmo morando sozinho. Dentre os critérios de exclusão estão ausência de um cuidador – (encaminhar de forma urgente para o CRAS), não aceitação do acompanhamento por parte dos familiares ou do idoso é analisado o caso e se houver necessidade, encaminhar para o Ministério público,

Não cumprimento do Plano de cuidados construído pela equipe PIAIF; Possibilidade de deslocamento do Idoso as unidades de atendimento; ausência de condições domiciliares mínimas que comprometam a resolatividade do Plano Cuidados; Óbito – quando há a família é desligada do programa.

Já os objetivos do programa é qualificar as estratégias de cuidado ao idoso, junto ao cuidador e família, por meio de orientações e acompanhamento domiciliar da equipe – obedecendo ao SUAS e SUS, ;identificar idosos em situação de vulnerabilidade social e agravos de saúde; capacitar o cuidador e família; Encaminhar e nortear para política setorial responsável , acompanhar o idoso para desligamento do programa, após intervenções da Equipe.

Este artigo contemplou seis etapas, quais sejam: montagem e compra de equipamentos para a sala do programa, contratação da equipe multidisciplinar, treinamento e capacitação dos profissionais, reunião com os profissionais de saúde e de assistência social do município, coleta de dados na zona urbana e rural, elaboração do plano de ação elaboração do diagnóstico da população idosa do município.

A primeira etapa consistiu na contratação de uma equipe multidisciplinar composta por Assistente social, Enfermeira, Médico geriatra Técnica de enfermagem e um fisioterapeuta. Na segunda etapa houve um treinamento e capacitação com durante três meses. Na terceira etapa houve reuniões com os profissionais de saúde e de assistência social, agentes comunitários de saúde ACS, Núcleo de apoio à saúde da família NASF, e programa saúde da família PSF, Centro de Referência da Assistência Social CRAS. Com os agentes de saúde para fazer o levantamento da população idoso por área de atuação dos mesmos, com NASF e PSF para possível acompanhamento dos profissionais junto à população idosa com CRAS para realizar encaminhamentos.

Na quarta etapa foi realizada a coleta de dados que ocorreu no período de junho de 2018 a setembro de 2018 na zona urbana e rural do município, foi realizada com pessoas acima de 60anos, a fixa de coleta de dados consiste em questionário com 60 perguntas, a primeira parte do questionário consiste no levantamento socioeconômico enquanto a segunda parte é relacionada à parte patológica da pessoa idosa.

Na quinta etapa com os dados coletados foi possível realizar o Diagnóstico da população idosa do município, Na sexta etapa consiste na elaboração do plano de ação que ocorre de acordo com as necessidades de cada idoso, é feito de forma individual de acordo com as necessidades encontradas pela equipe.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão abordados os tópicos relacionados ao levantamento bibliográfico, incluindo o envelhecimento humano, políticas públicas voltados para esse público alvo dados mundiais e da população idosa e o estatuto do idoso.

3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

De acordo com estatuto do idoso o envelhecimento da população é um fenômeno mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência (BRASIL, 2013).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses direitos está determinada na legislação (BRASIL, 2013). Desde a década de 1980, há diversas iniciativas internacionais que valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, pensado como um momento da vida de bem-estar e prazer.

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. (OMS, 2005),

Uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas tem o potencial de reunir muitos dos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente: (OMS, 2005). Menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade; mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; à medida que envelhecem mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; • menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica. (OMS, 2005),

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações.

As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio façam com que “as opções saudáveis sejam as mais fáceis”. (OMS, 2005),

3.2 ESTATUTOS DO IDOSO

O envolvimento familiar nesse processo é fundamental, o plano de cuidados feito pela equipe só será produtivo se houver a colaboração dos familiares e cuidadores o estatuto do idoso em seu artigo Artº 3º expõem que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2007)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são abordadas as experiências vivenciadas no programa integrado de atenção ao idoso felipense PIAIF e os relatos de boas praticam para com o idoso felipense, foi desenvolvida no período de junho de 2018 a setembro de 2018. PIAIF é um programa que foi desenvolvido através do Conselho Municipal do Idoso Felipense-COMIF, que via a situação do idoso como prioritário no município que elencou como prioridade um programa que visse de perto a real situação do idoso, foi financiado pelo Banco SANTANDER através do programa parceiro do idoso que utiliza o incentivo fiscal previsto no Estatuto do idoso (lei nº 10.741/2003) no intuito de incentivar e fortalecer proteção os direitos dos idosos.

As atividades do programa são desenvolvidas, tanto na zona urbana quanto na zona rural do município. A população idosa do Município de Felipe Guerra é composta por 800 idosos (IBGE 2010). O foco do programa é garantir que todos os idosos recebam o atendimento. O programa é executado pela Secretaria Municipal de Assistência social- SMAS e a Secretaria Municipal de Saúde-SMS. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por uma Assistente Social, uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, um Médico Geriatra e um fisioterapeuta.

As boas praticas seguem em virtude por ser um serviço demandado pelo conselho do idoso, por articular o SUAS e o SUS , por ser um serviço exclusivo e prioritário para a pessoa idosa por ser um serviço domiciliar que tem como objetivo fomentar um cuidador.

Os dados da população idosa foram apresentados a priori pela equipe dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Centro de Referencia da Assistência Social - CRAS, onde foi repassado o levantamento dos idosos por área dos ACS, a partir de então foram surgindo às demandas espontâneas (pessoas buscam na sede do programa) e a busca ativa pela equipe. Na 1ª visita atendimento é feito através de um instrumental com perguntas introdutórias e pessoais do idoso tais como nome, idade, estado civil, doenças existentes renda familiar dentre outras. A partir dos dados coletados segue o plano de cuidados de acordo com a vulnerabilidade ou agravo de saúde.

Na 2ª visita inicializamos o plano de cuidados do paciente-PC, capacitamos o cuidador e orientamos a família quanto as necessidades e atenção que deve ser destinada ao idoso, na 3ª visita se houver possibilidade encerramos o atendimento para aquele idoso e realizamos o seu desligamento do programa, caso não seja possível, reavaliamos PC, na intenção de que a fragilidade inicialmente detectada seja solucionada, e realizamos mais 2 visitas, caso não tenhamos solucionado o problema encaminhamos para a Política setorial responsável (Saúde ou Assistência Social). a equipe segue um cronograma de trabalho no intuito de assistir todo o município.

O Diagnóstico local já nos mostra a real situação idoso no município, de Felipe guerra o diagnóstico realizado pelo conselho via vigilância socioassistencial apontou de forma prioritária para a necessidade de um programa que fosse ao encontro do idoso frágil/vulnerável com suporte social insuficiente de forma domiciliar, olhando também para: valorização da pessoa idosa; suporte familiar; Doenças e medicamentos recorrentes na pessoa idosa.

No momento da visita da equipe é realizado a aplicação do questionário testes glicêmica averiguação de pressão arterial e peso do idoso, e através do olhar de cada profissional para verificar o estado clinico e social do idoso, após a coleta das informações é o momento do plano de ação que segue com o apoio do NASF, PSF e CRAS, os encaminhamentos são feito de acordo com cada necessidade.

4.1 PLANO DE AÇÃO

Através do atendimento domiciliar e do questionário respondido e do relato do próprio idoso, caso tenha condição de se expressar como também do olhar qualificado da equipe é possível diagnosticar o estado patológico e social do idoso, desta forma sendo possível verificar a real condição em que o mesmo se encontra, a partir de então a equipe viabiliza os atendimentos e /ou os encaminhamentos.

O fazer profissional do serviço social e da enfermagem juntos formam um diferencial no tocante a observar o estado clinico e social do idoso, ao trabalho interdisciplinar é fundamental nesse processo, tudo o que é observado é notado na ficha de evolução do idoso, uma ficha prontuário que alimenta o sistema no CRAS e é anexado ao PSF.

4.2 O DIAGNÓSTICO SOCIAL: CONHECENDO A REALIDADE DO IDOSO FELIPENSE

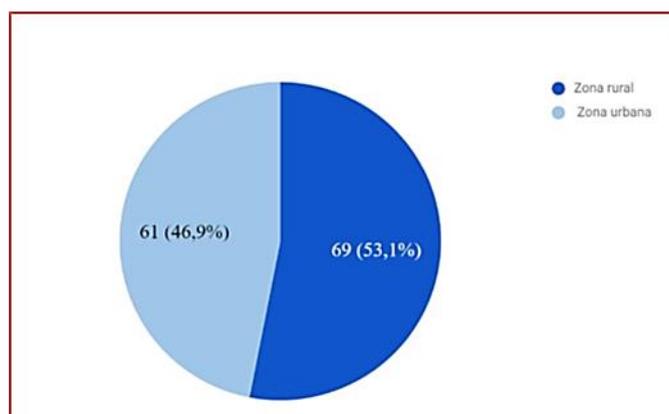
A partir dos dados coletados e com consultoria foi possível realizar o Diagnóstico social da pessoa idosa no Município de Felipe Guerra RN, o Diagnóstico social: Conhecendo a realidade do idoso felipense, que esta organizada da seguinte maneira, a apresentação: que fala sobre a parceria entre os conselhos e a equipe do Apoio aos Fundos dos Direitos da Criança, Adolescente e Idoso, e dados da população local, que de acordo com o IBGE 2010 a população do município é de 6052 habitantes, entre os idosos, 385 são homens e 413 mulheres totalizando 798 pessoas acima de 60 anos de idade.

Ja na introdução o Diagnóstico tras um panorama geral da real situação do idoso no Brasil , oportunidade de serviços programas dentre outros, o proximo topico fala sobre a cidade de felipe guerra sua localização e o historico do municipio dando continuidade o proximo ponto é o , Diagnóstico socio economico, do municipio trabalho e renda, demografia, razao por sexo, faixa etaria, longevidade, mortalidade e fecundidade, saúde e os equipamentos existentes no municipio, atendimento socioassistencial, projetos e programas sociais do municipio para o idoso,a infraestrutura e saneamento básico do municipio , vulnerabilidade encontradas em felipe guerra, os morador, perfil dos entrevistados, a consultoria pública, as questao de saúde no municipio, considerações gerais sobre Felipe Guerra, ideias preliminares para

elaboração do plano de ação, valorização da pessoa idosa, fragilidade e vulnerabilidade, suporte familiar, doenças e medicamentos, educação e mobilidade urbana.

A seguir gráficos das porcentagens de participantes da pesquisa:

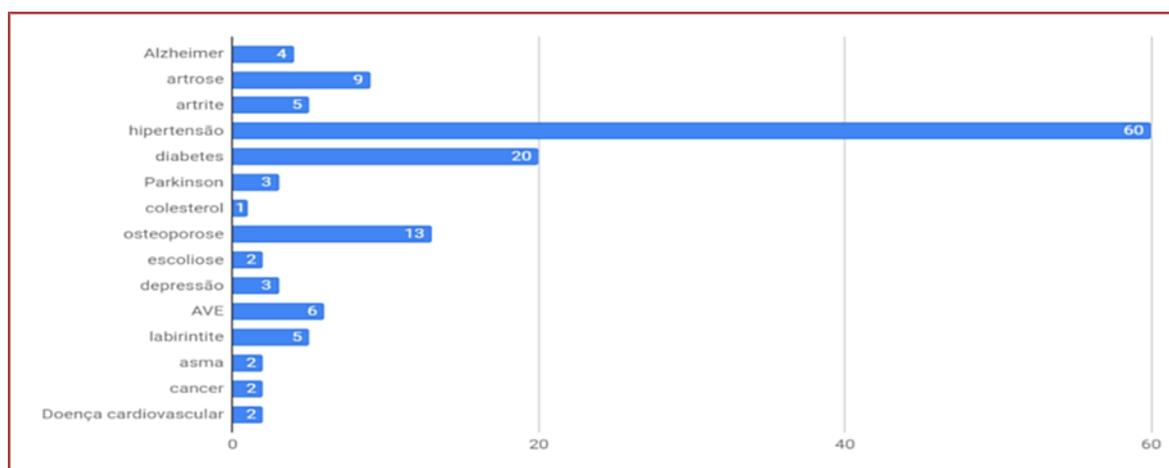
Gráfico 1 Porcentagem e participantes na zona rural e zona urbana



Fonte: Diagnóstico social Yabá (2018).

Das 130 pessoas entrevistadas para amostra de moradores da área de estudo, 69 são da zona rural e 61 da zona urbana. Desta forma tendo um equilíbrio entre a distribuição de moradores nas zonas. Foi realizada entrevistas com os idosos da zona rural e urbana do município não foi estipulado um valor certo de idoso que seriam entrevistados e nem foi elencado prioridade, o que levou em consideração foi a de ter mais de 60 anos e estar entre os critérios de inclusão.

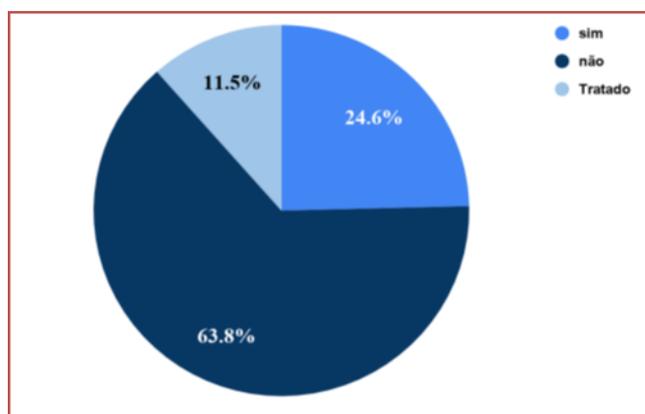
Gráfico 2: Porcentagem e participantes na zona rural e zona urbana.



Fonte: Diagnóstico social Yabá (2018).

O gráfico 2 mostra que os entrevistados podem perceber que a predominância de casos de hipertensão (60 idosos), seguidos de casos de diabetes (20 idosos) e osteoporose (13 idosos).

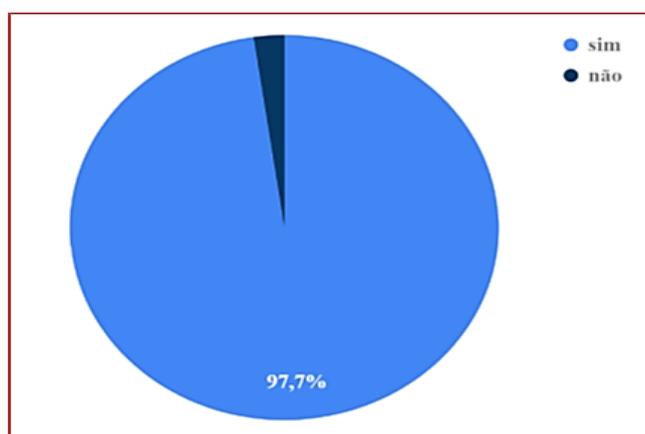
Gráfico 3: Idosos que apresentam mais de 3 doenças.



Fonte: Diagnóstico social Yabá (2018).

Dos idosos que apresentam enfermidades, a maioria dos entrevistados (63,8%) não apresentam mais de 3 doenças.

Gráfico 4: Idosos que recebem aposentadoria em Felipe Guerra.



Fonte: Diagnóstico social Yabá, 2018

De acordo com o gráfico 97,7% dos idosos do município estão aposentados. Ao todo foram 60 perguntas e respostas e cada pergunta criou-se gráficos no intuito de ter informações a cerca de cada idoso felipense, o Diagnóstico municipal da pessoa idosa do Município de Felipe Guerra- RN é um documento que servirá como base para os governantes, um documento bibliográfico que servirá de base e fonte bibliográfica para estudantes e pesquisadores da área da saúde e da assistência social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa integrado de atenção ao idoso felipense – PIAIF é esta apenas em construção se executado como foi pensado e contruidos de forma correta terá excelentes resultado para a população idosa do município,o atendimento a domicilio a ação da equipe e o trabalho inetrdisciplinar entre SUAS e SUA e colaboração do cuidor, torna um progrma pioneiro apto a resolutividade dos problemas enfrentados pelo idoso.

Dessa forma o presente artigo alcançou o seu objetivo, onde foram relatadas as experiências vivenciadas no programa integrado de atenção ao idoso felipense- PIAIF, experiências de duas profissionais da saúde, uma Assistência Social e uma Enfermeira, relatar o surgimento do programa, sua estruturação, os profissionais envolvidos, foi de suma importância tanto o surgimento do programa assim como o

Diagnóstico, que agora é algo concreto é um documento onde atual e futuros governantes podem estar utilizando como base para o planejamento do município.

Os resultados encontrados foram um idoso vulnerável com fragilidade nos vínculos familiares isolados de convívio social, medicamentos tomados de maneira errada ou algumas patologias desconhecidas ou mal tratadas, que em cima dessa questão foi pensado um programa que atendesse esse idoso e o inserisse em algum programa de serviço de convivência e fortalecimento de vínculo, que fizesse o primeiro atendimento a domicílio e após encaminhar esses idosos de acordo com cada necessidade encontrada.

O programa segue com suas limitações, pois ainda é composto por uma única equipe, o que aumentou a quantidade de tempo para a conclusão da pesquisa e para do suporte a população idosa local, o trabalho multidisciplinar entre SUAS e SUS também é um desafio que está sendo superada aos poucos a pesquisa foi realizada nos períodos de junho de 2018 a setembro de 2018, para o diagnóstico, o programa segue até os dias atuais e em 2021 irá para o Plano Plurianual- PPA do município. . Então, como sugestão de trabalhos futuros é proposto, trabalhos visando sempre à realidade de cada território, como políticas públicas voltadas exclusivamente para a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- [1] BIASUS. Felipe reflexões sobre o envelhecimento humano: Aspectos psicológicos e relacionamento familiar dezembro de 2016. Disponível em: http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_594.pdf. Acesso em 25/02/2019.
- [2] BIASUS. Felipe; DEMONTOVA. Aline; CAMARGO. Brigido Vizeu representações sócias do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos Santa Catarina- RS 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a25.pdf>. Acesso em 25/02/2019.
- [3] BRASIL, Ministério da saúde secretaria de atenção à saúde Estatuto do Idoso 3ª edição 2ª reimpressão Brasília-DF 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf: Acesso em de 2019
- [4] BRASIL, envelhecimento ativo: uma política de saúde organização pan: americana da saúde – opas OMS Brasília- DF 2005. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em 25/01/2019
- [5] BRASIL, 2007. Ministério da saúde secretaria de atenção à saúde. Estatuto do idoso 2ª edição 1ª reimpressão Brasília- DF 2017. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf: Acesso em 25/01/2019
- [6] IBGE 2010. Diagnóstico Social Conhecendo a realidade do Idoso Município Felipe Guerra – RN 2018. DISPONIVEL EM: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/felipe-guerra/panorama>. ACESSO EM: 20/02/2019
- [7] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2006). Recuperado em 20 de abril, 2011 Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm> Acesso em 25/02/2019.
- [8] VERAS, Renato Peixoto OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1929-1936. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em : 25/01/2019

Capítulo 10

Abandono afetivo: Um novo olhar sobre a violação dos direitos da pessoa idosa

Ana Karina da Cruz Machado

Resumo: Introdução: O envelhecer é algo natural, porém ocorre distintamente entre as pessoas. Por ser um processo natural, acontece em conjunto com diversas modificações, que gradativamente também vão demonstrando sinais de desgaste, tais como alterações no corpo, dificuldades de atenção e memorização, existência de doenças, perda de autonomia, dependência entre outras situações que vão requerer do idoso e, principalmente, de sua família, alguns cuidados maiores, renúncias e adaptações, realidade muitas vezes ignorada pela família. Diversos autores conceituam família como pessoas unidas por grau parentesco e laços afetivos, na prática, cada vez mais, esses laços estão sendo rompidos, e, com o fenômeno global do envelhecimento humano, temos dentro do ordenamento jurídico e das relações sociais uma nova preocupação, o abandono afetivo à pessoa idosa. Objetivo: Apontar o abandono afetivo sofrido pelas pessoas idosas como ato de violação aos seus direitos, destacando seu conceito e sua prevalência. Metodologia: Revisão sistemática da literatura. Resultados: O princípio da afetividade que assegura as relações familiares vem se destacando dentro da legislação brasileira no que tange a pessoa idosa. O cuidado e a responsabilização dos pais para com os filhos na infância não se revertem na velhice. O idoso tem sido vítima frequente de violências, abusos, negligências e abandono, principalmente o afetivo. Conclusão: O abandono afetivo ao idoso é um assunto que vem ganhando grande repercussão. A ausência do afeto, e a responsabilidade do dano diante da discussão jurídica é assunto muito polêmico e delicado, envolvendo não apenas a relação entre os pais e os filhos, e sim a discussão em torno da fragilidade das relações humanas e sociais. Neste sentido, mesmo em casos graves, de ruptura de vínculos, retirar o idoso do lar para abrigamento, e realizar a aplicabilidade da legislação, não é ofertar resolutividade, pois o carinho, o cuidado e a atenção esperados do familiar pela pessoa idosa, passarão a ser cada vez mais omissas e muitas vezes se torna até inexistente, agravando ainda mais o abandono e os sentimentos negativos vividos.

Palavras Chave: Pessoa Idosa; Abandono Afetivo; Direitos.

1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma realidade no Brasil e no mundo, a estatística tem comprovado ano a ano esse fenômeno¹ o número de pessoas idosas no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), cresceu de 4,8%, no ano 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou em 2010, a 7,4%.

Apesar das estatísticas, um dos maiores desafios de envelhecer no Brasil, é o envelhecimento com dignidade. Princípio idealizado na Constituição Federal e reforçado especificamente no Estatuto do Idoso (BRASIL, 1988).

O país envelhece ano a ano, no entanto, o processo de envelhecimento ainda é visto como um problema. A sociedade capitalista tem feito estigmatizado o idoso como uma pessoa inativa, sem utilidade por não ter mais o poder de “produção” natural dos trabalhadores mais jovens, que estimulados pelo consumismo cada vez produzem mais e “descartam” o que é velho. A verdade é que o envelhecimento tem proporcionado problemas para ambos os lados. De um lado um idoso que trabalhou sua vida inteira e agora espera aproveitar a aposentadoria para ficar em casa e aproveitar o convívio da família do qual abdicou para sustentar os seus, do outro lado uma família no ápice de seu vigor produtivo, querendo ganhar tempo “trabalhando mais, para ganhar mais”. Na contramão dos dois lados, a solidão, o vazio e ócio como respostas para uma vida que há pouco tempo era atribulada e cheia de responsabilidades.

Mesmo com o sucesso da longevidade e com todos os dispositivos legais, ainda não se vê um preparo para lidar com o envelhecer. Esse despreparo é visto com frequência na responsabilidade do Estado, omitida na falta de acesso das políticas sociais, visto na sociedade que não se preparou para um convívio saudável e respeitoso entre as gerações, e especialmente na família, local onde os idosos sofrem constantemente falta de atenção, diálogo, entendimento, caracterizados por abandono afetivo.

A palavra família tem sua origem no latim *famulus* que significa “aquele que serve” (Engels, 2000), termo muito usado na Roma Antiga. De lá para cá esse termo tem passado por evolução em constantes modificações, considerando sempre as alterações nos papéis e nas relações estabelecidas entre seus membros.

Em nossa sociedade tem se tornado comum o fato da família infringir o direito do idoso. Essa violação de direitos impacta em consequências irreversíveis a integridade e a dignidade do indivíduo idoso, são desrespeitos desde a coisas simples da casa, como a vontade de comer algo, o pelo silêncio ou por assistir a um simples canal de televisão, até o abandonando em Instituições de Longa Permanência para idosos – ILPIs (PACHÁ, 2013).

Algumas famílias se limitam apenas a garantir a subsistência da pessoa idosa, negligenciando o carinho, o cuidado e a atenção devida, ou simplesmente terceirizando essa função para os cuidadores.

A Constituição Federal através do seu art. 230 e o art. 3º do Estatuto do Idoso determinam o dever legal da família junto à pessoa idosa, a fim de garantir a dignidade inerente ao ser humano, destacando “o dever dos filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (BRASIL, 2003).

Apesar do idoso ser um sujeito de direitos específicos e diferenciados em relação às demais pessoas, haja vista por ser uma pessoa mais frágil, em virtude do próprio processo natural e biológico do envelhecimento, na prática esses direitos são negligenciados ou violados (PEREIRA, 2006). Curiosamente, a quem a legislação mais atribui as responsabilidades do cuidado é quem mais viola seu direito.

Há muitos mitos em torno do envelhecimento. A maioria dos idosos é considerada como peso para seus familiares e a sociedade. Se considerarmos que o aparato jurídico responsabiliza no art. 229, o dever dos filhos a responsabilidade pelo cuidado, implicitamente esse cuidado está também atribuída a missão do cuidar com afeto (BRASIL, 1988). No Brasil, de acordo com o levantamento da Secretaria dos Direitos Humanos (SDH), a cada uma hora, pelo menos, dois idosos sofrem algum tipo de violência, apontando a principal violência sofrida é a negligência (BRASIL, 2014).

O presente artigo visa apontar o abandono afetivo sofrido pelas pessoas idosas como ato de violação aos seus direitos, destacando seu conceito e sua prevalência.

Se considerarmos que na legislação brasileira estabelece o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, bem como o dever da família, da sociedade e do Estado, amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e bem-estar, e cada vez mais as estatísticas apontam o sujeito idoso como frágil e vítima dessas violações, a relevância desse estudo se dá na necessidade de abrir o diálogo para quais seriam os caminhos de um convívio respeitoso e com menos abandono afetivo a pessoa idosa?

2.METODOLOGIA

Para a construção do trabalho foi realizada uma revisão sistemática da literatura no sentido de ratificar a relevância da temática abandono afetivo em idosos.

As revisões sistemáticas servem para potencializar estudos e afirmar ideias defendidas na perspectiva de diversos autores (SOUSA; RIBEIRO 2009).

Nessa direção, houve um levantamento da literatura a ser usada, separando textos, artigos e monografias para análise do tema escolhido na base Scielo, Medline, Pubmed, bem como, escritos do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e consulta a legislação vigente, destacando o Estatuto do Idoso e a Constituição Federal do Brasil.

Como critérios de inclusão, foram escolhidos artigos e textos dos últimos dez anos, e selecionados as palavras chave abandono afetivo em idosos, negligência afetiva em idosos. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre agosto e setembro do ano de 2016.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O maior desafio não é o envelhecimento da população, mas sim a necessidade e urgência em se implementarem mudanças no modo de pensar o envelhecimento (BRASIL, 2004). A marginalização e a rejeição dos idosos, no âmbito social e familiar, acaba incorporando em sua vida, ocorrendo assim, a auto exclusão. Muitos idosos se isolam em suas casas, da sociedade, e até mesmo, em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), conhecidos como asilos (BERTOLIN; VIECILI, 2014).

Envelhecer é um processo natural ao ser humano, mas não conseguimos enxergar com facilidade em nós mesmos. As limitações psicomotoras, sociais e culturais gradativamente vêm influenciando na vida do idoso, da família e do seu meio. Se ele enxergar de forma depreciativa e preconceituosa acabará influenciando a auto exclusão, e a sua não participação efetiva na sociedade, de qual possui com todo o direito.

É na família, na educação dos pais para com seus filhos, que origina a importância dos valores e do respeito, sustentado no afeto. De modo que no decorrer do seu desenvolvimento como ser humano, serão indivíduos preocupados com o bem-estar dos seus parentes, pois é nesse meio familiar que temos uma maior noção das dificuldades e necessidades dos seus integrantes, responsabilizando, assim, a família na proteção e nos cuidados dos mesmos. A falta desses valores e respeito impactam diretamente no tratamento dado aos pais no futuro (PACHÁ, 2013).

Os familiares devem ter uma compreensão dessa etapa natural da vida, com o dever de assegurar a sua dignidade, dele ser respeitado, mesmo com todas as dificuldades inerentes a sua idade, sendo elas biológicas, emocionais e adaptativas, e do qual necessitará de cuidados específicos, em ser envolvido com amparo e afeto nessa convivência familiar.

4.CONCLUSÃO

Os diversos estudos pesquisados apontam para a necessidade de se discutir abandono afetivo como prática de violência e violação de direitos contra os idosos. Torna-se fundamental também discutir o fortalecimento de vínculos apesar deste ser uma realidade complexa.

Torna-se urgente também a criação de espaços de diálogos que atendam às necessidades dos idosos vítima de violência, ou seja, e de amparo psicológico quando casos de abandono afetivo deixam marcas graves como desejo por morte e sentimento de inutilidade diante da vida.

Viver com dignidade é um direito de todo ser humano, já que significa a própria garantia do direito à vida, a família precisa garantir as pessoas idosas esse direito, parece algo muito difícil, no entanto, não é nada se lembrado que esse idoso é o mesmo que forneceu a essas a vida e toda a estrutura necessária para serem hoje quem são.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- [2] Brasil. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- [3] Brasil. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Plano Nacional de enfrentamento da Violência contra a pessoa idosa. Brasília, 2014.
- [4] Barcelos, Andreza Toninitos. A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: uma análise de caso no município de Vitória/ES. 122f. Dissertação (Mestrado em Direito Público e Evolução Social). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2006.
- [5] Bertolin, Giuliana; Viecili, Mariza. Abandono Afetivo do Idoso: Reparação Civil ao Ato de (não) amar? Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da Univali. v. 5, n.1, p. 338-360, 1º Trimestre de 2014. Disponível em: www.univali.br/ricc- ISSN 2236-5044 Acesso em 13 agosto de 2016.
- [6] Dias, Maria Berenice. Manual de Direito das famílias. 6. ed. revista, atual. e ampl. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.
- [7] Engels, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- [8] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2014.
- [9] Pachá, Andréa, Indenização por abandono afetivo não deve ser paradigma. Revista Consultor Jurídico, 18 de julho de 2012. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2012-jul-18/indenizacao-abandono-afetivo-naoparadigma-historias-desamor> Acesso em 13 agosto de 2016.
- [10] Peixoto, C. Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: Velho, velhote, idoso, terceira idade. Velhice ou terceira idade? Editora: FGV, 2011.
- [11] Sousa MR; Ribeiro AL. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. Arq Bras Cardiol. 2009.

Capítulo 11

Subnotificação e (In)visibilidade da violência em grupos vulneráveis com ênfase no gênero feminino: Relato de experiência

Maria Elda Alves de Lacerda Campos

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Larissa Brito Vieira Diniz

Ludimilla da Costa Santos

Vanessa Francisca Vicente da Paixão

Raquel Oliveira Xavier

Resumo: O fenômeno das violências e acidentes pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais, o Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública. Estudos têm evidenciado que a violência contra o gênero feminino é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras. A ficha de notificação deve ser utilizada para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra os gêneros (BRASIL, 2016). O presente estudo teve como objetivo relatar as experiências vivenciadas no projeto de extensão voltado para a problemática da violência com ênfase no gênero feminino, cuja proposta buscou apresentar uma estratégia integrada da formação, da pesquisa, da extensão, nas dimensões multidisciplinar, interinstitucional, multi institucional e intergeracional, na área temática da violência de grupos vulneráveis, bem como o entendimento dos tipos de violência que comprovadamente comprometem a saúde dos indivíduos de uma forma geral. O projeto foi desenvolvido por docentes e alunos do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco – Campus Petrolina, voltado para profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e profissionais do Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM). Esse trabalho estimulou a reflexão, sensibilidade coletiva dos profissionais e trabalhadores em saúde, sobre experiências e vivências de violência no cotidiano, e os seus efeitos sobre a vida da mulher e deu ênfase na implementação das notificações de violência dos grupos vulneráveis.

Palavras chave: Violência; Grupos vulneráveis; Sistema de informações; Enfermagem em saúde comunitária.

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno das violências e acidentes pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais, o Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública (Brasil, 2001). Estudos têm evidenciado que a violência contra o gênero feminino é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifestasse de diversas maneiras, tais como: abuso físico, psicológico e sexual. Inúmeras ocorrências são registradas em unidades de saúde e centros de atendimento, porém, grande parte dos profissionais não estão capacitados para identificar os casos de violência adequadamente. A vulnerabilidade da mulher, em relação à violência doméstica dar-se pelo grau de superioridade masculina imposta pela sociedade, quanto maior o grau, maior a dependência.

Visando fornecer subsídios para coibir e prevenir todas as formas de violência contra a mulher, foi criada a Lei Maria da Penha n 11340/06, que aborda os direitos fundamentais para viver sem violência. A atenção às pessoas em situação de violência configura um problema em saúde, exigindo um trabalho em rede entre organizações, com ações intra e intersectorial e atuação integrada dos serviços voltada para a promoção da cidadania e equidade. A estratégia organizacional dos serviços em rede busca a ampliação da resolubilidade e a integralidade da atenção.

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, ampliando o leque de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos que atingem grupos vulneráveis, sobre os quais ainda impera a lei do silêncio, do medo, do tabu e do preconceito (Brasil, 2011). A ficha de notificação deve ser utilizada para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovoada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra os gêneros (Brasil, 2016).

Em todos os seguimentos sociais a violência aparece com dados alarmantes no Brasil, e, Pernambuco em meio ao rápido desenvolvimento que aflora nestes últimos anos, tem acumulado dificuldades variadas e profundas. Petrolina apresenta altos índices de violência e criminalidade do Estado. Assim, em situações como essas, as categorias populacionais mais atingidas são os grupos vulneráveis.

Considerando a importância da rede na articulação com o setor saúde e visando a melhoria das notificações e a assistência à mulher em situação de violência, foi incorporado nesse projeto o Centro Especializado de Atendimento à Mulher – CEAM de âmbito municipal

O presente estudo teve como objetivo relatar as experiências vivenciadas no projeto de extensão voltado para a problemática da violência com ênfase no gênero feminino, cuja proposta buscou apresentar uma estratégia integrada da formação, da pesquisa, da extensão, nas dimensões multidisciplinar, interinstitucional, multi institucional e intergeracional, na área temática da violência de grupos vulneráveis, bem como dar visibilidade as diversas faces da violência e a importância dos registros de notificação para fins epidemiológico.

2. METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido em 2018 pelos docentes e alunos do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco – *Campus* Petrolina, voltado para profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF), médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, como também profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e profissionais do Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), psicológico, assistente social e recepcionista.

No primeiro momento realizou-se o contato com a Unidade Básica de Saúde e com o CEAM para informar sobre o projeto a ser desenvolvido, bem como saber o interesse dos profissionais em participar do presente projeto.

Foram realizadas capacitações com os alunos extensionistas visando à preparação dos mesmos e a construção do material didático-pedagógico para utilização nas oficinas.

Após as capacitações com os discentes, deu-se início às oficinas com os profissionais da ESF, explanando as diversas formas de violência contra os grupos vulneráveis, especialmente à mulher, enfatizando a importância das notificações, apresentando o instrumento de registro (ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada) e orientando quanto ao seu adequado preenchimento. Esse momento permitiu uma discussão em torno da importância do registro da notificação dos casos de violência, quando notificar, o que notificar e como notificar. Foi abordado ainda as peculiaridades desse tipo de notificação, e enfatizado a diferença entre notificar e denunciar.

Como forma de avaliação, foi elaborado um questionário semiestruturado para ser aplicado aos profissionais antes e após a promoção das ações do projeto. As ações operacionalizadas tiveram datas agendadas na UBS, com carga horária semanal de 4 horas.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

A primeira atividade desenvolvida foi o contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e com o Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), onde procurou-se identificar o interesse dos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os profissionais do CEAM em participar das atividades do referido projeto.

Na segunda etapa foram realizadas vários encontros com os alunos extensionistas a fim de capacitá-los e também promover a elaboração do material didático-pedagógico para as oficinas que seriam realizadas posteriormente. Tais capacitações foram dispostas em forma de aulas expositivas e roda de conversa sobre: magnitude da violência, mapa da violência no Brasil, no estado de Pernambuco e no município de Petrolina; os diversos tipos de violência; Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); apresentação da ficha de notificação de violências, demonstrando o seu adequado preenchimento e a sua importância; além de outros assuntos apropriados à elaboração de material para ser trabalhado com os profissionais da unidade.

A terceira etapa desenvolvida foi a realização de oficinas com os profissionais da ESF, explanando a magnitude da violência, as diversas formas de violência contra a mulher, dando ênfase a importância das notificações. Foi apresentada o instrumento de notificação (ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada), havendo uma discussão em torno da sua realização e do seu adequado preenchimento, com diversas abordagens: quando notificar, o que notificar e como notificar. Foi abordado ainda as peculiaridades desse tipo de notificação, e enfatizado a diferença entre notificar e denunciar.

Foi aplicado um questionário semiestruturado aos profissionais como forma de avaliação, antes e após a realização das ações do projeto. Observou-se que os profissionais e trabalhadores da saúde, apresentaram dificuldade em responder as questões referentes à violência.

Notou-se que grande parte dos profissionais tinha insuficiente conhecimento sobre a ficha de Notificação, e alguns não sabiam que violência era um agravo de notificação compulsória. Determinados participantes mostraram-se receosos em notificar esses casos por não possui um aparato legal para garantia da sua segurança.

Com relação ao CEAM não foi possível desenvolver as atividades propostas pela escassez de profissionais nesse estabelecimento, na época do desenvolvimento do projeto, o que tornou inviável o seguimento das atividades na instituição.

4. CONCLUSÃO

Foram encontradas algumas dificuldades, dentre elas, as referentes a comunicação entre a equipe da unidade de saúde, impactando na mudança de datas para realização das oficinas, uma vez que os participantes desconheciam o evento para a data agendada.

Apesar das limitações, esse trabalho mostrou-se relevante, pois estimulou a reflexão, sensibilidade coletiva dos profissionais e trabalhadores em saúde, sobre experiências e vivências de violência no cotidiano, e os seus efeitos sobre a violência praticada contra a mulher e deu ênfase a importância das notificações de violência dos grupos vulneráveis, proporcionando a viabilização de ações estratégicas junto a sociedade, visando coibir a violência.

Considerando que a subnotificação dos casos de violência representa um problema significativo, faz-se necessário a implementação de ações que estimulem os profissionais a ter um olhar abrangente visando identificar as diversas formas de violência as quais estão submetidas a população, sobretudo os grupos vulneráveis e também a sua notificação, permitindo dar visibilidade aos casos e, assim, poder propiciar o desencadeamento de medidas efetivas no combate a esse agravo social.

O projeto deve ser continuado considerando a sua relevância, buscando a ampliação das ações para outras unidades básicas de saúde do município, a fim de implementar as notificações e assim poder proporcionar maior visibilidade aos eventos violentos nos grupos vulneráveis, permitindo o conhecimento do perfil desse agravo no nível municipal.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- [2] Olivera, C.S.; Delzivo, C.R.; Lacerda, J.T. Redes de atenção à violência. Florianópolis: UFSC, 2014.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva :instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) :2009, 2010 e 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Capítulo 12

Fatores de risco para o suicídio entre idosos: Revisão bibliográfica

Matheus Barros Carvalho

Wdson David de Araújo Cavalcante

Amanda Lisa Amorim Sousa

Natália Caldeira Freitas

Jhenyfer Barbosa de Oliveira Mantesso

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro Bueno

Resumo: Introdução: No Brasil, o crescimento da população idosa é um fenômeno que acontece de forma radical e bastante acelerada (CARVALHO, 2013). Diante disso, faz-se necessário um olhar atento para as demandas que essa população traz, dentre elas, o suicídio entre idosos, que é considerado um problema de saúde pública. Transtornos mentais, doenças físicas e incapacitantes e problemas de ordem social podem ser apontados como exemplos de fatores que desencadeia o suicídio na população da terceira idade. O objetivo do presente estudo é elencar os principais fatores de risco relacionados ao suicídio na terceira idade. Método: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo realizado a partir das bases de dados Scielo e BVS, utilizando os descritores: Suicídio, Assistência a Idosos, fatores de risco e saúde mental. Resultados e discussão: Estudos apontam a depressão como o principal fator relacionado ao suicídio entre idoso, podendo configurar-se como causa primária ou secundária. Doenças mentais ou doenças físicas como câncer, doenças cardiopulmonares e doenças urogenitais podem desencadear a depressão, esta, porém desencadeante da ideação suicida. Problemas como o isolamento, falta de autonomia e dependência configura-se um fator crucial para o suicídio entre idosos. Considerações Finais: Fica claro que são diversos os fatores de risco para o desenvolvimento do suicídio entre pessoas idosas, porém a depressão é apontado como um dos principais devido sua alta prevalência, diante disso, faz-se necessário que gestores e profissionais estejam atentos a essas demandas que a população idosa traz consigo.

Palavras-chave: Idosos. Suicídio. Fatores de risco

1. INTRODUÇÃO

O suicídio segundo Emile Durkheim é definido como toda morte que “resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que ela produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2004). De acordo com o autor, o suicídio é um fenômeno explicado pelo grau de interação social entre indivíduo e sociedade, ou seja, quanto mais coesão social menor as taxas de suicídio.

Em contrapartida, Karl Marx 2003, afirma que as ideias, a consciência e as relações sociais resultam das formas de organização do consumo, comércio e de produção. Dessa maneira, segundo o autor, somente uma transformação do modo de produção capitalista de uma sociedade é capaz de reduzir os índices de suicídio em determinada comunidade.

O suicídio, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2014, é responsável por cerca de 800 mil mortes por ano, ocorrendo principalmente em regiões de baixa e média renda. O Brasil, desde a década de 1960, apesar da queda nas mortes por doenças infecciosas e parasitárias, tem convivido com um aumento constante nas mortes por causas externas. O suicídio atualmente ocupa o terceiro lugar nesse ranking, ficando atrás, respectivamente, dos homicídios e dos acidentes de trânsito (MACHADO; SANTOS, 2015).

No Brasil, o crescimento da população idosa é um fenômeno que acontece de forma radical e bastante acelerada. As projeções apontam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. (CARVALHO, 2013)

Nesse contexto, a transformação no perfil demográfico traz consigo desafios para o sistema público de saúde, especialmente pela alta prevalência de doenças crônicas- degenerativas, perdas cognitivas e a propensão a acidentes e isolamento social (RESENDE; DIAS, 2008). Além disso, contextos e agravos anteriormente inexplorados nesta população começam a ganhar atenção, como o caso do suicídio entre idosos, surgindo assim, novas demandas para profissionais e gestores de saúde com o intuito de entender estes novos fenômenos (VERAS 2009; MINAYO 2013; CAVALCANTE, 2010).

No Brasil, em 1980, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), houve 529 suicídios em pessoas com 60 anos ou mais. No ano de 2012, esse número passou para 1.670 casos, ou seja, um acréscimo bastante significativo (WAISELFISZ, 2014). As taxas de suicídio na faixa etária acima de 60 anos são o dobro das que a população em geral apresenta (MINAYO, 2006). É válido ainda ressaltar que os idosos utilizam meios mais letais do que pessoas de outras faixas, por isso suas tentativas costumam ser consumadas, resultando no suicídio (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Diversos fatores podem estar associados com o risco de suicídio, incluindo doenças físicas incapacitantes, problemas mentais, abuso de álcool e outras drogas, conflitos familiares, depressão, doenças degenerativas, perda de autonomia e isolamento social (MINAYO; CAVALCANTE; 2014)

O objetivo do presente trabalho é explanar os fatores associados ao risco de suicídio de pessoas idosas a partir da literatura indexadas nas bases de dados nacionais.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, realizada a partir das bases de dados Scielo e BVS, como critério de seleção foi utilizado os seguintes descritores:

Suicídio, Assistência a Idosos, fatores de risco e saúde mental, validados pela plataforma DeCS.

Para o embasamento teórico foi realizado a análise de 5 artigos disponíveis na Scielo e 2 artigos disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A análise foi feita entre o dia 19 de maio de 2019 e 23 de maio de 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão como uma causalidade primária ou secundária ou como efeito de abandonos, perdas de familiares, pessoais e financeiras, doenças limitantes e sofrimento psíquico é apontada como o principal fator desencadeante de pensamentos suicidas, pois ela produz um sentimento de inutilidade, tristeza e dor. (CAVALCANTE; MINAYO; 2015).

Falta de interesse, atitudes negativas, tristeza, distúrbios do sono são as principais expressões da depressão (BERNARDES, TURINI, MATSUO, 2015). O Idoso suicida depressivo não tem apego à existência, pois os seus laços sociais estão enfraquecidos (SOUSA, *et al* 2013). É importante ressaltar que nem todo depressivo é suicida, tampouco que todo idoso suicida passou pela depressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2000, cerca de 15% das pessoas diagnosticadas com depressão se suicidaram no mundo, desse modo fica subentendido que a depressão é o transtorno mental que esta mais fortemente relacionado ao suicídio.

Estudos realizados através de autopsias psicológicas evidencia que entre 71% e 95% de idosos que cometeram suicídio possuíam diagnóstico de algum transtorno mental (WAERN, *et al* 2002). Harwood *et al*, 2001 através de uma amostra significativa de idosos constataram que 77% deles padeciam de algum distúrbio mental quando cometeram suicídio.

Doenças físicas ou incapacitantes também são apontadas como um fator de risco para o suicídio. Câncer, problemas do sistema nervoso central, doenças cardiopulmonares e doenças urogenitais são mencionados como fator que pode provocar a depressão (fator desencadeante para o suicídio), porém não existe relação direta entre o estado de saúde física e tentativa de suicídio, a relação se dá de maneira indireta (CAVALCANTE; MINAYO; 2015).

Geralmente entre jovens e adultos os motivos que induzem ao suicídio estão relacionados a problemas amorosos, financeiros, legais ou de trabalho. Entretanto entre os idosos, os principais fatores são: morte de um familiar, principalmente de um cônjuge, perda de perspectiva na vida, isolamento social, dependência física ou mental das quais o idoso se sente constrangido e mudança nos papéis sociais. (MINAYO, CAVALCANTE, 2010).

Outro ponto bastante relevante apontado por Minayo *et al* 2011 é que a relação dentro da família também pode desencadear a depressão ou a ideação suicida, onde o idoso não é visto mais como provedor. “Do ponto de vista existencial, chamou a atenção à dificuldade diante do envelhecer e a dificuldade de famílias para tirar os idosos do lugar de provedor e os colocar no lugar de quem é cuidado”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) através do manual “PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA” alerta que cerca de um terço dos casos de suicídio estão ligados à dependência do álcool, que 5 – 10% das pessoas dependentes de álcool terminam sua vida pelo suicídio e que no momento do ato suicida muitos se apresentam sob a influência do álcool. Diante disso, é importante os profissionais estarem aptos para o manejo de pacientes com esse fator de risco, e principalmente se este vier associado com a depressão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa vem crescendo no Brasil e no mundo de maneira muito rápida, o que justifica um olhar atento de gestores e profissionais para as demandas que essa população traz. O suicídio nesta faixa etária constitui um grande problema de saúde pública e merece uma atenção especial diante das consequências que o problema pode trazer.

Fica evidente que são vários os fatores desencadeantes do suicídio ou de pensamentos suicidas, e que na maioria das vezes eles estão relacionados entre si. Entretanto a depressão é apontada como o principal fator devido sua alta prevalência nessa população a também pelo fato de sua sintomatologia esta associada a questões de sofrimento psíquico, doenças mentais e problemas de ordem social.

REFERENCIAS

- [1] Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, *et al*. Mental disorders in elderly people. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):450-5.
- [2] Doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.450
- [3] Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(2): 155-65. Doi: 10.1002/1099 1166(200102)16:2<155::AIDGPS289> 3.0.CO;2-0

- [4] World Health Organization *et al.* Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: Suíça, 2000.
- [5] Minayo, Maria Cecília de Souza *et al.* Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. *Trivium-Estudos Interdisciplinares*, v. 3, n. 1, p. 109-117, 2011.
- [6] Minayo, Maria Cecília de Souza; Cavalcante, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, p. 750-757, 2010.
- [7] Minayo, Maria Cecília de Souza; Cavalcante, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, p.1751-1762, 2015.
- [8] Resende, Márcia Colamarco Ferreira; Dias, Elizabeth Costa. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 785-800, 2008.

Capítulo 13

Cuidado Multiprofissional à idosos residentes em uma instituição de longa permanência

Gabriella de Araújo Gama

Gustavo Henrique de Oliveira Maia

Fernanda Correia da Silva

Anny Suellen Rocha de Melo

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiros de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso numa atividade de intervenção em saúde desenvolvida em uma ILPI, visando o aprimoramento das práticas de cuidado e a qualificação da assistência prestada ao indivíduo idoso. O estudo realizado trata-se de um relato de experiência, vivenciada no decorrer da disciplina “Aspectos Demográficos, Políticos, Epidemiológicos e Assistenciais na Saúde do Adulto e Idoso”, do eixo transversal da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso de um Hospital Universitário. As atividades desenvolvidas nesta ILPI demonstraram a importância do desenvolvimento de intervenções numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, que favoreçam o reconhecimento das necessidades e demandas desse público-alvo e que visem proporcionar acolhimento, inserção e pertencimento social aos mesmos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, sendo um ciclo marcado por mudanças biopsicossociais específicas.¹ Nos últimos tempos, o aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade vêm contribuindo para o crescimento do índice de envelhecimento mundial.²

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população que produz um aumento do número de pessoas idosas.³ No Brasil, a população idosa, representada por pessoas com 60 anos ou mais de idade, é a que mais cresce atualmente, sendo estimado pela Organização mundial de saúde que até 2025 o país terá a sexta população mais envelhecida do mundo.^{2,4} Além disso, a proporção da população “mais idosa”, ou seja, de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.^{3,5}

Um dos fenômenos surgidos no processo de envelhecimento populacional foi a oferta da assistência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Segundo a RDC nº 283/2005, que aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs, estas constituem instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, devendo proporcionar atenção e cuidado multidisciplinar com vistas a atender as necessidades de saúde de cada indivíduo.⁶

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiros de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso numa atividade de intervenção em saúde desenvolvida em uma ILPI, visando o aprimoramento das práticas de cuidado e a qualificação da assistência prestada ao indivíduo idoso.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada no decorrer da disciplina “Aspectos Demográficos, Políticos, Epidemiológicos e Assistenciais na Saúde do Adulto e Idoso”, do eixo transversal da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso de um Hospital Universitário. As atividades foram desenvolvidas em uma ILPI filantrópica em Maceió-AL, na qual, quatro equipes multiprofissionais composta por enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e psicólogos, colheram dados de idosos residentes, identificando necessidades individuais, planejaram e implementaram um plano de cuidado para os mesmos.

3. RESULTADOS

A atividade iniciou através da aproximação de cada equipe multiprofissional com um idoso residente da instituição, a fim de obter informações acerca da história pessoal e familiar, hábitos e recordações dos mesmos. Além disso, também foram empregados instrumentos específicos de avaliação em saúde da pessoa idosa, que investiga aspectos decorrentes do próprio processo de envelhecimento e também relacionados à vulnerabilidade da pessoa idosa institucionalizada, tais como a avaliação da capacidade funcional através do índice de Katz e a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, que apresentaram-se como subsídios para as equipes planejarem a assistência.

A análise das informações obtidas e discussão acerca das prioridades de saúde de cada idoso, pelas equipes multiprofissionais, desencadearam a realização de quatro intervenções baseadas em aspecto individuais dos mesmos. As atividades desenvolvidas pelas equipes foram: realização de exposição que reuniu pinturas e poemas de um idoso, com o objetivo de conferir reconhecimento e valorização à produção artística do mesmo, contribuindo para a manutenção de sua função cognitiva, bem como oportunizando a integração dele com a família e comunidade que compareceu ao evento; confecção de scrapbook contendo de forma interativa o registro de memórias referidas pelo idoso, oportunizando o resgate de sua história de vida; produção de livro de tecido para estimulação cognitiva, contendo jogos e atividades voltadas à capacidade de raciocínio, atenção, memória e percepção; e, por fim, desenvolvimento de livreto de informações e atividades com estímulo para o autocuidado e preservação da autonomia do idoso.

4.DISSCUSSÃO

A institucionalização pode apresentar-se como uma opção para os idosos que dispõem de condições para permanecer com a família e/ou no seu domicílio, em decorrência de uma complexidade de fatores, dentre os quais, carência de recursos financeiros, necessidade de permanência dos familiares no mercado de trabalho, ausência de cuidadores, alto nível de dependência, dentre outros, não sendo adequado generalizar a ideia de abandono/rejeição familiar.⁷

O Estatuto do Idoso, definido pela lei 10.741/03, estabelece que a pessoa idosa tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou familiares, sendo essas instituições obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades de seus residentes.⁸

As ILPIs deverão, ainda, manter, à medida do possível, as características de um lar, através da inclusão de ambientes para socialização, inserção do idoso em atividades comunitárias, viabilização de atividades que favoreçam a integração do idoso com pessoas de outras gerações, preservação dos vínculos familiares, liberdade dos horários de visita e acesso dos familiares, valorização da independência, preservação da autonomia, individualidade e identidade da pessoa idosa, dentre outros.^{9,10} No entanto, essas instituições são, em sua maioria, marcadas pelo isolamento e possuem rotinas pré-estabelecidas que uniformizam a vida dos idosos e não atendem às suas especificidades.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela portaria nº 2528/2006, estabelece que a prática de cuidados às pessoas idosas deve considerar a interação entre os fatores biopsicossociais que influenciam a saúde dos idosos, bem como a importância do ambiente no qual está inserido, exigindo para tal uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, na qual o profissional enfermeiro está inserido.¹¹

Um dos focos de investigação da equipe multiprofissional na atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada decorre do próprio processo de envelhecimento e refere-se à avaliação da capacidade funcional. De acordo com a condição funcional da pessoa idosa deverão ser estabelecidas pela equipe ações individualizadas de promoção da saúde e de prevenção - primária, secundária e terciária -, que visem oferecer melhor qualidade de vida à pessoa idosa institucionalizada e a promoção de um envelhecimento ativo saudável, com estímulo para o autocuidado e preservação da capacidade funcional e da autonomia do indivíduo, conforme preconizado na PNSPI.^{5,10,11}

Outros aspectos a serem considerados no planejamento da assistência e nas intervenções voltadas ao idoso institucionalizado dizem respeito às diretrizes da política nacional do idoso e recomendações da RDC nº 283, que apontam a importância de promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; viabilizar ações que proporcionem a integração da pessoa idosa às demais gerações; Incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente; Promover integração dos idosos, nas atividades desenvolvidas pela comunidade local; Desenvolver atividades que estimulem a autonomia dos idosos, dentre outras.⁶

Um desafio que se apresenta no cotidiano das ILPIs refere-se à carência de profissionais qualificados para o atendimento integral à pessoa idosa, fazendo-se necessário um maior investimento em recursos humanos, de modo a garantir uma atenção interdisciplinar e multiprofissional.^{10, 11} As políticas nacionais do idoso e de saúde da pessoa idosa preconizam a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS nas áreas de geriatria e gerontologia, contudo, na maioria das ILPIs a assistência é realizada por cuidadores, auxiliares e técnicos de enfermagem não qualificados para trabalhar com essa população.^{11,12}

Diante da atual conjuntura social, que reflete o fenômeno de envelhecimento populacional, a formação em saúde precisa estar apta a inserir dentro dos seus currículos conhecimentos voltados à pessoa idosa, ao processo de envelhecimento e, ainda, ao processo de institucionalização, visto que o aumento do número de idosos tem gerado uma demanda por serviços de atenção, tais como as ILPIs. Ademais, o cuidado multiprofissional precisa ser incentivado, visto que esta configuração possibilita uma assistência à pessoa idosa institucionalizada pautada na integralidade e promoção da saúde.

5. CONCLUSÃO

As atividades desenvolvidas nesta ILPI demonstraram a importância do desenvolvimento de intervenções numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, que favoreçam o reconhecimento das necessidades e demandas desse público-alvo e que visem proporcionar acolhimento, inserção e pertencimento social aos mesmos, reconstruindo sentidos e histórias de vida e, conseqüentemente, diminuindo os efeitos do isolamento e inatividade física e mental, fortalecendo o vínculo entre os profissionais, idosos e seus familiares, e aumentando a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Quando implementado nas ILPIs, o cuidado ofertado a partir de uma abordagem multiprofissional possibilita entender o processo saúde-doença sob diferentes perspectivas e saberes, estando mais próximo das práticas de integralidade em saúde e atendendo às necessidades individuais, que envolvem não só a dimensão biológica, mas, sobretudo, sociocultural.

REFERÊNCIAS

- [1] Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2016.
- [2] World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 61p.
- [3] Brasil. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)
- [4] Miranda Gabriella Morais Duarte, Mendes Antonio da Cruz Gouveia, Silva Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e conseqüências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 June; 19(3): 507-519. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
- [6] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: Anvisa; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html.
- [7] Lini Ezequiel Vitório, Portella Marilene Rodrigues, Doring Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 Dec; 19(6): 1004-1014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000601004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.
- [8] Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2003; 03 Out. Seção 1, p. 1.
- [9] Silva Bárbara Tarouco da, Santos Silvana Sidney Costa. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta paul. enferm. [Internet]. 2010; 23(6): 775-781. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600010>.
- [10] Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, Cançado Fax, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-43.
- [11] Brasil. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- [12] Angelo Barbara Helena de Brito, Silva Débhora Isis Barbosa e, Lima Maria do Amparo Souza. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda-PE. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 12]; 14(4): 663-673. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400006>.

Capítulo 14

Considerações sobre o cuidado ao idoso hospitalizado através da biblioterapia: Um método terapêutico humanizado nos hospitais – Estudo de revisão

Juliana Maria Silva Bernardo

Claudia Daniele Barros Leite Salgueiro

Gislene Farias de Oliveira

Luciclaudio da Silva Barbosa

Samara Santiago Sarmiento de Oliveira

Resumo: Trata-se de uma revisão integrativa sobre a produção científica acerca da biblioterapia aplicada aos idosos em hospitalização. **Este** estudo buscou evidenciar o perfil dos trabalhos publicados em âmbito nacional, no período de 2007 a 2015, com o levantamento feito a partir do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), direcionando para periódicos indexados nas bases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). **É um estudo de revisão integrativa da literatura cuja** amostra foi apresentada em dois quadros sinóticos com a distribuição de quatro artigos analisados. Os dados evidenciaram que a biblioterapia ainda é um assunto pouco evidenciado na literatura científica. Ademais, trata-se de uma prática terapêutica pouco aplicada no âmbito hospitalar, e quando é realizada, em sua maioria, é voltada para o público infantil, sendo muito raramente abordada com pacientes idosos. Neste cerne, tais fatos podem indicar um panorama de pouca divulgação de métodos que visam humanizar o cuidado.

Palavra chave: Serviços de saúde para idosos; biblioterapia; humanização da assistência.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato incontestável no cenário atual. O Brasil, segundo dados prorrogativos, será o sexto país com maior índice de população idosa em todo mundo, até 2025. Essa mudança de panorama acarreta muitas implicações econômicas, sociais, e em saúde. Os idosos tendem a consumir em maior escala os serviços de saúde, bem como sua permanência em internamentos é mais elevada (CASTRO et al., 2013).

Considerando-se a entrada e permanência do idoso no ambiente hospitalar devido a questões de vulnerabilidade da saúde, torna-se imperioso considerar que a permanência em ambiente hospitalar pode incidir em fatores estressores que podem influir diretamente em sua patologia, de forma negativa (BENEDETTI, 2008). Muitos já se encontram fragilizados e, ao deparar-se com o diagnóstico, tratamento, quebra da rotina, ambiente e pessoas que não atuam em seu cotidiano, tendem a associar o ambiente hospitalar, e sua equipe, como um local estressor e extremamente centrado em sua patologia (MELO, 2013).

No modelo de saúde vigente, o paciente é visto como a patologia que o acomete, o que causa certo distanciamento entre paciente e profissional de saúde, já que nenhum elo afetivo é criado. Em consequência disso, a permanência do idoso nesse ambiente hospitalar tão mecanizado, gera quadros de ansiedade e estresses profundos (MELO, 2013; CERIBELLI et al., 2009).

Pensando em, gradativamente, mudar o cenário desse modelo mecanicista, foi criada a Política de Humanização da Assistência à Saúde, que tem como característica humanizar as práticas e cuidados de saúde, melhorando, sobretudo, a qualidade de atenção que é dispensada ao paciente (BENEDETTI, 2008). O paciente deixa de ser visto como um corpo doente, e passa a ser observado de forma holística. Com essa pequena e tão significativa mudança, o elo entre paciente e profissional em saúde é fortalecido, o que pode influir muito na qualidade de vida desse paciente durante o internamento (CERIBELLI et al, 2009).

O ambiente hospitalar é composto de uma equipe multidisciplinar, e toda ela deve estar pautada na política de humanização. No entanto, há um profissional em especial que passa maior parte do seu tempo ao lado do paciente, sendo assim extremamente importante a criação de uma comunicação efetiva e o fortalecimento de um elo (SILVA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

De tal modo, o profissional de enfermagem precisa buscar essa aproximação com seu paciente, visando adotar medidas que lhes proporcione mais conforto e bem-estar, e é exatamente nesse âmbito que as práticas terapêuticas ganham espaço (MELO, 2013; CERIBELLI, et al 2009; SILVA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

Práticas terapêuticas leves são adotadas cada vez com mais frequência nas clínicas hospitalares, o que demonstra essa busca, cada vez mais ativa, por parte dos profissionais, por formas de minimizar o ambiente estressor e fortalecer vínculos com seus pacientes. O processo é gradual, mas é notado com cada vez mais frequência (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

A ludicoterapia é uma prática terapêutica muito utilizada nas clínicas pediátricas, e a exemplo disso temos a musicoterapia e biblioterapia, usada nas clínicas para adultos (CERIBELLI et al, 2009).

Neste cerne, a biblioterapia tem se destacado como forte método calmante, mediador de comunicação e de fortalecimento do vínculo paciente/profissional. Esta, por sua vez, é apontada como uma maneira de humanizar o atendimento, além de todo o processo terapêutico que a envolve (MELO, 2013).

Os dados acima supõem que, através do método, questões como, fortalecimento da comunicação profissionais/paciente/família, exposição de sentimentos, possibilidade de ressignificação de situações, melhora na qualidade de vida e estimulação, podem possibilitar ao paciente idoso a efetivação de alta médica e retorno ao seu lar e às suas atividades de rotina.

O enfermeiro é apontado como profissional da equipe que mais orbita em volta do paciente, evidenciando assim a necessidade de uma interação mais profunda com seu paciente (CERIBELLI et al, 2009). O desenvolvimento tecnológico tem contribuído para o trabalho desses profissionais, no entanto tem cooperado para o reforço do atendimento biomédico (CASTRO et al, 2013).

Quanto à temática, também é importante destacar acerca da vinculação. A dificuldade de formação de vínculo traz consigo um problema para a implementação da atenção à saúde humanizada. Aquela que dá ênfase no paciente como um ser biopsicossocial, que necessita de um olhar holístico, principalmente voltado da equipe de enfermagem (SILVA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

Para os enfermeiros, é importante conseguir angariar subsídios que auxiliem na qualidade da assistência prestada. Buscar o bem-estar físico e mental do seu paciente é a melhor forma de humanizar o atendimento, atrelando cuidares que são pilares para a assistência holística (CERIBELLI et al, 2009).

Dentro desses subsídios, as práticas terapêuticas ganham força nesse meio, aparecendo como métodos humanizados que contribuem como mediador de comunicação, formador de vínculos e forte aliado no alívio do sofrimento psíquico causado pela hospitalização (MELO, 2013).

Relacionando-se as temáticas, é imperioso considerar que a biblioterapia é um método terapêutico que vem sendo utilizado nas clínicas hospitalares, entretanto, atingindo em maioria, crianças hospitalizadas.

Considerando-se a potencialização do processo de hospitalização para a fragilização do paciente, e quando se trata de um público já fragilizado, como os idosos, destaca-se que deve-se escolher o elemento que tenha maior poder terapêutico com tal público (MELO, 2013; FONSECA; GEOVANINI, 2013; JERÔNIMO et al, 2012).

A palavra biblioterapia, vem do grego, e é composta por dois termos “biblion” (material bibliográfico para leitura) e “therapein” (tratamento ou terapia), essa junção confere à biblioterapia o significado de tratamento através da leitura (SILVA, 2013).

Indubitavelmente, considera-se que a leitura entra nesse âmbito enquanto atividade de lazer, humanizando o processo de hospitalização, por meio da leitura dirigida, ou biblioterapia (Almeida, 2011). As atividades lúdicas somadas à leitura, viabilizam o desenvolvimento de um processo que facilita a interação de valores, ações e sentimentos relacionados ao desenvolvimento pessoal, favorecendo dessa maneira, diversos benefícios ao paciente, pois, a leitura faz com que o indivíduo adquira novos conhecimentos, novas percepções e tenha uma nova visão do mundo (VALÊNCIA; MAGALHÃES, 2015).

Em suma, a linguagem em movimento, a conversa, a troca de conhecimentos e a identificação com o personagem são apontados como alicerces dessa prática terapêutica. Assim como seu nome evidencia, uma terapia por meio dos livros (JERÔNIMO et al, 2012).

A leitura ainda é apontada como ativadora de sentimentos catárticos. A palavra *catarse* é definida na psicanálise como liberação de pensamentos e emoções que estavam reprimidas no inconsciente, seguindo-se de alívio emocional. Já em termos médicos é apontada como psicoterapia que visa à remissão dos sintomas através da exteriorização verbal e emocional de afetos reprimidos (BENEDETTI, 2008; JERÔNIMO et al, 2012).

Essa *catarse* é o ponto chave no tratamento terapêutico oferecido pela biblioterapia. Isso porque, essa liberação de emoções reprimidas pode aliviar tensões que podem estar contribuindo para o adoecimento mental e até físico desse idoso (MELO, 2013).

As atividades lúdicas somadas à leitura, viabilizam o desenvolvimento de um processo que facilita a interação de valores, ações e sentimentos, relacionados ao desenvolvimento pessoal, favorecendo dessa maneira diversos benefícios ao paciente, pois, a leitura faz com que o indivíduo adquira novos conhecimentos, percepções e tenha uma nova visão do mundo (VALÊNCIA; MAGALHÃES, 2015).

Aristóteles há muitos anos atrás já observava a pacificação das emoções proporcionada pela terapia através da identificação com o personagem narrado. A *catarse* significa purificação, e acontece quando sentimentos conflituosos são trazidos do subconsciente e superados, a partir da leitura (MELO, 2013; CERIBELLI et al, 2009).

Nessa ação, além do processo catártico, ainda é possível notar o *insight*, que é o momento de reflexão sobre os sentimentos e a possibilidade de exteriorizá-los e trabalhá-los. São esses dois componentes que precisam ser analisados pelo mediador da leitura, pois é válido lembrar que a biblioterapia tem fins terapêuticos e não apenas recreativos (MELO, 2013; JERÔNIMO et al, 2012).

Assim, o profissional de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde que busca implementar esse método em sua clínica, necessitará de capacitação. Bem como, capacitar os elementos daquela equipe para lidar com os pormenores somatórios da prática (CERIBELLI et al, 2009).

A capacitação é importante para que esses profissionais saibam buscar um modo de chegar ao seu objetivo por meio da biblioterapia. Isso se deve ao fato de que o método biblioterapêutico não se resume a ler uma história, esta pode ser dramatizada, narrada, tudo depende do nível cultura, interesse ou mesmo algum bloqueio desse paciente, como uma dificuldade auditiva, por exemplo (BENEDETTI, 2008; SILVA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

Portanto, o perfil do paciente deve ser traçado anteriormente pelo mediador, em seguida à busca ativa por histórias que possam trazer para a superfície sentimentos catárticos nesse paciente. Por isso é importante não apenas a capacitação, mas também um trabalho multidisciplinar nesse âmbito, com a ajuda de psicólogo, assistente social, e um profissional em biblioteconomia, por exemplo (CERIBELLI et al, 2009; ALMEIDA, 2011).

Acredita-se que ficarão evidentes os prós advindos através da biblioterapia, sejam eles através da liberação de emoções, identificação com os personagens, aproximação com o enfermeiro ou mesmo prática de lazer para auxiliar no alívio do estresse causado pelo ambiente hospitalar, ainda há um resgate emocional e de tradicionalismo vivido por esse idoso, que se sente perdido em meio à tecnologia, e o livro traz esse resgate do passado (MELO, 2013; JERÔNIMO et al, 2012).

O idoso, assim como qualquer pessoa submetida ao internamento hospitalar, tem sua rotina quebrada, ele afasta-se pessoas do seu convívio ou mesmo as atividades são reprimidas, o que remete o hospital a um ambiente de sofrimento (MELO, 2013). Além da imediação da morte que o ambiente carrega, o que certamente pode trazer angústia e medo (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Essa carência, normalmente conjunta à idade avançada, ratifica a necessidade de uma prestação de assistência humanizada, e torna notória a necessidade de elementos que tornem o processo de internação menos traumatizante e mais acolhedor. Onde, nesse campo, a biblioterapia tem muito a contribuir (BENEDETTI, 2008; MELO, 2013; CERIBELLI et al, 2009). Uma vez que é importante compreender as situações emocionais, psicológicas e sentimentais, quais suas expectativas, desejos, sonhos, desejos de mudanças e o que acontecem em relação a seus sentimentos momentâneos, assim como também é importante saber quais são suas queixas sobre o que lhe faz mal (SILVA, 2013).

A biblioterapia é uma maneira de leitura e diálogo grupal que viabiliza interpelação entre as pessoas, favorecendo que os indivíduos expressem seus sentimentos. Dessa maneira, os pacientes podem partilhar seus sentimentos com os enfermeiros, os psicólogos ou outros profissionais de saúde e também, com outros pacientes, buscando assim que exista a resolução de seus problemas (VALÊNCIA; MAGALHÃES, 2015).

A leitura é, sem dúvida, uma atividade inteiramente benéfica, recomendada para diversos somatérios no processo de humanização da hospitalização. É pautada em um processo de cura através das letras e proporciona ao idoso hospitalizado, além de outras coisas, distrair-se, sonhar, rir, imaginar. Fortalecendo vínculos, mediando comunicação e trabalhando para um novo olhar ao ambiente hospitalar.

Neste sentido, presente estudo teve como objetivo, explorar o conhecimento e as práticas acerca da biblioterapia, assim como também, objetivou fortalecer a visão do método biblioterapêutico como prática humanizada para pacientes idosos, internados em clínicas hospitalares, uma vez que esse método de tratamento secundário, auxilia no tratamento medicamentoso do paciente em questão, buscando consequentemente, reduzir os seus dias de internamento, o tornar melhor e com mais qualidade de vida.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa. Esta categoria de pesquisa possibilita a análise de pesquisas e a síntese dos conceitos de forma ampla, visando a necessidade do conhecimento científico para preparação e desenvolvimento do artigo. Algumas etapas devem ser seguidas para elaboração da revisão integrativa, são essas: definição da pergunta/problemática; coleta bibliográfica, classificação dos dados, discussão dos estudos incluídos, e resultados finais (CROSSETTI, 2012).

Através da revisão integrativa, a pesquisa científica na área da saúde, notadamente no campo da enfermagem, ganha uma metodologia significativa para a aplicabilidade da Prática Baseada em Evidência (PBE) no contexto social. Esta se distingue das demais metodologias, por ser uma ferramenta articulada e subsidiada em fontes confiáveis (SOUZA; SILVA E CARVALHO, 2010). No caso do presente artigo, fontes brasileiras correspondentes ao tema central.

A escolha por utilizar a integração de dados se justifica mediante a evidência possibilitada por esse método, que permite juntar estudos experimentais e não-experimentais. Originando um maior entendimento acerca do fenômeno estudado, o que a torna a mais ampla abordagem metodológica em relação às demais revisões (SOARES et al, 2014).

Como primeira etapa foi formulada a seguinte pergunta condutora: “Como a biblioterapia enquanto prática terapêutica humanizada pode auxiliar idosos internados em âmbito hospitalar?”

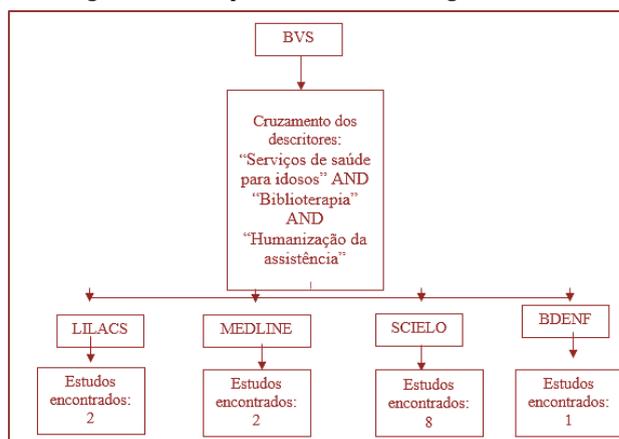
Na segunda etapa realizou-se a busca dos artigos publicados acerca da temática em abril de 2017, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a busca dos artigos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Serviços de saúde para idosos”, “Biblioterapia”, “Humanização da assistência”. Foram combinados de formas distintas, como através da utilização de sinônimos, assim como do operador *booleano* “AND”. Como pode ser observado no fluxograma contido na figura 1.

As bases de dados supramencionadas foram eleitas devido ao quantitativo de indexação de artigos da área da saúde, ainda, por contemplarem estudos primários, assim como também, devido à indexação de artigos nas temáticas relacionadas a área de saúde, especialmente à enfermagem. Os descritores foram combinados de diferentes formas com o objetivo de expandir a busca pelos estudos. Foram consideradas as variações terminológicas, bem como sinônimos. No intuito de uma busca sensibilizada, foram utilizados os operadores *booleanos* AND para ocorrência simultânea de assuntos.

Os operadores *booleanos* são expressões utilizadas para fazer associações de palavras durante uma pesquisa, os mais utilizados são: AND/ OR/ AND NOT. São aceitas a combinação de duas ou mais palavras/assuntos no(s) campo(s) de busca, além disso, pode-se aperfeiçoar a pesquisa alterando os operadores ou acrescentando-se descritores (BIREME, 2009).

Na terceira etapa, os estudos foram selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Elencados como critérios de inclusão: Artigos publicados em português, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2007-2015. Quanto ao corte do período estudado, o mesmo justificou-se por afirmar a contemporaneidade dos dados, dando enfoque as tendências das investigações analisadas.

Figura 1: Fluxograma das etapas da coleta dos artigos nas bases de dados.



Fonte: Dados levantados pelos autores (Pesqueira, 2018).

Através dos descritores, foram encontrados inicialmente 166 artigos, após a leitura dos resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 4 foram selecionados para subsidiar os resultados da pesquisa e possibilitar posterior catalogação no quadro.

Posteriormente teve início a leitura e interpretação dos dados, bem como a categorização dos artigos, por sua relevância. Em seguida, foram elencados os níveis de evidência. O nível de evidência científica é uma variável de suma importância, uma vez que visa sintetizar determinado conteúdo, contendo resultados significativos nas atividades assistenciais, e na prática baseada em evidências (SOUZA; SILVA E CARVALHO, 2010).

Os níveis de evidências são caracterizados de forma metodológica da seguinte maneira: Nível 1: evidências a partir da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010).

Na quinta etapa, os dados foram expostos nos resultados e discussão, e por fim na sexta, foram elaborados quadros sinóticos através do Microsoft Word 2010, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente no uso de tecnologias leves de cuidado, na assistência de enfermagem com idosos internados em clínicas hospitalares.

Os quadros construídos contêm as seguintes informações: código do artigo, base de dados, periódico, região onde a pesquisa foi realizada, ano de publicação, autor (es), título, objetivos, principais contribuições, área de publicação, tipo da pesquisa e nível de evidência.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A bibliografia que compôs o quadro tornou possível a análise das inúmeras aplicabilidades da biblioterapia como tratamento terapêutico humanizado. Evidenciando as positivities quanto à prática terapêuticas e dando embasamento para futuros profissionais da área da enfermagem a usar como elemento de humanização da assistência de saúde (MELO, 2013).

O presente estudo deu ênfase à biblioterapia voltada para o público idoso em processo de internação, o que não queira dizer que o método não possa ou não deva ser usado com outros públicos. Também houve destaque quanto ao profissional de enfermagem na aplicação da biblioterapia, no entanto, desde que haja capacitação adequada, o método terapêutico pode ser adotado por outros profissionais da área de saúde (BENEDETTI, 2008; JERÔNIMO et al, 2012).

A enfermagem precisa atrelar os cuidados biológicos e da mente para que haja um melhoramento completo do ser. Observando que o físico e psicológico estão fortemente atrelados, portanto para um atendimento humanizado e holístico há necessidade de cuidar do ser em seu todo (SILVA; SOUZA; ANDRADE, 2015).

Quadro 01 - Classificação dos artigos quanto ao objetivo geral dos estudos, assim como, suas principais contribuições em publicações entre 2008-2015.

CD	Autor(es)	Título	Objetivo	Principais Contribuições
1	Vivian Carla de Castro; Ana Carla Borghi; Pâmela Patrícia Mariano; Carlos Alexandre Molena Fernandes; Thaís Aidar de Freitas Mathias; Lígia Carreira.	Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde	Caracterizar o perfil das internações hospitalares das Regionais de Saúde do Paraná, Brasil, nos anos de 2008 a 2011. Traçar um perfil geral a respeito dessas internações.	Evidenciou o perfil das internações hospitalares de idosos nos permite vivenciar o momento demográfico de determinada região. Evidenciou também os tipos de patologias e quais atendimentos devem ser prestados, abrindo caminhos para adoção de elementos que auxiliem os profissionais.
A2	Carina Ceribelli; Lucila Castanheira Nascimento; Soraya Maria Romano Pacífico; Regina Aparecida Garcia de Lima	A mediação da leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas.	Entender como a comunicação com o paciente hospitalizado é fator imperioso para uma prática humanística. Utilizando-se como mediador a leitura.	Mostrou que a assistência prestada em ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem deve ser pautada em um olhar holístico, usando como base, a adoção de elementos que facilitem a formação de vínculos com seu paciente. A adoção da biblioterapia, por exemplo, pode garantir maior aproximação e um entendimento mais facilitado com os anseios que cercam aquele paciente.
A3	Silva, A.P.S; Souza, B. O.R; Andrade E.R.	Enfermagem e psicologia: Parceria na arte do cuidar profissional	Refletir sobre a relação entre a enfermagem e psicologia na prática humanizada.	Demonstrou a psicologia atual como ferramenta crucial para que uma assistência de enfermagem possa ocorrer.
A4	Anelise Fonseca; Fátima Geovanini	O uso da literatura infantil na UTI: Um convite à reflexão e à discussão para os profissionais sobre a morte e o morrer.	Aplicabilidade dos livros como instrumento para o estímulo à reflexão e abertura ao diálogo em torno dessas questões para crianças.	Demonstrou temas como dor, adoecimento, perda, processo de morrer. Morte e luto precisam ser tratados de forma realista, reconhecendo-os como comuns ao ciclo da vida. Demonstrou que a morte ainda é considerada como um tabu. Os profissionais que lidam diariamente com isso precisam tentar elencar formas de amenizar o fator estressor que é a morte iminente.

Fonte: Elaborada pelas autoras. Pesqueira, PE, Brasil (2017). Legenda: CD – Código do artigo .

Quadro 02 - Distribuição dos artigos levantados segundo código do artigo, base de dados de onde foi extraído, nome do periódico, região de realização da pesquisa e ano de publicação do artigo.

CD	Base de Dados	Periódico	RP	AP
A1	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Sul	2013
A2	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde	Revista Latino-am Enfermagem	Sudeste	2009
A3	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde	Persp. Online: biol. & saúde	Sudeste	2015
A4	Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde	Revista Geriatria & Gerontologia	Sudeste	2013

Fonte: Elaborado pelas autoras. Pesqueira, PE, Brasil (2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A biblioterapia ainda é um assunto escasso em estudos, artigos e ementas de graduações em saúde. É uma prática terapêutica pouco aplicada em âmbito hospitalar, e quando é feita, em sua maioria, é voltada para o público infantil, muito raramente abordada com pacientes idosos.

Tal fato sinaliza um panorama de pouca divulgação de terapêuticas leves e que visam humanizar o cuidado. Se houvesse ênfase nestas terapêuticas tais, sem dúvida, poderiam vir a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, auxiliar o idoso em seu processo de hospitalização e facilitar a comunicação nas esferas: instituição, familiares/cuidadores, idoso.

Indubitavelmente, os elementos facilitadores para uma assistência integral precisam ser apresentados aos profissionais de saúde, lhes dando entendimento para lançar mãos de práticas que possa minimizar os danos causados por um processo de internação.

O paciente que recebe uma assistência integral, holística e humanizada sai do ambiente hospitalar com uma visão diferenciada sobre esse ciclo comum da vida, que é o adoecimento. Além de diminuir o estresse causado pelas diversas quebras de rotina vivenciadas durante o processo de hospitalização e fortalecer vínculos através do contato, comunicação e carinho.

O presente estudo evidenciou como a biblioterapia pode agir com relação a sentimentos catárticos, provocando *insights nos pacientes*, ademais, além de possível momento de relaxamento, onde sua mente deriva por outros lugares, tirando de foco a patologia e as limitações que o acometem, essa capacidade de unir fatores físicos aos psíquicos (mentais) e lúdicos, amparando ambos poderia ser amplamente difundida e vivenciada nos ambientes hospitalares com o público idoso.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida, Geysse Maria. A Leitura como Tratamento: diversas aplicações da biblioterapia. XIV Encontro Regional de Estudantes de Biblioteconomia, Documentação, Ciência da Informação e Gestão da Informação. Universidade Federal do Amazonas. 2011.
- [2] Benedetti, Luciane Berto. Biblioterapia para pacientes adultos internados em uma unidade hospitalar: uma proposta de humanização. 2008. 33 f. Projeto de Pesquisa (Especialização) - Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2008.
- [3] Bireme (Brasil) Biblioteca Virtual em Saúde - Tutorial de Pesquisa Bibliográfica. / São Paulo: 2009. 24 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/apostila.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.
- [4] Castro, Vivian Carla de; et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 14(4):791-800. 2013.
- [5] Ceribelli, Carina; et al. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças hospitalizadas. Rev Latino-am Enfermagem. São Paulo. 17(1). 2009.
- [6] Crossetti, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. Revista gaúcha de enfermagem, v. 33, n. 2, p. 8-13, 2012.
- [7] Fonseca, A; Geovanini, F. O uso da literatura infantil na UTI: um convite à reflexão e à discussão para os profissionais sobre a morte e o morrer [Editorial]. São Paulo (SP). Revista Geriatria & Gerontologia. 2013; 7(4): 322-326.
- [8] Jerônimo, Viviane; et al. Biblioterapia na melhor idade. Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina,

Florianópolis, v.17, n.2, p.460-471. 2012.

[9] Melo, Vanessa Martins de. **Mediação de leitura**: a biblioterapia como fator para inclusão social de idosos residentes em ILPIs. 95f. Monografia (Especialização) - Curso de Bacharelado em Biblioteconomia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

[10] Rabello, Janei de Souza. Zagonel, Ivete Palmira Sanson. Maftum, Mariluzi Alves. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. Rev. RENE. Fortaleza (CE). 8(3). 117-125. 2007.

[11] Silva, A.P.S.; Souza, B.O.R.; Andrade, E.R. Enfermagem e psicologia: parceria na arte do cuidar. Persp. Online: biol. & e saúde. Campos dos Goytacazes. 18(5). 61-62. 2015.

[12] Silva, Candida da Silva Candida; et al. A Biblioterapia e a Intervenção Bibliotecária. XXV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da informação. Anais (v.25). Florianópolis, SC. 2013.

[13] Soares, CB; Hoga, LAK; Peduzzi, M; Sangaleti, C; Yonekura T; Silva, Drad. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados em enfermagem. São Paulo (SP). Rev Esc Enferm USP/2014; 48(2): 335-45.

[14] Souza, M. T. D. S; Silva, M. D. D. S; Carvalho, R. D. C. O. Revisão Integrativa: O que é e como fazer? Einstein (São Paulo) vol.8 no.1 São Paulo Jan/Mar. 2010.

[15] Valência, Maria Cristina Palhares. Magalhães, Michelle Cristina. Biblioterapia: Síntese das modalidades terapêuticas utilizadas pelo profissional. Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação. Rio Grande (RS). 29 (1). 5-27. 2015.

Capítulo 15

Satisfação dos(as) idosos(as) com a alimentação consumida em ILPIS de Recife e Região Metropolitana, 2013/2014

Iêda Litwak de Andrade Cezar

Joseana Maria Saraiva

Tamires Carolina Marques Fabrício

Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa

Luana Corrêa de Araújo

Resumo: Este trabalho visa apresentar a percepção dos (as) usuários (as) de Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs acerca da qualidade da alimentação consumida nestas Instituições, mais, especificamente, avaliar o grau de satisfação dos idosos (as) em relação à alimentação consumida levando em conta os aspectos nutricionais, culturais e sensoriais, higiene dos alimentos e diversidade das preparações. Trata-se de um estudo qualitativo, caracterizado como de caso. A amostra se constitui de cinco ILPIs localizadas na cidade de Recife e de oito da Região Metropolitana, totalizando treze instituições. Para coleta de dados utilizou-se além da técnica de entrevista, questionários semiestruturado e a técnica de observação direta a partir de um roteiro integrando os aspectos a serem observados tais como: número de unidades de ILPIs e sua caracterização (pública, privada com e sem fins lucrativos), estrutura física do refeitório, grau de satisfação dos usuários quanto à qualidade e quantidade da alimentação servida, aspectos culturais, higiênicos sanitários e a diversidade das preparações. Os resultados mostram a insatisfação da maioria dos (as) idosos (as) em relação ao grau de aceitabilidade da alimentação consumida, levando em conta os aspectos, nutricionais, culturais e sensoriais, higiene dos alimentos e diversidade das preparações, indo de encontro ao que propõe os documentos legais que garantem o direito dos (as) idosos (as) a uma alimentação adequada e saudável e que respeite a cultura alimentar desse segmento.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional, Cultura e Consumo Alimentar, Qualidade de Vida em ILPIs.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa intitulada Perfil dos (as) profissionais de ILPIs e seus reflexos no processo de produção e de consumo de produtos e de serviços, desenvolvido através do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC) / CNPQ /UFRPE, como ação do Núcleo de Estudos e de Pesquisa em Envelhecimento e Valorização do Idoso – NUPEVI7. Apesar da importância do tema e dos desafios atuais que a nova conjuntura apresenta sobre o problema, há ainda uma lacuna de conhecimento acerca da alimentação consumida pelos (as) idosos (as) em ILPIs, levando em conta, os aspectos nutricionais, culturais, e sensoriais, de higiene dos alimentos e a diversidade das preparações.

Como parte do ciclo natural da vida, o envelhecimento, é um processo fisiológico que ocorre com todas as pessoas em ritmos diferentes. No Brasil, devido ao declínio da mortalidade, diminuição da natalidade, vacinações sistemáticas, saneamento básico e, principalmente, aos avanços da medicina as pessoas estão vivendo cada vez mais, aumentando a expectativa de vida e o crescente do número da população idosa.

Nesse contexto, embora a família na legislação brasileira - na Constituição Federal, no Estatuto do Idoso e na Política Nacional do Idoso - ainda figure como principal responsável pelo cuidado de seus (suas) idosos (as), as transformações socioeconômicas e demográficas ocorridas na sociedade, sobretudo, o aumento da população idosa e o ingresso da mulher no mercado de trabalho, principal cuidadora dessa população, torna inevitável, a maioria das famílias, a transferência do idoso da família para uma instituição de longa permanência seja pública ou privada. Desta forma, se faz necessário, instituições que se preocupem em promover o bem estar físico e social dos idosos. Entre os muitos fatores que possibilitam tais condições no âmbito das instituições de longa permanência está a alimentação adequada e saudável, que vai contribuir com a melhoria da nutrição, da saúde e qualidade de vida dos (as) idosos (as) institucionalizados.

A preocupação com essa questão neste estudo, parte do pressuposto que o metabolismo dos idosos fica mais lento com o passar da idade e com a redução da atividade física. Além disso, acontecem perdas sensoriais, características que geram alterações no apetite, no paladar e na seleção dos alimentos para consumo, interferindo no processo de nutrição e, por conseguinte no envelhecimento. Uma alimentação adequada levando em conta os aspectos nutricionais, culturais e sensoriais, higiene dos alimentos e diversidade das preparações, vai contribuir para deixar em alta o sistema imunológico, que já se faz limitado devido a alterações fisiológicas próprias da idade, evitando as doenças oportunistas e o controle de patologias crônicas, contribuindo para manter o equilíbrio das funções de órgãos e tecidos, aumentando a imunidade.

Estudos mostram que os problemas alimentares nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (as) - ILPIs são frequentes por não considerar estes aspectos, dessa forma, a responsabilidade na produção dessa alimentação torna-se questão relevante. Conforme estudos realizados no Brasil, nos Estados Unidos e na Europa por Roque, Bomfim e Chiar; Siebens; O’Loughlin e Shanley, as principais causas de morbimortalidade em ILPIs está associada à longa permanência dos idosos (as) nessas instituições e aos problemas alimentares que incluem além dos sinais disfágicos alterações de comportamento interferentes na alimentação, ingestão reduzida, consistência inadequada de alimentos, oferta rápida do alimento pela cuidadora, problemas relacionados à postura e posicionamento, perda dentária ou outras alterações, bem como a desconsideração aos hábitos alimentares dos idosos (as).

A partir destes pressupostos, o interesse em desenvolver esse estudo partiu da necessidade de avaliar a alimentação consumida pelos (as) idosos (as) em ILPIs, levando em conta, os aspectos nutricionais, culturais, e sensoriais, de higiene dos alimentos e a diversidade das preparações. Mais especificamente, avaliar o grau de satisfação dos idosos (as) em relação à alimentação consumida levando em conta os referidos aspectos, uma vez que, quando não considerados afetam o estado de saúde, de nutrição e de bem estar físico e social do idoso (a) institucionalizado. Compreender, por tanto, esta relação torna-se essencial para identificar a causa dos problemas alimentares nas ILPIs, a partir da satisfação dos (as) idosos (as), a fim de determinar intervenções que possam contribuir com a qualidade da produção de bens e serviços nestas instituições.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso conceituado e entendido como investigação aprofundada e sistemática de uma instância (Nisbett e Watt⁶. O Estudo de Caso é amplo e abrangente, designando uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou vários casos a fim de organizar um relato ordenado e crítica de uma experiência ou avaliar analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora. Assim o Estudo de Caso é considerado como uma situação que envolve complexas condições socioculturais que tanto pode retratar uma realidade quanto revelar uma multiplicidade de aspectos globais presente numa dada situação a ser investigada CHIZZOTI⁴.

A opção por este tipo de estudo se prende ao fato de que se busca apreender a realidade a ser pesquisada dentro de um contexto mais amplo em que se acha situada, valorizando suas conexões com o todo. Assim sendo, pode-se contar com a participação ativa dos sujeitos que integram esta realidade, não apenas num momento pontual, durante a realização das entrevistas, por exemplo, mas ao longo de todo processo de investigação.

Como instrumentos de pesquisa utilizaram-se, além da técnica de entrevista, através da aplicação de questionário composto de questões abertas e fechadas versando sobre aspectos específicos a serem investigados, a técnica da observação direta e a revisão bibliográfica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados demonstram uma predominância nos municípios de instituições de caráter filantrópico ou privadas sem fins lucrativos, corroborando os dados encontrados na pesquisa do IPEA/CNI/SEDH realizada no Estado de Pernambuco em 2010, onde das 106 ILPIs que participaram da pesquisa, a maioria (61,32%) tem esse caráter, incluindo aquelas instituições localizadas na cidade de Recife e Região Metropolitana, conforme mostra o gráfico a seguir.

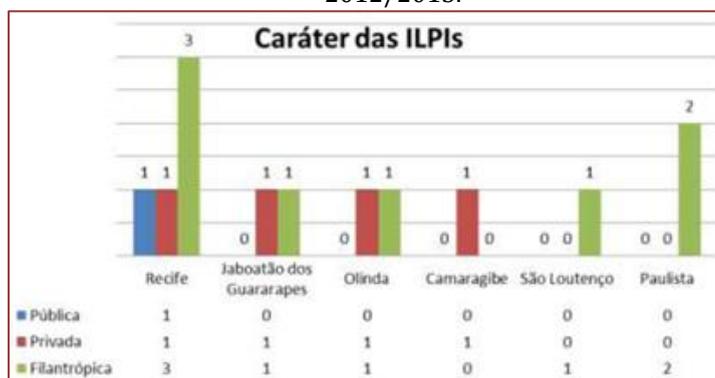
De acordo com a pesquisa realizada foi possível mapear treze (13) ILPIs, sendo cinco (5) na cidade do Recife e (9) oito na Região Metropolitana, conforme apresenta o gráfico abaixo:

Figura 1 – Distribuição da amostra segundo quantidade das ILPIs em Recife e na Região Metropolitana, 2012/2013.



Os dados apresentados demonstram uma predominância os municípios de instituições de caráter filantrópico ou privadas sem fins lucrativos, corroborando os dados encontrados na pesquisa do IPEA/CNI/SEDH realizada no Estado de Pernambuco em 2010, onde das 106 ILPIs que participaram da pesquisa, a maioria (61,32%) tem esse caráter, incluindo aquelas instituições localizadas na cidade de Recife e Região Metropolitana, conforme mostra a Tabela 2.

Figura 2 – Distribuição da amostra das ILPIs segundo seu caráter, em Recife e na Região Metropolitana, 2012/2013.



Os dados apresentados demonstram uma predominância em todas as cidades de instituições de caráter filantrópico ou privadas sem fins lucrativos, corroborando os dados encontrados na pesquisa do IPEA/CNI/SEDH realizada no Estado de Pernambuco em 2010, onde das 106 ILPIs que participaram da pesquisa, a maioria (61,32%) tem esse caráter, incluindo aquelas instituições localizadas na cidade de Recife e Região Metropolitana, conforme mostra o gráfico dois.

O caráter filantrópico da maioria das instituições de longa permanência de atendimento ao idoso (a) nesse estudo remete a origem dessas instituições, ligadas aos asilos, dirigido à população carente que necessita de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas sociais efetivas. Reflete igualmente a forma como o atendimento ao idoso (a) ainda é percebido pelo aparato estatal e pela sociedade, ou seja, como uma solução remediadora da extrema situação de pobreza em que vivem os idosos (as) no Brasil e suas famílias.

Segundo Ângelo⁷, a carência financeira e a falta de moradia estão entre os motivos mais importantes que justificam a busca pelas instituições filantrópicas pelos mais necessitados do País.

O quantitativo insignificante, de apenas 10% de instituições de caráter público governamental, reforça a desresponsabilização do Estado com as políticas sociais, incluindo aquelas de proteção ao idoso (a), e seu comprometimento com a filantropia privada “sem fins lucrativos”. Os dados apontam para a fragilidade do sistema de proteção social que se expressa através do crescente número de instituições privadas “sem fins lucrativos”, com atendimento focalizado na pobreza com destaque para ações assistencialistas com vistas a garantir às pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde.

Esse contexto, na verdade, apesar do avanço na legislação, não difere muito daquele de décadas anterior, quando até então todo o trabalho realizado com idosos (as) no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas. O crescimento significativo de idosos a partir da década 70 em nossa sociedade, preocupando, de certa forma, a área governamental e o setor privado para a questão social do idoso (a) no País, não resultou em mudanças efetivas para esse segmento, a não ser nos termos da lei.

A própria disposição dada pela Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842 / 1994) colocando à família natural como prioridade, em seguida a sociedade e em última instância o Estado como responsável pelos cuidados com o idoso, justifica também o atendimento ao idoso (a) continuar sendo desenvolvido especialmente por instituições religiosas ou entidades de caráter filantrópico.

4. SOBRE O LOCAL ONDE OS IDOSOS (AS) SE ALIMENTAM: ESTRUTURA FÍSICA

Os resultados das observações realizadas nas ILPIs identificam aspectos que vão ajudar a compreender melhor as características físicas dessas instituições na área do refeitório.

Diante da necessidade de oferecimento de diferentes serviços aos idosos (as) a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA2, RDC 283, 2005 no que se refere à alimentação determina que as ILPIs além de garantir alimentação, respeitando os aspectos culturais locais e seis refeições diárias, ofereça refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, lavatório para higienização das mãos, ventilação e iluminação adequadas.

Os dados mostram que todas as ILPIs possui refeitório, no entanto a distância entre o que está previsto na lei e o que deveria acontecer é enorme. O que se verifica na maioria das instituições é a existência de refeitórios com espaços reduzidos, mal iluminados, quentes e com acomodações desconfortáveis, inclusive verificou-se a existência de bancos de madeira como assentos em mais de 50% dos refeitórios extremamente desconfortáveis, desrespeitando os aspectos ergonômicos previsto da legislação. Alguns fatores como o número de lugares e a qualidade dos assentos são fundamentais para o conforto dos (as) usuários (as).

Considerando o refeitório o local onde os (as) idoso (as) fazem suas refeições, o mesmo deve estar situado em local que facilite o acesso com segurança e conforto dos comensais. Nesse sentido, cuidados especiais devem ser considerados á essa área, sobretudo, em instituições para idosos (as).

A ventilação é um desses aspectos tendo em vista assegurar certo grau de conforto térmico indispensável no momento das refeições. Da mesma forma a ventilação e a iluminação exercem uma grande influência no comportamento das pessoas, sua utilização adequada evita doenças visuais e reduz o número de acidentes.

De acordo com os objetivos específicos delineados na pesquisa, em relação aos alimentos ofertados na ILPIs, a tabela abaixo informa sobre a percepção dos (as) idosos (as) em relação a sua percepção: a organização respeita os aspectos culturais dos (as) idosos (as); o grau de satisfação com a alimentação; se a quantidade de alimentação servida é satisfatória, se os aspectos relacionados à higiene dos alimentos são observados, se há diversidade das preparações disponibilizada, além de observarmos sobre os aspectos higiênicos sanitários dos produtos e serviços.

Os Cuidados com a alimentação dos (as) idosos (as) são essenciais a fim de garantir a estes (as) a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida. Oliveira e Marchini⁸ afirmam que uma alimentação saudável é um dos principais fatores relacionados ao processo de envelhecimento e que a expectativa de vida é resultado, sobretudo, de uma alimentação saudável.

Dessa forma, um consumo alimentar equilibrado na faixa etária da população idosa deve ser considerado, bem como seus hábitos alimentares, uma vez que estes sofrem influências de fatores psicológicos, socioculturais e biológicos.

Nessa perspectiva, questionou-se aos idosos (as) sobre vários aspectos da alimentação consumida nas ILPIs onde se realizou a pesquisa, tendo em vista avaliar sua satisfação, conforme se apresenta nos gráficos.

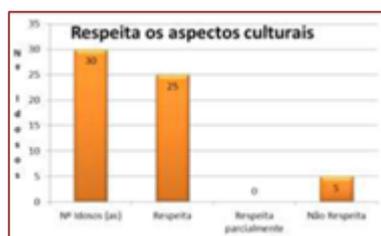


Figura 3: Respeita os aspectos culturais



Figura 4: Quantidade da alimentação servida

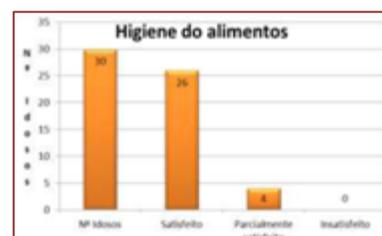


Figura 5: Higiene dos alimentos



Figura 6: Diversidade das preparações

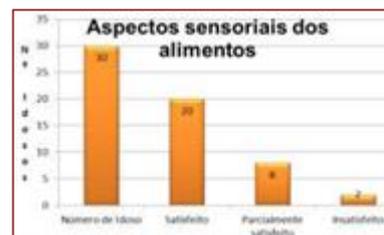


Figura 7: Aspecto sensorial dos alimentos

Os Cuidados com a alimentação dos (as) idosos (as) são essenciais a fim de garantir a estes (as) a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida. Oliveira e Marchini⁸ afirmam que uma alimentação saudável é um dos principais fatores relacionados ao processo de envelhecimento e que a expectativa de vida é resultado, sobretudo, de uma alimentação saudável.

Dessa forma, um consumo alimentar equilibrado na faixa etária da população idosa deve ser considerado, bem como seus costumes, uma vez que os hábitos alimentares das pessoas idosas sofrem influências de fatores psicológicos, socioculturais e biológicos.

Nessa perspectiva, questionou-se aos idosos (as) sobre vários aspectos da alimentação consumida nas ILPIs onde se realizou a pesquisa, tendo em vista avaliar sua satisfação.

Em relação ao respeito aos hábitos alimentares, a maioria respondeu que havia sim o respeito, porém, quando se perguntou como avaliavam esse respeito, os depoimentos da maioria se contrapõem ao entendimento do que seja isso.

D. Severina de 84 anos de idade ressalta:

Eu gosto da alimentação daqui, mas, não há variação, todo dia é a mesma coisa. Eu queria comer uma canjica, comer bode, carne assada, bolo de milho, coisas que eu comia na minha casa, eu mesma fazia. A gente pede para comer essas coisas, mas, dificilmente, a gente come.

Essa questão é preocupante, segundo Oliveira e Marchini⁸ os hábitos alimentares das pessoas quando não respeitado de forma equilibrada pode influenciar no aumento do estresse social, perdas pessoais e diminuição da autoestima inclusive afetar negativamente a ingestão alimentar e o apetite.

Corroborando essas orientações, D. Terezinha, de 78 anos de idade chama atenção:

A alimentação é tão repetida que tem dia que nem sinto vontade de comer, deixo a comida toda no prato. Elas tem boa vontade, faz tudo direitinho, mas, a gente queria umas coisinhas diferente. Não é porque a gente é idoso que tem que comer só papa, eu como tudo.

Morley⁵ refere que o estado nutricional inadequado em instituições de longa permanência para idosos está associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. A presença de problemas de saúde, interferindo na alimentação do idoso, é referida como algo comum nesse tipo de instituição, indicando um fato que merece ser valorizado pelas equipes de saúde e pelas pessoas responsáveis pela alimentação. Assim, não apenas a questão dos hábitos alimentares deve ser considerada, mas, também a diversidade das preparações, a cor, o sabor, a textura e a aparência.

Nessa perspectiva, as respostas dos (as) idosos (as) em relação a diversidade das preparações corrobora o que eles (as) quando afirmam a respeito aos hábitos alimentares, isto é, não se respeita os costumes de comensalidade dos idosos/as e nem há uma diversidade das preparações.

Para D. Francisca de 79 anos de idade, complementando o que disse D. Terezinha;

[...] a alimentação é boa, é muita, a gente come quanto quiser, mas, é todo dia a mesma coisa: papa; sopa; mingau; galinha cozida, etc., Seria bom, se elas perguntassem a gente, o que a gente quer comer.

A alimentação é um dos principais fatores que contribui com o processo de envelhecimento, que pode inclusive contribuir para um envelhecimento mais saudável, sugere-se nesse estudo que a questão do consumo alimentar do segmento da população idosa seja mais bem estudada.

5. CONCLUSÃO

O que se verifica a partir das observações realizadas nas ILPIs pelos participantes da pesquisa, é que a maioria delas apresentam aspectos negativos que afetam a funcionalidade das instituições e por, conseqüente, o padrão de qualidade dos produtos e serviços oferecidos.

Estas instituições independentes do seu caráter e no alto índice de idosos (as) mal cuidados (as) e abandonados (as) nesses locais. Isso se deve à contextualização em que esse equipamento foi criado, historicamente para atender pessoas em situação de pobreza, com problemas de saúde e sem suporte social.

Considerando que a alimentação é um dos principais fatores mais importante relacionado ao processo de envelhecimento, que pode inclusive contribuir para um envelhecimento saudável, sugere-se nesse estudo que a questão do consumo alimentar do segmento da população idosa seja melhor estudado, sobretudo, em instituições caracterizadas como de consumo coletivo.

REFERÊNCIAS

- [1] Ângelo, BHB; Silva, DIB; Lima, MAS. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. *Rev bras geriatr Gerontol.* [Internet]. 2011; Acesso: 2015]; 14(4): 663-673. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400006>.
- [2] Brasil. - Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 283, 26 de setembro de 2005. Acesso: 2015 julh 22. Disponível:
- [3] http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html.
- [4] Brasil. Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Senado Federal (BR). Política Nacional do Idoso. LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: Brasília (DF); 1997.
- [5] Chizzotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1995.
- [6] Morley JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? *J Am Geriatr Soc* 1993; 39:(11)39-40.
- [7] Nisbet, J. e Watt, J. Case Study. Readguide 26: Guides in Educational Research. University of Nottingham School of Education, 1978.
- [8] Nupevi - Núcleo de Estudos e de Pesquisa em Envelhecimento e Valorização do Idoso. Perfil dos (as) profissionais de ILPIs e seus reflexos no processo de produção e de consumo de produtos e de serviços. Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC) / CNPQ / UFRPE, 2010.
- [9] Oliveira, DEJ; Marchini, SJ. Ciências nutricionais. São Paulo-SP, Sarvier, 1998.
- [10] O'Loughlin G, Shanley, C. Swallowing problems in the nursing home: A novel training response. *Dysphagia*. 1998; 13(3):172-83.
- [11] Roque, FP; Bomfim, FMS and Chiari, BM. Descrição da dinâmica de alimentação de idosas institucionalizadas. *Rev soc bras fonoaudiol.* [online]. 2010, 15(2) pp. 256-263. ISSN 1516-8034. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000200018>.
- [12] Siebens H, Trupe E, Siebens A, Cook F, Anshen S, Hanauer R, Oster G. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34 (3):192-8.
- [13] Unipac. Manual de Normalização de trabalhos técnico-científico de acordo com a norma Vancouver para os cursos da área da saúde: citações e referências. Unipac. Barbacena, 2014. [acesso em 2015 julh 22]. Disponível: <http://www.unipac.br/site/bb/guias/Manual%20-%20Normas%20Vancouver%20UNIPAC.pdf>.

Capítulo 16

Idosas e suas percepções da sexualidade feminina a partir dos contos de fadas

Betânia Maria Oliveira de Amorim

Ana Catarina da Silva Nóbrega

Karollayne Karlla Freires da Silva

Nathália de Figueiredo Ferreira

Resumo: A população idosa tem crescido demograficamente em relação à população jovem nos últimos anos no Brasil. A velhice pode ser compreendida como a última etapa do ciclo vital, atravessada por vários acontecimentos, dentre eles as alterações psicomotoras, sociais e cognitivas. Nesse cenário, verifica-se a sexualidade como inerente a qualidade de vida do ser, porém, esta é repleta de mitos e tabus, principalmente quando relacionada à sexualidade feminina. A sexualidade tem sido investigada a partir de várias perspectivas, a exemplo os Contos de Fadas. Estes contos abordam temas universais, influenciando na maneira como as pessoas reproduzem e percebem o mundo, bem como no desenvolvimento da personalidade do indivíduo. Desse modo, esse estudo objetiva relatar a vivência de uma oficina, cuja temática envolveu as narrativas dos contos de fadas e a experiência de vida das participantes, sendo realizada com 12 idosas, no segundo semestre de 2018, em uma Instituição de Ensino Superior localizada em Campina Grande, Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, cujos instrumentos de coleta dos dados foram à observação participante e a matriz FOFA. Os dados apontam que os contos de fadas atuam como elementos reprodutores do sistema patriarcal em que estão imersos, reafirmando os preconceitos e limitações que subjugam a mulher frente a sua sexualidade. Estes últimos se agravam na velhice feminina, devido às idosas serem consideradas desprovidas de sensualidade e sexualidade.

Palavras-chave: sexualidade feminina, idosas, contos de fadas.

1. INTRODUÇÃO

A população idosa cresce em um ritmo acelerado no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2010 havia 39 idosos para cada grupo de 100 jovens, em 2040, estimam-se 153 idosos para cada 100 jovens. Esse crescimento da população idosa produz diversas modificações na sociedade, relativas ao âmbito econômico, aos sistemas e dispositivos de saúde, ao mercado de trabalho e ao convívio familiar (MIRANDA et al., 2016).

A velhice pode ser compreendida como a última etapa do ciclo vital demarcada por vários acontecimentos, que envolvem danos psicomotores, limitação dos papéis sociais, afastamento social e especialização cognitiva. No sentido etimológico, velhice se refere à idade avançada, ao estado ou a condição de ser velho (VIEIRA et al., 2016). A partir dessa perspectiva, é possível perceber que a idade possui uma realidade biológica e retrata um modelo sociocultural, em que cada fase do desenvolvimento há condutas sociais específicas, valores e expectativas que são reivindicadas.

No livro *Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual*, Furlani (2009) afirma que cada sociedade, ao seu tempo, elabora significados específicos a respeito do objeto que fala. Diante deste contexto, cada sociedade assegura ou condena certa prática sexual e determinados indivíduos, sendo a sexualidade feminina aquela mais cercada de tabus, uma vez que vários padrões éticos e morais incidem sobre ela.

A mulher foi historicamente reconhecida socialmente como inferior ao homem, por esta razão, era submetida a viver sob a sua tutela, no primeiro momento perante o pai e em seguida do marido, tendo assim, sua sexualidade regulamentada pelas normas cristãs, legitimada pela instituição do casamento e pela execução do seu papel reprodutor (TRINDADE e FERREIRA, 2008). Devido a esse processo histórico, a sexualidade feminina ainda permanece, apesar de vivermos em uma época de intensos avanços a respeito dos direitos reprodutivos e sexuais, sendo objeto de interdição em vários campos. Em se tratando da sexualidade da mulher idosa os obstáculos se ampliam, visto que, há uma construção histórica que pressupõe a menopausa como um sintoma que determina o fim da sexualidade.

Na sociedade atual, ainda vigora a concepção que a sexualidade está diretamente vinculada à reprodução, conseqüentemente gerando a percepção indevida da pessoa idosa como assexuada, destituída de desejos e de vida sexual, como se o envelhecer demarcasse o declínio sexual, o desaparecimento do desejo sexual/sexualidade. Esta compreensão equivocada pode repercutir negativamente nos idosos, visto que a sexualidade é um elemento essencial da qualidade de vida, estando associada à percepção da autoestima, as relações sociais e a saúde mental. Além disso, estudos recentes têm evidenciado a inexistência de causas fisiológicas que impossibilitem os idosos, em circunstâncias adequadas de saúde, possuírem uma vida sexual ativa (VIEIRA et al., 2016).

Bettelheim (2015), em seu livro *A psicanálise dos contos de fadas*, traz histórias infantis clássicas em uma perspectiva psicanalítica. Com base em alguns contos de fadas analisados pelo autor, é possível constatar que embora a maioria das personagens femininas sejam protagonistas, suas histórias dependem da figura masculina para que haja um final feliz.

Em função disso, a mulher assume o lugar de espera, o qual reflete uma condição social de passividade, socialmente construída ao longo dos tempos. A partir dessa percepção, compreendemos que há uma repetição nos contos de fadas a respeito de como as mulheres são constantemente evidenciadas, colaborando para a institucionalização de certos modelos de conduta, como por exemplo, a espera de alguém que irá salvá-la.

Considerando a contribuição dos contos de fadas para a construção das identidades femininas, partimos do princípio que há uma influência destes na forma como as idosas construíram e constroem a sua sexualidade. Nesse sentido, apresentamos a experiência de uma oficina, realizada com um grupo de idosas em uma Instituição de Ensino Superior localizada em Campina Grande, Paraíba, cuja temática envolveu as narrativas dos contos de fadas e a experiência de vida das participantes.

2. METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo, realizado no segundo semestre de 2018 com 12 idosas, as quais estiveram vinculadas a uma Instituição de Ensino Superior, localizada na cidade de Campina Grande, Paraíba. Esta atividade de intervenção, caracterizada como oficina, é um recorte da pesquisa Idosas e suas percepções acerca da influência dos contos de fadas na sexualidade feminina, vinculada ao Programa de voluntários de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande – PIVIC-UFCG.

Ressalta-se que, a pesquisa supracitada encontra-se em vigência com os princípios éticos de pesquisa com seres humanos da Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, estando, ainda devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, como consta o Protocolo CAEE 87076618.5.0000.5182.

Conforme esclarece Spink et al. (2014), as oficinas possibilitam a troca de experiências, posicionamentos ativos e construções críticas, as quais valorizam o indivíduo, assim como o saber popular, seja através da fala ou de outras formas de discurso que vão além desta, como expressões artísticas e/ou corporais. Os dados foram coletados por intermédio da observação participante que vem a ser uma modalidade de levantamento das informações de um determinado grupo no qual o pesquisador se insere no cotidiano do coletivo participante com o objetivo de coletar as informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa (LIMA e MOREIRA, 2015).

Nesta atividade utilizamos a da matriz FOFA, termo brasileiro para a análise norte-americana SWOT, fundamentada por Kenneth Andrews e Roland Christensen, cujas siglas significam Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats (Nascimento e Avarca, 2017). Este é um recurso/instrumento utilizado em empresas como estratégia de planejamento e gestão, responsável por facilitar a sistematização e visualização dos pontos fortes e frágeis de um coletivo social (GOMIDE et al., 2015).

Desta maneira, a oficina em questão objetivou encontrar características dos contos de fadas que se associassem as experiências de vida das 12 idosas participantes da pesquisa, bem como descobrir quais contos eram conhecidos por elas. Salienta-se que esse encontro teve a duração aproximada de 50 minutos, nos quais foi realizado uma dinâmica quebra-gelo e o desenvolvimento da matriz FOFA.

- A dinâmica utilizada ocorreu ao longo de 8 minutos, tendo como meta deixar as idosas mais ativas para a realização da oficina. Para a realização desta atividade, dividiu-se as participantes em três grupos, cada qual com quatro integrantes. Solicitou-se então que cada grupo escolhesse livremente um ou dois contos por elas conhecidos, não sendo fornecida pela pesquisadora nenhuma narrativa como opção de escolha.
- Desse modo, a partir dos aspectos observados pelas idosas nos contos que se assimilaram com as histórias de vida das participantes, requisitou-se que fossem respondidos os quatro pontos da matriz: fortalezas/forças, oportunidades, fraquezas e ameaças. Ressalta-se que as respostas foram descritas nas cartolinas disponibilizadas, imitando o modelo de cruz da própria matriz, cujo esboço fora desenhado na lousa da sala.
- Acerca dos contos conhecidos e escolhidos pelas idosas observam-se: Grupo 1 - Chapeuzinho Vermelho e Branca de Neve/Grupo 2 - Branca de Neve/Grupo 3 - Chapeuzinho Vermelho e A Bela Adormecida.

3. DESENVOLVIMENTO

- Os contos de fadas são considerados como narrativas que retratam temas universais, a exemplo do amor, morte, gênero e sexualidade. Em meio a um universo fictício, repleto de personagens e situações fantasiosas, tais narrativas não só reproduzem aspectos sociais da cultura em que está inserida, como também ajuda o leitor/ouvinte a lidar com demandas internas (BETTELHEIM, 2015).
- Essas histórias orais e escritas conservam com o passar dos anos seu núcleo central, o que permite que as características principais e originais dessas narrativas não se percam no tempo. Dessa maneira, estes contos resistem aos anos, adaptando-se na sociedade em que são divulgados. Neste cenário, os contos podem ser tidos como úteis, principalmente para a criança, pois, a auxilia inconscientemente no desenvolvimento de sua personalidade e na busca de resposta para seus contextos conflitantes (BETTELHEIM, 2015; CORSO E CORSO, 2006).

- A fantasia é um instrumento inerente da existência humana, e anda em conjunto da realidade cotidiana. De acordo com Corso e Corso (2011), tal instrumento presente nos contos, ou, por exemplo, nos sonhos, falam dos desejos e da forma como o indivíduo percebe sua vida, as situações e as pessoas ao seu redor. Portanto, é possível deduzir que as narrativas fantasiosas relatam os aspectos mais íntimos do ser humano através dos enredos de personagens anônimas.
- O anonimato dos Contos de Fadas proporciona ao leitor/ouvinte uma facilidade deste identificar-se com a narrativa. Contudo, é um engano pensar que as crianças acostumadas com esse tipo de história não conseguem diferenciar ficção de realidade, ou que as mesmas tornem-se despreparadas para o cotidiano. Tais narrativas podem sim entreter e ser uma fuga momentânea do dia a dia, mas interferem e alcançam os diferentes níveis da personalidade humana, agradando não só a criança, mas inclusive o adulto sofisticado (BETTELHEIM, 2015).
- Nesse sentido, os contos de fadas retratam a sexualidade e as relações de gênero, devido ambas serem aspectos inerentes à qualidade de vida, estando atrelada a questões como a autoestima, as relações interpessoais e a saúde mental (VIEIRA et al., 2016). Dessa maneira, percebe-se a mesma como inerente ao indivíduo, estando presente em todas as fases do desenvolvimento humano. Contudo, a sexualidade é atravessada por aspectos sociais, culturais e políticos, sendo reproduzida de acordo com as normas da sociedade em que está inserida (FURLANI, 2009).
- Em virtude das normas patriarcais em que a sociedade ocidental está orientada, a sexualidade feminina encontra-se subjugada à figura masculina, a qual delimita a mulher na condição de passiva frente aos desejos masculinos (POLTRONIERI e VILIONE, 2017). Essa condição inferior se agrava quando a mulher alcança a fase de velhice, haja vista que as idosas são sexualmente depreciadas não somente pelos homens, como também em relação às mulheres mais jovens. Ressalta-se que este último ocorre devido à sexualidade feminina está atrelada ao papel reprodutor da mulher, o qual cessa com o fenômeno biológico da menopausa (FERREIRA et al., 2013).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange os contos de fadas conhecidos pelas idosas, foram identificados: Chapeuzinho Vermelho, Branca de Neve e A Bela Adormecida. Para Bettelheim (2015), as narrativas citadas são algumas das mais conhecidas e preferidas pelo público, não sendo inesperado que as participantes as selecionasse para a atividade.

Sobre o questionamento acerca das características dos contos de fadas que eram similares à história pessoal das idosas, foram obtidas as seguintes respostas nos quatro pontos da matriz, a saber: forças, oportunidades, fraquezas e ameaças. Em relação às Forças, observamos a coragem das protagonistas para enfrentar outras personagens e o desconhecido, o amor e o compromisso com as pessoas próximas, a luta em favor da verdade, a busca por justiça, a libertação de uma personagem frente à outra e a persistência pessoal nos problemas cotidianos.

Em Oportunidades, verificamos as reciprocidades de favores e afetos, humanismo, carinho, presença física com os familiares, existência e aceitação das oportunidades, enfrentamento do preconceito, luta contra o machismo, conhecimento da realidade e o combate às dificuldades desta.

No que tange às Fraquezas, ao observar as protagonistas das histórias, as participantes destacaram o medo, a insegurança, a desobediência, a ilusão, o silêncio, as respostas ofensivas e o comodismo. Por fim, relativo às ameaças, os relatos apontam para o desânimo frente ao preconceito contra o machismo, a morte, perda das oportunidades, permissividade da ilusão, ausência de coragem e verdade, covardia, e o estranho, sendo este último visto na personagem do Lobo Mau.

É perceptível nos pontos da matriz posturas ativas e passivas das participantes frente aos temas de enfrentamento, luta, persistência, compromisso, aceitação, busca e conhecimento, os quais giram em torno da verdade, família, justiça, libertação, cotidiano, qualidades e emoções. Estas observações sugerem os processos de autodescoberta, de lutas, frustrações e vitórias inerentes e vivenciados pelas participantes. A este respeito, por exemplo, podemos identificar os aspectos duais, bem e mal, que fazem parte da vida e do ser humano, estando por isso presentes na maior parte dos contos de fadas (BETTELHEIM, 2015). Os contos selecionados pelas idosas - sob a versão dos Irmãos Grimm, conhecidos escritores alemães de contos de fadas - retratam narrativas em que o bem vence e o mal, onde este último é punido em Chapeuzinho Vermelho e Branca de Neve.

Em Chapeuzinho Vermelho, o Lobo, antagonista da história, é morto pelo Caçador. Enquanto que em Branca de Neve, a madrasta que inveja e atenta contra a vida da enteada, dança até a morte ao calçar sapatinhos de ferro em alta temperatura. Na história de A Bela Adormecida, o mal, compreendido pela maldição de uma das fadas sob a princesa, é contornado quando a mesma é despertada de um longo sono, pelo príncipe.

Desta maneira, os problemas e a maldade são enfrentados. Todavia, por muitas vezes aquilo que é inaceitável, estranho ou desconhecido também transita dentro do próprio indivíduo. Esta afirmação fica clara em Chapeuzinho Vermelho quando interpretada pela ótica psicanalítica de Bettelheim (2015) e Corso e Corso (2006), os quais destacam nessa história a presença de duas personagens masculinas, o Lobo e o Caçador. Para os referidos autores, ambas as personagens respondem a uma só figura, o pai de Chapeuzinho.

O Lobo pode ser comparado aos impulsos selvagens e aos desejos não aceitos pela cultura, os quais são recalçados de acordo com o conceito de inconsciente freudiano. Nessa leitura, o Lobo seria o Id do pai de Chapeuzinho. Este animal não deseja só se alimentar da jovem, mas também de sua avó, sendo astuto e manipulador. É relevante ressaltar que o devorar nessa narrativa também perpetua forte conotação sexual, principalmente pelo período de desenvolvimento em que a jovem protagonista se encontra (BETTELHEIM, 2015, CORSO e CORSO, 2006).

Chapeuzinho pode ser reconhecida como uma das mais corajosas e desobedientes protagonistas dos contos de fadas. Ela transgredir as ordens de sua mãe e opta pelo caminho desconhecido, assim como ter contato com estranhos. Consequentemente, a desobediência de Chapeuzinho põe em risco sua vida e de sua família, mas permite que ela possa ao se afastar dos pais, conhecer o mundo e desenvolver a sua própria personalidade (BETTELHEIM, 2015). Ao final do conto, a protagonista aprende com a experiência, e em uma das versões finais dos Irmãos Grimm, renasce. O Caçador, considerado na interpretação psicanalítica como o superego do pai da personagem, domina o Lobo, e, por conseguinte, seus impulsos e desejos animais, não o destruindo de qualquer maneira e sim de uma forma bastante inusitada (BETTELHEIM, 2015). O homem opera uma cesariana no animal, retirando as personagens femininas do ventre do Lobo enquanto este dorme, colocando pedras dentro da barriga do animal onde antes estavam as mulheres. Em seguida, o Caçador costura a barriga da fera. Ao acordar o Lobo foge assustado e morre com o peso das pedras. Neste cenário, o Caçador não só salva as personagens femininas, mas torna-se o responsável por levá-las a um nível mais evoluído da existência através do renascimento de ambas (BETTELHEIM, 2015).

A família na narrativa de Chapeuzinho Vermelho tem um lugar de relevância e aponta que a protagonista tem um final feliz graças à família bem estruturada que possui. Para Bettelheim (2015), o alimento que Chapeuzinho leva para a avó é um símbolo disso, e na falha de sua avó de protegê-la, o patriarca, cercado das normas sociais e das regras da cultura cumpre com o papel de salvá-la.

Assim, poder-se-ia dizer que a família é uma das instituições políticas que reproduz as normas de uma sociedade, e frente aos contos elencados pelas participantes, essa sociedade é caracterizada pelo sistema patriarcal, na qual o homem exerce poder dominante sobre as mulheres, as colocando em posição submissa nas relações e papéis de gênero (POLTRONIERI e VILIONE, 2017).

As idosas nos pontos da matriz relataram luta e desânimo contra o machismo, este último, inclusive, encarado como um preconceito por elas. Verifica-se então um discurso de enfrentamento diante da postura dominante masculina. Entretanto, é relevante destacar que nas narrativas fantasiosas trabalhadas na oficina, este comportamento de enfrentamento não foi identificado.

Segundo Bettelheim (2015), as protagonistas femininas de Branca de Neve e A Bela Adormecida são passivas nessas histórias, onde seus comportamentos ativos culminam no encontro com o príncipe, consagrando um final feliz. Outrossim, as personagens masculinas são responsáveis pela esperança de vida das personagens femininas, tendo em vista que essas últimas não têm a autonomia de se salvarem dos perigos sozinhas.

Nesse sentido, o processo de maturação da sexualidade é preparado para eles e interrompidos por eles, quando os mesmos despertam as personagens sexualmente através do beijo. Dessa maneira, os príncipes são ativos, e sua missão nessas narrativas é de encontrar a esposa ideal, ou seja, a mulher que irá satisfazer os seus desejos (CORSO e CORSO, 2006).

Ressalta-se que, a maturação da sexualidade nessas histórias é verificada pelo tempo que as personagens femininas dormem em sono profundo. Ao passo que, esse sono ocorre pela interferência de outras personagens femininas, no caso a fada e a madrasta malvada. Uma possibilidade de interpretação é que as

personagens mais velhas podem ser consideradas as mães que orientam suas filhas no processo de descoberta e desenvolvimento da sexualidade (CORSO e CORSO, 2006).

As personagens idosas dessas narrativas não foram enfatizadas pelas participantes da pesquisa, as quais não identificaram o papel destas na formação da sexualidade das protagonistas jovens. Tais personagens que retratam o aspecto feminino da velhice são a Bruxa de Branca de Neve, versão mágica da madrasta, e a avó de Chapeuzinho.

Em Chapeuzinho Vermelho, a avó é responsável no início da história pelo encontro da protagonista jovem com a menstruação e a sexualidade, ao presentear a neta com um capuz vermelho. Para Bettelheim (2015) o vermelho remete ao sangue da menstruação e do ato sexual, a sensualidade e a atração. Em contraponto, na versão do Caçador como salvador, a qual foi utilizada pelas participantes, a avó cai em inutilidade, pois não possui a sagacidade de livrar a si e a sua neta do perigo.

Em se tratando de Branca de Neve, a Bruxa com traços de uma senhora idosa associa a velhice nos contos de fadas a uma vilã ou figura antagônica, mas possui relevante papel quando oferece e entrega para Branca de Neve a maçã envenenada. A maçã é um dos símbolos do proibido, encontrado na Gênese Bíblica, sendo tal alimento consumido por Eva.

Este ato de Eva foi considerado um pecado grave, responsável por condenar a humanidade a viver distante do Paraíso Cristão. Esse fato é lembrado pela Igreja Católica durante o Brasil Colônia, que aferiu a sexualidade feminina como bruxaria e determinou que a mulher só poderia ser salva e purificada do pecado quando se tornava mãe, associando-se a figura santificada da Virgem Maria (ARAÚJO, 2004).

A personagem da Madrasta ainda traz consigo o motivo pelo qual as idosas são vistas como assexuadas ou desprovidas de sexualidade, o que promove em muitas mulheres uma desvalorização e o receio de não serem mais respeitadas em sua totalidade. Inicialmente, a sexualidade e a sensualidade são características socialmente atreladas à juventude, e posteriormente, a menopausa, fenômeno biológico comum nas mulheres com mais de 35 anos, que tem como consequência as mulheres não serem mais férteis, ou seja, de estas não possuem mais a capacidade de engravidar (LE BRETON, 2012, FERREIRA et al., 2013).

Neste cenário, a Madrasta e seu medo de envelhecer ou de se tornar menos bela em seu reino reflete também um dos contextos da cultura ocidental, referente à cultura capitalista que enfatiza aquilo que é novo em substituição do que é velho, estimulando o comportamento social de uma cultura que supervaloriza a juventude como um dos pilares da modernidade (MUCIDA, 2009, LE BRETON, 2012). Salienta-se ainda que a sexualidade não é uma característica inerente da juventude masculina e/ou feminina, mas um aspecto humano que faz parte de todas as fases da vida, e que interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas (VIEIRA et al., 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, compreende-se os contos de fadas como uma reprodução do contexto social em que este encontra-se inserido, no qual a sexualidade é abordada de forma sutil, enfatizando um comportamento esperado da mulher, de acordo com as normativas sociais trabalhadas na narrativa.

A partir dessa perspectiva, considerou-se relevante o debate sobre a sexualidade feminina, principalmente na velhice, haja vista os preconceitos e limitações impostos à mulher. Estes últimos se agravam na velhice, quando as idosas são compreendidas como desprovidas de sensualidade e sexualidade. Através da leitura dos contos, observou-se a identificação do grupo com as jovens protagonistas, ao passo que, realizam constantes comparações entre os contos e as suas experiências.

Neste sentido, as idosas acreditam que as personagens apresentam a necessidade de desenvolver a sexualidade. Esse papel, geralmente, é desempenhado por uma figura masculina, que se autoriza estar no lugar de provedor inicial da sexualidade feminina, e que sem este, o despertar não acontece.

Por fim, a sexualidade se apresenta, na vida dessas idosas, como um padrão de comportamento sob o olhar do outro, reproduzindo um modelo de poder patriarcal. Contudo, percebeu-se através das falas uma crítica a esse sistema, quando as participantes abordaram suas opiniões acerca do machismo.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, Emanuel. A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia. In: Del Priore, Mary (Org.). História das Mulheres no Brasil. São Paulo, SP :Editora Unesp, 2004.
- [2] BETTELHEIM, Bruno. A psicanálise dos contos de fadas. 31ª edição. São Paulo, SP: Editora Paz e Terra, 2015.
- [3] CORSO, Diana Lichtenstein; CORSO, Mário. Fadas no divã: Psicanálise nas Histórias Infantis. São Paulo, SP: Artmed, 2006.
- [4] A psicanálise na terra do nunca. Porto Alegre: Penso, 2011.
- [5] FERREIRA, Vanessa Nolasco; CHINELATO, Renato Silva de Carvalho; CASTRO, Marcela Rodrigues; Ferreira, Maria Elisa Caputo. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. Revista Psicologia & Sociedade. São Paulo, v. 25, n. 2, 2013, p.410-419. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/18.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2019.
- [6] FURLANI, Jimena. Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- [7] GOMIDE, Marcia; SCHUTZ, Gabriel Eduardo; CARVALHO, Marcia Aparecida Ribeiro de; CÂMARA, Volney de Magalhães. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. Cadernos Saúde Coletiva, v.23, n.3, 2015, p.222-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-222.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2019.
- [8] LE BRETON, David. Antropologia do corpo e modernidade. 2ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012.
- [9] LIMA, Maria do Socorro Bezerra. MOREIRA, Érica Vanessa. A pesquisa qualitativa em geografia. Caderno Prudentino de Geografia. Presidente Prudente, v. 2, n. 37, 2015, p.27-55. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/4708/3618>. Acesso em: 26 de maio de 2019.
- [10] MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2016, p. 507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2019.
- [11] MUCIDA, Ângela. Escrita de uma memória que não se apaga - Envelhecimento e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- [12] POLTRONIERI, C. F., VILIONE, G. C. C. Laços rosa de um velho presente: a questão de gênero no envelhecimento. In J. S. Costa et al. (Orgs). Aproximações e ensaios sobre a velhice. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017.
- [13] TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 3, 2008, p. 417-426. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2019.
- [14] VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 36, n. 1, 2016, p. 196-209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2019.

Capítulo 17

Análise do tratamento fisioterapêutico de Osteoartrose do joelho pelos estudantes do CASU: Um estudo de caso

Karla de Jesus Sena

Patricia Brandão Amorim

Kênia Santos Lemes

Rodrigo Antonio Montezano Valintin Lacerda

Resumo: Introdução: O estudo de caso aborda o tratamento fisioterapêutico para osteoartrose do joelho. “Doença degenerativa, em geral articular, que ocorre sobretudo em pessoas idosas e do sexo feminino. O elemento fundamentalmente lesado é a cartilagem articular, que apresenta fenotípica e genotipicamente uma fragilidade, a qual predispõe o processo artrósico.” (RUARO, 2004, p.319). Objetivo: Analisar o tratamento fisioterapêutico de osteoartrose do joelho de paciente do sexo feminino, 49 anos. Pelos estudantes do Centro de Assistência à Saúde da UNEC (CASU). Abordagem metodológica: Trata-se de estudo de caso clínico realizado no CASU tendo como instrumento para a coleta de dados a ficha de avaliação realizada antes, durante e depois do tratamento fisioterapêutico.

Palavras-chave: osteoartrose, joelho, tratamento fisioterapêutico.

1. INTRODUÇÃO

O joelho é uma articulação minuciosa, que acomoda maior parte do nosso peso corporal e impactos causados nele, mantê-lo saudável é uma tarefa difícil, mas deve-se ficar atento ao fortalecimento das cadeias musculares que sejam dependentes dos mesmos, todo e qualquer movimento mecânico de membros inferiores e toda energia se dissipa nos joelhos, uma perda da congruência desta articulação, causam prejuízos à qualidade de vida do ser humano.

Dentre algumas patologias que acarretam prejuízos aos joelhos, podemos citar a osteoartrose como uma das doenças com maior índice. O estudo mostra os fatores e tratamentos da osteoartrose (OA) que faz com que a articulação do joelho perca sua integridade e afeta os mecanismos mais importantes do nosso corpo equilíbrio e marcha.

A osteoartrose também conhecida como artrose ou gonoartrose no caso de ser acometido o joelho; é uma doença que se manifesta através de crepitações e quadro algico intenso, provocando deformidades na articulação e desequilíbrio da cartilagem articular. “Doença degenerativa, em geral articular, que ocorre sobretudo em pessoas idosas e do sexo feminino. O elemento fundamentalmente lesado é a cartilagem articular, que apresenta fenotípica e genotipicamente uma fragilidade, a qual predispõe o processo artrósico” (RUARO, 2004, P.319). Ruaro (2004) completa que no joelho valgo, ocorre osteoartrose por sobrecarga mecânica principalmente no compartimento externo do joelho, pelo fato do centro de gravidade se deslocar lateralmente. Já no joelho varo, vê-se artrose principalmente do compartimento interno onde o centro de gravidade se desloca medialmente.

O tratamento para osteoartrose no joelho é um tratamento conservador, no qual recupera a amplitude de movimento desta articulação, elimina quadro inflamatório e alívio do quadro algico, sempre dependente de fatores de acordo o perfil do paciente, neste estudo de caso apresenta a abordagem do tratamento e protocolos utilizados para minimizar os efeitos desta doença em uma paciente com estatura e peso pouco acima do compatível.

A fisioterapia deve ser iniciada imediatamente ao seu diagnóstico, para prevenir maiores complicações e aceleração do processo degenerativo que a doença causa, deve-se ser feito uma abordagem preventiva quando há prevalência maior para o desenvolvimento da mesma.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ANATOMIA DO JOELHO

A articulação do joelho pode ser descrita como um gínglimo ou articulação em dobradiça (entre o fêmur e a tíbia) e plana (entre o fêmur e a patela). (FIGURA 4). Com a deterioração da cartilagem articular, o joelho entra em atrito e se desgasta, entrando em processo degenerativo articular e ósseo.

Do ponto de vista ortopédico, diz-se que existe artrose quando ocorre uma lesão em espelho das suas superfícies articulares, verificando-se abrasão da cartilagem e exposição do osso subcondral nas duas superfícies articulares, do que resulta uma evolução regular com agravamento progressivo da doença. Do ponto de vista anatomopatológico há destruição focal da cartilagem e reação do osso subcondral, pois o processo envolve de forma global toda a articulação, incluindo a cápsula, a sinovial, os ligamentos e os músculos adjacentes. (Hebert, Xavier, Pardini, & Filho, 1998).

Como sabemos, o joelho é uma das principais articulações que auxiliam na funcionalidade do corpo humano, sendo assim, sempre é necessário o cuidado maior para que evite processos como o da OA. As lesões cartilaginosas constituem o primeiro estágio de uma artrose.

2.2. SINTOMATOLOGIA

A dor é o principal sintoma da artrose do joelho, a dor é subjetiva, podendo ser mais sensível e até mais agravante, depende da sensibilidade do paciente. Segundo Karam (2011), a primeira manifestação clínica da osteoartrose é a dor. O diagnóstico é feito através de exames de imagem e achados clínicos que confirmam a origem da dor.

Crepitações aparecem de acordo o desgaste da cartilagem devido o atrito ósseo ao realizar os movimentos funcionais do membro.

2.3.ETIOLOGIA

As principais causas da OA no joelho podem ser: o desgaste natural da articulação que ocorre devido á idade, estar acima do peso, traumatismo direto, sobrecarga devido doença inflamatória associada ao uso indevido da articulação. De acordo os agravos a doença pode gerar deformidades articular, gerando dificuldades na deambulação e na amplitude de movimento (ADM).

A incidência maior é em mulheres acima de 45 anos, devido à vulnerabilidade própria da mulher.

2.4.TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

O tratamento fisioterápico é conservador, utilizando técnicas manuais e eletroterapia, pacientes com mais relatos de dor tendem a ficar algumas sessões em analgesia antes de iniciar o tratamento a fim de recuperar a funcionalidade do joelho.

“As técnicas, mais utilizadas pelas fisioterapeutas, a eletroterapia, cinesioterapia e hidroterapia trazem benefícios de funcionalidade e biomecânica, mas se associados a outras terapias como a witterapia, geoterapia e fitoterapia pode gerar resultados mais expressivos.” (CUNHA, 2017, p. 11).

A doença não tem cura, porém a fisioterapia tende a recuperar a funcionalidade e promover melhor prognóstico. Em média, 10 sessões são suficientes para eliminar a dor e processo inflamatório atual, seguido de algumas orientações, o paciente poderá seguir longos tempos sem relatos de agudização do processo inflamatório crônico.

3.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de caso clínico realizado no CASU tendo como instrumento para a coleta de dados a ficha de avaliação realizada antes, durante e depois do tratamento fisioterapêutico onde foram abordados protocolos de analgesia, cinesioterapia e ganho de força para os membros acometidos. A paciente foi submetida a testes especiais e anamnese que confirmaram a OA.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a discussão sobre o caso da paciente e o que se sabe sobre a OA. Chega-se a categorias como:

- a) limitação em suas atividades causada pela dor;
- 2) diminuição da força muscular;
- 3) diminuição da amplitude de movimento;
- 4) alterações na marcha e equilíbrio.

O quadro álgico é disparado o principal sintoma da OA, o que piora ao movimento, traz uma limitação funcional que leva à incapacidade, atrasando a vida do paciente, modificando sua rotina quantos as AVD'S, piorando sua qualidade de vida.

A paciente chega ao CASU com essas características e com o passar das sessões, a fisioterapia e seus recursos conservadores e técnicas manuais fazem com que esse ciclo seja quebrado e o quadro álgico melhorado, proporcionando a ela funcionalidade.

A OA com o passar do tempo vai causando perda de função e isso vai acarretando na diminuição progressiva da força muscular, principalmente se as articulações que sofrem degeneração forem as que suportam todo o peso, já que os músculos conferem a absorção de todo e qualquer choque e que mantêm estabilizadas as articulações.

A diminuição da força foi observada na avaliação da paciente, e através de exercícios de fortalecimento muscular propostos no seu tratamento, trouxe ajuda no ganho de força, que se faz importante na estagnação da doença, ou seja, sua não progressão para estágios mais agravados.

Com o processo doloroso e progressão da doença a diminuição da amplitude de movimento é o fator determinante para isso.

A paciente apresentava mais esse sintoma no começo do seu tratamento e a evolução permitiu a ela que melhorasse esse quadro, visto na sua reavaliação pelo teste de goniometria que foi realizado.

É comum ter alterações na marcha devido às compensações que os pacientes de AO fazem para não sentirem dores e/ou por apresentarem fraqueza muscular, e com a paciente deste estudo não foi diferente.

Trabalhou-se com a paciente seu equilíbrio e propriocepção para que essas alterações fossem amenizadas. A paciente conseguiu recuperar totalmente seu equilíbrio através de exercícios na prancha.

A paciente L. F. S. , 49 anos, começou a sentir fortes dores há pelo menos um ano, nesta época trabalhava como cuidadora de idosos e o fato de vir apresentando o quadro algíco cada vez mais agravado, a impossibilitou de continuar na profissão, hoje em dia é “do lar”. Há poucos meses resolveu ir ao médico e após passar por consulta e exames complementares teve o diagnóstico clínico de osteoartrose bilateral de joelho e tornozelos, assim, foi encaminhada ao Centro de Assistência à Saúde da UNEC (CASU) onde foi submetida à avaliação ortopédica para diagnóstico fisioterapêutico.

Durante a avaliação, questionada sobre sua queixa principal, a paciente relatou que o maior incômodo que a limitava era realmente o quadro algíco principalmente no joelho direito, sempre que deambulava. Foi utilizada a escala analógica visual de dor (EVA) mais comumente utilizada no CASU, tendo como resultado de mensuração grau 8 no momento da avaliação, considerada uma “dor insuportável” pela paciente.

Pôde-se observar na inspeção corporal que a mesma apresenta a cabeça anteriorizada, joelhos em valgo e pés planos, quando realizada a palpação não sentiu dor e nem apresentava nódulos, mas pode-se sentir edema. Foram realizados os testes de encurtamento muscular e a cadeia extensora de quadril e joelhos se encontravam encurtados.

Dentre os testes especiais, foram feitos o de Gaveta anterior (FIGURA 1), para integridade de ligamentos cruzados anteriores, obtendo resultado negativo e o de McMurray (FIGURA 2), para lesão meniscal e o resultado foi positivo. Nos testes de sensibilidade constatou-se que tanto a profunda quanto a superficial se encontravam em normoestesia. A mesma apresentou força muscular e amplitude de movimento diminuída e por fim, foi realizado o teste de marcha que teve algumas alterações, como cabeça anteriorizada como já dito anteriormente, tomada de peso para o membro inferior direito, ausência de choque de calcanhar, velocidade e comprimento do passo diminuído, equilíbrio regular e ausência de dissociação de cintura.

Diante deste diagnóstico cinético funcional, foram propostos como objetivos para o tratamento da paciente ao longo de nove sessões; eliminar quadro algíco, diminuir edema local, à curto prazo; aumentar amplitude de movimento, melhorar equilíbrio à médio prazo e recuperar força muscular à longo prazo.

As condutas adotadas envolviam analgesia local, eliminadas através da TENS Burst 250x50 Hz por um período de vinte minutos, laser três jaulas por varredura em cinco topos, ultrassom contínuo cinco minutos, além de terapias manuais como: mobilizações passivas das patelas bilaterais, mobilização passiva e ativa nos dois joelhos e nos dois tornozelos, alongamentos com e sem auxílio do espaldar, massagem antes da realização dos exercícios, cinesioterapia ativa, exercícios isométricos e isotônicos com pesos e o uso do bosu para mobilidade e equilíbrio.

Recursos como eletroterapia, terapia manual e cinesioterapia foram fundamentais para apaliar os sintomas sentidos pela paciente, sabendo-se que a osteoartrose não tem cura, mas que com um tratamento adequado, individualizado e orientações certas, proporcionam uma melhor condição de vida a ela.

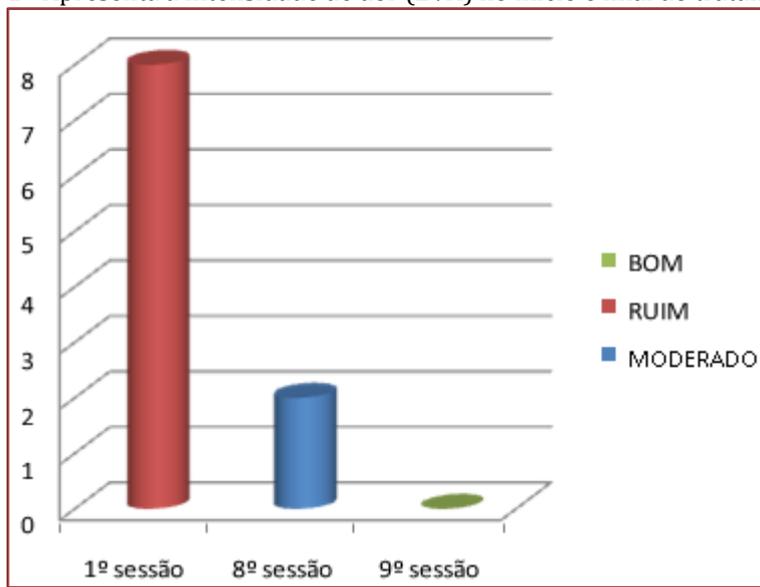
Após passar por uma reavaliação já se pôde-se notar uma melhora efetiva no que diz respeito a amplitude de movimento, pois quando feito a goniometria de joelho se teve resultado de 120º em flexão e 175º em extensão e ao ganho de força que teve resultado compatível com a normalidade (0-5), obtendo grau 5 e principalmente quanto ao quadro algíco que aplicada a EVA novamente a mensuração caiu para 2.

Em sua última sessão a paciente relatou não estar sentindo mais dor nos joelhos ao se movimentar, somente um leve incomodo nos tornozelo, que ao término da sessão já havia sentido melhora.

Com isto, a paciente já se encontrava em plenas condições de alta fisioterapêutica e assim foi feito, percebendo pelas acadêmicas de fisioterapia sua satisfação com seu progresso.

O gráfico 1 apresenta a intensidade de dor pela escala de EVA, pôde-se observar uma melhora significativa após o tratamento fisioterápico no qual a paciente foi submetida.

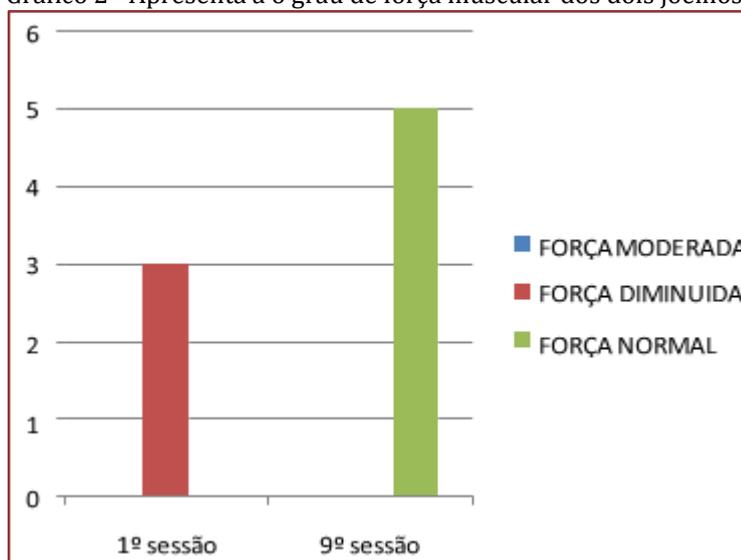
Gráfico 1 - Apresenta a intensidade de dor (EVA) no início e final do tratamento.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O gráfico 2 apresenta o grau de força muscular nos dois joelhos, pôde-se observar que a paciente recuperou totalmente sua força muscular após o tratamento fisioterápico no qual foi submetido.

Gráfico 2 - Apresenta a o grau de força muscular dos dois joelhos



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 1: Apresenta valores da goniometria do joelho esquerdo no início e na alta do tratamento

ADM membro esquerdo	1ª sessão	9ª sessão
Flexão de joelho	110º	120º
Extensão de joelho	150º	175º

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 2: Apresenta valores da goniometria do joelho direito no início e na alta do tratamento

ADM membro direito	1ª sessão	9ª sessão
Flexão de joelho	110º	120º
Extensão de joelho	160º	175º

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5. CONCLUSÃO

Diante deste estudo de caso, pôde-se concluir que o conjunto da eletroterapia associada à terapias manuais e cinesioterapia podemos obter resultados benéficos ao tratamento de osteoartrose do joelho, ocorrendo melhoria de vida da paciente e confiabilidade dos acadêmicos que fizeram a abordagem fisioterapêutica.

Um plano de tratamento bem proposto e executado de forma correta, é essencial quanto evitar a perda de força muscular e em consequência evitar a limitação da paciente nas atividades de vida diária. Fazer uso dos recursos terapêuticos pertinentes proporciona alívio do processo doloroso que se instala e vem auxiliar na recuperação de amplitude articular, aumentando a funcionalidade e integridade das articulações que são afetadas.

O fisioterapeuta tem seu papel intimamente ligado, não só no aspecto da reabilitação de fato, mas na prevenção de sintomas através de orientações que possibilitam dar não só a paciente em estudo mas aos pacientes de osteoartrose uma melhor qualidade de vida.

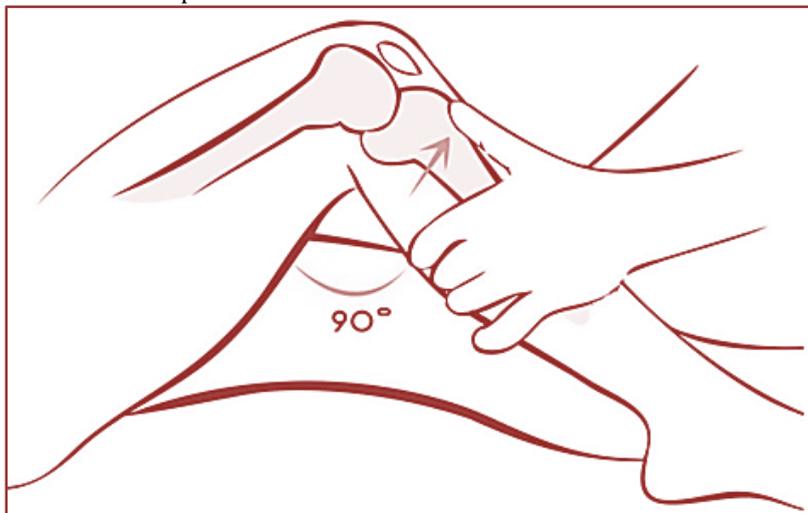
REFERÊNCIAS

- [1] Ruaro, Antonio Francisco. Ortopedia e Traumatologia: temas fundamentais e a reabilitação: Temas Fundamentais e a Reabilitação. 1ª. ed. Uruarama, Paraná: Elenco, 2004. 586 p.
- [2] Hebert, Sízínio et al. Ortopedia: exames e diagnóstico. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. 541 p.
- [3] Rezende, Marcia Uchoa de. Tratamento Multiprofissional da Artrose. 1ª. ed. São Paulo: Revinter, 2015. 225 p.
- [4] Alfredo, Patricia Pereira. Eficácia da laserterapia de baixa intensidade associada a exercícios em pacientes com osteoartrose de joelho: um estudo randomizado e duplo-cego. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- [5] Assis, Juvêncio César Lima et al. Efeitos de um programa de exercícios cinesioterapêuticos em idosas com osteoartrose de joelho. Id on Line Revista de Psicologia, v. 7, n. 21, p. 45- 53, 2013.
- [6] Basílio, Sandra. Intervenção da fisioterapia em indivíduos com osteoartrose do joelho: características da prática clínica, resultados obtidos e fatores de prognóstico para os resultados de sucesso. 2013. Tese de Doutorado.
- [7] Biasoli, Maria Cristina; Izola, Laura Nascimento Tavares. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. Rev Bras Med, v. 60, n. 3, p. 133-6, 2003.
- [8] Bley, Andre Serra et al. Efeitos do treinamento de força e flexibilidade em pacientes com osteoartrite de joelho. Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida| Vol, v. 8, n. 2, p. 2, 2016.
- [9] Cunha, Aimê et al. A fisioterapia na saúde do idoso com osteoartrite: uma revisão de literatura. Revista interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão, v. 5, n. 1, 2017.
- [10] Dadalto, Thais Varanda; de Souza, Cintia Pereira; da Silva, Elirez Bezerra. Eletroestimulação neuromuscular, exercícios contrarresistência, força muscular, dor e função motora em pacientes com osteoartrite primária de joelho [I]. Fisioterapia em movimento, v. 26, n. 4, 2013.
- [11] De Assunção, Maria Laura Aquino Calado; Ramos, Ana Angélica Tsingos; de Lima, Bianca Alves. Termoterapia profunda como tratamento fisioterapêutico na osteoartrite. Revista de Ciências Médicas, v. 19, n. 1/6, p. 73-79, 2012.
- [12] De Paula, Bruno Lionardo; Soares, Michelle Barbosa; Lima, Geovane Elias Guidini. A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelhos utilizando questionário algo funcional de lequesne. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 17, n. 4, p. 18-26, 2010.

- [13] De Rezende, Mário José. Estudo da eficácia da laserterapia de baixa potência (gaalas 830 nm) no tratamento da osteoartrite de joelho. Estudo clínico controlado, 2007.
- [14] Freitas, Daniel Almeida et al. Efeito de um programa de treinamento aeróbio na dor, desempenho físico e funcional e na resposta inflamatória em idosos com osteoartrite de joelho- Resultados preliminares. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, v. 10, n. 47, 2012.
- [15] Imoto, Aline Mizusaki; Peccin, Maria Stella; Trevisani, Virgínia Fernandes Moça. Exercícios de fortalecimento de quadríceps são efetivos na melhora da dor, função e qualidade de vida de pacientes com osteoartrite do joelho. *Acta Ortopédica Brasileira*, 2012.
- [16] Morgan, Charles Ricardo; Santos, Franklin Santana. Estudo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) nível sensório para efeito de analgesia em pacientes com osteoartrose de joelho. *Fisioterapia em Movimento*, v. 24, n. 4, 2017.
- [17] Oliveira, Janaísa Gomes Dias et al. Uso da eletroterapia associado a cinesioterapia no tratamento de pacientes com osteoartrite. O efeito da eletrolipofores no fibroedemagelóide, p. 103, 2015.
- [18] Pinto, Ana Cláudia Albino. Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com osteoartrose submetidos a artroplastia total do joelho. 2017. Tese de Doutorado.
- [19] Hebert S, Xavier R, Pardini Jr AG, Barros Filho TEP. *Ortopedia e traumatologia: princípios e prática*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 839-57.
- [20] Raymundo, Stela Freitas et al. Comparação de dois tratamentos fisioterapêuticos na redução da dor e aumento da autonomia funcional de idosos com gonartrose. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p. 129-140, 2014.
- [21] Rodrigues, Andressa Juliane; Camargo, Rachel Schettert de. Tratamento fisioterapêutico na osteoartrite de joelho: revisão de literatura. *Cadernos da Escola de Saúde*, v. 2, n. 14, 2017.
- [22] Sanchez, Fernanda Figueirôa et al. Cinesioterapia como tratamento para osteoartrite no joelho. *Rev Omnia Saúde*, v. 4, n. 2, p. 32-6, 2007.
- [23] Souza, Erlaine Da Silva et al. Fatores Biomecânicos Do Joelho E Quadril Como Causa De Osteoartrite. *Anais SIMPAC*, v. 6, n. 1, 2016.
- [24] Netter, Frank H.. *Atlas de Anatomia Humana*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

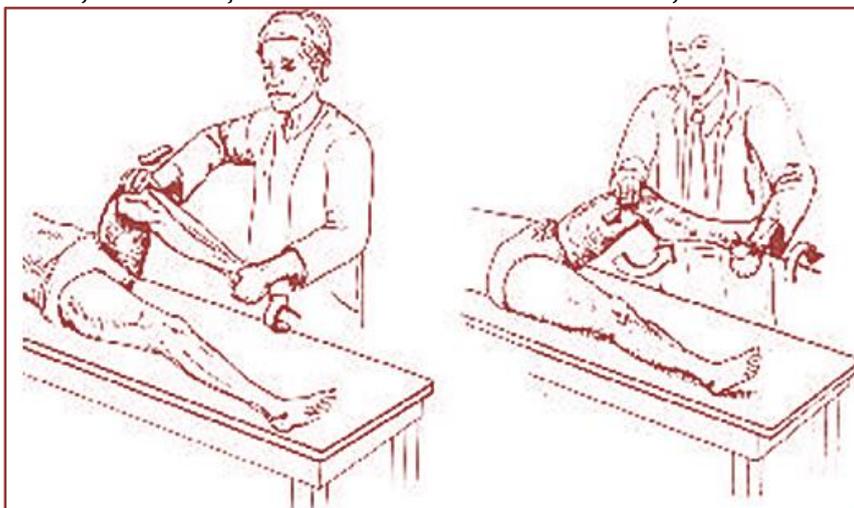
ANEXOS

Figura 1: Teste da gaveta anterior. Consiste em colocar o paciente em decúbito dorsal, o joelho em flexão de 90° e o quadril em 45°. De tal forma que o pé permaneça apoiado sobre a mesa de exame. O examinador senta-se sobre o pé do paciente e com as mãos ao redor do terço superior da tíbia promove a anteriorização da tíbia sobre o fêmur. O teste deve ser realizado com a perna em rotação interna, neutra e externa. Com a perna em rotação interna, ocorre o tensionamento do ligamento cruzado posterior e das estruturas póstero-laterais, o que impede a anteriorização da tíbia mesmo com o LCA rompido. Entretanto, a manobra executada com a perna em rotação externa ou neutra, havendo ruptura do LCA, ocorre a anteriorização da tíbia e o teste é positivo.



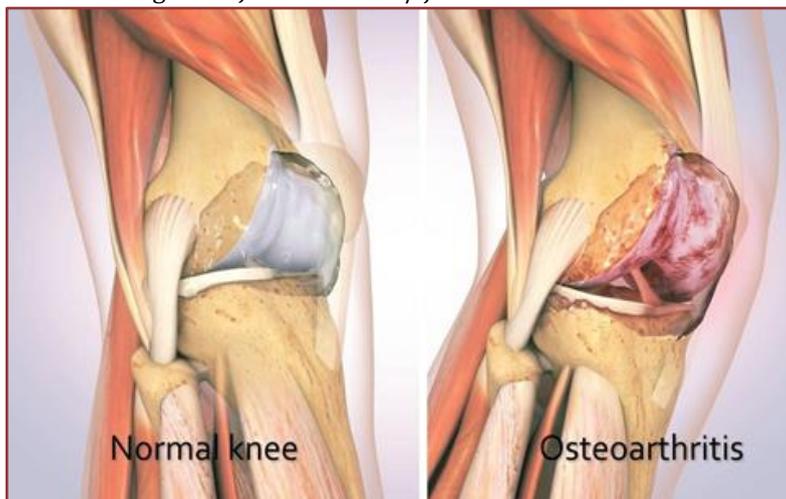
Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-8-Teste-da-gaveta-anterior-Adaptado-de-Google-imagens_fig3_311966292

Figura 2: Com o paciente deitado de barriga para cima, o examinador segura o joelho e palpa a linha interarticular com o polegar de um lado e os dedos do outro, enquanto que a outra mão segura a planta do pé e atua de modo a suportar o membro e proporcionar o movimento desejado. Neste caso o examinador em seguida, aplica uma tensão de valgo ao joelho, enquanto que, com a outra mão, roda externamente a perna e estende o joelho. Dor e/ou um estalido enquanto executa esta manobra pode indicar uma rutura do menisco medial. Para examinar o menisco lateral, o examinador repete esse processo mas aplica uma força para varo no joelho e rotação medial da tíbia antes de estender o joelho mais uma vez.



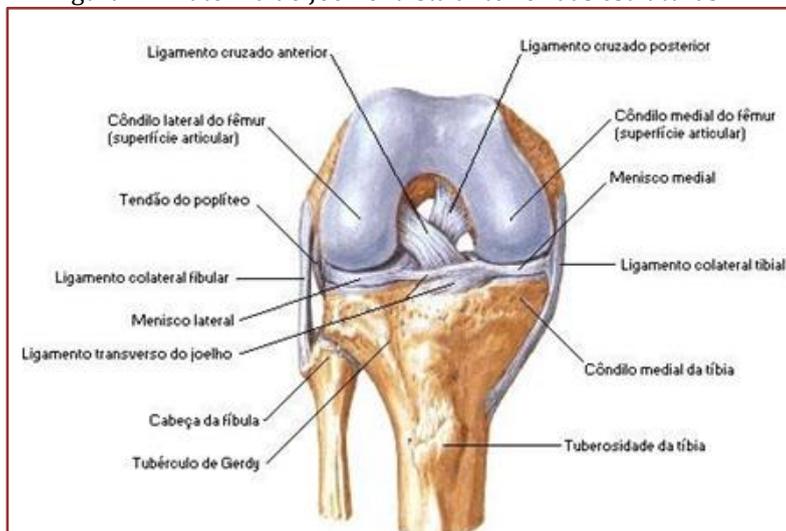
Fonte: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/traumato/lesao_meniscal/lesao_meniscal.htm

Figura 3: Joelho normal / joelho com artrose.



Fonte: <https://davidgusmao.com/tratamento-viscobiologico-sem-cirurgia-para-artrose-e-artrite-de-joelho/>

Figura 4: Anatomia do Joelho. Vista anterior das estruturas.



Fonte: <https://www.auladeanatomia.com/novosite/sistemas/sistema-articular/diartroses/joelho/>

Capítulo 18

Polineuropatia tóxica periférica em idoso e associação com o método pilates e neopilates: Estudo de caso

Juliana Cordeiro Carvalho

Monique de Freitas Gonçalves Lima

Suelane Renata de Andrade Silva

Helga Cecília Muniz de Souza

Maria de Fatima de Oliveira Falcão

Lilian Guerra Cabral dos Santos

Resumo: O objetivo deste trabalho foi avaliar os benefícios que o método Neopilates e Pilates traria para um paciente com Polineuropatia Tóxica Periférica priorizando a avaliação do equilíbrio, flexibilidade e funcionalidade. Estudo descritivo que utilizou o método de estudo de caso único. O cenário do estudo foi no Estúdio Pilates e NeoPilates localizado na cidade de Campina Grande-PB. O método Pilates e o Neopilates contribuíram para manter a qualidade de vida, mesmo resultando em um aumento considerável no item dor no paciente com polineuropatia periférica, contudo foi observado melhora na flexibilidade, disposição de uma forma geral além da melhora do ânimo devido a socialização ocasionada pelas consultas.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As neuropatias são desordens relacionadas a enfermidades sistêmicas ou próprias do Sistema Nervoso Periférico (SNP), que podem associar-se a disfunções do Sistema Nervoso Central (SNC). Do ponto de vista anatômico, o SNP pode ser envolvido em qualquer uma das partes que o compõe, desde a raiz nervosa até as porções mais distais dos ramos terminais dos axônios. Seu acometimento pode estar presente em cada faixa etária, sendo maior nas idades mais avançadas (MARTYN HUGHES, 1997). A Polineuropatia Periférica (PNP) é uma patologia que atinge 2-8% da população global (PEIXOTO et al., 2016). A PNP do tipo tóxica ocorre quando inalamos ou ingerimos algum tipo de substância tóxica como, por exemplo, chumbo, tálio, arsênico, organofosforados, exocarbons, tricloroetileno e acilamida (KRAYCHETE, 2011).

Como são numerosas as causas de neuropatias, a avaliação e o diagnóstico tornam-se difíceis. Desse modo, mesmo com a avaliação adequada, entre 25% e 40% das neuropatias permanecerão sem causa definida. As neuropatias periféricas são classificadas em três grupos: mononeuropatias que comprometem apenas um tronco nervoso, mononeuropatias múltiplas com comprometimento sucessivo de vários troncos nervosos e polineuropatias distais com comprometimento difuso e simétrico dos quatro membros. Podem ser hereditárias, metabólicas, tóxicas e idiopáticas, sendo estas de início lento e insidioso. Quanto ao modo de instalação, a neuropatia pode ser aguda (até um mês), subaguda (meses) e crônica (anos) (MARTYN & HUGHES, 1997; BAROHN, 1998).

É importante investigar o tipo de fibra nervosa envolvida, assim como a localização, que determina se a distribuição da neuropatia depende do comprimento do nervo e se é simétrica ou assimétrica. As neuropatias periféricas podem ser sensitivas, motoras ou autonômicas. No caso de neuropatia, é fundamental identificar se a doença é do axônio, da mielina ou do neurônio. A história clínica e o exame físico são imperiosos para o diagnóstico. O diagnóstico diferencial das neuropatias, os antecedentes pessoais, os tratamentos prévios e atuais e a história social é importante pois evita a solicitação de exames complementares inapropriados (KRAYCHETE, SAKATA, 2011).

A fisiopatologia da PNP decorre pela introdução da substância, por meio de inalação ou ingestão, em seguida atinge a corrente sanguínea, para então alcançar o sistema nervoso central. Depois ocorre a cromatólise dos corpos celulares e a degeneração axonal periférica que deteriora com consequente danificação da bainha de mielina, causando prejuízos na sensação, movimento, cognição e outras funções dependendo dos nervos envolvidos. As anormalidades metabólicas iniciam-se nos segmentos mais distais dos axônios periféricos, que são mais longos e de maior calibre (REIS *et al.*, 1999).

As sintomatologias do PNP são: fraquezas dos membros superiores e inferiores, cansaço respiratório, culminando em alguns casos com a falência respiratória, salivação excessiva, tremores, incontinência urinária, hipotensão, lacrimejamento, dentre outros. Os comprometimentos motores afetam primeiramente nas regiões distais para em seguida chegar nas regiões mais proximais do corpo. (GREENBERG, 2015). (ARAUJO, 2017), (BARTH, 2015). (FREITAS *et al.*, 1990).

Dentro desse contexto, a abordagem terapêutica das Neuropatias Tóxicas Periféricas constitui na eliminação do agente agressor, na prevenção, tratamento das sequelas e no alívio da sintomatologia álgica (PEIXOTO *et al.*, 2016).

O método Pilates é uma técnica dinâmica que visa trabalhar a força, flexibilidade, alongamento e equilíbrio com o objetivo de manter as curvaturas fisiológicas e estabelecer o abdômen como centro de força do corpo (KOLYNIK, *et al.* 2004; SACCO, *et al.*, 2005). O objetivo do tratamento fisioterapêutico utilizando o método de Pilates é a melhoria global do corpo, ganho de equilíbrio e da qualidade de vida, enfatizando a força do “core” (tronco), postura e coordenando a respiração com o movimento executado (ALTAN *et al.*, 2009).

Já o método Neopilates, criado em 2011, pela brasileira catarinense, Amanda Braz, unificou o treinamento funcional, as atividades circenses e lúdicas ao Método Pilates. Os princípios que regem o NeoPilates são os mesmos do Pilates: Concentração, Controle, Centralização, Respiração, Equilíbrio e Fluidez, associado a três novos princípios: instabilidade, diversão e desafio (ANDRADE *et al.*, 2019; BRAZ, 2011). Houve também a produção de novos equipamentos para o NeoPilates, cujo os nomes são: *Wall, Gravity, Slackline, Core Skate, Fix Ball, Skier, Escada, Argolas, Trapézio Fixo, Mouse Fit (suspensão e solo), Rola-rola e NeoFix* (BRAZ, 2015). *Todos com a função de deixar os exercícios mais lúdicos, sem perder os princípios do Pilates.*

Nesta conjuntura, o objetivo deste trabalho seria avaliar os benefícios que o método Neopilates e Pilates traria para um paciente com Polineuropatia Tóxica Periférica priorizando a avaliação do equilíbrio, flexibilidade e funcionalidade.

2.MATERIAIS E MÉTODOS

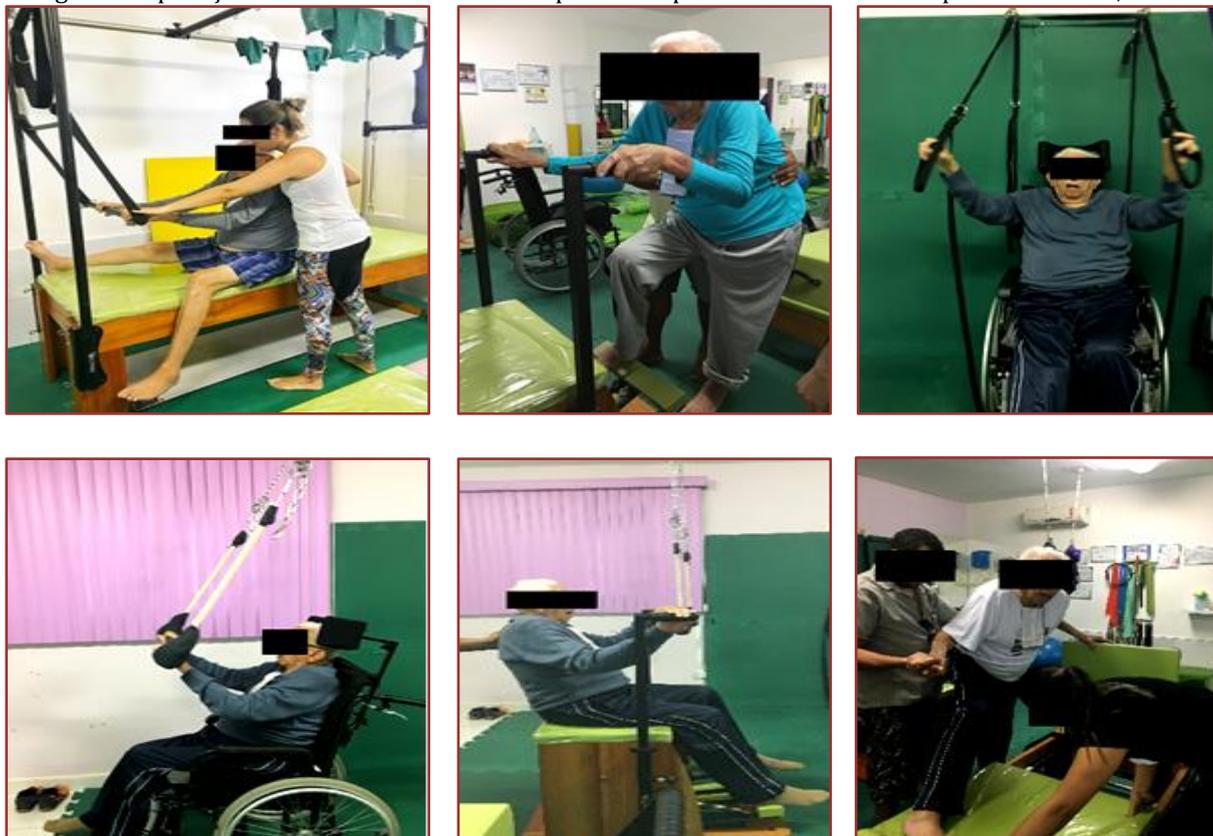
Estudo descritivo que utilizou o método de estudo de caso único. O cenário do estudo foi no Estúdio Pilates e NeoPilates localizado na cidade de Campina Grande-PB. O estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Unifacisa de Campina Grande, (sob a CAAE N° 78885917900005175, atendendo aos requisitos preestabelecidos na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde. Sendo assim, após os responsáveis pelo sujeito da pesquisa estarem cientes em relação aos objetivos, foi autorizado e ratificando com a assinatura do TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido), iniciando desta forma a coleta de dados.

Participou desse estudo, um indivíduo do sexo masculino, 93 anos, comerciante, naturalizado na cidade de Tabira interior de Pernambuco, procurou o serviço de fisioterapia com diagnóstico de polineuropatia periférica tóxica através dos exames de tomografia computadorizada (TC) e eletroneuromiografia. Trabalhou com a venda de produtos com agrotóxicos, usados nas lavouras e plantações e com a carência de informações acerca dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e dos futuros danos ocasionados pelo mau uso dos agrotóxicos, ocorreram inalações por longos períodos, e assim foi adquirido a doença.

Foi realizado uma primeira avaliação, no qual foi constatado que o paciente apresentava atrofia muscular associado a fraqueza dos membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), além da musculatura respiratória e dificuldade na deambulação, com marcha do tipo escarvante, como resultado necessitou do uso frequente de cadeiras de rodas.

A figura 1 mostra algumas imagens do paciente com PNP realizando alguns exercícios propostos pela pesquisa.

Figura 1: Aplicação dos métodos Pilates e Neopilates no paciente com Polineuropatia Periférica, 2018.



Fonte: elaborada pelos autores.

Neste trabalho optou-se pela Escala de Berg, por ser de baixo custo e de fácil administração além de ser seguro para pacientes idosos, é bastante utilizada na prática clínica e em pesquisa.

A Escala de Berg é um instrumento validado, de avaliação funcional do equilíbrio composta de 14 tarefas com cinco itens cada e pontuação de 0-4 para cada tarefa: 0 - é incapaz de realizar a tarefa e 4 realiza a tarefa independente. O escore total varia de 0- 56 pontos.

Quanto menor for a pontuação, maior é o risco para quedas; quanto maior, melhor o desempenho (DIAS, *et al* 2019). A escala foi adaptada para aplicação no Brasil por Miyamoto et al. (2004), apresentando em cada item escores de 0-4 e um tempo determinado para cada tarefa; tem como pontuação para risco de quedas escore abaixo de 45 pontos.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (Short-Form Health Survey), formado por 36 itens englobando em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde (CICONELLI, 1997).

Finalizamos com a avaliação do grau do ângulo poplíteo, onde o membro avaliado (direito) inicialmente se posicionará em flexão de quadril e joelho a 90º e tornozelo na posição neutra e o fulcro do goniômetro colocando no côndilo lateral do joelho direito, tendo como pontos de referência à linha mediana do braço fixo do goniômetro em direção ao trocanter maior do fêmur e o braço móvel na linha do maléolo lateral. Após posicionar fulcro do goniômetro colocando no côndilo lateral do joelho direito, tendo como pontos de referência à linha mediana do braço fixo do goniômetro em direção ao trocanter maior do fêmur e o braço móvel na linha do maléolo lateral. Após posicionar da forma correta será solicitado o movimento de extensão do joelho ativamente, até a voluntária sentir uma resistência e relatar ao examinador, neste momento será realizada a medida do ângulo através do valor numérico em graus indicado pelo goniômetro. (CHRISTINE; SILVA, 2019).

Após as devida avaliações o paciente iniciou duas vezes por semana, sessões de Pilates e do NeoPilates. Posteriormente, após 50 sessões, o paciente foi reavaliado. Para a tabulação dos resultados foi realizado o somatório das pontuações adquiridas pelos questionários e em seguida utilizado o programa Excel.

Quadro1: Séries de exercícios utilizando o método Pilates e no NeoPilatesno paciente com PNP, 2018

Tipo de movimento	Exercício	Ferramenta	Frequência
Fortalecimento dos membros inferiores (músculos pectíneos, grácil, adutor longo, glúteo máximo, isquiotibiais, sóleo)	Horse, Ponte com a Bola, Ponte, Leg Series: OneLegQuadriceps, Footwork: toesandheels, Leg Series: OneLeg, Bridge, LegLowers, CirclesandExtension. Footwork Double LegPumps: Toes e o alternado, PumpOneLeg Front, AchillesStretch, PumpOneLegSide Leg Press	LaderBarrel, Bola Suíça, Chair, Cadillac	1 série de 10 repetições cada
Alongamento dos membros inferiores (isquio-tibiais), da cadeia posterior de tronco, tríceps sural	Stretches Front, StretchesSide, Tower, Tower (variação running) (variação ante pé unilateral), Running, StomachMassage, Front Splits	LaderBarrel, Reformer	1 série de 10 repetições cada
Mobilização da coluna vertebral e alongamento dos músculos da cadeia posterior	SpineStrech	Cadillac	1 série de 10 repetições cada
Alongamento dos músculos da cadeia lateral do tronco	Mermaid, SideArmSit,	Cadillac e no Reformer	1 série de 10 repetições cada

(continuação)

Quadro1: Séries de exercícios utilizando o método Pilates e no NeoPilatesno paciente com PNP, 2018

Tipo de movimento	Exercício	Ferramenta	Frequência
Alongamento dos músculos da cadeia anterior do tronco e mobilização da coluna vertebral em extensão	Swan	Cadillac	1 série de 10 repetições cada
Mobilização da coluna vertebral, fortalecimento dos músculos transversos do abdômen e paravertebrais, quadríceps, femoral, isquiotibiais	KneeStretchesRound, Short SpineMassage	Cadillac e Reformer	1 série de 10 repetições cada
Alongamento dos músculos pectíneos, grácil, adutor longo, curto e magno, cadeia posterior do tronco e mobilização da coluna vertebral	Horse Back,	Cadillac	1 série de 10 repetições cada
Fortalecimento e alongamento os músculos isquiotibiais e glúteo máximo	Leg Series Supine: Lower, Circles, Scissors, Bicycle máximo	Cadillac	1 série de 10 repetições cada
Fortalecimento dos membros superiores (bíceps braquial, grande dorsal, redondo maior, tríceps braquial, extensores do carpo e antebraço, peitoral maior e menor, deltoide)	ArmsPullupand Down e suas respectivas variações, Arm Tríceps, Arms: upand Down, Circles, Triceps, Biceps, Pulling, Long Box: PushingStrapsupandDown	Cadillac, Reformer	1 série de 10 repetições cada

Fonte: elaborada pelos autores, 2018

QUADRO 2: Séries de exercícios utilizando o método NeoPilates no paciente com PNP, 2018.

Tipo de movimento	Ferramenta	Frequência
Alongamento de Bíceps Braquial	Wall	1 série de 10 repetições cada
Mobilização da Coluna	Tecido do NeoPilates	1 série de 10 repetições cada
Alongamento da musculatura adutora dos quadríceps e flexora	Tecido do Neopilates	1 série de 10 repetições cada

Fonte: elaborada pelos autores, 2018

3.RESULTADOS E DISCUSÃO

A tabela 3 abaixo demonstra o resultado das avaliações da qualidade de vida, segundo o SF-36, subdividido em suas dimensões, no decorrer do seguimento fisioterápico:

Tabela 3: SF-36 inicial e ao término das 50 sessões para tratamento, 2018

Itens Avaliados	Antes do Pilates e NeoPilates	Após 50 sessões de Pilates e do Neopilates
Capacidade Funcional	0%	0%
Aspectos Físicos	0%	0%
Dor	52%	64%
Estado Geral de Saúde	72%	72%
Vitalidade	55%	55%
Aspectos Sociais	50%	50%
Aspectos Emocionais	0%	0%
Saúde Mental	64%	64%

Fonte: elaborada pelos autores, 2018

A qualidade de vida apresentou-se prejudicada no paciente investigado. Como esta avaliação é multidimensional e pode variar segundo a condição física individual, crenças pessoais, estado emocional, grau de dependência, relações sociais, e da sua interação com ambiente em que vive (WHO, 1997), na PNP a incapacidade, característica da doença, é uma condição que ameaça os propósitos de manutenção da independência e autonomia para um envelhecimento ativo, uma que a autonomia também apresenta-se prejudicada com a incapacidade e ainda abrevia a morte (ZIEGLE, et al 2010; OMS, 2005).

Nos doentes com patologias graves e duradouras, com progressiva piora da doença ao passar dos anos, as sensações negativas fazem com que o indivíduo sinta-se triste, angustiado, frustrado, e forte sentimento de raiva e culpa (APN, 2011) como se fosse um castigo e que ainda apresentam-se associados à depressão. Moreira *et al* (2009) investigaram diabéticos com neuropatia periférica e encontrou sintomatologia depressiva com escores elevados, ou seja, na forma grave, juntamente com a sensação de dor como principais fatores associados à qualidade de vida com scores piores.

Dessa forma, como o SF-36 apresenta 6 domínios como componentes da qualidade de vida (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e a saúde mental) reitera a associação dor e depressão ao comprometimento da qualidade de vida que se tornou viável a utilização desse instrumento em seu estudo. (CICONELLI, 1997; MOREIRA et al, 2009)

Com base na Tabela 3 pode-se observar que não ocorreu mudança antes e após as 50 sessões de Pilates e Neopilates nos seguintes itens: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Observou-se maior sensação de dor em 12%. Salienta que Mendes et al (2014) avaliou a qualidade de vida em idosos praticantes de Pilates e em seus resultados não obtiveram dados promissores, com exceção do aspecto atividade física.

Na tabela 4 estão contidos os dados obtidos a partir das medições da Escala de Berg no paciente com PNP no seguimento de 50 sessões de Pilates e Neopilates.

TABELA 4: Resultados da Escala de Berg, 2018

Questões	Antes	Depois
1	0	0
2	1	1
3	4	4
4	1	1
5	0	1
6	2	2
7	4	0
8	4	1
9	1	1
10	3	3
11	0	0
12	1	1
13	1	0
14	0	0
TOTAL	22	22

Fonte: elaborada pelos autores, 2018

De acordo com os resultados contidos na Tabela 04, percebe-se que não houve alteração no escore total no paciente com PNP antes e após as 50 sessões de Pilates e Neopilates, mantendo-se o valor total de 22 pontos, onde o escore total varia de 0 a 56 pontos. Cada ponto a menos na escala corresponde a um aumento do risco de quedas; entre os escores 56 à 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 à 4% no risco de quedas; entre 54 e 46, a um aumento de 6 à 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é de quase 100% (Pimentel e Scheicher,2009). Por tanto, o paciente com PNP tem grandes chances de cair e com a associação da idade elevada (92 anos), levaria a fraturas, comprometimentos e inclusive riscos de morte. Sendo interessante continuarmos utilizando os métodos de Pilates e Neopilates para que o paciente não tenha uma diminuição dos valores citados pela escala de Berg.

Song et al. (2011) avaliaram o equilíbrio em 38 idosos com o diagnóstico de Polineuropatia Periférica Diabética (PPD) através do teste de Berg, ocorreu um aumento de 2% da soma total do escore no grupo que praticou exercícios. E o grupo controle não obteve alteração no escore total. Kruse et al. (2010),

avaliaram o equilíbrio de 79 idosos, sedentários com PPD através da escala de Berg. Após uma intervenção de exercícios cujo objetivo era de fortalecer dos membros inferiores e a melhora do equilíbrio durante 12 meses, não houve aumento significativa dos valores finais obtidos pela escala no grupo de intervenção.

O paciente com PNP obteve uma melhora no quesito da flexibilidade, onde houve um acréscimo de 15 graus do ângulo poplíteo através do uso do goniômetro com a utilização do método Pilates e do Neopilates. Anteriormente o paciente apresentava 60 graus do ângulo poplíteo, após todas as sessões de Pilates e Neopilates foi registrado o valor de 75 graus de ângulo. Destaca-se que o ângulo máximo de flexibilidade registrado no goniômetro corresponde a 90 graus. UENO, L.M. et al (2000) utilizaram um programa de alongamento por 12 meses em 38 idosos. Os autores não detectaram melhora na flexibilidade dos pacientes após os exercícios. MENDES et al (2014) avaliaram a flexibilidade antes e após 16 sessões de Pilates e Neopilates em 31 idosos. Após as sessões, obtiveram melhora através de uma média de cinco graus do ângulo poplíteo.

Considerando que o paciente tinha 93 anos, sedentário, cadeirante de rodas e com a doença instalada por mais de 10 anos, seria inescrutável ter uma evolução nos quesitos da flexibilidade, qualidade de vida e equilíbrio. Por tanto, já foi uma grande evolução manter esses parâmetros no paciente. Em outros casos, seria provável a perda dos valores, mesmo com a prática dos exercícios. Além das avaliações sobre o equilíbrio, flexibilidade e qualidade de vida, percebeu-se que houve uma evolução qualitativa no estado de animo do paciente, na socialização e disposição de uma forma geral, respondendo nitidamente aos estímulos provocados pelos exercícios.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método Pilates e o Neopilates contribuíram para manter a qualidade de vida, mesmo resultando em um aumento considerável no item dor no paciente com polineuropatia periférica, contudo foi observado melhora na flexibilidade, disposição de uma forma geral além da melhora do ânimo devido a socialização ocasionada pelas consultas. Caso o paciente fosse um idoso jovem, é possível que a resposta tivesse sido mais positiva, assim como se o tratamento tivesse iniciado mais precocemente.

Portanto, propõe-se para futuros estudos um aumento no tempo de atendimento, assim como uma maior variação de exercícios para melhorar a eficácia do método pilates em indivíduos com polineuropatia periférica tóxica, associada a outras avaliações como função pulmonar, força muscular, capacidade funcional e coordenação motora.

REFERENCIAS

- [1] Altan, L. et al. Effect of Pilates Training on People With Fibromyalgia Syndrome: A Pilot Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 90, n. 12, p. 1983-1988, 2017.
- [2] Andrade, L.C.P.; Fioco, E.M.; Zanella, C.A.B.; Junior, E.A.B.; Verri, E.D. Análise eletromiográfica do músculo esternocleidomastoideo dos indivíduos com dtm após a reabilitação com neopilates. *Brazilian Journal of health Review*, v. 2, n. 1, p. 48-56. 2019.
- [3] Araújo, A.J et al. Exposição múltipla a agrotóxicos e efeitos à saúde: estudo transversal em amostra de 102 trabalhadores rurais, Nova Friburgo, RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, ed. 1, p. 115-130, 2017.
- [4] Barth, V.G.; Biazon, A.C. Complicações decorrentes da intoxicação por organofosforados. *Rev. Saúde e Biol.*, v.5, n.2, p.27-33, 2015.
- [5] Barohn RJ – Approach to peripheral neuropathy and neuronopathy. *Semin Neurol*, 1998;18:7-18.
- [6] Berg KO, Norman KE. Functional assessment of balance and gait. *Clinics in Geriatrics medicine*, v. 12, ed. 4, p. 705-723, 1996.
- [7] Bertolla, F. et al. Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 13, n. 4, p. 222-226, 2007.
- [8] Braz, A. *Pilates em Suspensão: Tecidos e Lyras/ Amanda Braz. – Caxias do Sul, RS: Ed. São Miguel, 2015.*
- [9] Braz ACS. *Apostila do curso de pós-graduação em Pilates pelo Instituto de Pós-Graduação Amanda Braz. Lages/SC, 2011.*
- [10] Christine, M.; Silva, F.; Mar-, D. O efeito do treinamento utilizando o método pilates sobre a flexibilidade de musculatura posterior de coxa. *Terapia Manual*, v. 7, n. 31, p. 161-167, 2019.

- [11] Dias, B.B.; Mota, R.S. Gênova, T.C. Tamborelli, V.; Pereira, V.V.; Puccini, P.T. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano*, v. 6, n.2, p. 213-224, 2019
- [12] Freitas, M.R.G.; Chimelli, L.; Nascimento, O.M.; Cincinatus, D.; Marques, H.A.; Nevares, M.T. Polineuropatia por triclorfon registro de um caso com estudo eletrofisiológico e histopatológico do nervo sural. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, vol. 48, n. 4, p. 515-519, 1990.
- [13] Garcia Kolyniak, I. E. G.; de Barros Cavalcanti, S. M.; Saldanha Aoki, M. Avaliaçãooosocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: Efeito do metodoPilates. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 10, n. 6, p. 487-493, 2004.
- [14] Greenberg, D.A. et al. Distúrbios da sensibilidadesomática. *NeurologiaClínica*. 5ª ed. São Paulo: Artemed; 2005.p.255-76, 2015.
- [15] Juliano, R.A.; Bernardes, R. Curso de Pilates Completo, VollPilatesGroup. 2015.
- [16] Kraychete, D, Sakata, R. Neuropatias periféricas dolorosas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(5), 649-658.
- [17] Kruse, R.L. et al. Fall and balance out comes after na intervention to promote leg strength, balance, and walking in people with diabetic peripheral neuropathy: “feetfirst” randomized controlled trial. *PhysTher*, vol. 90, n. 11, p. 1568-79, 2010.
- [18] Martyn C.N, Hughes RAC. Epidemiology of peripheral neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:310-18.
- [19] Moreira R.O., et al. Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. *Arq. Bras. EndocrinolMetab*, vol. 53, ed. 9, p. 1103-1111, 2009.
- [20] Peixoto, I. et al. Neuropatia Tóxica - a Propósito de dois Casos Clínicos ToxicNeuropathy : ReportingtwoClinical Cases. v. 21, n. 4, p. 65-69, 2016.
- [21] Reis, R.G. et al. Drogas e Sistema Nervoso Periférico. *Rev. Neurociências*, vol. 7. ed. 3 p. 108-114, 1999
- [22] Rodrigues, B. G. S. Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. *FisioterPesq*,vol. 17, n.4, p. 300-305, 2010.
- [23] Sacco, I. C. N. et al. Método pilates em revista: aspectos biomecânicos de movimentos específicos para reestruturação postural. *Estudos de caso. Rev. Bras. Ciênc. Mov*, v. 13, n. 4, p. 65-78, 2005.
- [24] Song, C.H. Effects of an exercise program on balance and trunk proprioception in older adults with diabetic neuropathies. *Diabetes TechnolTher*, vol. 13, n. 8, p. 803-11, 2011.
- [25] Sozzo, A. D.; Silva, G. S.; Correa, V. M. C. T. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg em pacientes após AVC. Trabalho de Conclusão de Curso. Universitário Católico Salesiano Auxilium.2016.
- [26] Weimer L.H., Medication Induced Peripheral Neuropathy. *CurrNeurolNeurosc Rep*.vol. 9, ed. 69, 2016.
- [27] Wiesman, J. F. Drug-Induced Peripheral Neuropathies.*Office Practice of Neurology: Second Edition*, n. 3 p. 626-633, 2003.
- [28] World Health Organization.(1997). Whoqol - MeasuringQualityof Life. Disponívelem: <http://www.who.int/mental/_health/media/68.pdf>. Acessoem 24-09-2012.
- [29] Ziegler, D. DiabeticPeripheralNeuropathy. *Diabetes*, vol. 4, cap. 38, p. 615 -634. Wiley-Blackwell; Oxford, UK. 2010.

Capítulo 19

Perfil socioeconômico e demográfico de idosos/as frequentadores/as de studio de pilates e os motivos que os/as levaram a escolherem o método

Joseana Maria Saraiva

Rosana Barbara da Silva

Iêda Litwak de Andrade Cezar

Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa

Resumo: Estudos afirmam que o Método Pilates é uma atividade excelente para manutenção das capacidades físicas, prevenção de doenças e promoção da saúde de idosos/as, inclusive, indicado como tratamento por especialistas da área. Contudo, evidencia-se na literatura uma lacuna no conhecimento científico acerca dos motivos que levam os idosos/as a escolherem esse método como atividade física, bem como acerca do perfil dos/as usuários/as idosos/as de *Studio* de Pilates. Nessa direção, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de 10 idosos/as de *Stúdios* de Pilates do bairro de Casa Forte em Recife – PE. Ademais, analisar e compreender as representações sociais dos/as idosos/as frequentadores/as de *Stúdios* de Pilates da cidade de Recife-PE, mais especificamente, entender porque escolheram o Método Pilates e seus efeitos em suas vidas. Trata-se de um estudo de abordagem *qualiquanti* e de caso, cujo método de análise trata das representações sociais fundamentado por Serge Moscovici. Para tanto, primeiro se traçou o perfil socioeconômico e demográfico de 10 idosos/as dos *Stúdios* de Pilates, ambos no bairro de Casa Forte, Recife – PE. Posteriormente, se coletou as representações sociais, se categorizou e se analisou. Os resultados mostram que 90% dos/as idosos/as é do sexo feminino, na faixa etária entre 60 a 70 anos de idade, configurando a população como idosa. Os Salários, via de regra são baixos e o nível de escolaridade para 50% é alto, classificando-os/as na classe C, D e E. A maioria dos/as entrevistados/as (95,5%) escolheu o Método Pilates porque é uma atividade física excelente, sobretudo, por ser muito eficiente, ter efeitos positivos em vários aspectos: melhorar a força, a mobilidade, sobretudo, das articulações, do equilíbrio, da flexibilidade. Para o restante, o Método Pilates dá segurança, funciona como um instrumento positivo para melhoria de doenças que os acometem, inclusive as doenças psicossociais como depressão, ansiedade.

Palavras Chave: Método Pilates; Representações Sociais; Perfil Socioeconômico; Idosos/as.

1. INTRODUÇÃO

Estudos mostram que mais do que a média internacional, em 2050 o Brasil triplicará o número de idosos/as, enquanto duplicará no mundo. O aumento da população idosa no Brasil evidencia o perfil dos/as idosos/as e seus problemas de saúde, particularizando, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), determinadas por diversos fatores, econômicos, sociais e culturais, sobressaindo-se, as doenças por falta de exercício, fator de risco tão grave para o coração quanto hipertensão, diabetes, tabagismo, colesterol alto ou obesidade e, se associado a estes, pior ainda. Para se ter uma ideia, de acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (2009) 70% da população mundial é sedentária.

Considerando essa perspectiva torna-se relevante a preocupação com a saúde e a melhoria da qualidade de vida desse segmento populacional. A atividade física como caminho para uma melhoria da qualidade de vida dos/as idosos/as é apontada pela literatura que trata desse assunto como fundamental, em função dos seus efeitos positivos sobre a capacidade funcional, a saúde e a qualidade de vida.

Nessa perspectiva, estudos afirmam que o Método Pilates é uma atividade excelente para manutenção da capacidade física, prevenção de doenças e promoção da saúde de idosos/as, inclusive, indicado como tratamento por especialistas da área. Os benefícios do Método Pilates para esse segmento segundo Lima e Mejia (2016, p.1) é uma realidade comprovada, a prática regular de exercício físico, pelos/as idosos/as podem reverter as suas limitações decorrentes do processo de envelhecimento, melhorar sua autonomia, sua capacidade física, seus relacionamentos sociais e o aspecto psicológico, uma vez que a reintegração social minimiza problemas de solidão e depressão, proporcionando bem-estar geral e qualidade de vida. Entre as atividades físicas, uma das mais recomendadas segundo esses autores é o Método Pilates.

No entanto, há carência de estudos que caracterizem o perfil dos/as idosos/as frequentadores/as de Estúdios de Pilates e que evidenciem porque os/as idosos/as escolhem esse método como atividade física. Nessa direção, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos/as idosos/as que frequentam Estúdios de Pilates da cidade de Recife-PE, bem como compreender os motivos que os/as levaram a escolherem o Método Pilates.

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem *qualiquanti*, cujo método de análise se constituiu das representações sociais - teoria criada por Serge Moscovici - que permite encontrar elementos do discurso social trazidos pelos sujeitos para melhor compreender o fenômeno social estudado. Para tanto, primeiro se traçou o perfil socioeconômico e demográfico de 20 idosos/as de dois Estúdios de Pilates, ambos localizados no bairro de Casa Forte, Recife-PE, posteriormente se coletou as representações sociais sobre suas escolhas em relação ao Método Pilates como atividade física.

2. METODOLOGIA

O estudo se caracteriza como de caso, de natureza explicativa e de abordagem *quantiquali*. A opção pelo estudo de caso justifica-se por este método de investigação ser adequado ao estudo dos fenômenos que não ainda não estão claramente esclarecidos, conforme salienta Yin (2005, p. 94). Nesses termos, o estudo de caso possibilitou apreender o fenômeno pesquisado dentro do seu contexto real e como se encontra situado.

O interesse dos pesquisadores é compreender os processos sociais que ocorrem num determinado contexto, na perspectiva de abranger a situação investigada de forma ampla e em profundidade, entendendo o seu significado para os vários envolvidos com a situação CHIZZOTTI (1995) e YIN (2005). Para esses autores, o estudo de caso constitui uma descrição (holística e intensiva) de um fenômeno social bem delimitado (um programa, uma instituição, uma pessoa, um grupo de pessoas, um processo social ou unidade social).

Segundo Viana (2017, p. 105), o estudo de caso além de permitir a utilização de métodos e técnicas diversificadas de modos para explorar o fenômeno - entrevistas, observações, relatos, avaliações - propicia um retrato abrangente e detalhado do fenômeno estudado, favorecendo a organização de um estudo ordenado e crítico do fenômeno estudado (CHIZZOTTI, p. 102).

Nessa direção, o estudo de caso propiciou a compreensão dos significados acerca da escolha dos/as idosos/as acerca do Método Pilates, a partir das representações sociais que os/as idosos/as têm sobre o fenômeno estudado.

Através da pesquisa qualitativa e do estudo de caso foi possível trabalhar com o método de análise das representações sociais. Esse método tem o privilégio de possibilitar se trabalhar menos as generalizações

e mais o aprofundamento e a abrangência das representações subjetivas dos sujeitos fundamentadas no o senso comum, construtor da realidade social (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995).

Nesse sentido, a fim de compreender as interpretações, ideias, visões e concepções que os/as que os sujeitos possuem a respeito do fenômeno social em questão, insere-se neste estudo o conceito das representações sociais, utilizado em várias áreas do conhecimento, fundadas na teoria das representações sociais, que tem como figura central Serge Moscovici.

Para o referido teórico, a noção de representação social parte de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais (MOSCOVICI, 1981, p. 181). Defende, sobremaneira, este teórico que as representações sociais se constituem em uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais (MOSCOVICI, 2003, p. 123).

De acordo com Faria e Santos (2016, p. 26) as representações sociais é um método eficiente para análise das concepções de idosos/as, uma vez que evidenciam as necessidades e demandas do processo de envelhecimento. É preciso reconhecer que o envelhecimento, mesmo sendo um fenômeno biológico natural e inevitável, ganha os contornos de um estereótipo negativo, uma vez que pouco se aceitam os sinais do envelhecimento e as limitações trazidas com o processo de envelhecimento. Para Minayo (2007, p. 236), as Representações Sociais é um método de análise que propicia aos sujeitos manifestarem por meio de falas, atitudes e condutas que suas demandas e necessidades cotidianas

Para Siqueira (2008, p. 20), Moscovici denominou representação social ou Teorias do Senso Comum, o processo de construção de teorias do senso comum, mostrando que este se diferencia dos outros tipos de conhecimento. Com base nesses pressupostos, o estudo buscou analisar as representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre as representações sociais dos sujeitos envolvidos sobre suas escolhas em relação ao Método Pilates como atividade física.

Em outras palavras, compreender o discurso dos sujeitos da pesquisa e apreender as suas representações sociais constituiu-se elemento fundamental para a compreensão da realidade, trazendo à consideração a importância que a atividade física tem para os/as idosos/as e seus efeitos no processo de envelhecimento.

Este estudo também se valeu de dados secundários acerca dos fenômenos estudados, prevalecendo à pesquisa bibliografia, visto que, de acordo com Lira (2014, p. 25), toda pesquisa tem uma realização de cunho bibliográfico. Assim, foram consultados diversos estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, bancos de dissertações e teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), livros, dentre outros.

2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os idosos/as dos *Studios* de Pilates (Studio Simetria, Studio Rodrigo Hécio, ambos no bairro de Casa Forte, Recife, Pernambuco). Foram previamente cadastrados numa ficha (contendo nome completo, endereço e telefone) e, posteriormente, contatados para a subsequente entrevista. De 20 idosos cadastrados, 10 ligaram dizendo que gostariam de participar da pesquisa, estes constituíram a amostra.

Para escolha da amostra se considerou a ênfase dada pela literatura acerca da pesquisa qualitativa. Segundo Hodges e Richardson (1997, p. 218) o quantitativo de entrevistas deve permitir transcreever os dados e tirar conclusões possíveis sem probabilidade de saturação. Desse modo, para este estudo considerou-se a quantidade de 10 entrevistados/as como satisfatória e mais apropriada para trabalhar com as representações subjetivas dos sujeitos da pesquisa, construtores da realidade social.

2.2. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se a Entrevista Estruturada acompanhada de um roteiro de entrevista integrando perguntas abertas e fechadas que dirigiu o processo de investigação.

A Entrevista Estruturada, segundo Hodges e Richardson (p. 207) é uma técnica de entrevista que facilita a interação face a face, elemento fundamental na pesquisa qualitativa e que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre o entrevistador e o sujeito entrevistado.

Nessa direção, o instrumento de coleta de dados se constituiu de um formulário de entrevista integrando perguntas abertas e fechadas compondo três blocos, a saber:

BLOCO I - Dados de Identificação da Entrevista;

BLOCO II - Caracterização socioeconômica e demográfica dos entrevistados/as;

BLOCO III – Representações sociais dos/as idosos/as acerca dos motivos que os/as levaram a escolher o Método Pilates como atividade física.

A primeira versão do formulário de entrevista foi pré-testada com dois (2) idosos, de um Estúdio de Pilates da cidade do Recife-PE, entre aqueles não selecionados para integrar a amostra. Após aplicação do questionário se verificou a sua adequação no que diz respeito à compreensão e ordenamento das perguntas e à pertinência das questões aos propósitos do estudo. As entrevistas foram gravadas e registradas. No final, cada idoso/a ciente da entrevista assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A pesquisa de campo foi realizada entre os meses novembro e dezembro de 2017, com duração média de 1 hora, nos *Studios* de Pilates selecionados para pesquisa.

Depois de realizadas as entrevistas, as respostas foram tabuladas e, em seguida, categorizadas e distribuídas segundo o conteúdo das respostas, sobressaindo-se os depoimentos mais significativos dos entrevistados. As categorias foram apresentadas em forma de tabela, considerando às frequências estatísticas, analisadas, posteriormente, tendo como referência a teoria das representações sociais.

2.3 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A teoria do método de análise das representações sociais, utilizado em várias áreas do conhecimento, tem como figura central Serge Moscovici. Para este teórico, a noção de representação social parte de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais (MOSCOVICI, 1981, p. 181).

As representações sociais, segundo Moscovici (2003, p.123) se constituem em uma das formas de compreensão da realidade, do mundo concreto, que permite encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais. Nessa direção, como base nesse método, objetivando compreender as, ideias, visões, interpretações e concepções que os idosos submetidos/as à intervenção com o Método Pilates, possuem a respeito dos impactos ou efeitos do método e sua relação com a melhoria da saúde e qualidade de vida, insere-se neste estudo o conceito das representações sociais, tendo em vista compreender a realidade, do mundo concreto, permitindo encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos sociais para melhor compreensão dos fenômenos sociais (MOSCOVICI, p. 123).

De acordo com Santos (2017, p. 26), as representações sociais regem as relações entre as pessoas, orientam as condutas e definem as identidades pessoais e sociais. Nessa direção, as representações sociais é um método eficiente para análise das concepções de idosos/as uma vez que evidenciam os fatores que afetam e traduzem, na sociedade contemporânea, o processo de envelhecimento, as demandas e as necessidades dos/as idosos/as.

Todo estudo tem uma base de cunho bibliográfico. Nessa direção, utilizou-se para análise e fundamentação teórica do fenômeno diversos estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, bancos de dissertações e teses da CAPES, livros, entre outros.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil socioeconômico e demográfico de idosos/as de Estúdios de Pilates da cidade do Recife e suas representações sobre o motivo que os/as levou a escolher o Método Pilates como atividade física.

TABELA – Distribuição da amostra segundo o sexo, idade, estado civil, escolaridade e salário dos participantes da pesquisa – RECIFE, 2017

SEXO	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS	
	N	%
Feminino	09	90,00
Masculino	01	10,00
IDADE		
60 a 70	06	60,00
71 a 80	04	40,00
ESTADO CIVIL		
Solteiro	01	10,00
Casado	06	60,00
Viúvo	03	30,00
ESCOLARIDADE		
Ensino médio completo	03	30,00
Ensino superior completo	05	50,00
Doutorado	01	10,00
Pós-Doutorado	01	10,00
PROCEDÊNCIA DOS RECURSOS		
Aposentados	05	50,00
Pensionistas	02	20,00
Na ativa	03	30,00
FAIXA SALARIAL		
2 a 4 salários mínimos	03	30,00
5 a 6 salários mínimos	03	30,00
7 a 8 salários mínimos	01	10,00
9 a 10 salários mínimos	02	20,00
10 ou mais salários mínimos	01	10,00
TOTAL	10	100,00

Fonte: autora.

3.1 EM RELAÇÃO AO SEXO

Os resultados apresentados na Tabela 1 em relação ao sexo demonstram a preponderância do sexo feminino em relação ao masculino, à maioria (90%) da amostra é mulher. Isso pode ser justificado a partir de dois fatores fundamentais. O primeiro diz respeito à quantidade de mulheres e homens frequentadores dos estúdios de Pilates. E o segundo diz respeito ao aumento da população feminina idosa na população brasileira.

Estudos têm evidenciado que a frequência preponderante nos estúdios de Pilates é de mulheres. Corroborando essa afirmativa, Carvalho e Madruga (2011, p.19-20) realizaram um estudo na cidade de Campinas/SP, com 989 pessoas na faixa etária de 50 a 79 anos de idade que praticam a atividade física de Pilates. Os resultados mostram que a adesão de mulheres a prática dessa atividade é maior que de homens em 88,70%. A autora apresenta duas justificativas para esta situação. A primeira revela que os homens sentem prazer na prática da atividade, mas não em ambientes fechados, ou dividindo o espaço com as mulheres. A segunda justificativa apontada pelos próprios homens diz respeito à falta de incentivo. Para eles as mulheres, ao contrário, sentem-se motivadas, planejam sua participação e aguardam os encontros para as atividades com muita expectativa.

Para Carvalho e Madruga (p.19-20), provavelmente, a maior participação das mulheres idosas em grupos de convivência tem a ver com a possibilidade de uma maior vivência social em espaços que dispõem de ambientes fechados, mais controlados e seguros. De certa forma, estes parecem conferir maior proteção, se comparados aos espaços urbanos abertos. Além disso, nesses espaços, existe a possibilidade de troca de experiências com profissionais que lhe oferecem novas alternativas de vivência do envelhecimento fora do ambiente do lar.

Casalini (2011, p.14) realizou uma pesquisa com 38 idosos/as, na faixa etária de 60 a 84 anos de idade em um Studio de Pilates no município de Ijuí – RS, cujo objetivo se constituiu de traçar o perfil dos idosos praticantes de Pilates. Os resultados evidenciaram que a adesão das mulheres a atividade era de 68%. A autora atribui esse dado à motivação, na sua análise, as idosas se sentiam mais motivadas para a atividade que os homens, gostavam de ambientes fechados e os homens preferem ambientes abertos.

Barros (2011, s/n) em estudos no Studio de Pilates no município de Campina Grande - PB sobre os resultados do Método Pilates e seus efeitos para melhoria da qualidade de vida, evidenciou que a grande maioria dos participantes da pesquisa praticantes do método era do sexo feminino, 82,35% (14) e 17,65% (3) do sexo masculino. O autor relaciona a preponderância de mulheres idosas do sexo feminino nos Estúdios de Pilates ao cenário de feminilização do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição da mulher a determinados fatores de risco do que os homens e que esses últimos têm morrido mais cedo.

Pilger, Menon e Mathias (2011, p.6) também evidenciaram que a maioria dos idosos participantes da pesquisa que realizaram era mulher (64,40%). Para estes autores, isto pode ser atribuído ao cenário de feminilização do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição da mulher a determinados fatores de risco do que os homens, relacionados ao ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool.

Particularizando o estado de Pernambuco, a cidade de Recife-PE, onde se realizou este estudo, segundo último Censo (2010), possui 85 homens idosos para cada 100 mulheres idosas. Dessa forma, os dados encontrados neste estudo corroboram estas estatísticas quando se relaciona a preponderância de mulheres idosas nos Estúdios de Pilates, confirmando os estudos que chamam a atenção para o fenômeno da feminização da velhice também no segmento que realiza esse tipo de atividade.

3.2 EM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA

No que tange à distribuição da amostra estudada por faixa etária, observa-se que a participação do sexo feminino é maior em todos os intervalos etários de 60-70 anos (60%), e 71-80 anos (40), um único sujeito do sexo masculino se encontra na segunda faixa etária e tem 75 anos de idade.

Esses dados corroboram aqueles do IBGE (2008, s/p) que ressalta sobre a expectativa de vida do brasileiro que aumentou em três anos na última década, passou de 69,3 anos em 1997 para 72,7 anos em 2007.

Segundo Santos (2017) com base na análise do IBGE (2010, s/p) chama a atenção para o fato que as mulheres vivem mais do que os homens, em torno de quase 10 anos. As estatísticas apresentam os percentuais por sexo enfatizando que 11,73% são mulheres e 9,80% são homens. Estes dados confirmam a predominância do sexo feminino na população idosa e aponta para o fenômeno da feminilização da velhice, cuja razão nesse segmento é crescente no Brasil, particularmente no Nordeste, em Pernambuco e em Recife, confirmado pelo referido censo que existe um excedente de 1,93% de mulheres na população.

Segundo Santos (p.111) destaque tem sido dado ao avanço da idade e da expectativa de vida, no entanto, com igual teor de importância, importa, sobretudo, compreender a qualidade de vida no processo de envelhecimento, levando em consideração aspectos como a autoestima, o bem-estar pessoal, físico, o nível socioeconômico, o suporte familiar e o estado de saúde, dentre outros fatores, tendo em vista a prevenção de doenças e a promoção da saúde desse segmento.

Nesse entendimento, existem vários fatores que influenciam a feminização da população idosa, entre os quais se podem ressaltar a queda da mortalidade materna, maior cuidado das mulheres no que concerne à exposição a situações de risco no trabalho e acidentes de trânsito, maior atenção à saúde e, sobretudo, maior adesão a tratamentos e prevenção de doenças em comparação com os homens (SILVA, 2006, p. 85).

Em Pernambuco, segundo dados do Censo Demográfico IBGE (2010), a população do estado à época era composta por 8.796.448 habitantes, sendo 7,8% destes habitantes representantes do coletivo idoso. Recife, capital pernambucana e espaço da pesquisa, abrigava 1.537.704 habitantes e, em relação à distribuição da sua população por sexo, as mulheres também representavam o maior percentual, com 53,84%, enquanto os homens correspondiam a 46,16% da população (SANTOS).

Ressalta-se, ainda, que do total da população residente no Recife em 2010, a parcela de pessoas com 65 ou mais anos correspondia a 125.099 habitantes, de acordo com Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013, p.27). Esses dados podem também revelar e justificar a preponderância de mulheres nos estúdios de Pilates, sobretudo onde se realizou a pesquisa que deu origem a este estudo.

3.3 EM RELAÇÃO AO ESTADO CIVIL

Em relação ao estado civil observa-se na Tabela 1 a predominância (60%) de idosos participantes da pesquisa na condição de casados, seguidos daqueles que são viúvos (30%) e apenas 10% na condição solteiro. Estudos realizados por Camarano; Kanso e Melo (2004) fundamentado ainda em outros trabalhos de diversos autores (Goldani, 1999; Lloyd-Sherlock, 2000; Simões, 2004; Santos 2017, entre outros), evidencia-se que as mulheres idosas vivem mais do que os homens e têm maior probabilidade de ficarem viúvas, mas, geralmente em situações de desvantagens socioeconômicas e de saúde.

Em relação à saúde apresentam problemas relacionados às condições físicas desenvolvendo doenças inerentes ao processo de envelhecimento como osteopenia, osteoporose, sarcopenia, artrose, artrite, entre outras. Em decorrência dessa condição cada vez mais as mulheres em maior percentual têm buscado uma resposta na atividade física, entre elas o Método Pilates.

Os estudos têm mostrado que o Método Pilates quando vivenciado pela população idosa, efetivamente contribui para as mudanças no sistema musculoesquelético – força, flexibilidade, coordenação e equilíbrio. Para Kopitzke (2007, p. 11) o Método Pilates melhora a força e a mobilidade da coluna vertebral, geralmente alterada devido à presença de doenças degenerativas no processo de envelhecimento. Ainda segundo este autor o método Pilates, aliada ao uso de medicação apropriado, conseguiu alterar o diagnóstico de uma paciente de osteoporose para osteopenia, após um ano de tratamento.

Ademais, o percentual de 30% da amostra que se constitui de mulheres e viúvas, pode ser entendido fundamentado nos estudos que mostram que a viuvez ocorre, sobretudo para as mulheres, uma vez que elas vivem mais que os homens. Rocha et al., (2005, p. 65) chama a atenção sobre a viuvez de mulheres idosas, ressalta que além de todas as instabilidades que a velhice acarreta, as mulheres, muitas vezes, enfrentam mais este agravante, a viuvez.

Para Santos apesar da perda e do sofrimento, as idosas que ficam viúvas, tem enfrentado essa condição com autonomia, estão cada vez mais ativas socialmente, buscando atividades religiosas, grupos de convivência e viagens, além das atividades físicas.

Corroborando Santos, evidencia-se neste estudo, a partir das representações sociais das mulheres viúvas de outras entrevistadas, que essas buscam a atividade do Pilates porque:

[...] melhora a postura física, a coordenação motora, a mobilidade, o fortalecimento muscular, a flexibilidade do tronco e membros, objetivando a melhoria da qualidade de vida (Francisca de Paula, 74 anos; Aparecida de 70 anos);

O Pilates para mim é tudo, tem me ajudado em muitos aspectos como melhorar as dores na coluna, me sinto mais seguro quanto ao equilíbrio, a locomoção (Maria José, 77);

Faço pilates porque me faz muito bem em todos os aspectos, tanto físico como emocional. Quando estou chateada, ansiosa, vou para o pilates, relaxo e volto outra (Josefa, 65 anos);

O pilates é para mim uma excelente atividade física, ajuda a gente a se sentir mais jovem e viver melhor, reduz as dores, o cansaço do dia a dia (José, 75 anos);

O pilates traz resultados importantes para viver melhor o processo de envelhecimento, tenho constatado isto na minha vida, depois do pilates estou bem melhor (Lourdes, 77 anos); Quando a gente entra no processo de envelhecimento a gente começa a enfrentar muitas doenças e o pilates ajuda na prevenção e minimiza esses problemas, por gosto muito (Maria, 80 anos).

Esses depoimentos refletem os efeitos do Método Pilates que têm sido considerados relevantes pelos idosos que o praticam, utilizado como instrumento para a redução de problemas vivenciados pelos idosos no processo de envelhecimento, diminuição ou redução do ciclo da marcha, perda do controle do equilíbrio estático, perda da massa muscular (Sarcopenia) e perda da massa óssea (osteoporose). Para Siqueira Rodrigues et al., (2009, p.5) através da prática do Pilates os idosos podem obter ganhos na autonomia funcional, melhorar a força muscular, flexibilidade e a respiração. Outro aspecto que chama atenção na fala dos/as idosos/as é a busca pela melhoria do processo de envelhecimento, da longevidade, um caminho para qualidade de vida.

3.4 EM RELAÇÃO À ESCOLARIDADE

Na amostra estudada, apresentada na Tabela 1, a maioria (50%) possui nível superior completo, 30% concluiu o ensino médio, 10% (1) fez Doutorado e 1(10%) fez Pós Doutorado. Esses dados se contrapõem a condição de escolaridade da população idosa apresentada pelo Censo 2010 (IBGE). Nesse último Censo, o nível de escolaridade das pessoas idosas continua baixo, correspondendo a 19,15% do total da população alfabetizada, apresentando também uma escolaridade incipiente (rudimentar), geralmente limitada até as primeiras séries do Ensino Fundamental (SANTOS, p. 111).

Embora, o Nordeste apresente um dos um dos piores índices de analfabetismo, com 28% da população de 15 anos a mais não analfabeta, sendo que 60%, pessoas idosas que vivem nessas condições, na amostra desse estudo 60% dos/as idosos/as tem nível superior completo. Isso pode ser justificado com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil que anuncia uma redução do analfabetismo no município do Recife em todas as faixas etárias, sobretudo, para pessoas idosas, que carregava o peso das gerações de menor escolaridade. Em 2010, a população desse município de 25 anos ou mais de idade, 8,49% eram analfabetos, 63,94% tinham o ensino fundamental completo, 49,62% possuíam o ensino médio completo e 19,11%, o superior completo.

3.5 EM RELAÇÃO A FAIXA SALARIAL

No que se refere a condição financeira 30% dos idosos praticantes do Método Pilates recebem de 2 a 4 salários mínimos, 30% recebem 5 a 6 salários mínimos, 10% recebem de 7 a 8 salários mínimos, 20% (2) recebem de 8 a 10 salários mínimos e 10% (1) recebe de 10 ou mais salários mínimos. Quanto a procedência dos recursos, 50% são aposentados, 20% pensionistas, 30% trabalhadores na ativa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se neste estudo que os estúdios de Pilates é frequentado, sobretudo, por mulheres, pode-se atribuir esse dado a maior preocupação das mulheres com a saúde do que os homens. As representações sociais das mulheres sobre o Método Pilates refletem, principalmente, o caráter preventivo, tendo em vista reverter o quadro de doenças que acometem os idosos/as no processo de envelhecimento e nesse processo viver com saúde e qualidade de vida.

Consta-se que os/as entrevistados/as são conscientes da necessidade da prática de atividades físicas e da importância do Método Pilates. É categórica a relação que estabelecem entre atividade física, qualidade de vida e envelhecimento saudável, há um consenso entre os/as idosos/as acerca da compreensão, estilo de vida ativo como fator determinante para um envelhecimento com qualidade de vida.

Dessa forma, pode-se afirmar que, apesar do reduzido número de estudos com foco nos efeitos do Método Pilates em idosos/as, a partir de suas próprias concepções, o estudo mostra que conforme representações sociais dos/as idosos/as, essa atividade constitui-se como um precioso meio de contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos/as idosos/as em processo de envelhecimento.

Considera-se que o Método Pilates efetivamente se constitui como instrumento preventivo na visão dos/as idosos/as e muito mais do que isto, promove o fortalecimento muscular, equilíbrio, melhora da postura, controle motor e consciência mental e corporal. Dessa forma, responde ao que os estudos perguntam, ou seja, para os/as idosos/as o Método Pilates auxilia na prevenção de quedas e, conseqüentemente, de fraturas, com menor risco de lesão musculó-articular, constituindo-se em um instrumento precioso para a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida do/a idoso/a.

Um aspecto que se sobressai na pesquisa, a partir da análise das representações sociais dos/as idosos/as diz respeito aos benefícios psicossociais, entre esses encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da autoestima. Para os/as idosos/as o Método Pilates vai além do desenvolvimento físico e muscular, integra a mente, o corpo e o espírito, resultando no controle completo do próprio corpo.

REFERÊNCIAS

- [1] Barros, Nadja Valéria Santos. Qualidade De Vida Através Do Método Pilates; Analisados Os Idosos Provenientes Do Município De Campina Grande – Pb, 2011.
- [2] Camarano, Ana Amélia; Pasinato, Maria Teresa. 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, p. 253-292.
- [3] Camarano, Ana Amélia, Kanson, Solange; Mello Juliana Leitão. Como vive o Idoso Brasileiro? Capítulo 1. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Organizado por Ana Amélia Camarano. - Rio de Janeiro: Ipea, 2004. 604 p.
- [4] Casalini, Elenise Daiane Budel. Perfil Dos Idosos Praticantes de Pilates. Monografia de Especialização em Fisioterapia em Geriatria, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul Unijuí. Ijuí 2011.
- [5] Carvalho, Rosane Beltrão da Cunha; Madruga, Vera Aparecida. Envelhecimento e prática de atividade física: a influência do gênero. Motriz: Revista de Educação Física, Rio Claro, v.17 n.2, p.328-337, abr./jun. 2011.
- [6] Chizzotti, Antonio. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- [7] Goldani, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: Camarano, A. A. (Org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 75-114.
- [8] Hodges PW, Richardson CA. Contraction of The Abdominal Muscles Associated with Movement of the Lower Limb. Phys Ther. 1997; 77(2):986-995.
- [9] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge). Síntese De Indicadores Sociais 2015. Disponível em: <http://www.Ibge.Gov.Br/Home/Estatistica/Populacao/Condicaoevida/IndicadoresminimOs/Sinteseindicisociais2008/Default.Shtm>. Acesso em: 20/05/2018.
- [10] _____ Síntese De Indicadores Sociais 2008. Disponível em: <http://www.Ibge.Gov.Br/Home/Estatistica/Populacao/Condicaoevida/IndicadoresminimOs/Sinteseindicisociais2008/Default.Shtm>. Acesso em: 20/05/2018.
- [11] _____ Síntese De Indicadores Sociais 2015. Disponível em: <http://www.Ibge.Gov.Br/Home/Estatistica/Populacao/Condicaoevida/IndicadoresminimOs/Sinteseindicisociais2008/Default.Shtm>. Acesso em: 20/05/2018.
- [12] Kopitzke, Rob. Pilates: A Fitness Tool That Transcends the Ages. Rehab Manag, July 2007. Disponível em: <http://www.rehabpub.com/2007/07/pilates-a-fitness-tool-that-transcends-theages/Acesso> em: 20/08/2009. Medicina e Esporte. 2004, 10:487-490
- [13] Lima, A. C. Os benefícios do Pilates no processo de envelhecimento. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/34/249_-_Os_benefícios_do_Pilates_no_processo_de_envelhecimento.pdf. Acesso em 17 set 2016.
- [14] Lloyd-Sherlock, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: Lloyd-Sherlock, P. (Org.). Living longer: ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.
- [15] Moscovici, S. The phenomenon of social representations. Em R. M. Farr e S. Moscovici (Orgs). Social representations. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- [16] Moscovici, Serge. Representações sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- [17] Organização Mundial da Saúde (OMS). Dados e estatísticas. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 12/03/2012.
- [18] Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization. (S. Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2002; 60. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf [capturado em: 20 Ago. 2015].
- [19] Pilates JH; Miller JW. A Obra Completa de Joseph Pilates, Phorte, 2009.
- [20] Pilger, C., Menon, M. H., Mathias, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03/02/2017.
- [21] Richardson, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. Colaboradores: Peres, José Augusto de Souza (et. al.). 3. ed. 9. reimp. São Paulo: Atlas, 2008.
- [22] Rocha, Cíntia Et Al. Como Mulheres Viúvas De Terceira Idade Encaram A Perda Do Companheiro. Rbceh - Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, P.65-73, 25 Jul. 2005.

- [23] Santos, Sílvia Cavadinha Cândido dos; Saraiva, Joseana Maria. Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados e tendências na sociedade de consumo contemporânea. In: Albuquerque, Carla Gabriela S. S. Cavalcanti de; Moreira, Lucyana Paula de C.; Sousa, Renata G.; Nóbrega, Rita de Kássia T. (org.). Reflexões à luz do Envelhecimento. Recife: Libertas, 2017. 195p.
- [24] Santos, Sílvia Cavadinha Cândido dos. Envelhecimento e Qualidade de vida na Sociedade de Consumo. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social. Universidade Federal Rural de Pernambuco – Ufrpe – Recife, PE, 2017.
- [25] Silva, Tatiana Alves de Araújo; Junior, Alberto Frisoli; Pinheiros, Marcelo Medeiros; Szejnfeld, Vera Lúcia. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 46, n.6, p. 391- 397, nov/dez, 2006.
- [26] Siqueira Rodrigues BG, Cader AS, Oliveira em, Torres Nvob, Dantas Ehm. Avaliação Do Equilíbrio Estático De Idosas Pós-Treinamento Com Método Pilates. R. Bras. Ci. E Mov 2009;17(4):25-33]
- [27] Viana, André Paes. Fatores que se interpõem à qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades de pronto atendimento como meios de consumo coletivo. Dissertação de Mestrado. Recife - Pe. Ufrpe, 2017, 190 p. }
- [28] Yin, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Capítulo 20

Percepção da qualidade de vida em idosos praticantes de dança de salão

Aline Arruda Rodrigues da Fonseca

Eliza Maria Silva Moreira

Maria das Graças Silva Moreira

Resumo: O trabalho proposto tem como principal objetivo verificar como a dança pode contribuir para a melhoria qualidade de vida de idosos praticantes. A dança é uma das mais antigas formas de expressão da sociedade e que se encontra em distintos períodos históricos. A partir desta, a compreensão do corpo humano se tornou um meio essencial para a expressão de sentimentos, bem como para a comunicação entre os indivíduos, auxiliando tanto no desenvolvimento físico quanto cognitivo. Tratou-se de uma pesquisa de caso, de cunho qualitativo, como técnica foi usado um grupo focal, através de entrevistas semiestruturadas, analisadas através da Análise de Conteúdo, realizada com idosos praticantes de dança. Fizeram parte da pesquisa 10 pessoas, com idade acima de 65 anos, praticantes regulares de dança. Os resultados mostraram o quanto a percepção da qualidade de vida dos praticantes melhorou depois da prática regular de dança.

Palavras-chave: Dança, Qualidade de vida, Terceira Idade.

1. INTRODUÇÃO

Os 65 anos são o ponto de entrada tradicional na terceira idade, a última fase da vida. Contudo, muitos adultos aos 65 - ou até aos 75 ou 85 - não se sentem nem agem como “velhos”. As diferenças individuais tornam-se mais acentuadas nos anos avançados, e o “use ou perca” torna-se uma regra urgente. A maioria dos adultos mais velhos (primeira fase da velhice) possui boa saúde física e mental; as pessoas que se mantêm física e intelectualmente ativas podem manter-se firmes na maioria dos aspectos e até aumentar de competência. O funcionamento físico e o cognitivo possuem efeitos psicossociais, os quais, muitas vezes, determinam o estado emocional de uma pessoa e se ela pode viver de maneira independente (PAPALIA, 2013).

A etapa da vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008)

O envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Na sociedade atual convive-se com diferentes tempos: o tempo do indivíduo e o tempo social. As regras sociais determinam o tempo para ir à escola, começar uma carreira, casar, ter filhos, ter netos e se aposentar. As pessoas procuram estar dentro do tempo social, sentindo-se mal quando estão atrasadas ou adiantadas. O tempo social é imposto às crianças, adolescentes, adultos e idosos e é um modelo linear de desenvolvimento do qual não se pode fugir. Ele define também em que momento as pessoas são consideradas velhas. Desta forma, a velhice é uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008)

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária. (VECCHIA et al., 2005). Assim, esse trabalho teve como objetivo analisar o bem-estar que a dança promove em idosos, apontando os benefícios promovidos pela Dança de Salão na saúde do indivíduo, averiguando os aspectos que proporcionam a qualidade de vida através da dança junto às pessoas que a praticam.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza por ser um estudo descritivo, de campo e de análise qualitativa, o qual utilizou como instrumento a coleta de dados e uma entrevista semiestruturada com 10 pessoas, de ambos os sexos, acima de 65 anos, dentro de um grupo focal. Uma entrevista, segundo Lakatos e Marconi (2008) consiste num encontro entre duas pessoas com o intuito de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto através de uma conversação de natureza profissional. Este procedimento é utilizado para investigação social, coleta de dados ou até mesmo para ajudar no diagnóstico e/ou no tratamento de um problema social.

O grupo focal é definido por Morgan (1997, apud GONDIM, 2003) como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico sugerido por um pesquisador. Podendo ser utilizado para compreender o processo de elaboração das percepções e atitudes de grupos humanos. Para a análise das respostas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo de Bardin (1977) que, segundo a autora, consiste em tratar a informação a partir de um roteiro específico, podendo ser utilizado tanto em pesquisas quantitativas, quanto em pesquisas qualitativas.

3. DESENVOLVIMENTO

A dança faz parte da sociedade em seus diferentes momentos históricos. Segundo Faro (1986), a dança, assim como todas as artes, é também fruto da necessidade de expressão do homem, a qual está ligada ao que há de básico na natureza humana. Cada povo que compreendeu a importância do corpo humano e, principalmente, a necessidade desse corpo de extravasar suas emoções, de relacionar-se consigo, com os outros, que compreendeu a sua infinita capacidade de mover-se, de criar, de desenvolver seus domínios motores, sociais, afetivos e cognitivos, certamente cultivou a dança e utilizou-se dela como um meio de expressar suas características culturais, de comunicar-se, de educar-se, de distinguir-se e de aprimorar-se. Pode-se dizer, que é provável que a dança tenha vindo da necessidade de enfrentar os deuses ou demonstrar a alegria por algo de bom concedido pelo destino. (FARO, 1986)

A dança entre os gregos era considerada como um meio de comunicação entre os homens e os deuses. De acordo com Magalhães (2005), vários autores e filósofos consideram que as características destes deuses gregos eram a ordem e o ritmo, de modo que não poderia haver celebração sem dança, já que este era considerado o melhor meio de agradar, alegrar e honrar os deuses. Esta dança como um ato sagrado era realizada em templos ou em manifestações específicas. Segundo a autora, essas danças aos deuses foram aos poucos adquirindo um conjunto de passos, gestos próprios para cada deus a ser invocado e cada situação – o que hoje denominamos coreografia.

Magalhães (2005) afirma que durante a época do Império, a dança volta como algo triunfante, mas como jogos de circo e atribuída a cortesãs, quando a indecência é repudiada pela Igreja Católica. Dessa forma, nos afastamos da dança como ato sagrado com intuito de cultuar os deuses, como era feito na Grécia, por exemplo, e entendemos a sentença de anátema lançada pela Igreja e que será sentida durante quase toda a Idade Média.

Segundo Luís Pellegrini, o qual faz uma breve introdução no livro “A Dança” do autor Klauss Vianna (2005, p.20) a vida, o mundo e o homem se revelam através do movimento, onde a dança seria mover-se com ritmo, melodia e harmonia. Além de que, o mesmo afirma que “pela dança o homem manifesta os movimentos do seu mundo interior, tornando-os mais conscientes para si mesmo e para o espectador; pela dança ele reage ao mundo exterior e tenta aprender os fenômenos do universo”. A dança possui diversas definições e significados.

Neste caso, podemos entender a dança como uma arte que significa expressões gestual e facial através de movimentos corporais, emoções sentidas a partir de determinado estado de espírito. “Danza, dança, TANZ derivado da raiz TAN que, em sânscrito, significa fusão.” (NANNI, 1998 apud HAAS; GARCIA, 2006, p. 139).

A dança, considerada uma das principais artes cênicas da antiguidade, caracteriza-se pela utilização do corpo podendo seguir “movimentos previamente estabelecidos (coreografia), ou improvisados (dança livre). Na maior parte dos casos, a dança, com passos cadenciados é acompanhada ao som e compasso de música e envolve a expressão de sentimentos potenciados por ela”. (CONTIERO, 2009, p.3)

Como podemos observar, o corpo é o instrumento de expressão na dança através de movimentos, o qual o homem se comunica e se expressa, além de que este “age como uma orquestra, na qual cada seção está relacionada com qualquer uma das outras e é uma parte do todo”. (LABAN, 1978, p.67)

O movimento na dança revela muitos significados diferentes. Segundo Laban (1978), este pode ser considerado resultado da busca de um objeto dotado de valor ou até mesmo de uma condição mental, no qual suas formas e ritmos expressam a atitude da pessoa que se movimenta numa determinada situação. O movimento do indivíduo, por sua vez, pode ter influência do ambiente em que vive. Este mesmo autor afirma que “[...] as palavras podem estar repletas de música e movimento, ao passo que a dança e a música estão muitas vezes carregadas com as ideias que as palavras traduzem”. (LABAN, 1978, p.147)

Os objetivos da dança devem ser expressos, sempre de forma relevante, pois através, certamente, das inúmeras experiências que são vivenciadas pode-se contribuir e investigar, através desta arte, um significativo desenvolvimento para além dos aspectos afetivos, cognitivos, emocionais, sociais e motores que abrangem o universo desta manifestação artística; instauram-se subjetividades em múltiplas aspirações e inspirações. (HAAS; GARCIA, 2006). Seguindo esta mesma linha de raciocínio, Pellegrini, ao fazer a introdução do livro “A Dança” de Klauss Vianna (2005), retrata os ensinamentos deste autor em relação a dança e as experiências proporcionadas por esta não só para os profissionais na dança, mas também para os não profissionais.

Segundo Haas; Garcia (2006) são muitos os benefícios, com intuito/propósito de promover a melhoria e o aperfeiçoamento das qualidades físicas do ser humano, como agilidade, coordenação, equilíbrio, flexibilidade, força, resistência, ritmo e velocidade; facilitar o desenvolvimento e a melhoria da natureza socioemocional e afetiva do ser humano no sentido de despertar potencialidades sociais positivas como cooperação, socialização, solidariedade, liderança, compreensão, laços de amizade/de apego; provocar o desenvolvimento e a melhoria da natureza cognitiva do ser humano no sentido de despertar potencialidades reflexivas como raciocínio, atenção, concentração, criatividade, senso estético; proporcionar uma melhoria da qualidade de vida dos seres humanos em especial, no sentido da busca da energia, harmonia e estímulos positivos; gerar a alta autoestima e a autonomia; possibilitar as relações interpessoais de qualidade positiva; favorecer a relação intrapessoal de forma positiva; exercitar o potencial criativo; conhecer e observar diferentes percepções e sensações em relação a si, aos outros e ao mundo.

Como podemos perceber, a dança traz vários benefícios físicos e mentais para quem a pratica, independentemente da faixa etária e gênero. Segundo Nanni (2005), a dança como atividade física e comunicação não verbal vem de encontro às necessidades do homem contemporâneo a fim de desenvolver nele próprio referências sobre si, através, por exemplo, da consciência da própria imagem corporal do praticante, do outro e do ambiente o qual está inserido. A necessidade de se expressar através do corpo é algo universal, de acordo com a autora, a qual se manifesta de acordo com cada cultura.

A dança de salão surgiu durante a época renascentista na Europa, a qual desde o século XV tornou-se uma prática de lazer entre todas as classes, desde nobres aos plebeus. A história da primeira Dança de Salão, a Valsa, situada a 1500 d.C., é vista por alguns autores como consequência de duas danças populares da Alemanha, a saber: as Alemandas e o Lander. Segundo Zamoner (2013), a Valsa, em sua trajetória, nunca chegou a ser considerada uma Dança Popular. Sua universalização adveio de vários fenômenos, sendo um deles da ampliação das suas práticas para além dos territórios alemães, chegando a alcançar inclusive o Brasil. Tal universalização desenhou um modelo para o desenvolvimento de outras danças com características de Dança de Salão. Trazida pelos colonizadores portugueses, a Dança de Salão chegou ao Brasil por volta do século XVI, e logo após, por imigrantes europeus que ocuparam a região, sofrendo assim muitas influências culturais como a indígena, africana e espanhóis. Como exemplo da influência espanhola na cultura brasileira tem o fandango e as danças sapateadas. Muitos hábitos europeus foram introduzidos no país, como as danças e bailes, de modo que, por ser uma atividade de lazer atrativa e preferida qualquer evento era motivo para um baile. Gradativamente, Paris foi substituindo essa influência de Madrid como modelo a ser seguido pelos brasileiros. Nos séculos XVIII e XIX as formas de dança de salão mais expressas eram o minueto na França, a quadrilha na França e na Inglaterra e a Valsa na Áustria.

Em algumas enciclopédias, como a “The Dance Encyclopedia”, segundo Chujoy e Manchester (1967, apud YOO, 2009) a dança de salão é definida como “social dances, usually performed by couples, at balls, in night clubs, restaurants, and at other social gatherings”. Dessa forma, a dança de salão também pode ser denominada como dança social devido a sociabilização que a mesma permite através da interação entre os indivíduos.

A dança de salão também é chamada dança social por ser praticada com objetivos claros de socialização e diversão por casais, propiciando o estreitamento de relações sociais de romance e amizade, dentre outras. Com relação ao termo “salão”, fica claro que é devido a necessidade de salas grandes, os salões, para que se possam realizar as evoluções das danças e festas de confraternização dançantes. (PERNA, 2005, p.10, grifo do autor)

Segundo Fonseca, Vecchi e Gama (2012) os casais precisam perceber as possibilidades de ação motora, bem como o espaço disponível para iniciarem a interação, de modo a organizar o corpo em um padrão espacial. Essa interação com outros indivíduos é ampla, complexa e desafiadora, já que cada indivíduo possui potencialidades e capacidades distintas.

Os sujeitos tornam-se companheiros com um objetivo comum: dançar. O mandamento da dança social é “dar as mãos e seguir juntos”. Deve existir um olhar sensível para o outro, afinal o outro é seu próprio espelho. Nesse momento a comunicação acontece por meio do corpo, do olhar e do toque. As dificuldades e facilidades são mútuas e todos querem ser aceitos, todos desejam aquele espaço como uma forma de desafios, vitórias, conquistas, prazer, aprendizado, mudanças. Um grande espaço democrático que cabe entre os braços e é do tamanho de cada um. Nesse momento não existe a percepção de fracasso, dando viés para uma sensação de conquista a todo deslocamento alcançado com o “dançar a dois”. (FONSECA; VECCHI; GAMA, 2012, p.201, grifo do autor)

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados da pesquisa foram verificados quatro categorias relacionados aos aspectos da dança. A primeira categoria foi identificada como “interesse”, a segunda categoria “mudanças”, a terceira categoria “sentimentos” e a última seria a categoria dos “benefícios”. Dentre elas algumas subcategorias foram verificadas. Na categoria 1 (interesse) as subcategorias foram “gostar”, “convite e curiosidade” e “benefícios”. Na categoria 2 (mudanças) as subcategorias foram “percepção corporal”, “bem-estar” e “meio social”. Na categoria 3 (sentimentos) as subcategorias foram “alegria”, “equilíbrio” e “emoção”. Na categoria 4 (benefícios) as subcategorias foram “corpo” e “qualidade de vida”.

A primeira categoria voltada para o “interesse” dos praticantes na dança mostra o que os levou a fazer tal prática. Alguns alunos apontaram nesta categoria a questão do interesse, da autoestima, e além disso o que os motivou a continuar na dança. Então, nas subcategorias apresentadas quando eles colocam o “gostar”, o “achar bonito” é algo que motiva inicialmente a eles começarem a praticar a dança. Alguns apontaram, por exemplo, a questão do “desafio pessoal” e da prática de “atividade física”, que é algo que também pode trazer um benefício relacionado à autoestima. Algumas das falas que podem representar esta categoria podem ser vistas abaixo:

“Por gostar de dançar e já ter experimentado outros estilos, a dança de salão me conquistou pelo desafio, por gostar dos mais diversos estilos musicais, por ser mais social.”

“Por achar bonito e pelos benefícios”

“A princípio por buscar alguma atividade física. Por ser algo dinâmico resolvi iniciar o estudo.”

Podemos então observar a diversidade de elementos que podem motivar o indivíduo a praticar a dança, independente da modalidade escolhida. Seja pelo simples interesse de achar bonito ou até mesmo interesses voltados mais para uma preocupação com a saúde, como a escolha da dança como uma atividade física.

A segunda categoria voltada para as “mudanças” após a prática da dança mostra as alterações de vida que os indivíduos tiveram através desta escolha feita. Algumas mudanças apontadas nas subcategorias se dão não apenas no aspecto físico/corporal como também no aspecto psicológico como um maior “conhecimento de si” e a vivência com o “meio social”. Na fala de alguns praticantes essas questões aparecem de maneira bem nítida quando se pergunta sobre essas alterações geradas pela dança.

“A percepção visual e corporal das coisas e a disposição física”

“Maior consciência das possibilidades do meu corpo e da mente, mais autoestima, novas amizades, programação social mais saudável”

Podemos perceber através dos resultados da pesquisa que a maioria das mudanças, se não todas, geradas pela prática da dança se dão de maneira positiva na vida dos indivíduos. Assim, podemos perceber o bem que a dança faz na vida das pessoas que a pratica.

Na terceira categoria que trata dos “sentimentos” que os praticantes vivenciam ao dançar verificamos aquilo que a dança proporciona aos alunos enquanto se movimentam e percebem mais precisamente o significado da dança, ou seja, as sensações obtidas quando estão praticando a dança. Como percebido nas subcategorias quando os alunos apontam a “alegria”, o “amor”, a “confiança” como elementos transmitidos pela dança. Podemos observar abaixo na fala de alguns alunos alguns desses sentimentos.

“Amor, força, confiança, liberdade e alegria.”

“Alegria, estado de fluxo, plenitude.”

“Emoção, arrepio, empolgação, alegria, tranquilidade e muito amor!”

“Força, alegria, confiança.”

Percebemos assim a variedade de sentimentos bons que a dança pode proporcionar aos seus praticantes, e que muitas vezes refletem no dia-a-dia das pessoas, as tornando seres humanos bem mais afáveis e autoconfiantes. Além de consequentemente acarretar em mudanças, como foi visto anteriormente, na vida destes praticantes.

A quarta categoria mostra os “benefícios” proporcionado pela dança aos seus praticantes. Dentre os diversos benefícios incluídos nas subcategorias estão a “postura”, as “formas de se expressar e interagir”, a “melhoria na qualidade de vida” e a “desinibição”. Nesta categoria o que se busca são as alterações positivas proporcionadas pela dança, desde uma alteração corporal como até mesmo uma alteração na qualidade de vida dos praticantes. Algumas falas mostram os diversos benefícios proporcionados àqueles que dançam.

“Melhora na qualidade de vida, maior concentração, autoconhecimento, aumento na consciência corporal.”

“Melhorou meu condicionamento físico, diminuí minha timidez, aumentou minha autoestima.”

“Redução da timidez, diminuição de dores físicas, maior disposição física, melhoria no raciocínio e memória, melhoria nas relações interpessoais.”

“Ser mais sociável e gostar mais de mim.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível observar alguns benefícios oferecidos pela dança e o quanto eles melhoram a qualidade de vida dos praticantes, como socialização, disposição física, melhora no bom humor, autoimagem. Como foi visto, o benefício físico é bem ressaltado, mas também tem-se os benefícios cognitivos, como melhora na concentração e memória, onde ambos estão concomitantemente relacionados. Esta pesquisa mostrou-se de relevância no sentido de apontar para a prática de atividade física na terceira idade, de acordo com a possibilidade de cada um. Não buscou abordar toda a temática em questão, sabendo que muito ainda há para ser feito, como por exemplo, buscar outras práticas de dança vivenciada por idosos.

REFERÊNCIAS

- [1] Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- [2] Contiero, D. O. Estúdio Corpo e Dança. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura – UFRGS, 2009.
- [3] Faro, A. J. Pequena História da Dança. 4ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.
- [4] Fonseca, C. C.; Vecchi, R. L.; Gama, E. F. A influência da dança de salão na percepção corporal. Motriz: rev. educ. fis., Rio Claro, v.18, n. 1, p. 200-207, Mar, 2012.
- [5] Gondim, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia, v.12, n. 24, p. 149-161, 2003.
- [6] HAAS, A. N.; Garcia, A. Ritmo e Dança. Canoas. Ed. Ulbra, 2006.
- [7] Laban, R. Domínio do Movimento. ed. organizada por Lisa Ullmann. São Paulo: Summus, 1978.

[8] Magalhães, M. C. A Dança e sua Característica Sagrada. “Existência e Arte” – Revista Eletrônica do Grupo PET – Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei, v. 1, n. 1, janeiro a dezembro, 2005.

[9] Nanni, D. O Ensino da dança na estruturação/expansão da consciência corporal e da auto estima do educando. Fitness & Performance Journal, v.4, n.1, p.45-57, 2005.

- [10] Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- [11] Perna, Marco Antônio. *Samba de Gafieira: a história da dança de salão brasileira*. 2ªed. Rio de Janeiro, 2005.
- [12] Schneider, R. H.; Irigaray, T.Q. envelhecimento na atualidade. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 25, n. 4, p. 585-593, outubro – dezembro, 2008.
- [13] Vecchia, R. D.; Ruiz, T.; Bocchi, S. C. M.; Corrente, J. E. Qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Epidemiol*. v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.
- [14] Vianna, K. *A Dança*. Em colaboração com Marco Antonio de Carvalho. 3ª ed. São Paulo: Summus, 2005.
- [15] Yoo, Lucy Kyungmi. *The Evolution of Ballroom Dance in the United States - with a Focus on Ballroom Dance into Dancesport*. Apresentado no Instituto de Pós-Graduação da Universidade da Coreia em cumprimento parcial dos requisitos para o grau de Mestrado em Educação, Jun, 2009.
- [16] Zamoner, Maristela. *Dança de Salão: conceitos e definições fundamentais*. 1ª ed. Quatro Barras – PR, 2013.

Autores

ALESSANDRA AVELINA DE OLIVEIRA

Alessandra Avelina de Oliveira Bacharel em Enfermagem da Universidade Potiguar UNP (2017) Especialista em enfermagem ginecológica e obstetra. Experiencia profissional Enfermeira do Programa Integrado de Atenção ao Idoso Felipense (PIAIF).

ALESSANDRA DE SOUZA PEREIRA SILVA

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba (2000). Possui Habilitação II - Farmacêutico-Industrial pela Universidade Federal da Paraíba (2002). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2014). Especialista em Psicologia Humanista e Abordagem Centrada na Pessoa pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2016)

AMANDA LISA AMORIM SOUSA

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Facimp Wyden, Precursora da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC), Integrante da Liga Acadêmica de Farmacologia e Toxicologia (LAFART) e Estagiária de Enfermagem do Centrinho de Imperatriz- MA Instituição esta que dispõe de uma Assistência Gratuita a Pessoas com Fissuras Labiopalatinas.

ANA CATARINA DA SILVA NÓBREGA

Bacharela em psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG, e Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sexualidades (NEXUS).

ANA ELISA PEREIRA CHAVES

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia/Universidade Regional do Nordeste-URNe; Licenciatura em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba-UFPB; Doutorado em Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública/UFPB. Atualmente é Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Membro titular do NDE. Coordenadora da Rede Universitária de Hanseníase do CCBS/UFCG. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva - NUPESC-UFCG e do grupo de pesquisa Caleidoscópio da Educação em Enfermagem -UFRN. Atua na área de Saúde Coletiva com foco na Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Doenças Negligenciadas, Hanseníase.

ANA KAREN MARTINS DE OLIVEIRA

Especialista em Psicodrama Sócio-Educacional e Terapêutico (2017) - Centro Universitário 7 de Setembro. Bacharel em Psicologia(2014) pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Licenciada em Geografia (1996) - Universidade Federal da Paraíba(UFPB). Pós-graduação em Análise Regional pela Universidade Federal da Paraíba. Integrante do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso - CMDI/JP 2016/2018.

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Assistente Social; Gerontóloga; Especialista em Gestão Ambiental; Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde; Especialista em Saúde Mental; Especialista em Saúde do Trabalhador; Especialista em Docência do Ensino Superior; Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família; Especialista em Direito de Família; Especialista em Saúde do Trabalhador. Especializanda em Direito Aplicado aos Serviços de Saúde; Especializanda em Direito do Consumidor; Especializanda em Coordenação Pedagógica. Especializanda em Braille e Libras. Graduada em Pedagogia. Mestra em Educação.

ANA KARINE LARANJEIRA DE SÁ

Doutoranda em Ciências Biomédicas pela IUNIR/ Rosário-Argentina. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (1994). Atua como docente no Instituto Federal de Pernambuco-Campus Pesqueira, no módulo de assistência de enfermagem na alta complexidade : urgência e emergência.

ANNY SUELLEN ROCHA DE MELO

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Pós graduanda em Saúde da Família.

BETANIA MARIA OLIVEIRA DE AMORIM

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande com atuação na Unidade Acadêmica de Psicologia - UAPSI, Coordenadora do Doutorado Interinstitucional (Dinter) Psicologia Clínica – USP/UFCG, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicologia, Saúde e Sexualidades – NEXUS/UFCG/CNPQ.

CAMILA BATISTA NÓBREGA PAIVA

Mestranda em Psicologia da Saúde – Universidade Estadual da Paraíba. Especialista em Psicoterapia Cognitivo Comportamental na Infância e Adolescência. Especialista – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Criança. Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Psicóloga do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB/EBSERH

CLAUDIA DANIELE BARROS LEITE-SALGUEIRO

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) . Pós Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE | SES - PE / Residência Multiprofissional - Pós Graduação Lato Sensu), também em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Psicóloga formada pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), licenciada em Letras pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE - Letras Português / Inglês). Professora e Pesquisadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) , Campus Pesqueira - Departamento do Bacharelado em Enfermagem. Leciona Psicologia nos cursos de Bacharelado em Enfermagem, Licenciatura em Matemática e Licenciatura em Física. Atua, desenvolve e orienta pesquisas/extensões em Psicologia, Gerontologia e Educação, especialmente com os seguintes temas: Idoso: Família, Saúde, Interação Social, Aposentadoria; Desenvolvimento e Envelhecimento nos diferentes Ciclos de Vida; Doenças Neurodegenerativas: Alzheimer / Neurosífilis / Parkinson (repercussões nos idosos/familiares/cuidadores; acompanhamento gerontológico); Tecnologias Leves em Saúde; Tecnologias Assistivas em Gerontologia; Práticas Integrativas Complementares (PICs); Saúde do Trabalhador; Comportamento Seguro / Acidentes de Trabalho; Ações afirmativas em Saúde e Educação; Aprendizagem Significativa.

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (1990); Mestrado em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (2014); Especialização em Gestão dos Serviços e Sistemas de Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM (2010); Doutoranda em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - Bacharelado do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira. Orientadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC - IFPE), Programa Institucional para Concessão de Bolsas de Extensão (PIBEX - IFPE) e Bolsas de Incentivo Acadêmico (BIA -FACEPE).

CRISTIANE GALVÃO RIBEIRO

Pós Doutoranda em Educação Global pela Flórida Christian University (FCU). Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (2011), mestre em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba (2006) e graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (1998). Atualmente é professora e pesquisadora da Unifuturo e revisora da Embaixada da Flórida Christian University e do Programa de professores sem Fronteiras (PEsF). Professora de cursos de pós graduação da Universidade Aberta UNAVIDA, UNICORP (coordenadora dos cursos de psicologia clínica e hospitalar e gerontologia), UNIFUTURO e CINTTEP. Tem experiência na área de Psicologia clínica e ensino e aprendizagem em sala de aula, atuando principalmente nos seguintes temas: Aprendizagem, Aprendizagem em sala de aula, Psicologia clínica, saúde coletiva, Representações Sociais e gênero, Gestão. Pesquisa, autismo, desenvolvimento e psicologia da educação e educação global.

ELÍS AMANDA ATANÁZIO DA SILVA

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Mestrado e Doutorado em Psicologia Social, tendo cursado Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (ICS), Portugal. Especialização em Psicologia Clínica cognitivo-comportamental. Atualmente coordena o Curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau - CG

EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA

Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Membro/pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUPECQV/DCC/UFRPE.

EMANUELLA DE CASTRO MARCOLINO

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN em andamento. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Graduação em Enfermagem, bacharelado e licenciatura, pela Universidade Estadual de Paraíba - UEPB. Especialização em Saúde da Família (FIP) e Saúde da Família e Comunidades (UNA-SUS/UFPE). Membro do Grupo de Pesquisa Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva. Pesquisa na área de Saúde Coletiva, Sociedade, Violência e Saúde.

FERNANDA CORREIA DA SILVA

Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL. Especialista em Redes de Atenção à Saúde. Especialista em Gestão e Enfermagem do Trabalho. Residente em Saúde da Família.

FRANCISCO DE SALES CLEMENTINO

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1991). Doutorado em Enfermagem pela UFRN, professor Assistente da Universidade Federal de Campina Grande - PB, Mestre em Enfermagem pela UFRN, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde do Idoso, Enfermagem em Saúde Pública e Gestão em Saúde.

GABRIELLA DE ARAÚJO GAMA

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas- UFAL. Professora Substituta Assistente A da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - EENF/UFAL. Membro do Grupo de Pesquisa PROCUIDADO (CNPq).

GISLENE FARIAS DE OLIVEIRA

Possui graduação em Psicologia (1983) e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (2008). Pós-Doutorado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC/SP (2014). Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Chefe da Seção de Orientação e Acompanhamento de Desempenho da Divisão de Desempenho da UFCA (Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas) desde 27 DE JUNHO DE 2017. Docente Permanente no Mestrado em Saúde da Família na Universidade Regional do Cariri (URCA) pelo RENASF/Fundação Oswaldo Cruz; Editora dos periódicos científicos: Caderno de Cultura e Ciências da Urca e ID On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia. Na academia, trabalha com os seguintes temas: educação, síndrome de burnout, representações sociais, saúde comunitária, valores humanos e desenvolvimento pessoal.

GUSTAVO HENRIQUE DE OLIVEIRA MAIA

Enfermeiro. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL. Pós graduando em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro de Ensino e Pesquisa em Emergência Médicas - CEPEN.

HELGA CECILIA MUNIZ DE SOUZA

Doutora em Biologia Aplicada à Saúde (UFPE). Mestre em Fisioterapia (UFPE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (IDE)

IÊDA LITWAK DE ANDRADE CEZAR

Economista Doméstico; Mestre em Extensão Rural e Desenvolvimento Local - POSMEX/DED/UFRPE. Prof^ª Colégio Agrícola Dom Agostinho Ikas - CODAI/UFRPE do curso Técnico em Alimentos e da Escola Técnica Estadual José Alencar Gomes da Silva dos cursos Técnico em Administração e Técnico em Logística. Consultora, palestrante na área de Segurança Alimentar e Nutricional. Membro/pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUPECQV/DCC/UFRPE e da Rede Folkcom /CÁTEDRA - UNESCO.

ISABELLE TAVARES AMORIM

Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba.

JAQUELINE CARDOSO DE SOUZA

Jaqueline Cardoso de Souza Possui técnico em zootecnia pelo instituto federal de educação ciência e tecnologia do Rio Grande do Norte-IFRN (2012). Possui o título de Bacharela em Serviço Social pela Universidade Potiguar (2017) Na atualidade cursando outra graduação (UFERSA) , Especialista em educação ambiental e geografia do semiárido pelo instituto federal de educação ciência e tecnologia do Rio Grande do Norte-IFRN EAD e Experiência profissional como Assistente Social e coordenadora do Programa integrado de atenção a saúde do idoso Felipeense- PIAIF.

JHENNYFER BARBOSA DE OLIVEIRA MANTESSO

Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais - UCES, Argentina. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão. Pós-graduada em Gestão e Docência do Ensino Superior pela Fapan, Paraná. Pós-graduada em Saúde da Mulher pela Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Maranhão - UNITECMA. Pós-graduanda em Ginecologia e Obstetrícia no Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico do Maranhão - UNITECMA. . Atualmente atua como Preceptora de Ensino Superior na

Facimp-Wyden. Foi bolsista da Capes pelo programa Ciência Sem Fronteiras (CAPES/CNPq) na Austrália fazendo graduação sanduíche na University of Wollongong, de 2013 a 2015.

JOÃO MÁRIO PESSOA JÚNIOR

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2009); Especialização em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (2011); Mestrado e Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Bolsista CAPES (2012-2013; 2014). Atualmente é Coordenador e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Sociedade/ UFERSA. Docente Adjunto no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/ UFERSA. Consultor ad hoc de periódicos nacionais e internacionais.

JOÃO VALÉRIO ALVES NETO

João Valério Alves Neto, Psicólogo CRP-17/1643, Graduado pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB no ano de 2009, Tem experiência nas áreas de Psicologia, com ênfase em Políticas Públicas - Políticas Sociais e Políticas da Saúde e Psicologia Jurídica. Com trabalhos de gestão pública, elaboração de diagnósticos na área da infância, juventude e idoso, via Conselhos de Direito com experiência na captação de recursos para Fundos públicos Infância e Idoso. Estive presente na Comissão que construiu o Plano Decenal Estadual Direitos Humanos Criança e Adolescente do Rio Grande do Norte.

JOSEANA MARIA SARAIVA

Economista Doméstico; Especialista em Metodologia da Pesquisa Social; Mestre em Nutrição e Saúde Pública e Doutora em Serviço Social. Professora do curso de Graduação em Economia Doméstica e do curso de Ciências do Consumo, bem como do Programa de Pós-graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social/Departamento de Ciências do Consumo/UFRPE. Além disso, desenvolve pesquisa, é escritora, consultora e palestrante da área de consumo, envelhecimento e qualidade de vida e coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUPECQV/DCD/UFRPE.

JULIANA CORDEIRO CARVALHO

Fisioterapeuta, com especialização em Traumatologia Ortopedia e em Gerontologia. Atualmente está concluindo o mestrado em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

JULIANA MARIA SILVA BERNARDO

É Bacharel em Enfermagem pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) | Campus Pesqueira. É Enfermeira Plantonista da Secretaria de Saúde do Município de Poção-PE. É Técnica de Enfermagem na Secretaria de Saúde do Município de Caruaru-PE.

KARLA DE JESUS SENA

Acadêmica do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Caratinga UNEC - Campus Nanuque MG

KAROLLYNNE KARLLA FREIRES DA SILVA

Graduanda pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) no curso de Psicologia pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sexualidades (NEXUS), sendo colaboradora do Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica - PIVIC, intitulado "A influência dos contos de fadas na construção das relações afetivas de idosas".

KÊNIA SANTOS LEMES

Acadêmica do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Caratinga UNEC - Campus Nanuque MG

LARISSA GENUÍNO CARNEIRO MARTINI

Acadêmica em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Concluindo o Bacharelado em Administração pela Universidade Paulista - UNIP. Técnica em Suporte e Manutenção em Informática pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - IFPB. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC - UFCG) na linha de pesquisa Educação, Trabalho e Gestão em Saúde e de Promoção e Vigilância na Rede de Atenção à Saúde.

LAURANERY DE DEUS MORENO

Psicóloga, Especializanda em avaliação psicológica e Especializanda em Saúde coletiva e saúde mental.

LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS

Nutricionista. Pós Graduanda no Mestrado em Gerontologia pela UFPE

LUCICLAUDIO DA SILVA BARBOSA

É Licenciado em Ciências Biológicas. Pós Graduado (Lato Sensu) em Educação Ambiental e Mestre em Recursos Naturais, pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), é Vice-líder do grupo de pesquisa do CNPq: Cuidado em promoção da Saúde. É orientador do Programa de Extensão (PIBEX - IFPE). É Coordenador dos Laboratórios do Curso de Bacharelado em Enfermagem. É Professor e Pesquisador do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) – Departamento do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Pesqueira, Pernambuco.

MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Campus Pesqueira, Instrumentadora Cirúrgica pela POLITEC - Unidade Caruaru e Técnica em Informática pelo IFPE - Campus Belo Jardim. Ao longo de sua formação tem se aprimorado em instrumentação cirúrgica, já tendo também publicado diferentes artigos em anais de eventos científicos nacionais, internacionais e periódicos.

MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA FALCÃO

Assistente Social. Pós Graduanda no Mestrado em Gerontologia pela UFPE

MARIA IVÂNIA DUARTE RIBEIRO

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Facimp Wyden; Acadêmica de Tecnologia em Alimentos pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA); Diretora Científica e Precursora da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC), Integrante da Liga Acadêmica de Farmacologia e Toxicologia (LAFART) e Estagiária de Enfermagem do Centrinho de Imperatriz- MA Instituição esta que dispõe de uma Assistência Gratuita a Pessoas com Fissuras Labiopalatinas.

MARIA IZÂNIA DUARTE RIBEIRO

Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade de Imperatriz- FACIMP WYDEN.

MARIA SIMONE DA SILVA

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Tiradentes- UNIT. Pós graduanda em Neuropsicologia pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Graduação- IPOG

MATHEUS BARROS CARVALHO

Discente do curso de enfermagem da Faculdade de Imperatriz (FACIMP-WYDEN). Secretário da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC). Diretor Científico da Liga Acadêmica de Farmacologia e Toxicologia (LAFART). Atuou como estagiário do Centrinho Imperatriz entre o período de 2017 à 2019.

MONIQUE DE FREITAS GONÇALVES LIMA

Enfermeira. Pós-Graduada no Mestrado em Gerontologia pela UFPE

NAFTALI TUANY SOUZA ROBERTO

Graduada em psicologia pelo Centro Universitário Tiradentes- UNIT/ graduanda em Licenciatura em Letras- português pelo Instituto Federal de Alagoas- IFAL. Pós graduanda em Avaliação Psicológica

NATÁLIA CALDEIRA FREITAS

Discente do curso de enfermagem da Faculdade de Imperatriz (FACIMP-WYDEN). Diretora de Mídia e relações externas da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC). Atuou como Diretora de Mídia da Liga Acadêmica de Farmacologia e Toxicologia (LAFART) entre 2018 à 2019.

NATHÁLIA DE FIGUEIREDO FERREIRA

Graduada em psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCCG. É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicologia, Saúde e Sexualidades (NEXUS), sendo colaboradora do Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica – PIVIC, intitulado “A influência dos contos de fadas na construção das relações afetivas de idosas”.

PATRICIA BRANDÃO AMORIM

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Americana - Paraguai. Possui mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade e graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Caratinga (2001); Especialização em Autogestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher pela Universidade Gama Filho e Saúde Pública pela FANAN. De 2006 até os dias atuais, é coordenadora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Caratinga, na Unidade de Nanuque/MG e professora titular nos demais cursos da área da saúde. Tem experiência na área de Fisioterapia Clínica, com ênfase em Fisioterapia Dermato-funcional e Uroginecologia.

PAULO CORDEIRO FONTES

Mestre em Gerontologia pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFPB) 2019. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental-Universidade Cândido Mendes - Rio de Janeiro, 2019. Especialista em Psicologia Humanista e Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) pelo Centro Universitário de João Pessoa -UNIPÊ -2016. Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2014). Bacharel em Filosofia/Teologia - Seminário Arquidiocesano da Paraíba -SAPIC (2005). Integrante do GIEPERS (Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) desde 2016. Colaborador egresso na Extensão Escuta e Conforto Espiritual do Instituto Paraibano de Envelhecimento,

CCS/UFPB. Presbítero da Arquidiocese da Paraíba e Pároco da Paróquia São Francisco de Assis - Bairro Jardim São Paulo - João Pessoa.

RAQUEL MACHADO BORGES

Possui Especialização em Epidemiologia pela Universidade Estadual do Pará (1999). Especialização em Pedagogia para Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (2005). Especialização em Nefrologia na modalidade on line pela Universidade Federal de São Paulo (2008). Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário São Camilo (2006). Especialização em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (2009). Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (2011). Tem experiência no Ensino Técnico-Profissionalizante em cursos na área de Saúde e no Ensino Superior em Cursos de Especialização em Enfermagem. Atualmente é Enfermeira Assistente do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Augustinópolis e Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT.

RAYSSA GABRIELLE PEREIRA DE CASTRO BUENO

Bacharel em Ciências Farmacêuticas (Faculdade de Imperatriz FACIMP-WYDEN - 2009) com habilitação em Análises Clínicas e toxicológicas e ao controle, produção, manipulação e análises de medicamento, cosméticos e alimentos. Docente no Curso de Farmácia da Faculdade de Imperatriz - FACIMP e do Curso de Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão. Especialização em Hematologia Clínica pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão (CRF-MA) e Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté - UNITAU. Pesquisadora na área de Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional, com foco na Saúde Pública, Gestão da Assistência Farmacêutica, Judicialização da Saúde e Ciências da Saúde.

REBECA CAVALCANTI LEAL

Enfermeira graduada pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) campus Pesqueira. Residente em Emergência Geral pelo Hospital Regional do Agreste-PE.

REGINA IRENE DIAZ MOREIRA FORMIGA

Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social - UFPB (2007). Especialista em Gerontologia (UFPB-2002). Licenciada em Psicologia - Institutos Paraibanos de Educação (1989) e Graduada em Psicologia - Institutos Paraibanos de Educação (1990). Professora titular do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPE, desde 1994. Leciona as disciplinas de Psicologia do Desenvolvimento III, História da Psicologia e Estágio Supervisionado Básico Integrado: Prática Psicológica I, no curso de graduação em Psicologia (UNIPÊ) e a disciplina de ACP e a questão do envelhecimento no curso de Especialização em Psicologia Humanista e Abordagem Centrada na Pessoa (UNIPÊ).

REGINA LÍGIA WANDERLEI DE AZEVEDO

Especialista em Psicologia cognitivo comportamental. Mestre e doutora em Psicologia. Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande

RODRIGO ANTONIO MONTEZANO VALINTIN LACERDA

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Iguazu (2002) e Mestrado em Cognição e Linguagem - linha NEUROCIÊNCIAS pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (2007). É Delegado de Representação do CREFITO4, região de Teófilo Otoni - MG é Coordenador e Professor do Curso de Fisioterapia da UNIPAC, Campus Teófilo Otoni, MG. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Metodologia de Pesquisa, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Pública, Velhice, AVE.

ROSANA BARBARA DA SILVA

Graduada em Licenciatura Plena em Educação Física. Especialista em Treinamento de Força para Saúde / UPE. Membro/pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUPECQV/DCC/UFRPE.

RUTH FERNANDES PEREIRA

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Facimp Wyden, Diretora Científica e Precursora da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC), Integrante da Liga Acadêmica de Farmacologia e Toxicologia (LAFART) e Estagiária de Enfermagem do Centrinho de Imperatriz- MA Instituição esta que dispõe de uma Assistência Gratuita a Pessoas com Fissuras Labiopalatinas.

SAMARA MARIA DE JESUS VERAS

Acadêmica do curso bacharelado em enfermagem; Atua principalmente nos seguintes temas: doenças sexualmente transmissíveis, hiv, aconselhamento em saúde, prevenção de doenças e matriciamento na rede de atenção a saúde; participou da implantação da "Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva" (LAETI); e foi pesquisadora do Programa de Iniciação Científica (PIBIC - IFPE) e do Programa Institucional para Concessão de Bolsas de Extensão (PIBEX - IFPE).

SAMARA SANTIAGO SARMENTO DE OLIVEIRA

É graduada em Administração de Empresas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Mestra em Economia - Campus Agreste pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). É Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) | Campus Pesqueira. Orienta pesquisas PIBEX nas áreas de gestão da saúde e empreendedorismo geral / na área de saúde.

SIBELLE MARIA MARTINS DE BARROS

Doutorado e Pós-Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES). Estágio de doutorado na Lancaster University - UK. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora efetiva no Departamento de Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde na Universidade Estadual da Paraíba. Membro efetivo do GT da ANPEPP "Família e Comunidade" e do Grupo de Pesquisa Psicologia da Saúde (CNPq/UEPB)

SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA

Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem na UFPB, Mestra em Gerontologia pela UFPE, Especialista em Nutrição Clínica IMIP/ Secretaria Estadual de Saúde-PE, Especialista em Saúde do Idoso- Faculdade internacional Signoreli.

SUÉLITON JACKSON MEDEIROS DE SOUSA

Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2013), Pós Graduação em Psicodrama (curso em andamento) pela Faculdade 7 de setembro, localizada em fortaleza. Atualmente trabalha como psicoterapeuta clínico voltado para adultos, idosos e famílias.

TAMIRES CAROLINA MARQUES FABRÍCIO

Economista Doméstico; Mestre em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social - UFRPE. Colaboradora do Grupo de Estudos ERGOPLAN/ UFV. Membro/pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUPECQV/DCC/UFRPE.

THAISE ALMEIDA GUIMARÃES

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA. Especialista em Saúde da Mulher na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Atualmente, enfermeira assistencial do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz.

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

Enfermeira formada pela Universidade de Pernambuco (1992); Especialização em Enfermagem Obstétrica (2003) pela UPE; especialização em Educação Profissional - Enfermagem (2003) pela UFPE - FIOCRUZ; Especialização em Metodologia do Ensino Superior (2002) pela UPE; especialização em Saúde Pública (2000) pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); Atualmente é professora do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira e Doutoranda em Doutorado em Ciências Biomédicas pela IUNIR/Rosário-Argentina.

WDSOON DAVID DE ARAÚJO CAVALCANTE

Farmacêutico formado pela Faculdade de Imperatriz (FACIMP-WYDEN). Especialização em citologia Clínica (2016). Atua há cinco anos como farmacêutico Hospitalar no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) no município de Imperatriz- MA.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7042-187-6



9 788570 421876