

**OLHARES
SOBRE O**

VOLUME I

**EN
VE
LHE
CI
MEN
TO**

**ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES**

Joaquim Pinheiro (Coordenador)
Prefácio de **Teresa Rodrigues**

<http://cda.uma.pt>

OLHARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES

VOLUME I

JOAQUIM PINHEIRO
(Coordenador)

Centro de Desenvolvimento Académico
Universidade da Madeira
2021

Título: *Olhares sobre o Envelhecimento. Estudos Interdisciplinares. Volume I*

Coordenador: Joaquim Pinheiro

Filiação Institucional do Coordenador: Universidade da Madeira

Assistentes Editoriais: Énio Freitas (Principal), António Freitas, Alexandra Nunes, Cátia Gouveia, Joana Câmara, Mónica Spínola

Ilustração da Capa: Marco Câmara | Gabinete de Comunicação e Marketing da Universidade da Madeira

Separadores: Ilídio Gonçalves

Edição do *ebook*: Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira

Ano e Mês: 2021, maio

ISBN: 978-989-8805-63-8

Nota de edição: Respeitou-se a norma ortográfica seguida pelos Autores.

© CDA, Universidade da Madeira

O conteúdo desta obra está protegido por Lei. Qualquer forma de reprodução, distribuição, comunicação pública ou transformação da totalidade ou de parte desta obra carece de expressa autorização dos editores e dos seus autores. Os capítulos, bem como a autorização de publicação das imagens, são da exclusiva responsabilidade dos autores.



TODOS OS TEXTOS QUE INTEGRAM ESTE VOLUME FORAM SUBMETIDOS A ARBITRAGEM CIENTÍFICA

COMISSÃO CIENTÍFICA

ADELINDA CANDEIAS | Universidade de Évora
ALBERTINA LIMA DE OLIVEIRA | Universidade de Coimbra
ANA ANTUNES | Universidade da Madeira
ANA ISABEL MONIZ | Universidade da Madeira
ANTÓNIO FONSECA | Universidade Católica Portuguesa
BRUNO SOUSA | Universidade da Madeira
CRISTINA SANTOS PINHEIRO | Universidade da Madeira
CUSTÓDIA DRUMOND | Universidade da Madeira
DUARTE FREITAS | Universidade da Madeira
EDUARDO FERMÉ | Universidade da Madeira
EDUARDO MARQUES | Universidade da Madeira
ELCI ALCIONE SANTOS | Universidade da Madeira
ÉLVIO RÚBIO | Universidade da Madeira
HÉLDER LOPES | Universidade da Madeira
HORÁCIO SARAIVA | Instituto Politécnico de Castelo Branco
ISABEL FRAGOEIRO | Universidade da Madeira
IVO FURTADO | Universidade da Madeira
JORGE GATO | Universidade Lusófona
JOSÉ FERREIRA ALVES | Universidade do Minho
MADALENA CUNHA MATOS | Universidade de Lisboa
MARGARIDA DE MELO CERQUEIRA | Universidade de Aveiro
MARGARIDA PEDROSO DE LIMA | Universidade de Coimbra
MARGARIDA POCINHO | Universidade da Madeira
MARGARIDA SOBRAL | Universidade do Porto
MARIA ISABEL DIAS | Universidade do Porto
MARIA SIDALINA ALMEIDA | Instituto Superior de Serviço Social do Porto
RUI GARCIA | Universidade do Porto

“Envelheço, aprendendo sempre muitas coisas”

Sólon, frg. 18 W

“Ficarás de pé diante do que tem cabelos brancos; honrarás o rosto de quem é
ancião”

Levítico 19:32

“Ninguém devia estar só na velhice”

Hemingway, *O Velho e o Mar*

ÍNDICE

Nota do Coordenador	viii
Prefácio.....	x
O Envelhecimento: Saúde, Lazer e Desporto.....	1
A sexualidade na pessoa idosa: Combatendo mitos e estereótipos	1
<i>Carlos Pires Magalhães, Hélder Jaime Fernandes & Carlos Miguel Figueiredo Afonso</i>	
Estudo transversal da hospitalização no sistema público de saúde de idosos no Brasil.....	13
<i>Flávia Monaco Vieira, Judite Sanson de Bem & Rute Henrique da Silva Ferreira</i>	
Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos	23
<i>Maria Miguel Barbosa, Paula Guimarães, Rosa Marina Afonso, Javier Yanguas & Constança Paúl</i>	
Estratégias de intervenção para a redução do comportamento sedentário diário nos idosos: Uma revisão rápida de literatura	37
<i>André Ramalho, António Rosado, João Serrano, Rui Paulo, Pedro Duarte-Mendes & João Petrica</i>	
A atribuição do incentivo à prática de atividade física para um envelhecimento ativo proporcionado pelo acesso às redes sociais	51
<i>Elisângela Gisele do Carmo, Pollyanna Natalia Micali & José Luiz Riani Costa</i>	
As repercussões do envelhecimento no membro inferior.....	59
<i>João Martiniano & Matilde Monteiro-Soares</i>	
Internamento hospitalar de pessoas com demência: Uma revisão integrativa da literatura.....	69
<i>Joana Fontainhas, Rosa Marina Afonso & Maria Vaz Patto</i>	
Autoavaliação da saúde de idosos em contexto de pandemia - estudo de caso.....	81
<i>Jacqueline Marques & Mónica Teixeira</i>	
Atividade física e cognição em pessoas idosas institucionalizadas: Estudo realizado no âmbito do projeto ICON.....	91
<i>Catarina Coelho Gomes, Rosa Marina Afonso, Ana Saraiva Amaral & Ignácio Verde</i>	
Melhor evidência científica na prevenção das quedas em idosos institucionalizados	103
<i>Ana M. P. Ferreira, Eduarda C. M. Silva, Sérgio M. F. Gomes, Vanda da S. Fonseca & Teresa I. G. Correia</i>	
Envelhecimento na terceira idade	119
<i>Carla Encarnação, Guadalupe Santos, Luzbeni Gonzalez, Natacha Barradas, Paulo Sousa & Ana Lúcia Faria</i>	
O sono nos mais velhos	129
<i>Artur Aguiar, Eliana Beltrão, Isabel Matilde Cró, José Luís Pereira & Ana Lúcia Faria</i>	
A requalificação urbana como garantia de acessibilidade e direitos fundamentais das pessoas idosas.....	137
<i>Mariane Jimenez Franco, Juliana de Mendonça Casadei, Elaine Britto de Castro & Dolores Pereira Ribeiro Coutinho</i>	
Correlações da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas Idosas da Região Autónoma da Madeira	145
<i>Élvio R. Gouveia, Bruna R. Gouveia, Andreas Ihle, Adilson Marques, Matthias Kliegel & Duarte L. Freitas</i>	
O Envelhecimento e a Perspetiva Psicológica e Social.....	157
O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade	159
<i>Ana Galvão & Maria José Gomes</i>	
Perceções de envelhecimento e construção social da velhice	169
<i>Carlos Maia</i>	
Solidão percebida por idosos utentes da unidade de cuidados de saúde primários da Covilhã	179
<i>Rosário Martins, Magda Guerra & Zaida Azeredo</i>	
Violência contra a população idosa: Uma análise da associação com a incapacidade funcional no contexto brasileiro.....	191

Wanderson Costa Bomfim

Resgate de memórias a partir de manifestações artísticas: A experiência de um grupo de idosas.....	203
<i>Rosamaria Rodrigues Garcia, Letícia Beatriz Silva dos Santos & Luciana de Carvalho Zuzarte</i>	
Envelhecer na perspectiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso	217
<i>Carla Ramos, Katherine Gil, Marta Sousa, Patrícia Fernandes, Rubina Teixeira & Ana Lúcia Faria</i>	
Aspectos multidisciplinares sobre o envelhecimento de pessoas transfemininas	229
<i>Melissa Salinas Ruiz</i>	
Simbolismo e vida sexual dos homens idosos amazônidas	239
<i>Alice Alves Menezes Ponce de Leão</i>	
Envelhecimento e pandemia: Vivências e evidências da intervenção em contexto institucional	249
<i>Madalena Abreu</i>	
Treino cognitivo com recurso a novas tecnologias: Um estudo em contexto psiquiátrico	261
<i>Liliana Teixeira, Rute Ferreira & Joana Câmara</i>	
Impacto de um programa de estimulação cognitiva na comunicação e cognição: Um estudo com pessoas com demência institucionalizadas.....	273
<i>Joana Câmara & Maria Vânia Silva Nunes</i>	
Cognitive function in healthy aging – A theoretical overview on the effects of cognitive training combined with Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)	287
<i>Mónica Spínola</i>	
Preservação cognitiva em adultos idosos	297
<i>Adelinda Araújo Candeias</i>	

NOTA DO COORDENADOR

O Centro de Desenvolvimento Académico da Universidade da Madeira (CDA-UMa) tem vindo a organizar todos os anos o Colóquio *Olhares sobre o Envelhecimento*, no âmbito do Programa Universitário para Seniores, pois uma das missões das instituições universitárias é o seu serviço à comunidade, a par do ensino e da investigação. No momento da sua IXª edição, em novembro de 2020, a pandemia não nos permitiu a realização. No entanto, como muitas vezes sucede, os obstáculos ou as crises obrigam-nos a repensar estratégias e a delinear novos caminhos para trilhar. Aliciado por vários colegas e participantes habituais do Colóquio, decidimos avançar para a preparação de um *e-book* sobre o tema do envelhecimento, numa perspetiva interdisciplinar, uma marca identitária dos nossos Colóquios que quisemos manter. Nesse sentido, foi divulgada uma chamada de trabalhos para as seguintes áreas de investigação:

1. O envelhecimento: saúde, lazer e desporto.
2. O envelhecimento e a perspetiva psicológica e social.
3. O envelhecimento e a educação.
4. O envelhecimento e as novas tecnologias.
5. As representações culturais da velhice: da literatura à arte.

Após um complexo e sempre moroso processo de arbitragem científica, decidimos publicar em dois Volumes os quarenta e três trabalhos, de forma a facilitar a leitura e a consulta dos leitores. No Volume I, agrupamos os estudos sobre os temas das alíneas 1) e 2), juntando no Volume II os que abordam temáticas das restantes alíneas.

A todos os que nos confiaram os seus trabalhos de investigação e aos membros da Comissão Científica, pela qualidade, empenho e cumprimento dos prazos, deixamos uma palavra de profunda gratidão, pois isso redobrou a nossa responsabilidade em editar uma publicação que possa contribuir para o estudo do tema do Envelhecimento e para abrir novas linhas de investigação nos vários domínios do conhecimento. Também nos merece uma palavra de agradecimento a Doutora Teresa Rodrigues (FCSH-UNL) por, de forma imediata e extremamente cordial, ter aceitado a tarefa de preparar o prefácio desta publicação.

Por fim, manifestamos o nosso agradecimento à equipa de assistentes editoriais, constituída por Énio Freitas (Principal), António Freitas, Alexandra Nunes, Cátia Gouveia, Joana Câmara e Mónica Spínola, pela constante colaboração e pela responsabilidade que colocaram em todo o processo de preparação dos dois Volumes. Para a publicação do *ebook*, foi decisiva a colaboração do Serviço de Apoio da Biblioteca da Universidade da Madeira, a quem dirigimos um especial agradecimento.

O Cardeal José Tolentino Mendonça, ao recordar a necessidade de honrarmos os velhos ou idosos, escreveu as seguintes palavras: “Envelhecemos para nos saciarmos de vida e desse modo sentir que, mesmo escassa ou vacilante, a vida é o milagre mais espantoso,

mais indescritível e pródigo que nos tocou em sorte” (*Expresso*, 25 de Abril de 2020). Por conseguinte, que os estudos coligidos estimulem reflexões e análises críticas juntos dos leitores e da comunidade científica sobre a vida dos que tiveram a oportunidade de envelhecer.

JOAQUIM PINHEIRO
Universidade da Madeira

PREFÁCIO

Existem vários tipos de envelhecimento. Para além do envelhecimento físico (biológico) que afeta cada um de nós, as sociedades com melhores indicadores de qualidade de vida tendem desde o século passado a transformarem-se em termos de estrutura etária, aspeto que hoje tende a tornar-se global e abranger um número crescente de regiões.

De forma simples, falamos de um processo de transformação causado pela aproximação gradual (e durante um período longo e sustentado) dos totais de nascimentos e de óbitos em uma dada população. Nas sociedades em processo de envelhecimento coexistem dois eventos simultâneos: a descida dos níveis de fecundidade provoca a redução da população nos primeiros escalões etários (o chamado envelhecimento na base) e a descida dos níveis de mortalidade e acréscimo do total de anos de vida leva ao aumento dos efetivos nos escalões etários mais idosos (ou seja, o envelhecimento no topo). Na verdade, todas essas sociedades se tornam gradualmente triplamente envelhecidas, porque possuem cada vez menos jovens, cada vez mais idosos (e estes com idades cada vez mais avançadas) e a população adulta (e ativa) tem médias de idade cada vez mais altas, ou seja, também está a envelhecer.

Os números inquietam e explicam a conotação negativa que persiste em relação à forma como olhamos as consequências do fenómeno de envelhecimento, esquecendo quanto o facto reflete conquistas inegáveis em termos de bem-estar e desenvolvimento. No entanto, nunca devemos perder de vista que o envelhecimento é um fenómeno positivo, quer para o indivíduo, quer para as sociedades, testemunhando os progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos. Mas esta mudança socialmente assumida como positiva que decorre do aumento da longevidade gerou uma série de consequências complexas e gravosas para as sociedades contemporâneas, porque coincidiu com a redução dos níveis da fecundidade e alterou os princípios de organização social vigente.

Nas sociedades envelhecidas os cidadãos morrem cada vez mais tarde, mas nascem cada vez menos. A mudança altera o total de contribuintes e o quadro das necessidades de cuidados e serviços. Até que ponto a redução da razão entre jovens e idosos e o aumento destes últimos pode aumentar os custos com saúde e com pensões e reformas, num contexto recessivo da força ativa que assegure os respetivos pagamentos? Pode a alteração do perfil das populações do futuro mitigar o tão temido cenário de insustentabilidade do sistema de proteção social? Que soluções se exigem, de quem devemos esperar e a quem podemos exigir respostas consistentes e sustentáveis? Demografia e política interinfluenciam-se e as características da população não podem ser ignoradas no gizar de medidas e decisões racionais e sustentáveis. Assim, é certo que a dinâmica de dada população importa e muito, mas a definição de prioridades políticas adequadas às características e perfis da população também. Ou ainda mais!

Com efeito, o envelhecimento demográfico das sociedades gera desafios incontornáveis e de evolução certa, que exigem capacidade de olhar o presente com olhos no futuro.

Sabemos com elevado grau de certeza como serão as sociedades do futuro e sobretudo que vamos ser diferentes e talvez até mesmo menos em número total, mas desconhecemos parte do processo que nos leva até lá e hesitamos sobre as opções e estratégias de intervenção para evitar o indesejado e potenciar o que queremos que suceda. Existe ou vai existir um problema demográfico associado ao fenómeno de gradual globalização do envelhecimento?

Como fazer para encontrar formas de garantir que a expectável redução populacional e envelhecimento etário não irão comprometer os níveis de bem-estar social coletivo já alcançado ou gerar obstáculos à sua melhoria? O repto que enfrentamos pressupõe a capacidade para encarar a mudança em curso e criar condições para permitir a cada indivíduo ajustar e adequar os seus comportamentos a um ciclo de vida mais longo e com novas etapas biológicas, sociais e produtivas individuais e familiares. Menos população pode representar um futuro mais positivo, porque falamos de novas populações, mais informadas, com maiores níveis educativos, comportamentos mais sustentáveis, melhor saúde, maior capacidade de consumo e condições de vida. É possível que sejamos cada vez menos, mas mais importante que a ordem de grandeza é a mudança de perfil desta nossa “nova” velha população. Menos em número, menos jovens, mais velhos, mais instruídos e mais saudáveis, diferentes em origens. A grande aposta é saber mitigar o indesejado, aproveitar as oportunidades e remover obstáculos. Educação, saúde e organização do mercado de trabalho são os vetores essenciais de mudança dos últimos anos e serão fundamentais para antever problemas e soluções para o futuro que é já hoje.

Este aspeto é particularmente relevante se olharmos para Portugal. Somos o 4º país mais envelhecido da Europa e o 5º do Mundo, existem (2020) mais de 161 idosos por cada 100 jovens, o número médio de filhos por mulher (1,42), está muito aquém do necessário para garantir a renovação das gerações (2,1). Faltam jovens e o volume de idosos ou muito idosos tem subido de forma expressiva (6,5% da população tem 80 ou mais anos). Por cada idoso existem 3 adultos em idade ativa, cuja idade média tem aumentado consecutivamente, embora mitigada pelos imigrantes que, de acordo com o último recenseamento geral efetuado em 2011, eram quase 8 anos mais jovens que os cidadãos portugueses, mas representam apenas 5,7% do total de residentes (PORDATA).

O nosso país enfrenta as consequências decorrentes de uma sociedade pós-transição triplamente envelhecida e a insegurança relacionada com a evolução dos principais indicadores demográficos e o seu impacto em termos de desenvolvimento económico e níveis de bem-estar social. Um dos maiores com que hoje e no curto-médio prazo Portugal se confronta está associado ao impacto que a evolução quase certa de alguns indicadores demográficos poderá ter em termos de desenvolvimento económico e níveis de bem-estar social. Como principais incertezas destacam-se as geradas direta ou indiretamente pelo rápido e consistente fenómeno de envelhecimento etário, pela manutenção de níveis baixos de fecundidade e pela reduzida atratividade migratória nacional. Até que ponto estas características condicionam o presente e o futuro?

No séc. XXI continuamos a não saber viver o envelhecimento. Neste contexto de transformação das estruturas etárias e por sexos há que saber viver com a mudança. O envelhecimento demográfico é um dos maiores desafios das sociedades humanas. Tem

consequências a nível económico e social que não têm necessariamente de ser negativas, mas que exigem planeamento e uma mudança de paradigma. A mudança traz consigo novas prioridades políticas na esfera de saúde, das infraestruturas educativas e de apoio social direccionado para os diferentes grupos etários e torna necessária uma reflexão sustentável e integrada sobre a programação e planeamento dos equipamentos públicos e das estratégias de governação. É preciso encarar a renovação em curso. A responsabilidade da adaptação e mitigação não compete apenas aos decisores políticos, mas deve ser estendida aos diferentes atores com responsabilidade em termos económicos e sociais (empregadores, *stakeholders*, líderes de opinião e religiosos). E também aos cidadãos. Nenhuma mudança será possível sem que exista uma coincidência entre enquadramento legislativo e escolhas individuais. O discurso que predomina em muitas sociedades de hoje continua a ser o de delegar nos responsáveis políticos o futuro, mas esta aparente passividade deve ser substituída por atitudes proactivas, numa perspetiva de complementaridade. Sugerem-se três tipos de medidas integradoras: a emergência de uma política global da idade, que articule os critérios de análise às novas realidades da sociedade de risco; a configuração de uma plataforma estratégica com vista a uma mudança de atitude face aos idosos; o fim da Terceira Idade: repensar todos os grupos etários e as idades de reforma precoce, reforma tardia e velhice.

É possível mudar o que parece inevitável. O envelhecimento das estruturas etárias é incontornável e tem efeitos nos modelos de fecundidade, reafirmando a urgência de medidas adequadas de apoio à família. Mas tem ainda outras consequências imediatas, provocando a alteração dos volumes de ativos, a necessidade de criação de serviços de apoio aos mais velhos, a reformulação do sistema de pensões e o repensar dos cuidados de saúde, direccionados para novos tipos de população, numa sociedade onde as famílias são reduzidas e instáveis e onde as redes familiares e comunitárias de solidariedade, que substituíam no passado recente os cuidados formais, deixaram de funcionar. Trata-se de mitigar o indesejado, aproveitar as oportunidades e remover obstáculos a três níveis distintos: políticas de imigração e acolhimento; políticas de natalidade e família, políticas de educação e emprego. Educação, saúde e organização do mercado de trabalho são os vetores essenciais de mudança dos últimos anos e serão fundamentais para antever problemas e soluções para o futuro que é já hoje.

Será preferível continuar a tentar mudar perfis demográficos ou antes procurar recriar estratégias que permitam transformar em janelas de oportunidade as vulnerabilidades potenciais de uma população portuguesa que será necessariamente diferente, num mundo também diferente? Uma nova população? Ou devemos olhar o futuro e assumir a redução populacional e a transformação como provável, mas gerível no que tem de potencialmente menos positivo. Poderá a alteração do perfil dos futuros residentes atenuar ou, quem sabe, anular o tão temido cenário de insustentabilidade do sistema de proteção social ao reduzir a pressão sobre os serviços? Quais as prioridades e o que podemos e devemos fazer para garantir o melhor equilíbrio possível entre qualidade e satisfação em equipamentos e no acesso a cuidados de saúde, educação, emprego, lazer e cultura, num contexto em que seremos provavelmente menos e seguramente diferentes?

Para que deixe de existir o problema do envelhecimento é necessário desenvolver políticas que incentivem naturalmente os indivíduos a ajustar e adequar os seus comportamentos a um ciclo de vida mais longo e com novas etapas biológicas, sociais e produtivas. O impacto do envelhecimento demográfico deve ser medido enquanto bem-estar futuro e não crescimento do PIB, e o facto de deduzirmos que o mesmo implica a redução do rendimento *per capita* não é sinónimo de redução de bem-estar.

O desafio do envelhecimento está muito longe de ser uma simples questão demográfica. É sim uma questão de adequação da política económica, social e das instituições. Porque não se alteram comportamentos sem alterar mentalidades.

É certo que na atualidade as questões populacionais figuram com crescente regularidade nos debates e nas agendas políticas, mas a sua compreensão exige uma análise e uma ótica prospetiva que envolva académicos, atores e decisores políticos, o que ainda continua a não acontecer com a necessária frequência. Assim, a divulgação de estudos que, em diferentes óticas, se empenham em saber mais sobre o tema do envelhecimento demográfico, na sua dupla aceção individual e coletiva, são bem-vindos e nunca serão demais. No entanto, em nosso entender, eles devem ter em vista, para além do estrito propósito científico, dar informação relevante e objetiva, que contribua também para a tomada de decisões crescentemente articuladas em sede de políticas públicas e privadas...e em sede de vivências sociais.

Economia, gestão, arquitetura e design, sociologia, segurança pública, medicina e assistência social...Das diferentes formas de ver surgem respostas inovadoras e inesperadas, cuja articulação e saudável confronto académico promovem soluções e mais-valias para “olhar o envelhecimento”. É essa viagem que vos propomos nas páginas seguintes.

Lisboa, 15 de fevereiro de 2021

TERESA RODRIGUES

IPRI, Departamento de Estudos Políticos, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Universidade Nova de Lisboa

O ENVELHECIMENTO: SAÚDE, LAZER E DESPORTO

EN
VE
LHE
CI
MEN
T



A sexualidade na pessoa idosa: Combatendo mitos e estereótipos

CARLOS PIRES MAGALHÃES^{1,2}

HÉLDER JAIME FERNANDES^{1,2}

CARLOS MIGUEL FIGUEIREDO AFONSO²

¹Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Portugal

²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

cmagalhaes@ipb.pt

enviado a 19/01/2021 e aceite a 26/02/2021

Resumo

Contrariando os estereótipos negativos associados à sexualidade dos mais idosos, que frequentemente vemos veiculados na sociedade, estudos comprovam que a sexualidade é vivenciada em idades mais avançadas. Sendo certo que o processo de envelhecimento acarreta alterações morfológicas, fisiológicas e psicossociais, estas não se iniciam no mesmo momento, nem atingem de igual forma todas as pessoas, negando que todos os idosos se assemelham, por outro lado muitas destas alterações podem ser minimizadas, compensadas. Para além das alterações decorrentes da idade, outros fatores podem influenciar fortemente a vivência da sexualidade, tais como os psicossociais, culturais, patológicos, farmacológicos, ambientais, a perda do parceiro sexual, entre outros. Estudos acerca da autopercepção da sexualidade na população idosa colocam em evidência que, quer o modelo coital, quer o modelo do prazer, podem estar presentes em idades mais avançadas, sendo considerado pela maioria como necessária. Os profissionais que lidam com os idosos devem abordar a sexualidade sem tabus, apostando na desconstrução dos mitos e estereótipos, em prole da qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Idosos; Velhice; Sexualidade; Estereótipos.

Abstract

Contrary to the negative stereotypes associated with the sexuality of older people, which we often see conveyed in society, studies prove that sexuality is experienced at later ages. While it is true that the ageing process entails morphological, physiological, and psychosocial changes, these do not start at the same moment, nor do they affect all people equally, denying that all elderly people are similar, on the other hand many of these changes can be minimized, compensated. In addition to age-related changes, other factors can strongly influence the experience of sexuality, such as psychosocial, cultural, pathological, pharmacological, environmental, and the loss of a sexual partner, among others. Studies on the self-perception of sexuality in the elderly population show that both the coital model and the pleasure model can be present at older ages, being considered by most as necessary. The professionals who deal with the elderly should approach sexuality without taboos, betting on deconstructing myths and stereotypes, in favour of their quality of life.

Keywords: Elderly; Old age; Sexuality; Stereotypes.

Introdução

Em Portugal, os censos de 2001 colocaram em evidência um índice de envelhecimento superior a 100 (102, 56), significando que por cada 100 jovens (dos 0 aos 14 anos) existiam quase 103 pessoas idosas (com 65 ou mais anos), quando em 1960 este correspondia apenas a 27. Em 2011 o índice de envelhecimento ascendeu para 128 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013). Entre 2018 e 2080, projeções do INE (INE, 2020) apontam para um aproximar da

duplicação do índice de envelhecimento, destacando a Região Autónoma da Madeira como a região mais envelhecida (com um índice de 429) e a região do Algarve como a menos envelhecida (com um índice de 204). Na Europa o envelhecimento demográfico é uma constatação (Eurostat, 2020). Alcançar a velhice é uma pretensão natural de qualquer ser humano, contudo a mesma é temida por muitos, fruto das representações veiculadas na sociedade. Sendo o processo de envelhecimento influenciado por uma multiplicidade de fatores, com repercussões que se podem enquadrar no âmbito biopsicossocial, afetando de forma muito distinta a população mais idosa, tal nega os estereótipos que comumente lhe são associados e que decorrem essencialmente da unidireccionalidade que caracteriza o modelo de declínio biológico. De igual forma a sexualidade sofre a influencia de vários fatores, cursando inúmeras vezes com os que estão associados ao processo de envelhecimento. Aqui incluem-se fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais, entre outros. Ser idoso não significa ser assexuado. O presente artigo baseia-se numa revisão narrativa da literatura, no qual se pretendeu conceptualizar a sexualidade, apontar os principais fatores que a podem influenciar e colocar em evidência os principais resultados emanados em vários estudos, no que concerne à percepção das camadas mais jovens acerca da vivência da sexualidade nas Pessoas Idosas. Seguem-se algumas estratégias consideradas fulcrais para a minimização/combate dos mitos e estereótipos negativos acerca da sexualidade nas populações mais idosas.

1. Conceito e modelos de sexualidade

A Organização Mundial de Saúde (2001), citada pela Direção-Geral da Educação (DGE) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), (2017, p. 80), define sexualidade como:

uma energia que nos motiva para encontrar o amor, o contacto físico, a ternura e a intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (2006, p. 5) a sexualidade “é um aspecto central do ser humano ao longo da vida é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações”.

Segundo Kalish (1982, 1996) é incorreto definir a sexualidade tendo por base apenas o ato sexual genital. Para o autor uma relação sexual saudável pode ser expressa através de várias manifestações: carícias, abraços e massagens, entre outros, conferindo muitas oportunidades às pessoas idosas no que confere ao comportamento sexual. Neste sentido, González e Ramos (1994) destacam-nos que existem dois modelos de sexualidade, o modelo sexual baseado no jovem (apelidado de coital) e o modelo de sexualidade baseado no prazer. O modelo sexual baseado no jovem tem ajudado a privar os idosos de uma atividade sexual ativa e gratificante. No idoso, a diminuição de resposta na ereção, somada a uma grande ansiedade por medo de fracasso, pode levar ao abandono do desejo e da atividade sexual. Ao acreditar que a sexualidade pertence aos jovens, os idosos autocensuram-se e ridicularizam o parceiro quando este tenta qualquer tipo de envolvimento sexual. Deste modelo advêm consequências como a baixa autoestima, a maior vulnerabilidade a transtornos mentais (como por exemplo, a

ansiedade, a depressão), maior frustração, percepção negativa da vida, isolamento, solidão, entre outros, implicando que a velhice seja percebida como uma etapa de declive. O modelo do prazer defende que o homem e a mulher podem gozar por igual, uma sexualidade significativa, sem limite de idade, pois o desejo sexual, os afetos não dependem do coito. Este modelo contribui para uma maior autoestima, maior equilíbrio e maturidade, saúde física e mental, bem como para uma percepção positiva da vida, em que a velhice é encarada como uma etapa proveitosa.

De salientar que o modelo coital pode estar presente mesmo em idades avançadas, contrariando os estereótipos que persistem em negar esta presença quando nos reportamos aos mais idosos.

A sexualidade reflete uma grande variabilidade, quando nos reportamos à população mais idosa, como constataram Sánchez e Ulacia (2005), tendo por base um conjunto de entrevistas realizadas, traduzindo-se numa enorme dificuldade em encontrar um padrão sexual comum na velhice, o que comprova a multidireccionalidade do desenvolvimento, defendida pelas teorias evolutivas. Os resultados revelaram ainda que são vários os fatores que influenciam a mesma (psicossociais, relacionados com a saúde, entre outros).

2. Fatores que influenciam a sexualidade na Pessoa Idosa

A sexualidade pode ser influenciada pela interação de distintos fatores, tais como os “biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (World Health Organization [WHO], 2006, p. 5).

A este respeito, também Sánchez e Ulacia (2005) salientam-nos que os fatores que podem condicionar a sexualidade são numerosos, sendo que muitos destes podem ser considerados globais, tais como a interpretação das alterações da velhice baseadas no modelo de deterioração, a imposição social do modelo jovem, as alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento. Outros fatores, quando presentes, podem afetar a população idosa de forma distinta, dependendo da intensidade, são exemplo os fatores relacionados com a saúde e os fatores psicossociais.

No âmbito da enfermagem gerontológica e geriátrica, Eliopoulos (2014) refere-nos que para além das alterações relacionadas com a idade, existem fatores físicos, emocionais e sociais que podem ameaçar a atividade sexual em idades avançadas. A mesma autora destaca-nos ainda que, na presença de um bom estado de saúde e de um parceiro disponível, a atividade sexual pode manter-se até idades mais avançadas. Segundo Williams (2020) as alterações fisiológicas normais que ocorrem na função sexual, podem acarretar preocupações nas pessoas idosas.

Tendo por base o referido, são descortinados em seguida os principais fatores que podem influenciar a sexualidade.

2.1. Fatores anatómicos e funcionais associados ao processo de envelhecimento

Com o avançar da idade surgem alterações na mulher e no homem, quer ao nível anatómico, quer ao nível fisiológico. Segundo Muñoz e Montes (2011), na mulher ocorrem alterações ao nível hormonal, associadas à menopausa, que podem ser responsáveis por alterações físicas ao nível do aparelho reprodutor, tais como: perda de elasticidade dos grandes e pequenos lábios; encurtamento da vagina; diminuição do tamanho e ereção do clitóris; menor lubrificação vaginal; diminuição da acidez vaginal, diminuição do pelo pubiano, entre outros. Esta alterações

podem repercutir-se na resposta sexual, manifestada por uma lentificação da mesma, por uma menor contração vaginal durante a plataforma orgástica, por uma debilidade das contrações uterinas aquando do orgasmo. Ainda segundo os mesmos autores, também no homem, surgem alterações hormonais, como a diminuição da produção de androgénios (denominado de andropenia), sendo responsável pela diminuição da qualidade do líquido seminal e capacidade de fecundação, pela menor potência dos músculos ejaculadores, ou seja, menores contrações durante o orgasmo. Surgem sinais de hipogonadismo que contribuem para a diminuição de desejo sexual. Os pelos púbicos diminuem. Aumenta o tempo para alcançar a ereção, fruto da diminuição da vasoconstrição ao nível genital. O idoso demora mais tempo para ejacular, prolongando mais o coito. A perda de ereção surge mais rapidamente.

Tal como nos refere Gomes (2014, p. 403) “a idade por si só, não é a responsável pela cessação da atividade sexual”, existindo outros fatores que podem influenciar a mesma.

2.2. Fatores patológicos e farmacológicos

Tendo por base Roach (2001, 2003), Sánchez e Ulacia (2005), são enumeradas as doenças que podem afetar a sexualidade nos idosos, tais como os acidentes cerebrovasculares, diabetes, osteoartrite, artrite reumatóide, entre outras, bem como as incapacidades que podem resultar das mesmas, como por exemplo as alterações artríticas que causam dor e deformidades, resultantes da artrite reumatóide ou até da osteoartrite. A alteração da imagem corporal causada por cirurgias mutiladoras como mastectomia ou amputação de membros, que podem diminuir a autoestima e a libido.

Também o próprio tratamento farmacológico instituído pode ser responsável por uma disfuncionalidade na sexualidade, como acontece por vezes devido: aos efeitos secundários que advêm da medicação prescrita (pois podem afetar a libido, causar impotência, entre outras alterações). Existem fármacos comumente utilizados nas pessoas idosas, ao nível cardiovascular (como por exemplo, os diuréticos tiazídicos e os da ansa; os β bloqueadores), ao nível da psicofarmacologia (como por exemplo os antidepressivos tricíclicos), que podem provocar uma redução do desejo sexual e da potência (Sánchez & Ulacia, 2005).

De referir ainda que aquando de doenças/incapacidades no(a) idoso(a), em que o parceiro sexual é o(a) cuidador(a), pode haver confusão de papéis e também cansaço físico pelas tarefas executadas no cuidado, restringindo o interesse sexual.

2.3. Fatores psicossociais e culturais

Santos e Marques (2006) salientavam a persistência do mito da visão do idoso como um ser assexuado, como que “Supostamente, o desejo tê-los-ia abandonado e qualquer dimensão erótica ter-se-ia extinguido das suas vidas” (p. 95). Comumente a sociedade veicula de forma errónea, uma série de tabus e falsas crenças acerca da sexualidade nos idosos, como por exemplo as que são apresentadas no quadro 1 por González e Ramos (1994). As decisões tomadas pelas pessoas idosas a respeito da sua sexualidade decorrem dos valores inculcados ao nível da sua socialização (Muñoz & Montes, 2011).

Quadro 1. Falsas crenças acerca da sexualidade na Velhice (González & Ramos, 1994, p. 154)

Os idosos não têm capacidade fisiológica que lhes permita ter condutas sexuais;
Aos idosos não interessa o sexo;
Os idosos que se interessam por sexo são perversos;
A atividade sexual no idoso prejudica a saúde, especialmente na velhice;
É indecente e de mau gosto que os idosos manifestem interesse sexual;
Os desvios sexuais são mais frequentes no idoso.

2.4. Outros fatores: fatores ambientais e perda de parceiro sexual

As dificuldades de expressão da sexualidade podem ocorrer, segundo Sánchez e Ulacia (2005), quer nos idosos que vivem em família, quer nos idosos institucionalizados, tal acontece, quer devido à falta de condições (essencialmente espaciais), quer devido à falta de respeito pela privacidade dos idosos por parte dos familiares e/ou dos funcionários da instituição que cuidam desses idosos. Também as falsas crenças acerca da sexualidade nas pessoas idosas, que existe nesses cuidadores e que se repercutem através de condutas recriminatórias contra qualquer expressão natural da sexualidade, contribuem para uma imagem assexuada dos idosos. Para os autores “mais importante que a educação sexual na velhice é conseguir que todos os aspectos organizativos (espaços, normas, atividades, etc.) facilitem as relações interpessoais, quer as próprias relativas às relações sociais mais convencionais, quer em relação às íntimas” (Sánchez & Ulacia, 2005, p. 140). A perda do parceiro sexual constitui um dos fatores que frequentemente leva à diminuição da atividade sexual nas Pessoas Idosas, como nos referem vários autores (Eliopoulos, 2014; Williams, 2020).

3. Percepção/atitudes acerca da sexualidade nas pessoas idosas: auto e heteroavaliação

3.1. A sexualidade nas pessoas idosas na visão dos mais jovens

Um estudo elaborado em Portugal por Magalhães (2008), no âmbito dos estereótipos acerca das pessoas idosas, em estudantes do ensino superior, envolvendo uma amostra de 375 estudantes, o mesmo constatou que no âmbito da sexualidade, 21,3% da amostra considerou que as pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual, e que 14,7% da amostra considerou que os idosos não têm capacidade para manter uma ereção.

Ana Leite (2014), envolvendo estudantes do ensino superior, em Portugal, investigou as representações sociais de estudantes de gerontologia social acerca da sexualidade na velhice. Neste estudo a autora refere-nos que os/as estudantes destacam a importância de se incluir na sua formação profissional a discussão da sexualidade na velhice.

Um estudo efetuado por Cruz (2015), no âmbito dos estereótipos acerca das pessoas idosas, envolvendo uma centena de indivíduos jovens de um município de Espanha (com idades compreendidas entre 18 e os 25 anos), demonstrou que as características com que os jovens mais estavam de acordo reportavam as mesmas como: pessoas com moralidade, pessoas generosas, agradecidas, sábias e sinceras. Por outro lado, uma das características com que mais discordaram foi a da visão do idoso como sendo sexualmente ativos.

Gewirtz-Meydana et al. (2017) desenvolveram um estudo em Israel, onde examinaram as atitudes e os conhecimentos dos alunos de serviço social em relação à sexualidade e à expressão sexual nos idosos e investigaram ainda os fatores associados. Utilizando uma amostra de 375 alunos da licenciatura em serviço social, recorreram à Escala de Atitudes e Conhecimento em relação à Sexualidade de Idosos. As atitudes perante a sexualidade dos idosos e o conhecimento sobre sexualidade foram correlacionados. Os alunos do primeiro ano foram os mais conservadores e demonstraram menor conhecimento. Não foram encontradas diferenças entre homens e mulheres quanto às atitudes. No entanto, homens e estudantes casados tinham maior conhecimento sobre a sexualidade de idosos do que as mulheres ou estudantes não casados. O aumento da observância religiosa previu atitudes mais conservadoras. A idade previu atitudes mais permissivas e maior conhecimento sobre a sexualidade nos idosos. Os autores salientam que é importante avaliar o conhecimento e as atitudes dos alunos de serviço social em relação à sexualidade dos idosos e desenvolver programas educacionais e de intervenção com o objetivo de aumentar a consciência, o conhecimento e as atitudes positivas nesta área.

Pereira et al. (2018), tendo por base um estudo realizado em Portugal, onde se procurou analisar as diferenças entre jovens e idosos ao nível das atitudes e dos conhecimentos face ao envelhecimento e face à sexualidade na terceira idade, constataram que os jovens obtiveram um menor nível de conhecimentos no que concerne à sexualidade na velhice. Constataram ainda que os idosos possuem atitudes mais negativas em relação ao envelhecimento e atitudes menos permissivas no que concerne à sexualidade na velhice, comparativamente aos jovens. Foi possível concluir que quanto maior a atitude negativa face ao envelhecimento, maiores são as atitudes negativas face à sexualidade na terceira idade. Os resultados levam os autores a salientarem a importância em se “intervir junto da população ao nível dos conhecimentos e das atitudes negativas face ao envelhecimento para modificar as atitudes negativas face à sexualidade na terceira idade” (Pereira et al., 2018, p.31).

3.2. A sexualidade na visão dos próprios

Um estudo efetuado no Brasil por Queiroz et al. (2015) acerca das representações sociais da sexualidade entre idosos, envolvendo 30 entrevistados, colocaram em evidência um núcleo central, cujas palavras mais evocadas foram: o amor, o carinho e o respeito. Como elementos intermediários da representação surgem as palavras sexo, companheirismo, compreensão e convivência. Estes resultados levam Queiroz et al. (2015, p. 665) a citarem-nos:

“Assim, o que emerge dessas evocações remete à reflexão de que a representação da sexualidade transcende o biológico e afasta a ideia latente do ato sexual enquanto vivência primeira e única da sexualidade. Os termos que compuseram o núcleo central apontaram condições relacionais profundas que demonstram a importância primeira na vivência da sexualidade”.

Neste estudo os autores constataram ainda que a palavra sexo foi evocada por sete idosos casados, um viúvo e um solteiro, negando o imaginário social de que não existe vida sexual ativa nos mesmos.

Vieira et al. (2016), num estudo acerca das representações da sexualidade na velhice, efetuado no Brasil, envolvendo uma análise de conteúdo efetuada a 30 idosos, os autores destacam uma multiplicidade de elementos obtidos no campo semântico relativamente à

sexualidade, tais como: carinho, cumplicidade, intimidade, ato sexual, entre outros, que os leva a inferir que “os idosos não compreendem a sexualidade como algo limitado, e sim como um processo complexo do qual fazem parte outras emoções e comportamentos que não se reduzem apenas às relações sexuais” (p. 206). Relativamente à categoria mudanças advindas do envelhecimento, relativo às alterações no campo das vivências sexuais aquando da entrada na velhice, 54% foram enquadradas como positivas, 28,6% negativas e 16,6% inexistentes. Na categoria importância das vivências sexuais, 78,6% enquadraram-na como necessária na vida do idoso. Quanto à categoria percepção da sociedade, correspondente à visão que os idosos têm acerca da percepção da sociedade no âmbito da temática, os autores destacam que 66,7% foi enquadrada na rejeição, enfatizando o preconceito e a discriminação social. A este respeito os autores citam-nos o texto que emerge:

[...] sexualidade na velhice é um tabu... ninguém acha que a gente ainda faz alguma coisa... acham que estamos velhos demais para pensar em sexo... a sociedade esquece que o idoso é gente... acham que a gente só serve para dar trabalho e gasto... não acreditam que o idoso possa gostar dessas coisas... vão ser chamadas de velha assanhada e pervertida... a sociedade não vê com bons olhos [...] (Vieira et al., 2016, p. 203).

Feliciano e Galinha (2017), efetuaram um estudo exploratório em Portugal, acerca das percepções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas, envolvendo uma entrevista semiestruturada a 8 idosos em centro de dia, com idades igual ou superior a 70 anos, sem défices cognitivos. Os autores concluíram que os idosos/as expressam e vivenciam a sua sexualidade de forma distinta, sendo que “em idades avançadas constata-se uma sexualidade que transcende a relação sexual observando-se o predomínio da relação afetiva” (p. 160).

Mais recentemente, Pinto et al. (2019), efetuaram um estudo qualitativo no Brasil, numa amostra de 12 idosos com idades compreendidas entre os 60 e 85 anos, recorrendo à técnica de análise de conteúdo temática, cujo objetivo geral visava analisar as concepções de sexualidade entre idosos participantes de um grupo de convivência, obtiveram seis categorias, descortinadas da seguinte forma:

1ª categoria - Entendimento sobre o sexo - atribuição de um valor que vai para além do prazer físico, com enfoque nos sentimentos como o amor e carinho; entendida como uma atividade necessária entre o casal.

2ª categoria - Conhecimento sobre a sexualidade - entendida como uma manifestação do corpo que se relaciona ao bem-estar, que não se restringe unicamente à prática sexual.

3ª categoria - Percepção a respeito do sexo no envelhecimento - subdividida em duas subcategorias, destacam que a prática sexual ainda está ativa nestas idades e que o sexo não possui idade, contudo não ocorre de igual forma que na juventude.

4ª categoria - Memória da sexualidade antes e após o envelhecimento - emerge uma memória da sexualidade correlacionada com a prática sexual mais frequente na juventude e uma atual redução da atividade e satisfação sexual, apesar disso a maioria argumenta melhoria na qualidade de vida e satisfação com o encontro do par perfeito.

5ª categoria - Percepção sobre a velhice - a amostra estudada atribui um carácter positivo na percepção do envelhecer, encarando favoravelmente as alterações resultantes.

6ª categoria - Prática da sexualidade no cotidiano - a prática da sexualidade no cotidiano “vai além do fazer sexo, está relacionada ao autocuidado, autoestima, vaidade e ao bem-estar” (Pinto et al., 2019, p. 48).

É perceptível pelos dados apresentados por estes estudos a complexidade da temática da sexualidade nas pessoas idosas, mesmo quando analisadas pelos próprios. Fica claro e evidente que a sexualidade nos idosos existe, ainda que com elaborações, contornos e manifestações muito próprias e diversificadas.

3.3. A sexualidade na Pessoa Idosa em contexto institucional

As atitudes em relação à sexualidade e ao envelhecimento variam de permissivas a restritivas, curiosas a evasivas e podem ser globais ou específicas em relação a determinados comportamentos, como masturbação, sexo oral, sexualidade entre indivíduos LGBT ou sexualidade num contexto institucional. Trabalhos de investigação sugerem que diferentes populações mantêm uma variedade de atitudes positivas e negativas que afetam os idosos. Os prestadores de cuidados de saúde, incluindo enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, e diretores técnicos de lares de idosos, todos desempenham um papel influenciador das atitudes dos idosos em relação à sua própria sexualidade, tanto direta quanto indiretamente (Hillman, 2012).

Um estudo efetuado em Portugal por Senra (2013) acerca da sexualidade na terceira idade, quanto aos conhecimentos e atitudes de cuidadores formais de pessoas idosas, a autora constatou uma correlação positiva entre os níveis de conhecimentos e as atitudes, salientando-nos que de uma forma geral, os cuidadores revelaram bons níveis de conhecimentos e atitudes permissivas. Verificou-se ainda que os indivíduos com níveis de habilitações mais elevados apresentam melhores níveis de conhecimentos e atitudes mais permissivas. Nenhum dos questionados referiu ter recebido formação acerca desta temática.

No estudo efetuado por Cunha et al. (2015) onde procuravam analisar a prática profissional de médicos e enfermeiros relativamente aos aspetos da sexualidade em idosos, concluíram que esta temática é de difícil abordagem durante as consultas e há uma escassez de ações direcionadas a este assunto. No entanto estes profissionais consideram que a temática da sexualidade é relevante no contexto da prestação de cuidados e que as dificuldades em incluir este assunto na prática profissional expõe uma grande fragilidade no que diz respeito à atenção integral à saúde do idoso.

4. Combatendo mitos e estereótipos: importância e estratégias

Para Palmore (1999) as vítimas de preconceitos e discriminação tendem a adotar a imagem negativa do grupo dominante, que as leva a comportarem-se em conformidade com a mesma, como levá-los a evitar as relações sexuais, a evitar novas ideias, a serem improdutivos. A conformidade social para com os estereótipos negativos pode resultar na redução da autoestima do idoso, das suas habilidades pessoais, bem como contribuir para a deterioração da sua saúde física e mental. Também a este respeito, Motte e Tortosa (2002, p.103) referem-nos que os “estereótipos minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todas as pessoas idosas, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecimento”. Os estereótipos podem ainda desencadear um fenómeno de

contração, significando que quando determinado fenómeno se observa nas pessoas idosas não corresponde ao estereótipo previamente construído, existe uma certa tendência para recusar o mesmo. Os estereótipos negativos podem afetar muitos profissionais que exercem a sua atividade com idosos, podendo repercutir-se negativamente sobre a autoestima dos mesmos, bem como sobre o desenvolvimento da sua personalidade.

Sendo o envelhecimento um processo individual e heterogéneo, as alterações não surgem de igual forma, nem com a mesma intensidade, nem no mesmo momento, negando o estereótipo de que os idosos se assemelham. De salientar que muitas das alterações desencadeadas pelo processo de envelhecimento podem ser minimizadas, compensadas, em termos terapêuticos.

Por outro lado, tal como nos referem Sánchez e Ulacia (2005), muitas destas alterações poderão conferir vantagens na vivência da sexualidade, apresentando-nos como exemplos:

A maior lentidão dos processos de excitação possibilita que as pessoas idosas desfrutem a sexualidade com uma maior tranquilidade.

Vai ocorrer um maior interesse dos idosos pelo contacto corporal global, em que os afetos e a comunicação reduzem a focalização no ato coital imediato.

A menor necessidade em ejacular e o maior controlo sobre a ejaculação, permitirá ao casal um maior sincronismo na fase do orgasmo.

Tendo por base Magalhães (2008), devemos apostar em estratégias que reforcem a imagem positiva das populações idosas, apostando inicialmente ao nível político-social, através da elaboração e implementação de um Plano Nacional Gerontológico que integre: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros integrantes da sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação intergeracional; a promoção do espírito de solidariedade intergeracional. Por outro lado, os mass media devem divulgar e destacar nas suas mensagens a heterogeneidade (variabilidade interindividual) e a multidireccionalidade que são próprias de qualquer grupo de idosos, sem utilizar conteúdos que discriminem. Também a comunidade científica deve ser envolvida na abordagem das distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, seja através dos mass media, seja através da realização de fóruns, jornadas, congressos, pois desta forma desmistificam-se as conceções erróneas e injustificadas e credibiliza-se a veiculação da informação.

Muñoz e Montes (2011) alertam-nos que as dificuldades para tratar a temática, devido aos tabus, por vergonha, são uma constatação, quer por parte dos utentes, quer por parte dos profissionais de saúde. Também Gomes (2014) a este respeito nos refere que relativamente às temáticas da sexualidade, os distintos grupos profissionais devem estar à vontade, não esquecendo que sem perguntas, não existem respostas (ou queixas), contudo “sem ser intrusivos e respeitando as opções individuais de cada pessoa” (p. 410). No âmbito da enfermagem gerontológica, Eliopoulos (2014) salienta-nos que a educação sexual básica pode ajudar na compreensão dos efeitos do envelhecimento sobre a sexualidade, sendo que, a boa disposição para falar abertamente do sexo com os mais idosos demonstra “reconhecimento, aceitação e respeito com a sua sexualidade” (p. 157). A identificação de barreiras físicas, emocionais e sociais, é deveras importante para uma intervenção adequada.

Somos da opinião que a literacia, a escolaridade e a cultura possuem um papel fundamental no combate aos estereótipos e às atitudes negativas em relação à sexualidade na velhice. Os idosos de amanhã serão distintos dos de hoje, atendendo ao aumento expectável dos níveis de escolaridade da população. Os programas de psicoeducação sobre a sexualidade na velhice poderão constituir uma estratégia de intervenção para melhorar a perceção e as atitudes acerca da sexualidade nas pessoas idosas. Será também importante incluir estas temáticas nos programas de formação e educação, tanto na escolaridade obrigatória como nos cursos profissionais ou do ensino superior.

Conclusão

A vasta bibliografia que inclui os estudos efetuados acerca da vivência da sexualidade nas populações mais idosas, colocam em evidência que ela está presente, contrariando assim os estereótipos negativos veiculados pelas populações mais jovens. Os principais fatores que podem afetar esta vivência, incluem os fatores associados à idade, os psicossociais, os culturais, os patológicos, os farmacológicos, os ambientais, a perda do parceiro sexual, entre outros. Compreender melhor a sexualidade das pessoas mais velhas poderá contribuir para uma perceção mais positiva sobre o envelhecimento. Esta compreensão será especialmente importante para os profissionais de saúde e de apoio social que trabalham diretamente com as pessoas mais velhas. Uma sociedade para todas as idades, como preconizado há imensos anos pelas Nações Unidas, deve apostar na desmistificação dos estereótipos negativos acerca da sexualidade nas gerações mais velhas.

Bibliografia

- Cruz, R.M. (2015). Estereotipos hacia los ancianos por parte de los jóvenes del municipio de Los Villares (Jaén). *Gerokomos*, 26(1), 13–17. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100004>
- Cunha, L. M., Mota, W. S., Gomes, S. C., Ribeiro Filho, M. A., Bezerra, Í. M. P., Machado, M. de F. A. S., & Quirino, G. da S. (2015). Grandma and grandpa also love: sexuality in the elderly. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 894–900. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150069>
- Direção-Geral da Educação [DGE] & Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Eliopoulos, C. (2014). *Enfermería Gerontológica* (8ª ed). Barcelona: Wolters Kluwer España
- Eurostat (2020). *Population structure and ageing/pt - Statistics Explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/64803.pdf>
- Feliciano, A., & Galinha, S. (2017). Perceções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas – estudo exploratório. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5 (3) 160-169. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i3.14532>
- Gewirtz-Meydan, A., Even-Zohar, A., & Fisch, B.-T. (2017). Attitudes and knowledge of social work students towards sexuality in later life. *Social Work Education*, 36, 1–15. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1363175>
- Gomes, F. A. (2014). A sexualidade das pessoas idosas. In M. T. Veríssimo (Coord.), *Geriatría fundamental. Saber e praticar*. Lisboa: Lidel.
- González, H., & Ramos, F. (1994). La Sexualidade en la Vejez. In J. Buendía (ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA.
- Hillman, J. (2012). *Sexuality and Aging*. New York, USA: Springer New York.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Leite, A.P.M. (2014). *Representações Sociais de estudantes de Gerontologia Social acerca da Sexualidade na velhice*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/6500>
- Kalish, R. (1996). *La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Magalhães, C.P. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade da Estremadura.
<http://hdl.handle.net/10198/4237>
- Munõz, M.J., & Montes, A.C. (2011). La sexualidad y afectividad em las personas mayores. In C. Orrio (Coord.), *Enfermería de la persona mayor*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2ª ed.) New York: Springer Publishing Company, inc.
- Pereira, D., Ponte, F., & Costa, E. (2018). Preditores das atitudes negativas face ao envelhecimento e face à sexualidade na terceira idade. *Análise Psicológica*, 36(1), 31-46. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1341>
- Pinto, M., dos Reis, L., Santana, E., & dos Reis, L. (2019). Sexualidade e envelhecimento: a perceção de idosos participantes de grupo de convivência. *Fisioterapia Brasil*, 20(1), 43 - 49.
<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i1.2386>
- Queiroz, M. A. C., Lourenço, R. M. E., Coelho, M. M. F., Miranda, K. C. L., Barbosa, R. G. B., & Bezerra, S. T. F. (2015). Representações sociais da sexualidade entre idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 662-667.
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>
- Queiroz, A., Vitorino, N., de Sousa, V., Vilaça e Silva, K., & Severiano, A. (2019). Nível de conhecimento e atitudes dos académicos de enfermagem, acerca da sexualidade dos idosos. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 16(1), 171-173. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.10467>
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Sánchez, F.L., & Ulacia, J. C. (2005). *Sexualidad en la Vejez* (2.ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Santos, G., & Marques, T. R. (2006). Sexualidade no idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría*. Coimbra: Edições Almedina.
- Senra, A.M.M. (2013). *Sexualidade na Terceira Idade. Conhecimentos e Atitudes de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco.
<http://hdl.handle.net/10400.11/2097>
- Tortosa, J.M., & Motte, C.A.M. (2002). Envejecimiento Social, In J. M. Tortosa (ed.), *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vieira, K.F.L., Coutinho, M.P.L., & Saraiva, E.R.A. (2016). A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Freqüentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 196-209.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703002392013>
- Williams, P. (2020). *Enfermeria Geriátrica*. Barcelona: Elsevier.
- World Health Organisation [WHO] (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining

Estudo transversal da hospitalização no sistema público de saúde de idosos no Brasil

FLÁVIA MONACO VIEIRA¹

JUDITE SANSON DE BEM¹

RUTE HENRIQUE DA SILVA FERREIRA¹

¹Universidade La Salle

flavia.201910304@unilasalle.edu.br

enviado a 20/01/2021 e aceite a 02/02/2021

Resumo

O envelhecimento da população traz desafios ao sistema público de saúde, que precisa de lidar com um novo perfil epidemiológico, como doenças crônicas-degenerativas. Assim, a informação sobre as hospitalizações de idosos pode ser utilizada como um subsídio para a promoção de políticas públicas na área da saúde. O objetivo deste trabalho é analisar as hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) da população idosa brasileira, de 2015 a 2019, com base nos dados obtidos no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada/SUS. Para isso, identificaram-se o número e o custo das hospitalizações dos idosos, o sexo dos idosos internados, bem como as principais causas, a duração média da estada e o caráter das hospitalizações. Os resultados mostram que os principais diagnósticos de internamentos ocorrem devido a doenças do sistema circulatório, seguidos de doenças do sistema respiratório. Insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e pneumonia são as principais morbidades das hospitalizações dos idosos. O sexo masculino tem um risco triplo maior de internamento, e o grupo etário de 80 anos e mais tem uma duração média de permanência superior à faixa etária dos 60 aos 79 anos. A maioria das hospitalizações ocorre com urgência, o que requer cuidados imediatos, sem planejar o sistema de hospitalização.

Palavras-chave: Sistema de saúde; hospitalização; idosos; Brasil.

Abstract

The ageing of the population brings challenges to the public health system, which needs to deal with a new epidemiological profile, such as chronic-degenerative diseases. Thus, information on hospitalizations of the elderly can be used as a subsidy for the promotion of public policies in the health area. The objective of this work is to analyse the hospitalizations in the Unified Health System (SUS) of the Brazilian elderly population, from 2015 to 2019, based on data obtained from the Decentralized Hospital Information System/SUS. This was done by identifying the number and cost of hospitalizations of the elderly, the gender of the elderly hospitalized, as well as the main causes, the average length of stay, and the nature of the hospitalizations. The results show that the main diagnoses of hospitalizations occur due to diseases of the circulatory system, followed by diseases of the respiratory system. Heart failure, stroke and pneumonia are the main morbidities of hospitalizations of the elderly. Males have a higher triple risk of hospitalization, and the age group of 80 and over has a longer average length of stay than the 60 to 79 age group. Most hospitalizations occur urgently, which requires immediate care without planning the hospitalization system.

Keywords: Health system; hospitalization; elderly; Brazil.

Introdução

A transição demográfica e epidemiológica da população traz grandes desafios para a saúde pública mundial, especialmente no Brasil, onde, nas últimas décadas, esta transição tem ocorrido de uma forma muito rápida e desordenada. Ao contrário dos países desenvolvidos que

têm sido capazes de envelhecer gradualmente e enfrentar gradualmente as dificuldades económicas, sociais e culturais resultantes do processo de envelhecimento, outros países, como o Brasil, enfrentam o problema de um desenvolvimento simultâneo com o envelhecimento acelerado da sua população (Machado, 2017; Gottlieb et al., 2011).

No Brasil, os cuidados de saúde precisam de enfrentar os desafios decorrentes do novo perfil epidemiológico, onde as doenças infecciosas-parasitárias coexistem com o aumento da prevalência de doenças crónicas-degenerativas. O aumento do número de idosos está diretamente relacionado com o maior uso do sistema de saúde, resultante das múltiplas patologias crónicas (Machado, 2017; Loyola Filho et al., 2004).

Silveira et al. (2013) descrevem dois pontos a considerar, em primeiro lugar o facto de os idosos terem um maior fardo de doenças e incapacidades e, conseqüentemente, utilizarem uma grande parte dos serviços de saúde e, em segundo lugar, a ineficácia e os elevados custos relacionados com os modelos em vigor no Brasil de cuidados de saúde para idosos.

Assim, é necessário conhecer as condições de saúde da população idosa e as suas exigências de serviços médicos e sociais. O desenho do perfil das hospitalizações dos idosos pode servir de modelo para desenvolver estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenção de lesões (Silveira et al., 2013).

O Brasil dispõe do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada do Sistema Único de Saúde (SIHD/SUS), disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), que constitui uma importante base de dados secundária, e pode ser utilizado, desde que sejam conhecidas as suas limitações, para analisar a situação de saúde da população idosa (Lima-Costa et al., 2000).

Assim, o presente trabalho visa analisar as hospitalizações no Sistema De Saúde Unificado (SUS) da população idosa brasileira, de 2015 a 2019, com base em dados obtidos pelo SIHD/SUS. Para atingir este objetivo, identificamos o número e o custo das hospitalizações dos idosos, o sexo dos idosos internados, bem como as principais causas, a duração média da estada e o carácter das hospitalizações.

A Organização Mundial de Saúde ([OMS], WHO, 2002) define os idosos como todos os indivíduos com idade cronológica superior a 65 anos ou mais para indivíduos que vivem em países desenvolvidos e 60 anos ou mais para indivíduos de países subdesenvolvidos. No Brasil, a Lei n.º 10.741, de 1 de outubro de 2003, que prevê o Estatuto dos Idosos, segue o mesmo critério de idade cronológica da OMS e define a população idosa como a população com 60 anos ou mais (Brasil, 2003).

Veras (2009) salienta que cerca de 650.000 idosos são adicionados à população brasileira por ano, que na sua maioria têm doenças crónicas e algumas limitações funcionais. Assim, observa-se que o perfil de mudança demográfica tem uma relação próxima com o processo de transição epidemiológica e vice-versa, que tem um impacto crescente na procura de serviços de saúde (Machado, 2017, p.20).

Metodologia

O estudo é classificado como descritivo, com visão transversal, sobre as admissões hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) dos idosos no Brasil, no período de 2015 a 2019.

A série histórica estudada baseou-se em dados secundários sobre a hospitalização obtida a partir do sistema de informação SIHD/SUS – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada,

que é gerida pelo Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Saúde, juntamente com as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias municipais de Saúde que fornecem dados sobre internamentos hospitalares da SS.

As variáveis utilizadas neste estudo são:

- a) Ano/mês de processamento: período de processamento de informação no sistema SIHD;
- b) Caráter de cuidado: caráter de cuidados que justificou a hospitalização;
- c) Hospitalizações: número de AIHs aprovadas no período.
- d) Quantidade total: quantidade referente a internamentos aprovadas no período.
- e) Duração média de estada: número médio de dias de internamento para as AIHs aprovadas no período;
- f) Sexo: classificados como masculino (M) e feminino (F);
- g) Grupo etário: grupo etário calculado a partir das datas de nascimento no momento da hospitalização do doente, neste caso de doentes acima de 60 anos;
- h) Diagnóstico principal: Causa do internamento de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

Os valores das hospitalizações mensais foram atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – IPCA, disponibilizado pela Tabela 1419 (IPCA - Variação de janeiro/2012 até dezembro/2019) e Tabela 7060 (IPCA – Variação ano de 2020) do IBGE, sendo atualizados até agosto de 2020.

As fórmulas abaixo descritas serão utilizadas para calcular os indicadores:

I) Rácio de hospitalização por 100 habitantes:

Número de internamentos no período x 100

Número de idosos no período

II) Custo por habitante idoso:

Montante total pago pelos internamentos de idosos no período

Número de idosos brasileiros no período

III) Rácio de gênero da população idosa

Número de idosos do sexo masculino no período x 100

Número de idosos do sexo feminino no período

IV) Rácio de gênero por internamentos

Número de internamentos masculino no período x 100

Número de internamentos feminino no período

V) Risco Masculino

Rácio de sexo da população idosa internada

Rácio de sexo da população idosa que vive no Brasil

Por serem dados secundários, deve considerar-se como uma limitação que não sejam identificadas possíveis rehospitalizações e transferências do mesmo doente para outros hospitais, o que pode resultar na contagem cumulativa.

Resultados e discussão

Entre os cinco anos considerados neste estudo, foram 14.625.500 hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre os brasileiros idosos, tendo sido gastos mais de R\$ 27 mil milhões por custos.

Tabela 1. Número de habitantes, internamentos, número de internamentos por habitante, montante total e rácio custo/habitantes nas hospitalizações SUS de idosos no Brasil, no período 2015-2019

Ano	População do Brasil com 60 anos ou mais (a)	Hospitalizações de idosos no Brasil			
		Hospitalizações do SUS por população idosa (b)	Rácio de internamentos por 100 idosos (c = b/a*100)	Montante total internamentos de idosos (R\$) (d)	Custo por habitante idoso (R\$) (e = d/a)
2015	23.940.885	2.782.111	11,62	5.567.212.615,64	232,54
2016	24.933.461	2.820.230	11,31	5.401.575.910,96	216,64
2017	25.964.619	2.945.528	11,34	5.529.606.506,91	212,97
2018	27.034.163	3.054.859	11,30	5.626.143.696,36	208,11
2019	28.143.225	3.022.772	10,74	5.289.795.328,74	187,96
Total		14.625.500		27.414.334.058,60	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)/ IBGE - Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

De acordo com as estimativas da população, o número de idosos no Brasil aumentou progressivamente ao longo do período analisado e, concomitantemente com este crescimento, verificou-se um aumento quantitativo dos internamentos hospitalares para esta faixa etária, passando de 2.782.111 internamentos em 2015 para 3.022.772 em 2019 (Tabela 1).

No entanto, a Tabela 1 mostra que o número de internamentos por população idosa diminuiu, bem como o custo das hospitalizações por idosos. Enquanto em 2015, o número de internamentos por 100 idosos era de 11,62, em 2019 era de 10,74. Observa-se que o aumento do número de internamentos é inferior ao crescimento da população idosa no Brasil, o que explica a redução da taxa de hospitalização por 100 idosos.

Durante o período estudado, há um desconto no custo das hospitalizações SUS por idosos residentes no Brasil, de R\$ 232,54 em 2015 para R\$ 187,96 em 2019 (Tabela 1). Assim, pode considerar-se que o aumento do montante total das hospitalizações de idosos se deve, sobretudo, ao aumento dos números das hospitalizações. Colaborado por Nunes (2004, p.448), "a elevação do custo com atenção médico hospitalar aos idosos não está relacionada ao aumento do custo dos procedimentos, pois eles possuem custo médio decrescente. A elevação de custos está relacionada à taxa de utilização, bem mais elevada para os grupos idosos." Lima-Costa et al. (2000, p.39), descrevem que a "ocorrência de reinternamento entre os idosos é cinco vezes maior do que na faixa etária de 15-59 anos".

Embora a maioria dos idosos brasileiros sejam do sexo feminino, existe uma predominância de homens no número de internamentos da SUS, com uma qualitativa e percentagem superior à do sexo feminino, que segue a tendência de outros estudos (Romero et al., 2010; Silveira et al., 2013). O rácio de idosos residentes no Brasil para homens em relação às mulheres é, em média, de 79,5%, enquanto o rácio de internamentos no SUS masculino em relação às mulheres é, em média, de 102,5% (Tabela 2).

Tabela 2. Número de habitantes por sexo, rácio de género dos habitantes, internamentos hospitalares por sexo, rácio do género de internamentos SUS, de idosos no Brasil, no período 2015-2019

Ano	População idosa masculina (a)	População idosa feminina (b)	Rácio de sexo população idosa (c = a/b*100)	Hospitalizações SUS de homens idosos (d)	Hospitalizações SUS de mulheres idosas (e)	Rácio de sexo por internamentos (f = d/e*100)	Risco Masculino (g = f/c)
2015	10.589.643	13.351.242	79,32	1.400.451	1.381.660	101,36	1,3
2016	11.034.951	13.898.510	79,40	1.428.412	1.391.818	102,63	1,3
2017	11.498.277	14.466.342	79,48	1.489.874	1.455.654	102,35	1,3
2018	11.979.519	15.054.644	79,57	1.549.839	1.505.020	102,98	1,3
2019	12.479.188	15.664.037	79,67	1.533.207	1.489.565	102,93	1,3
Total	57.581.578	72.434.775		7.401.783	7.223.717		

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS)/ IBGE - Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

Assim, os homens têm um maior risco de hospitalização no SUS, equivalente a 1,3. Entende-se que o aumento da hospitalização dos homens ocorre devido à falta de hábito deste grupo na utilização de serviços de saúde para tratamentos preventivos, utilizando-os predominantemente quando a doença se encontra em estado crónico, exigindo prolongar a sua hospitalização por cuidados e recuperação (Romero et al., 2010; Silveira et al., 2013; Machado, 2017). Outras hipóteses são que as mulheres têm uma rede de apoio social e familiar maior, e os homens têm, desde a sua juventude, maior vulnerabilidade ao alcoolismo, drogas e outros problemas sociais que levam ao isolamento (Romero et al., 2010).

Tabela 3. Número de internamentos no SUS de idosos no Brasil por diagnóstico CID 10, período 2015-2019

Diagnóstico Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	Total	(%)
Cap. 09 – Doenças do aparelho circulatório	654.403	659.839	676.668	688.234	662.386	3.341.530	22,85
Cap. 10 – Doenças do aparelho respiratório	414.465	403.822	436.947	425.519	410.774	2.091.527	14,30
Cap. 02 – Neoplasias (tumores)	299.202	311.527	330.270	350.658	353.655	1.645.312	11,25
Cap. 11 – Doenças do aparelho digestivo	283.888	288.138	303.461	322.576	321.907	1.519.970	10,39
Cap. 14 – Doenças do aparelho geniturinário	215.831	218.354	230.615	245.919	252.072	1.162.791	7,95
Cap. 19 – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	207.602	220.835	234.422	250.299	246.876	1.160.034	7,93
Cap. 01 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	220.103	229.473	222.872	229.035	236.113	1.137.596	7,78
Cap. 04 – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	121.961	112.330	112.451	112.363	107.134	566.239	3,87
Outras doenças CID-10	364.656	375.912	397.822	430.256	431.855	2.000.501	13,68
Total	2.782.111	2.820.230	2.945.528	3.054.859	3.022.772	14.625.500	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS).

Cada internamento tem necessariamente uma razão clínica para justificar. As principais razões para as hospitalizações no SUS são classificadas de acordo com o grupo de causas da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CDI).

Como mostra o Tabela 3, a causa mais frequente de internamentos em idosos brasileiros no SUS deriva de doenças do sistema circulatório, que representam 22,85% das hospitalizações no período analisado, anualmente há mais de 650.000 internamentos. No que diz respeito às morbidades, a maioria das hospitalizações nesta classificação ocorrem devido a insuficiência cardíaca, acidente vascular, enfarte agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas isquêmicas. Silveira et al. (2013) verificam que a taxa de hospitalização de idosos com doenças do sistema circulatório atinge a ordem de 9 vezes mais do que a da população adulta (20 a 59 anos de idade).

As doenças respiratórias assumem a segunda posição com o maior número de internamentos de idosos no período de estudo (14,30%), anualmente há mais 400.000 internamentos neste CID, principalmente devido à morbidade da pneumonia, com cerca de 60% das hospitalizações nesta classificação (Tabela 3).

Depois, há uma maior ocorrência de internamentos de neoplasias (11,25%), doenças do aparelho digestivo (10,39%) e doenças do sistema genitourinário (7,95%), que mostraram crescimentos sucessivos ao longo dos cinco anos analisados. Entre as morbidades derivadas de neoplasias, podem ser mencionados tumores malignos da pele, próstata, cólon e mama. A maioria das morbidades das doenças do aparelho digestivo ocorreram devido à coletitíase e à colecistite, hérnias e outras doenças dos intestinos e peritonite (Tabela 3).

As conclusões acima mencionadas são semelhantes às encontradas por Gottlieb et al. (2011) e Machado (2017). Atrai a atenção, que em estudos de períodos mais antigos as neoplasias não estão entre as principais causas de internamento no Brasil (Lima-Costa et al., 2000; Loyola Filho et al., 2005; Romero et al., 2010), sendo uma doença que tem uma relação próxima com a esperança de vida, ocorrendo na maioria dos casos por pessoas com mais de 60 anos (Machado, 2017). De 2015 a 2019, as hospitalizações de neoplasias aumentaram 18,2%.

[...] cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, ou seja, quanto mais o ser humano envelhece fica mais exposto a vários agentes maléficos à saúde humana, podendo assim vir a desenvolver doenças de um patamar mais sério (Machado, 2017, p.33).

Tabela 4. Duração média geral das hospitalizações SUS por grupo etário da população idosa no Brasil, período 2015-2019

Ano	Duração média geral das hospitalizações (idosos)	Média de hospitalizações por faixa etária dos idosos		
		60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
2015	6,6	6,6	6,6	6,8
2016	6,7	6,6	6,7	6,9
2017	6,5	6,4	6,5	6,6
2018	6,4	6,3	6,4	6,6
2019	6,1	5,9	6,1	6,3
Média	6,5	6,4	6,5	6,6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS).

Como mostra a Tabela 4, a média global do período de permanência de internamentos do SUS por idosos é de 6,5 dias, com uma diminuição gradual ao longo dos anos. Em 2015, a duração média global da estadia foi de 6,6 dias, enquanto em 2019 a média é de 6,1 dias.

Tendo em conta a faixa etária da população idosa, observa-se que as faixas etárias mais avançadas (80 anos ou mais) têm hospitalizações média mais elevada em comparação com as faixas etárias dos 60 aos 79 anos, em todos os anos analisados (Tabela 4). Além disso, Machado (2017) descreve que os homens estão hospitalizados mais dias em comparação com as mulheres.

De acordo com o diagnóstico Cid10, no período 2015-2019, as doenças que exigem uma hospitalização mais longa dos idosos no SUS, são (SIHS/SUS):

I. Distúrbios mentais e comportamentais – esta doença tem a maior estada média de 56,2 dias. No período analisado houve 100.849 internamentos. Colaborado por Machado (2017), os distúrbios mentais têm elevado consumo de recursos de saúde devido a múltiplas hospitalizações e internamentos prolongados.

II. Causas externas de morbidade e mortalidade – embora esta classificação tenha uma média de 14,2 dias de permanência, corresponde ao Diagnóstico Cid10 com o menor número de internamentos de idosos, menos 1.000 no período analisado (0,01%). As quedas estão entre as principais razões para esta morbidade.

III. Doenças do sistema nervoso – a estada média de internamentos para doenças do sistema nervoso é de 10,9 dias e corresponde a 261.000 internamentos no período analisado. A principal incidência desta doença deve-se ao derrame.

IV. Algumas doenças infecciosas e parasitárias – com uma média de 8,6 dias de permanência nos internamentos de idosos, as doenças infecciosas-parasitárias estão relacionadas com as condições socioeconómicas do indivíduo, Machado (2017) salienta que estas doenças podem surgir devido à falta de saneamento básico que permita uma maior saúde física e ambiental da população, incluindo os idosos.

Tabela 5. Número de hospitalizações SUS por carácter de cuidados da população idosa no Brasil, período 2015-2019

Ano dos cuidados	Eletivo	Urgência	Acid. local trab.	Acid. trajeto	Outros acid. trab.	Outras causas ext.	Total
2015	585.300	2.178.286	1	1	3.206	15.317	2.782.111
2016	585.824	2.214.654	1	-	3.595	16.156	2.820.230
2017	623.286	2.303.533	3	-	3.139	15.567	2.945.528
2018	684.731	2.351.597	-	-	2.975	15.556	3.054.859
2019	699.554	2.306.519	8	-	2.668	14.023	3.022.772
Total	3.178.695	11.354.589	13	1	15.583	76.619	14.625.500

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHD/SUS).

A Tabela 5 mostra que as hospitalizações de idosos brasileiros, no período de 2015 a 2019, ocorreram maioritariamente com o carácter de cuidados urgentes, com mais de 11 milhões de internamentos (77,64%), seguidos de 3,1 milhões de internamentos identificados como eletivos (21,73%) e o resto dos cuidados representam menos de 1% das hospitalizações.

As hospitalizações de urgência devem-se a exigências imprevistas, reencaminhadas por outra unidade de saúde, para cuidados rápidos aos doentes, de forma a evitar complicações e sofrimentos. Por outro lado, as hospitalizações eletivas não têm carácter urgente, e o ponto de partida é o relatório médico, que constitui o pedido para tal internamento.

Os resultados da elevada taxa de internamentos devido à urgência são semelhantes aos resultados de Machado (2017). Segundo Machado (2017, p.57), "o percentual é muito superior de internamentos por urgências em detrimento das eletivas, quando deveria acontecer o inverso, sugere que possa estar ocorrendo burla no processo através da 'urgencialização' do atendimento para fugir às regras da regulação". Assim, o Sistema Único de Saúde acaba por satisfazer diretamente grande parte da procura de saúde, que poderia ser satisfeita na rede de saúde básica.

O envelhecimento da população e a transição epidemiológica é uma questão complexa e "depende principalmente da articulação da rede social e de cuidados de saúde com o modelo de cuidados adotado pela sociedade" (Romero et al., 2010, p.250).

O Departamento de Planejamento do Governo-RS (2016), tendo em conta os desafios das políticas de saúde pública, apresentou algumas propostas para uma agenda de desenvolvimento, entre elas pode destacar:

- Reforçar os Cuidados Primários - favorecer os cuidados primários de forma a reduzir as hospitalizações devido às condições sensíveis aos cuidados primários, que são problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de cuidados.
- Melhorar a gestão dos Serviços de Saúde - invista na qualidade dos serviços prestados. A maior proporção de idosos conduz a uma maior utilização dos serviços de saúde, o que requer uma gestão mais eficiente dos serviços para satisfazer estas necessidades. Concentre-se na abordagem preventiva.
- Estimular o Envelhecimento Ativo - como proposto enquanto a proporção de idosos ainda é baixa, em comparação com as projeções futuras, há necessidade de políticas que valorizem o envelhecimento saudável, com a prevenção de doenças e suas lesões, pensando em manter ou melhorar a capacidade funcional do indivíduo.
- Reforço dos Serviços de Saúde – a forma de agir face a estas novas exigências está relacionada com ações que enfatizam a promoção e educação da saúde, a prevenção e atraso de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia. Assim, os cuidados de saúde da população idosa devem ser orientados por uma linha de cuidados integrando a promoção e cuidados de saúde dos idosos a todos os níveis, observando sempre o equilíbrio dos investimentos nos cuidados e na prevenção.
- Implementar redes de apoio a idosos - no Brasil, ainda existem poucos programas formais do Estado para prestar assistência aos idosos que não podem contar com a ajuda da família, ou que não têm recursos financeiros e precisam de apoio. Ações como o acompanhamento domiciliário da rotina dos idosos semidependentes e dependentes reduzem o risco de institucionalização dos idosos e aumentam o apoio à família e aos idosos dependentes dos cuidados prestados.
- Implementação de serviços de cuidados paliativos domiciliários - os cuidados paliativos domiciliários para doentes terminais desempenham um papel importante na família, reduzindo os riscos inerentes à hospitalização e, do ponto de vista da gestão, os cuidados paliativos são uma alternativa importante na redução dos custos para o sistema de saúde.
- Revistos os critérios para definir os idosos - há muitos estudos considerando como critério para definir os idosos a necessidade que o indivíduo tem e não a sua idade. Além

disso, alguns estudos propõem definir os idosos de forma inversa, ou seja, quantos anos a pessoa vai viver. É necessário alargar a discussão sobre esta questão. É necessário discutir se a política de proteção não é desestimulante e cria um conflito intergeracional, em vez de gerar solidariedade intergeracional, uma vez que o custo das políticas recai sobre outros utilizadores.

Para Veras (2009, p.548), a política pública brasileira "deve priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com monitorização das condições de saúde, com ações preventivas e diferenciadas de saúde e educação, com cuidados qualificados e cuidados multidimensionais e abrangentes".

Conclusão

Os dados do presente estudo corroboram os resultados encontrados na literatura nacional, com o aumento da população idosa e a sua crescente procura de serviços de saúde. Através de dados do SIHD/SUS, houve 14.625.500 internamentos do Sistema Único de Saúde pela população idosa brasileira, no período de 2015 a 2019. Embora haja um maior investimento em internamentos de idosos nos últimos cinco anos, o custo por habitante idoso diminuiu, podendo inferir que o aumento do custo se deve ao aumento quantitativo das hospitalizações.

Observa-se que os homens têm três vezes mais risco de internamento do que as mulheres, além de permanecerem hospitalizados por mais tempo. Relativamente ao diagnóstico que determinou a hospitalização dos idosos, independentemente do género, os resultados indicam como principais razões as doenças relacionadas com o sistema circulatório, o sistema respiratório e as neoplasias.

Outra constatação importante obtida a partir da análise da informação SIHD/SUS é que as faixas etárias mais avançadas têm uma duração média mais elevada de estadia. No que diz respeito a doenças que requerem mais tempo de internamento, foram identificadas perturbações mentais e comportamentais, seguidas por causas externas como quedas, doenças do sistema nervoso e doenças infecciosas e parasitárias.

A procura crescente gerada pela população idosa levanta um grande desafio para a saúde pública, e é necessário desenvolver políticas públicas que promovam serviços de cuidados continuados, investimento em Cuidados de Saúde Primários, e intensificação das equipas de Saúde Familiar, entre outras medidas.

Bibliografia

- Departamento de Planeamento Governamental/RS. (2016). O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de saúde e educação: cadernos para o futuro 2. Departamento de Planeamento Governamental - RS. Secretaria do Planeamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201805/08153404-futuro-rs2.pdf>
- Gottlieb, M. G. V., Schwanke, C. H. A., Gomes, I., & Cruz, I. B. M. (2011). Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (2), 365-380. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200016>
- Lima-Costa, M. F. F., Guerra, H. L., Barreto, S. M., & Guimarães, R. M. (2000). Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9 (1), 23-41. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100003>
- Loyola Filho, A. I., Matos, D. L., Giatti, L., Afradique, M. E., Peixoto, S. V., & Lima-Costa, M. F. (2004). Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13 (4), 229-238. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>

- Machado, A. M. G. (2017) *Um debate sobre o envelhecimento populacional e o impacto para o Sistema Único de Saúde (SUS): o perfil de idosos residentes na capital e no interior do estado do Rio Grande do Sul internados em Porto Alegre, 2011-2015*. [Tese de bacharelado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. LUME UFRGS Repositório Digital. <http://hdl.handle.net/10183/178197>
- Nunes, A. (2004). O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In A. A. Camarano (Org.), *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (pp. 427-450). Ipea. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_21_Cap_13.pdf
- Romero, D. E., Marques, A., Barbosa, A. C., & Sabino, R. (2010). Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In A. A. Camarano (Org.), *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?* (pp. 249-278). Ipea. https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Capitulo%209_Internacao%20de%20Idosos_US.pdf
- Silveira, R. E., Santos, A. S., Sousa, M. C., & Monteiro, T. S. A. (2013). Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*, 11 (4), 514-520. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43 (3), 548-554. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World assembly on aging*. WHO's Ageing and Life Course Programme. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos

MARIA MIGUEL BARBOSA^{1,2,3,4}

PAULA GUIMARÃES⁵

ROSA MARINA AFONSO^{1,3}

JAVIER YANGUAS⁶

CONSTANÇA PAÚL^{3,4}

¹Universidade da Beira Interior

²CICS-UBI

³CINTESIS – Universidade do Porto

⁴Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

⁵Diretora da provedoria do associado da associação Mutualista Montepio

⁶Aubixa Fundazioa

mariambc@live.com.pt

enviado a 22/01/2021 e aceite a 24/03/2021

Resumo

A necessidade massificada de cuidados gerontológicos, impelida pelo envelhecimento populacional, fomentou a proliferação de instituições residenciais com serviços assistencialistas focados na eficiência procedimental. Estes cuidados uniformizados apresentam sinais de esgotamento e impactos negativos nas pessoas idosas, nomeadamente na violação dos seus direitos e desvalorização da sua autodeterminação. O cumprimento da(s) lei(s), nomeadamente o respeito pelos direitos, é uma condição necessária para a promoção de cuidados gerontológicos de qualidade. No entanto, nem sempre se verifica, e atribuir aos direitos a sua evidente importância, proceder ao seu reconhecimento expresso e promover a literacia jurídica dos profissionais, clientes e rede de apoio é essencial na promoção de boas práticas. Salientamos, neste capítulo, legislação internacional como: a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, a convenção dos Direitos das Pessoas com deficiência e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Ao nível da legislação nacional, exploramos tópicos da Constituição da República Portuguesa, a Lei dos Direitos da Pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida e o Estatuto do Maior Acompanhado. Surge, neste contexto, o modelo de Atenção Centrada na Pessoa Idosa como um paradigma alternativo de cuidados que garante os direitos das pessoas independentemente da sua idade e funcionalidade. Este modelo considera a Pessoa como centro do processo de cuidados e demonstra impactos positivos tanto nos utentes como nos profissionais. Democratizar o acesso à informação sobre o enquadramento jurídico vigente, permite aos cuidadores, beneficiários e sociedade respeitar direitos e defender uma atuação centrada na pessoa.

Palavras-chave: Direitos dos maiores em situação de vulnerabilidade; Pessoas Idosas; Cuidados de longa duração; Gerontologia; Atenção Centrada na Pessoa.

Abstract

The widespread need for gerontological care, driven by population ageing, has fostered the proliferation of residential institutions with welfare services focused on procedural efficiency. This standardised care shows signs of wear and has negative impacts on older people, namely in the violation of their rights and devaluation of their self-determination.

Compliance with the law(s) is a necessary condition for the promotion of quality gerontological care. However, this is not always the case, and attributing rights their obvious importance, expressly acknowledging them and promoting legal literacy among professionals, clients and the support network

is essential in promoting good practices. In this chapter, we highlight international legislation such as: the Convention on Human Rights and Biomedicine, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Charter of Fundamental Rights of the European Union. In terms of national legislation, we explored topics in the Constitution of the Portuguese Republic, the Law of the rights of persons in the context of terminal disease or in end-of-life, and the Statute of the Adult Accompanied. In this context, the Elderly Person Centred Care model emerges as an alternative paradigm of care that guarantees the rights of people regardless of their age and functionality. This model considers the Person as the centre of the care process and demonstrates positive impacts on both users and professionals.

Democratising access to information on the current legal framework, allows caregivers, beneficiaries and society to respect rights and advocate person-centred action.

Keywords: Rights of vulnerable adults; Older people; Long-term care; Gerontology; Person-Centred Attention.

1. Envelhecimento, dependência e cuidados

“(…) actions must be taken to promote the rights of older people and their caregivers. It is unacceptable to treat care-dependent older people in a depersonalized, degrading or abusive manner. Instead, long-term care must be designed to facilitate older people’s dignity, autonomy and personal wishes, while keeping them connected to their community and social networks” (WHO, 2015, p. 149)

Em Portugal, terceiro país mais envelhecido da Europa e com um índice de dependência de 34,2 (PORDATA, 2019), existem mais de 2400 Estruturas Residenciais legais para Pessoas Idosas (PI) que integram acima de 95 mil utentes (Ministério do Trabalho e Segurança Social, 2018).

O acentuado envelhecimento populacional e a dependência são tendências globalmente crescentes e têm profundas consequências demográficas e sociais. É disso exemplo a necessidade massificada de cuidados gerontológicos especializados (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez, & Castiello, 2015; Martínez, Martínez-Loredo, Cuesta, & Muñoz, 2019; WHO, 2015). Este contexto fomentou, nos países mais desenvolvidos, a proliferação de instituições residenciais com serviços assistencialistas, destinados a colmatar necessidades sanitárias e focados no cumprimento de tarefas e eficiência procedimental (Abbott, Heid, Road, & Haitsma, 2016; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018; Martínez, 2015; Martínez et al., 2019; WHO, 2015). Sem deixarmos de reconhecer a utilidade que a gestão de tarefas/serviços tem nos objetivos relacionados com a eficiência organizativa, atualmente, este tipo de cuidados uniformizados demonstra baixa qualidade, sinais de esgotamento e impactos negativos nas PI (Koren, 2010; Li & Porock, 2014; Love & Kelly, 2011; Martínez et al., 2019). Exemplificando, a visão classificatória das PI em grupos de perfis homogéneos (e.g., por doenças/dificuldades) reforçam procedimentos uniformes negligenciando idiosincrasias, características biográficas e preferências pessoais (Martínez, 2015). No mesmo sentido, a inflexibilidade e padronização de cuidados inviabiliza a possibilidade de as PI poderem tomar decisões, controlar o seu quotidiano e manter um plano de vida de acordo com os seus valores e desejos (Koren, 2010; Martínez, 2015; Martínez et al., 2019). Por conseguinte, este modelo de assistência apresenta violação dos direitos e tem provocado insatisfação em utentes, colaboradores e sociedade em geral pelo que – nos casos em que ainda prevalecem – este tipo de cuidados têm sido criticados e desaprovados (Martínez et al., 2019; WHO, 2015).

Neste contexto, um estudo realizado em Portugal sobre a qualidade dos cuidados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), envolvendo a análise de 3.685 reclamações, constatou a existência de cuidados inadequados nomeadamente relacionados com a violação de direitos. Para além disso, concluiu que os sistemas de monitorização/avaliação da qualidade dos cuidados em Portugal são baseados em padrões de qualidade estrutural e processual dando pouca relevância ao respeito pelos utentes (Gil, 2019).

Os cuidados formais gerontológicos têm um papel essencial na sociedade contemporânea. Salienciamos a importância de se ultrapassar a visão restrita de suficiência/insuficiência de respostas gerontológicas para PI. Existe uma crescente consciencialização científica e social de que os cuidados formais devem transcender a assistência e a colmatação de necessidades sanitárias/biológicas e constituir apoios personalizados que respeitem os direitos das PI para que possam viver digna e autonomamente de acordo com os seus valores, desejos e projeto de vida. Como afirmou a Organização Mundial de Saúde: “actions must be taken to promote the rights of older people” (WHO, 2015, p. 149).

2. A importância da defesa dos direitos nos cuidados de longa duração

Apesar da evolução sentida ao nível da prestação de cuidados das PI e de outros grupos vulneráveis em Portugal, continua-se a identificar a violação de direitos e uma desvalorização generalizada da autodeterminação e envolvimento dos destinatários da intervenção (Associação Portuguesa de Apoio Vítima, 2020; Gil, 2019).

Neste seguimento, o idadismo (estereótipos, preconceitos e discriminações com base na idade) é um fenómeno social existente em Portugal (Moreira, 2020). Ainda que seja mais difícil de rastrear (uma vez que não existem estatísticas que permitam perceber o alcance do fenómeno), a predominância de uma perspetiva idadista e protetora existe no contexto das organizações que prestam apoio aos mais velhos (Moreira, 2020; WHO, 2021), funcionando a idade e a dependência, como fatores de homogeneização grupal (e.g., organização de respostas sociais por faixas etárias). A perceção, perigosamente errada, de que os clientes de determinada ERPI, Serviço de Apoio Domiciliário ou outra resposta similar são todos iguais, apresentam as mesmas necessidades e precisam do mesmo tipo de cuidados, tem vindo a justificar uma abordagem coletiva e a desvalorização da infungibilidade do beneficiário. Quando a intervenção se centra nos processos e a gestão das respostas sociais visa sobretudo a eficácia e a eficiência ao invés de privilegiar o indivíduo, a humanização do cuidado está posta em causa, bem como o respeito pelos direitos dos utentes.

Neste sentido, quando se defende intervenções centradas na pessoa, defende-se uma intervenção profundamente alicerçada no conhecimento e respeito pela legislação. A importância de combater a iliteracia jurídica dos profissionais, clientes e rede informal de apoio é, por isso, evidente. Ao democratizar o acesso à informação sobre o enquadramento jurídico vigente, permitimos que os cuidadores formais e informais, bem como os próprios beneficiários defendam uma atuação centrada na pessoa, nos seus interesses e que valorize o seu percurso único e o seu projeto de vida. A valorização desta dimensão é condição para os cuidados de excelência que tem como metas, a felicidade e a dignidade dos seus utilizadores. Ao contrário, se não for devidamente acarinhada, a organização, mesmo que apresente indicadores interessantes de sustentabilidade económica e de satisfação das necessidades básicas, não

assegurará a efetivação dos direitos pessoais dos seus clientes e, por isso, falhará no seu escopo maior.

3. De que direitos falamos?

Naturalmente que falamos dos direitos de todos os maiores de 18 anos! A ordem jurídica portuguesa não possui estatutos específicos para determinados grupos de cidadãos em razão da idade ou da situação de dependência, como acontece noutros países. Ter 30 ou 103 anos em nada impacta na esfera jurídica da pessoa, assim como ter uma deficiência, doença ou demência em nada devia ferir os direitos do indivíduo nem a sua integração plena na comunidade. Ao atingir a maioridade e, conseqüentemente, a plenitude dos seus direitos, qualquer cidadão, independentemente da idade, possui uma esfera jurídica ampla que lhe permite tomar decisões sobre a sua saúde, a sua vida e o seu património. A autodeterminação só pode ser condicionada ou limitada nas situações previstas na lei e sempre como exceção à regra. A vida em instituição não constitui uma destas exceções pelo que, mesmo que resida num espaço coletivo a pessoa mantém o seu direito a tomar todas as decisões que lhe dizem respeito. Todavia, a dificuldade de mobilidade, o isolamento social, a colocação em instituição e, principalmente, a perda de capacidade cognitiva, podem exigir cuidados especiais na defesa dos direitos e no seu exercício. Por isso e para além da generalidade dos direitos e deveres que todos temos, é importante conhecer em detalhe algumas disposições que podem ser especialmente relevantes no contexto da prestação de cuidados aos grupos mais frágeis. A invocação de alguns documentos e disposições que faremos seguidamente são meramente exemplificativas e não esgotam a totalidade do universo jurídico com relação com este domínio de atuação e exigem a cada profissional um esforço complementar e contínuo de atualização. A alteração frequente do quadro legislativo e a evolução do pensamento nestes domínios, quer ao nível nacional, quer por força da inspiração internacional, exige dos cuidadores uma curiosidade jurídica e ética.

3.1. Legislação internacional mais importante

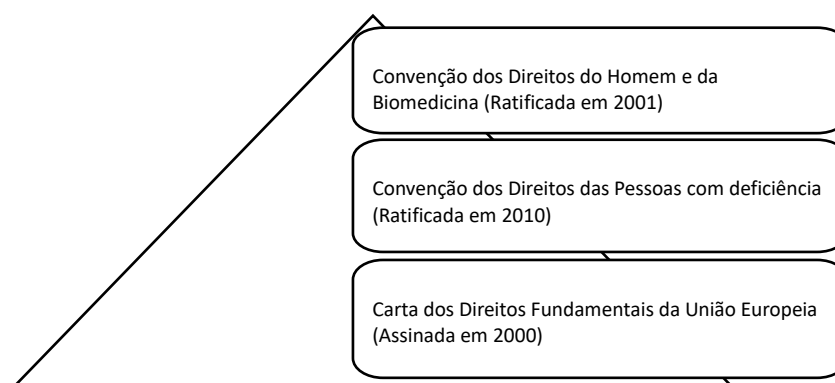


Figura 1. Documentos jurídicos internacionais

Enunciamos aqui alguns dos documentos internacionais que integram a ordem jurídica portuguesa, em virtude da sua ratificação. Quer isto dizer que o Estado português incorporou os seus preceitos e que os mesmos devem ser conhecidos e aplicados como os demais diplomas de origem nacional. E, todavia, é frequente os cuidadores não se familiarizarem com o seu conteúdo e, conseqüentemente, não garantirem o seu cumprimento no quotidiano das

organizações onde atuam. Qualquer um dos documentos atrás invocados tem um impacto evidente na forma como as organizações devem atuar, não apenas definindo conceitos mas, principalmente, sublinhando os direitos das pessoas cuidadas e estabelecendo limites de atuação dos profissionais e dos familiares. A Tabela seguinte, indica, de forma sucinta, as questões mais relevantes que cada documento coloca.

Tabela 1. Tópicos principais dos documentos jurídicos internacionais

Documento	Principais tópicos
Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina	Consentimento informado
	Direito a ser informado ou não informado
	Reserva da vida privada
Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência	Princípios de intervenção no domínio da deficiência
	Direitos das pessoas com deficiência
Convenção dos Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia	Princípio da não Discriminação
	Direitos das PI
	Direitos das pessoas com deficiência

As questões indicadas são abordadas pela legislação nacional mas, o conhecimento destas disposições internacionais revela-se essencial não apenas porque nelas reside a matriz inspiracional, mas porque, por vezes, são mais abrangentes e claras. É o caso do artigo 21º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, com a epígrafe “Não discriminação”, que com a sua formulação meramente exemplificativa abrange mais situações suscetíveis de discriminação do que o artigo 13º da Constituição da República Portuguesa (nomeadamente a saúde mental) e que expressamente refere a idade e a deficiência como fatores potencialmente discriminatórios, ao contrário do que se verifica na Lei Fundamental portuguesa. O mesmo se diga relativamente aos artigos que referem os direitos das PI (artigo 25º) e a integração das pessoas com deficiência (artigo 26º) cuja redação é manifestamente mais atual, em que as dimensões da independência e da participação são sublinhadas, questões alicerce para a intervenção centrada na pessoa. Igualmente recomendamos a análise cuidadosa da **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**, designadamente os artigos 5º e seguintes relativos ao consentimento em matéria de intervenções de saúde e que aqui reproduzimos:

“Artigo 5.º - Regra geral: Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”

“Artigo 6.º - Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento: 1 - Sem prejuízo dos artigos 17.º e 20.º, qualquer intervenção sobre uma

pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo (...) 3 - Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.”

“Artigo 7.º - Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental: Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.”

“Artigo 8.º - Situações de urgência: Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.”

“Artigo 9.º - Vontade anteriormente manifestada: A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.”

Trata-se de um campo particularmente delicado, onde tendem a ocorrer frequentes violações de direitos dos beneficiários mais vulneráveis com a complacência e a cumplicidade dos profissionais de saúde e dos responsáveis pelas organizações prestadoras de cuidados (Associação Portuguesa de Apoio Víctima, 2020; Guimarães & Reis, 2020). Os preceitos atrás transcritos nem sempre são conhecidos pelos técnicos das instituições e tendem a ser ignorados pelos médicos e enfermeiros que as apoiam. Como consequência, o que se verifica, é que, relativamente às PI mais frágeis ou dependentes, às pessoas com problemas de saúde mental ou com deficiência, mesmo que mantenham a sua capacidade cognitiva, o consentimento é obtido junto de familiares sem legitimidade, cujos interesses sucessórios podem ser conflituantes (Associação Portuguesa de Apoio Víctima, 2020; Guimarães & Reis, 2020). O conhecimento e a defesa rigorosa desta legislação tende a implicar uma mudança absoluta nos procedimentos que passam a ser, verdadeiramente centrados na pessoa, como este esquema bem exemplifica: Informar a pessoa sobre o testamento vital e nomeação de procurador de saúde → Transmitir-lhe o diagnóstico e toda a informação sobre a sua situação de saúde → Obter junto da pessoa o seu consentimento informado → Se ela não estiver em condições de o prestar, garantir que o testamento vital é consultado e respeitado → Se não existir testamento vital, verificar se quem consente tem legitimidade para o fazer (procurador de saúde, acompanhante ou médico).

3.2. Legislação nacional mais relevante

3.2.1. Constituição da República Portuguesa

Centrando agora a nossa atenção na legislação nacional e na procura de uma matriz inspiradora para cuidados centrados na pessoa, vale a pena abordar algumas disposições que

claramente apontam no sentido de que a gestão do projeto de vida cabe exclusivamente ao destinatário dos cuidados, ainda que ele possa envolver outras pessoas nesse processo. Desde logo merece destaque a Constituição da República Portuguesa que, nos artigos 71º (cidadãos portadores de deficiência) e 72º (Terceira Idade), realça a importância da autonomia pessoal e do exercício dos direitos. Em parte alguma do texto constitucional é aberta a possibilidade dos prestadores de cuidados, sejam formais ou informais, assumirem funções de direção da vida ou da tomada de decisão em matéria da gestão do quotidiano. E, todavia, existem situações em que a partir do momento em que se inicia a relação de cuidado, pode ocorrer a tendência para a assunção automática e ilegítima de que cabe ao cuidador, para além de garantir as necessidades da pessoa cuidada, gerir igualmente as suas opções, nomeadamente ao nível patrimonial. Confunde-se, muitas vezes, a necessidade de organizar estruturas coletivas e de harmonizar vontades, por vezes dissonantes, com uma massificação de regras, uma preocupante homogeneização de procedimentos que anulam a diversidade e impedem os beneficiários de tomar decisões sobre a sua vida.

Neste sentido, enfatizamos o nº 1 do artigo 26º da Constituição da República que aqui reproduzimos:

“Artigo 26.º - (Outros direitos pessoais): A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.”

Se analisarmos, em profundidade, os direitos pessoais referidos nesta disposição vemos como é fundamental preservá-los e como essa defesa se traduz efetivamente numa intervenção centrada na pessoa e na promoção da humanização e personalização das respostas sociais. A Tabela seguinte exemplifica o que acontece quando os processos estão focados no utente e alinhados com os direitos pessoais.

Tabela 2. Exemplificação de processos centrados no utente e alinhados com os direitos das pessoas

Direito	Exemplos práticos
Direito à Identidade	Tratar o cliente pela designação que ele escolher; Respeitar as suas opções de vida; Adotar medidas destinadas a melhorar o acolhimento e a reduzir o impacto das mudanças de vida em idades avançadas ou em contexto de fragilidade;
Direito à imagem	Não recolher ou divulgar imagens sem o consentimento do cliente; Respeitar as suas opções de vestuário ou de imagem pessoal;
Direito à reserva da intimidade	Garantir privacidade nas visitas; Não abrir correspondência; Garantir que a higiene é feita de forma reservada; Garantir privacidade para a vida sexual;
Direito à capacidade civil	Criar condições para que o cliente continue a gerir o seu património e a realizar contratos;

Direito	Exemplos práticos
	Garantir que pode exercer o seu direito de voto; Só envolver no processo de decisão quem o cliente escolher ou o acompanhante nomeado pelo tribunal;
Direito à palavra	Criar condições para a existência de conselhos de utentes; Promover a discussão do plano de ação com os clientes; Facilitar o acesso ao livro de reclamações e a outros instrumentos similares; Criar condições para o mandato para o acompanhamento;
Direito ao desenvolvimento da personalidade	Promover atividades personalizadas e que tenham em conta o percurso dos clientes; Valorizar os seus saberes e competências e proporcionar experiências novas e formativas;

3.2.2. Lei dos Direitos da Pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida

Em 18 de julho de 2018, entrou em vigor a Lei nº 31, de extrema relevância, dado que veio tangibilizar os direitos constantes na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, já anteriormente invocada. Este diploma, em linha com o Estatuto do Maior Acompanhado de que falaremos em seguida, visa estabelecer, nos termos do seu artigo 1º

“um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização desses direitos.”

A lei é clara no reconhecimento do papel central da pessoa com doença quando afirma que

“As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm também direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos nos termos previstos na presente lei, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde.”

Um outro aspeto muito importante e com grande impacto no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados refere-se à contenção física, sendo o legislador assertivo quando considera que

“A contenção física com recurso a imobilização e restrição físicas reveste carácter excecional, não prolongado, e depende de prescrição médica e de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa doente.”

Ao reconhecer que a pessoa com doença não é um objeto do processo terapêutico mas sim, o seu protagonista mais relevante, a lei estabelece limites claros à atuação dos profissionais de saúde e dos demais cuidadores exigindo uma mudança significativa nos procedimentos atualmente seguidos em muitas entidades.

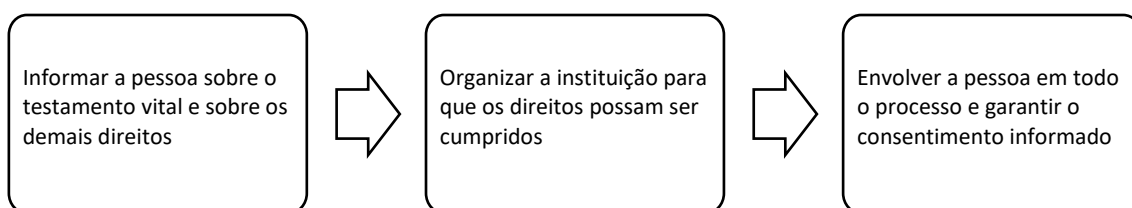


Figura 2. Boas práticas promotoras de direitos

O artigo 9º, que aqui transcrevemos, é paradigmático no que se refere à centralidade da pessoa com doença em toda a intervenção de saúde, o que se traduz nas seguintes práticas:

“Artigo 9º - Direitos não clínicos: São direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, nos termos previstos na lei: a) Realizar testamento vital e nomear procurador de cuidados de saúde; Ser o único titular do direito à informação clínica relativa à sua situação de doença e tomar as medidas necessárias e convenientes à preservação da sua confidencialidade, podendo decidir com quem partilhar essa informação; b) Dispor sobre o destino do seu corpo e órgãos, para depois da sua morte, nos termos da lei; c) Designar familiar ou cuidador de referência que o assistam ou, quando tal se mostre impossível, designar procurador ou representante legal; d) Receber os apoios e prestações sociais que lhes sejam devidas, a si ou à sua família, em função da situação de doença e de perda de autonomia.”

Esta nova abordagem determina profundas mudanças nas práticas institucionais, das quais destacamos: 1 - Necessidade de aprofundar os sistemas de proteção da informação, criando níveis de acesso de modo a preservar o sigilo; 2 – Aposta no aumento dos contactos individuais com as pessoas cuidadas, o tempo de escuta ativa e o incremento do apoio psicológico, essenciais para conhecer a pessoa e poder preservar a sua vontade; 3 – Reforço do apoio jurídico de modo a garantir o escrupuloso cumprimento da vontade da pessoa.

3.2.3. O Estatuto do Maior Acompanhado

A entrada em vigor da Lei n.º 49/2018 de 14 de agosto, que criou o regime jurídico do maior acompanhado veio dar um novo ênfase a esta batalha pela autodeterminação da pessoa cuidada e pela garantia de que a mesma é representada por alguém da sua confiança e com validação judicial mais célere do que o regime anterior. Da letra e do espírito da nova legislação decorre a importância de envolver a pessoa acompanhada no processo, de ouvir e respeitar as suas preferências, de atuar subsidiariamente e apenas na medida em que ela não o possa fazer. O acompanhante substitui o tutor e só atua na esfera dos poderes que a sentença judicial determina. Ao contrário do que se verificava no âmbito da tutela, a pessoa acompanhada não perde toda a capacidade e pode manter uma dimensão residual mais ou menos extensa consoante a perda da capacidade cognitiva. Neste sentido, o impacto na gestão das organizações é enorme e fundamentalmente prende-se com o facto de se evoluir de uma atuação global e destinada, sobretudo a defender o património, para uma intervenção individual, focada na pessoa. Vejamos, na Tabela 3, as diferenças entre os dois regimes e o impacto na gestão das organizações.

Tabela 3. Diferenças entre os dois regimes e o impacto na gestão das organizações

Regime da Tutela	a) O regime da tutela era igual para todos os clientes com perda de capacidade cognitiva; b) Até ser nomeado tutor os familiares agiam como gestores de negócios durante muito tempo e tomavam decisões sobre o acolhimento em instituição; c) A pessoa não era ouvida no processo.
Estatuto do Maior acompanhado	a) Cada caso é um caso e a extensão dos poderes do acompanhante depende da sentença judicial; b) Os familiares continuam a agir como gestores de negócios mas por menos tempo e o acolhimento em instituição depende de sentença judicial para evitar internamentos compulsivos; c) A pessoa pode escolher o seu acompanhante através do mandato para o acompanhamento ou no início do processo.
Alteração de procedimentos	a) Intervenção personalizada e organização dos processos de cliente, contratos e regulamentos que valorizem a vontade individual e garantam a representação legal; b) Redução do protagonismo indevido dos familiares; c) O interlocutor é sempre o cliente ou, na sua impossibilidade o representante legal.

Sem entrarmos numa análise processual detalhada do estatuto, o que podemos concluir é que o legislador quis preservar, ao máximo a identidade, a autodeterminação e a capacidade de decidir da pessoa, mesmo que se encontre em situação de vulnerabilidade ou dependência. A mudança de paradigma que este estatuto pressupõe estava já subentendido em muita da legislação de enquadramento das respostas sociais, nomeadamente no Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social e nos diplomas que regulam os Cuidados Continuados, sendo que um dos princípios base da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é, precisamente, a Prestação individualizada e humanizada de cuidados.

Formas de atuar que privilegiam a organização e o coletivo em vez do indivíduo, não podem continuar a subsistir e têm de ser substituídas por uma perspetiva que reconhece a pessoa cuidada no centro da intervenção e o seu bem-estar e opções de vida como os objetivos da atuação dos profissionais e dos cuidadores informais.

O mais recente Estatuto do Cuidador Informal (Lei nº 100/2019) também realça a importância do consentimento da pessoa cuidada e a importância de atender à sua vontade em todo o ato de cuidar, mesmo quando ele é executado por familiares e no contexto do seu domicílio. Com maioria de razão devemos pugnar pelo fim de práticas infantilizantes e massificadoras como por exemplo: 1 – o envolvimento dos familiares, muitas vezes, irregularmente designados por responsáveis, em momentos sensíveis da vida dos clientes (e.g., autorização para saídas, para toma de medicamentos, para assinatura de contratos); 2 – a definição de horários de visitas e refeições em função do interesse dos colaboradores e da poupança em horas extraordinárias em vez do interesse e respeito pelos hábitos dos clientes; 3 – a ausência de planos de desenvolvimento pessoal; 4 – a omissão de informação sobre a saúde e não envolvimento nos processos terapêuticos; 5 – o acolhimento em instituição contra vontade da pessoa e negociado com os familiares sem a sua participação; 6 – a gestão dos seus rendimentos e património pela instituição ou por familiares sem mandato. Estes e outros aspetos terão que ser forçosamente reavaliados pelas estruturas de tutela, devem merecer destacada referência nos manuais de processo chave e nos manuais de qualidades e qualquer violação de direitos deve ser denunciada e sancionada, de forma assertiva e exemplar.

Todas estas questões são estruturais na preservação da esfera jurídica de qualquer cidadão e devem ser valorizadas no quotidiano das organizações. A prestação de cuidados não pode ser homogénea e autofágica para servir os interesses dos fundadores, dos gestores e dos cuidadores, mas sim, desenhada de forma personalizada, de modo a que cada beneficiário seja entendido como sujeito infungível e protagonista da sua vida. Esse é o segredo da intervenção centrada na pessoa que é, afinal, uma abordagem de cuidados com moldura jurídica.

3. A Atenção Centrada na Pessoa Idosa como uma abordagem de cuidados promotora de diretos

A Atenção Centrada na Pessoa (ACP, também denominada como: Cuidados Centrados na Pessoa Idosa) é um paradigma formal de cuidados que orienta a atenção e práticas profissionais. Baseada no respeito pelos direitos, a ACP requer que a PI e os seus interesses sejam o referente e centro do processo de cuidados (Martínez, 2015; WHO, 2015). Este paradigma reconhece o envelhecimento como uma parte normativa e valiosa do ciclo vital e que a pessoa é mais do que as suas condições e diagnósticos. Desta forma, considera - para além dos aspetos biológicos/clínicos - fatores psicossociais, tem em conta cada pessoa como um ser único dando-lhe um papel ativo como decisor, responde às suas necessidades e desejos e promove a sua autonomia e potencialidades (Martínez et al., 2019; WHO, 2015). A ACP almeja colmatar as carências, insustentabilidade e impactos negativos do modelo convencional assistencial abordado no início deste capítulo. A Tabela 4 sintetiza as principais diferenças entre estes modelos de cuidados.

Tabela 4. Principais características do Modelo de Cuidados Assistencialistas e da Atenção Centrada na Pessoa (baseada em: Fazio et al., 2018; Martínez, 2015; Martínez et al., 2019; WHO, 2015)

	Cuidados tradicionais assistencialistas	Atenção Centrada na Pessoa
Foco	Procedimentos/tarefas, cronogramas e necessidades operacionais.	Pessoa, direitos, bem-estar e qualidade de vida.
Dinâmica organizacional	As PI adaptam-se às organizações, as práticas são padronizadas e despersonalizadas.	Adaptação das organizações às PI e promoção de cuidados individualizados com maximização da oportunidade de escolha (e.g., horários, refeições).
PI	PI como recetor passivo de cuidados. Os planos de cuidados são definidos pelos profissionais.	PI como referente e agente ativo envolvido nos cuidados. A PI e os seus significativos são envolvidos na planificação dos planos de cuidados.
Perspetiva/intervenção	Vinculação a aspetos biológicos, identificação de perfis homogéneos, de acordo com patologias e défices. Priorização da história clínica.	Abordagem holística, que considera a PI como um todo e que facilita apoios necessários para promover autonomia, potencialidades e continuidade do plano de desenvolvimento pessoal.
Decisões	Decisões centralizadas e institucionais considerando critérios profissionais.	A PI é empoderada e agente decisor da sua vida. Decisões partilhadas entre PI, significativos e implicados nos cuidados.
Autonomia	Ênfase na segurança e paternalismo.	Controlo do quotidiano por parte da PI incluindo decisões que implicam riscos.
Rede de suporte social	Informa-se a família/significativos.	Envolve-se a família/significativos (e.g., planificação de cuidados) promovendo vínculos.
Avaliação da qualidade	Critérios objetivos e taxas de produção.	Integração de índices de bem-estar, qualidade-de-vida, satisfação e respeito dos direitos.

A ACP é uma abordagem promotora dos direitos das pessoas independentemente da sua idade e do seu nível de funcionalidade física e cognitiva (Martínez, 2015; Yevchak et al., 2019). Este enfoque tem demonstrado inúmeros impactos positivos nomeadamente: no bem-estar, qualidade-de-vida, autoestima e participação das PI bem como na melhoria das condições de trabalho para os profissionais (Li & Porock, 2014; Sköldunger, Sandman, & Backman, 2020). Atualmente é reconhecida como o mais alto padrão de qualidade em termos de cuidados gerontológicos (Sköldunger et al., 2020; Yevchak et al., 2019). No entanto, a adoção do modelo ACP tem sido lenta e desafiante pois exige transformações socioeconómicas, de sistemas de práticas e de culturas organizacionais pelo que os cuidados convencionais assistencialistas são ainda frequentes (Carvalho, 2019; Cornelison, Hermer, Syme, & Doll, 2019; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018).

4. Conclusões

O cumprimento da(s) lei(s), nomeadamente o respeito pelos direitos é uma condição necessária para a promoção de cuidados gerontológicos dignos e de qualidade. No entanto, nem sempre se verifica, pelo que atribuir aos direitos a importância que lhes corresponde, proceder ao seu reconhecimento expresso e promover a literacia jurídica (nacional e internacional) é essencial na promoção de boas práticas. Salienta-se, por exemplo o estatuto do maior acompanhado e o apelo à individualização e humanização dos cuidados.

A ACP, abordagem baseada nos direitos da pessoa, é reconhecida como o mais alto padrão de qualidade em termos de cuidados gerontológicos. Adotar os direitos como princípio orientador dos cuidados institucionais não significa que sejam descurados outros interesses, como os da instituição ou dos profissionais. Pelo contrário, significa sim que a centralidade da organização dos cuidados está na razão da sua existência: a Pessoa Idosa.

São escassos os estudos sobre a aplicação formal da ACP em cuidados gerontológicos em Portugal. Alcançar este paradigma formal de cuidados, é atuar conforme a(s) lei(s), e exige a ação coordenada de várias partes incluindo investigadores, decisores/formuladores políticos, serviços gerontológicos, líderes organizacionais, equipas multidisciplinares, prestadores de cuidados, PI e cidadãos. Democratizar o acesso à informação sobre o enquadramento jurídico, permite aos cuidadores, beneficiários e sociedade defender uma atuação centrada na pessoa que preserve a sua identidade, dignidade e direitos.

Agradecimentos: Este trabalho foi apoiado financeiramente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), através de Bolsa Individual de Doutoramento de Maria Miguel Barbosa (FCT, SFRH/BD/138897/2018), financiada por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES) e pelo Fundo Social Europeu (FSE-UE) através do Programa Operacional Regional Centro (PORC-UE).

Bibliografia

- Abbott, K., Heid, A., Road, L., & Haitsma, K. (2016). "We can't provide season tickets to the opera": Staff perceptions of providing preference based person centered care. *Clinical Gerontologist*, 39(3), 190–209.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1151968>
- Associação Portuguesa de Apoio Vítima (2020). Relatório Portugal mais velho. Retirado de:
<https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000). Retirado de:
https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf

- Carvalho, C. (2019). *Envelhecimento e Cultura Organizacional: Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI (Dissertação)*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Constituição da República Portuguesa (2004). Retirado de: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/34520775/view>
- Convenção dos Direitos das Pessoas com deficiência. Diário da República n.º 180, Série I (2010). Retirado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/341824/details/maximized>
- Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Retirado de: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>
- Cornelison, L. J., Hermer, L., Syme, M. L., & Doll, G. (2019). Initiating Aha moments when implementing person-centered care in nursing homes: A multi-arm, pre-post intervention. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1121-3>
- Estatuto do Cuidador Informal. Lei n.º 100/2019, Diário da República n.º 171, Série I (2019). Retirado de: <https://dre.pt/application/file/a/124500807>
- Estatuto do maior acompanhado. Lei 49/2018 de 14 de Agosto, Diário da República n.º 156, Série I (2018). Retirado de: <https://dre.pt/application/file/a/116030032>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(1), S10–S19.
- Gil, A. P. (2019). Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *Journal of Adult Protection*, 21(2), 126–143. <https://doi.org/10.1108/JAP-09-2018-0018>
- Guimarães, P. & Reis, Rosário. (2020). Guia InclusivaMente: Dicas para uma intervenção promotora de direitos das pessoas com capacidade diminuída – Fundação Vasco Vieira de Almeida e Rede Europeia Anti-Pobreza. Retirado de: <https://www.eapn.pt/projeto/210/inclusivamente-direitos-humanos-no-envelhecimento-e-na-saude-mental>
- Lei dos Direitos das Pessoas em contexto de doença avançada. Lei 31/2018 de 18 de julho, Diário da República n.º 137/2018, Série I (2018). Retirado de: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/115726878/201908040547/diploma?rp=indice>
- Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10).
- Love, K., & Kelly, A. (2011). Person-Centered Care: Changing with the Times. *Geriatric Nursing*, 32(2), 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.01.005>
- Koren, M. J. (2010). Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29(2), 1–6. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Martínez, T. (2015). *La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación. (Tesis doctoral)*. Universidad de Oviedo, España.
- Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., & Muñoz, J. (2019). (Article in press). Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Moreira (2020). Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo. Retirado de: <https://www.ffms.pt/documentos/7738/como-envelhecem-os-portugueses-pdf-pdf>
- MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2018). *Rede de Serviços e Equipamentos*. Retirado de: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2018.pdf>
- PORDATA. (2019). *Índice de dependência*. Retirado de: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>
- Sköldunger, A., Sandman, P. O., & Backman, A. (2020). Exploring person-centred care in relation to resource utilization, resident quality of life and staff job strain – findings from the SWENIS study. *BMC Geriatrics*, 20(465), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01855-7>
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. Retirado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization (WHO). (2021) *Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization. Retirado de: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- Yevchak, A. M., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., Monroe, T., Leviere, A., & Mion, L. (2019). Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(12), 21–28. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01>

Estratégias de intervenção para a redução do comportamento sedentário diário nos idosos: Uma revisão rápida de literatura

ANDRÉ RAMALHO¹

ANTÓNIO ROSADO²

JOÃO SERRANO¹

RUI PAULO¹

PEDRO DUARTE-MENDES¹

JOÃO PETRICA¹

¹Sport, Health & Exercise Research Unit (SHERU), Instituto Politécnico de Castelo Branco

²Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

andre.ramalho@ipcb.pt

enviado a 22/01/2021 e aceite a 11/02/2021

Resumo

O excesso de comportamento sedentário diário encontra-se associado a múltiplos malefícios para a saúde biopsicossocial da população idosa, independentemente do nível de atividade física. Os idosos são o segmento da população que mais tempo sedentário acumulam diariamente. Compreender os efeitos e as características das intervenções existentes para a redução do comportamento sedentário permite orientar a prática dos diferentes técnicos de intervenção geriátrica, e desenvolver iniciativas de saúde pública com o objetivo de melhorar a saúde dos idosos. Para isso, realizámos uma revisão rápida de literatura com o objetivo de descrever um conjunto de intervenções, baseadas na melhor evidência científica disponível, que podem contribuir para a redução do excesso de comportamento sedentário diário da população idosa. Foi definido um conjunto alargado de critérios de elegibilidade, entre os quais foram considerados estudos randomizados controlados e estudos quase-experimentais. Posteriormente, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa sistemática de literatura em três bases eletrónicas de dados científicos. Os estudos foram incluídos na síntese final através de um processo de seleção por fases e os dados relevantes dos estudos foram extraídos por dois revisores independentes. Os dados foram analisados através de uma análise temática indutiva. As intervenções que tiveram como objetivo a redução do comportamento sedentário diário da população idosa parecem ser eficazes. Nesse sentido, os técnicos de intervenção geriátrica podem utilizar estratégias específicas, tais como abordagens psicológicas e educacionais, auto monitorização do tempo sedentário, através de ferramentas tecnológicas, e programas de exercício físico.

Palavras-chave: sedentarismo; programas de intervenção; envelhecimento ativo; funcionalidade; atividade física.

Abstract

Excessive daily sedentary behaviour is associated with multiple harm to the biopsychosocial health of the elderly population, regardless of the level of physical activity. The older adults are the segment of the population that accumulates more sedentary time daily. Understanding the effects and characteristics of existing interventions for the reduction of sedentary behaviour allows guiding the practice of different geriatric intervention technicians and developing public health initiatives to improve the health of the elderly. To this end, we have conducted a rapid review of the literature to describe a set of interventions, based on the best scientific evidence available, that can contribute to the reduction of excessive daily sedentary behaviour of the older adults. A broad set of eligibility criteria was defined, among which randomized controlled trials and quasi-experimental studies were considered. Subsequently, a systematic

literature search strategy was developed in three electronic scientific databases. The studies were included in the final synthesis through a stepwise selection process, and relevant data from the studies were extracted by two independent reviewers. The data was analysed using inductive thematic analysis. Interventions aimed at reducing daily sedentary behaviour in the elderly population seem to be effective. In this sense, geriatric intervention technicians can use specific strategies, such as psychological and educational approaches, self-monitoring of sedentary time, through technological tools, and physical exercise programs.

Keywords: sedentarism; intervention programs; active ageing; functionality; physical activity.

Introdução

No contexto da investigação o termo sedentário tem sido utilizado para descrever os indivíduos que não cumprem as diretrizes recomendadas de prática de atividade física. No entanto, nos últimos anos, existiu a necessidade de diferenciar os termos de comportamento sedentário e de inatividade física. As recomendações atuais sugerem que o comportamento sedentário são os comportamentos de vigília caracterizados por um gasto energético \leq a 1,5 equivalentes metabólicos (METs) quando se está na posição sentada, reclinada ou deitada (Tremblay et al., 2017). Desta forma, quando os indivíduos estão reclinados em frente a televisão, deitados a ler ou sentados em conversa social, significa que estão em comportamento sedentário. Uma vez que a redução do comportamento sedentário é proposta nas recomendações de prática de atividade física (Garber et al., 2011), o termo inativo surgiu como mais adequado, em vez do termo sedentário, para classificar os indivíduos que não cumprem as recomendações de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Sedentary Behaviour Research Network, 2012).

A população idosa é o segmento populacional que mais tempo está em comportamento sedentário, acumulando uma média de 9,4 horas/dia (Harvey et al., 2015). Esta é uma conclusão muito preocupante porque outras evidências científicas mostram a existência de associações significativas entre o comportamento sedentário, especialmente quando é acumulado por longos períodos ininterruptamente, e a deterioração da aptidão física (Henson et al., 2013), a saúde óssea (Chastin et al., 2014), as doenças cardiovasculares (Stamatakis et al., 2012), o isolamento social e à sintomatologia depressiva (Ramalho et al., 2018a-b) e o envelhecimento menos bem-sucedido (Dogra & Stathokostas, 2012). Além disso, o excesso de tempo de comportamento sedentário encontra-se associado a uma maior taxa de mortalidade dos idosos (Chau et al., 2013). Verifica-se, ainda, que as consequências negativas do comportamento sedentário para a saúde biopsicossocial, são distintas dos efeitos da inatividade física e, em grande parte, são independentes do nível de atividade física do indivíduo (Katzmarzyk et al., 2009). Todavia, determinadas atividades sedentárias parecem ser positivas para a saúde psicossocial (O'Neill & Dogra, 2016).

As recomendações de saúde pública sugerem que além dos idosos deverem praticar regularmente atividade física de intensidade moderada, é também necessário reduzir o tempo utilizado em comportamentos sedentários, interrompendo, frequentemente, o tempo sentado, através de caminhadas de curta duração, mesmo em idosos fisicamente ativos (Garber et al., 2011). Contudo, as recentes revisões sistemáticas de literatura concluem que as intervenções destinadas a promover a atividade física são ineficazes na redução do comportamento sedentário (Martin et al., 2015; Prince et al., 2014). Além disso, as revisões sistemáticas

anteriores acerca do comportamento sedentário na população idosa centram-se, em grande medida, na análise de estudos empíricos que identificam os resultados de saúde, físicos e psicossociais, associados ao comportamento sedentário (de Rezende et al., 2018b) e na medição do tempo sedentário (Harvey et al., 2015). Verificam-se a existências de outras revisões sistemática, com meta-análise, que examinaram a literatura relacionada com as intervenções para a redução do comportamento sedentário na população idosa, com o objetivo de quantificar os efeitos dessas intervenções (Chase et al., 2020). Apesar disso, torna-se necessário, não só quantificar os efeitos das intervenções, mas, também, descrever as intervenções concebidas especificamente para a redução diária do comportamento sedentário da população idosa, no sentido de orientar, com um outro nível de detalhe, a intervenção prática de técnicos de intervenção geriátrica (Ramalho et al., 2020), numa lógica que se baseia na prática baseada em evidência científica.

O processo de envelhecimento encontra-se associado a um declínio na funcionalidade física e psíquica e a níveis baixos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa (Colley et al., 2011). Nesse sentido, quando o declínio funcional, associado ao processo de envelhecimento, e os índices baixos de prática de atividade física de intensidade moderada a vigorosa dos idosos são combinados com o excesso de tempo de comportamento sedentário, significa que a compreensão acerca das intervenções que visam contribuir para a redução do sedentarismo são de particular importância para a saúde biopsicossocial da população envelhecida (Dogra et al., 2017). No contexto do desenvolvimento de intervenções que tenham como o objetivo a redução do comportamento sedentário diário dos idosos, é preciso levar em consideração o papel de algumas características relacionadas com o envelhecimento. Desta forma, as intervenções existentes para a redução do comportamento sedentário para jovens e adultos, possam não ser adequadas – ou pelo menos devem ser adaptadas – antes da sua utilização em populações envelhecidas. Deve-se também ter em consideração que os idosos consideram que as intervenções para a redução do comportamento sedentário são mais acessíveis, por comparação com os programas de exercício físico (Greenwood-Hickman et al., 2016). Desta forma, o objetivo da presente revisão rápida de literatura é descrever um conjunto de intervenções, baseadas na melhor evidência científica disponível, que podem contribuir para a redução do excesso de comportamento sedentário diário da população idosa. Os resultados desta revisão podem ser úteis para os profissionais que atuam em diferentes áreas da intervenção geriátrica (por exemplo, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos superiores de atividade física e cuidadores de idosos).

Método

Com o objetivo de resumir a literatura disponível acerca das intervenções que podem contribuir para redução do tempo sedentário da população idosa, é apresentada uma síntese qualitativa, em forma de uma revisão rápida de literatura (Zimmer, 2006).

Com base no acrónimo PICOS (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Study design*), foi definido um conjunto alargado de critérios de elegibilidade. Nesse sentido, os seguintes designs de investigação foram considerados: estudos randomizados controlados e estudos quase-experimentais. No que respeita às características dos participantes dos estudos, os critérios de inclusão são os seguintes: 1) idosos a partir dos 65 anos de idade; 2) idosos que

residam nas suas habitações e idosos institucionalizados em lares e residências; 3) idosos que apresentem múltiplas comorbidades ou idosos sem patologias associadas. Estudos que investigaram populações clínicas (por exemplo, idosos que se encontram em reabilitação cardíaca) foram excluídos. A revisão incluiu, ainda, estudos que relatam as intervenções que visam a redução do comportamento sedentário diário dos idosos, com as seguintes características (Chastin et al., 2017): intervenções que visam a modificação comportamental através da sensibilização, intervenções com foco na tecnologia, intervenções com o objetivo da modificação de fatores contextuais e intervenções com base na alteração da política de trabalho em lares, residências e centros de dia para idosos. As intervenções deviam ter uma duração mínima de 3 meses. Além disso, os estudos precisavam de apresentar a medição do comportamento sedentário (medidas objetivas; medidas por autorrelato) através de instrumentos que apresentem a validade, a fiabilidade e a sensibilidade, devidamente comprovadas. Foram considerados os estudos publicados em inglês.

Foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa sistemática de literatura em três bases eletrónicas de dados científicos: Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE e PsycINFO. Em primeiro lugar, foram utilizadas palavras-chave associadas aos seguintes grupos de termos de pesquisa: (a) comportamento sedentário e termos relacionados (por exemplo, tempo sedentário, estilo de vida sedentário, visualização de televisão); (b) designs de investigação (por exemplo, estudos experimentais, estudos quase-experimentais, intervenção); (c) características dos participantes (por exemplo, idosos, envelhecimento, geriatria). Os termos de pesquisa, dentro de cada grupo, foram combinados por meio um “OR” Booleano. Além disso, os três grupos de termos de pesquisa foram combinados utilizando um “AND” Booleano. Em segundo lugar, as listas de referências dos artigos encontrados foram analisadas com o objetivo de identificar novos estudos que poderiam adequar-se aos critérios de elegibilidade definidos.

O processo de seleção dos estudos foi realizado por dois revisores independentes. Na primeira fase, os títulos e os resumos foram selecionados e classificados como relevantes, possivelmente relevantes ou irrelevantes. Posteriormente, na segunda fase, os estudos classificados como possivelmente relevantes e relevantes, foram revistos na íntegra com o objetivo de determinar a sua inclusão na síntese de literatura. Nesta fase, os desacordos entre os revisores foram resolvidos por consenso. Depois, foram extraídos os seguintes dados dos estudos incluídos na síntese final: informações acerca do design de investigação, as características dos participantes, a descrição das intervenções e os resultados alcançados. De forma a minimizar o risco de viés, os dados foram extraídos por dois revisores independentes e os desacordos foram resolvidos por consenso.

Após a extração dos dados dos estudos que preenchem os critérios de elegibilidade definidos, recorreu-se a uma análise temática indutiva (Braun & Clarke, 2006). Esta análise permitiu resumir e interpretar o conjunto das evidências acerca das intervenções que visavam contribuir para a redução do tempo sedentário da população idosa. Nesse sentido, a análise temática incluiu a familiarização com os dados extraídos dos artigos selecionados, a definição de códigos iniciais, a classificação dos códigos em temas, a revisão e refinamento dos temas.

Resultados e discussão

De seguida, os temas são organizados por forma a descrever as intervenções que tiveram como objetivo a redução do tempo sedentário da população idosa, até à sua interpretação face à literatura teórica e empírica publicada. A tabela 1 permite destacar os temas emergentes dos dados e os subtemas correspondentes a manifestações relacionadas.

Tabela 1. Temas e subtemas associados às estratégias de intervenção para a redução do comportamento sedentário diário nos idosos

Temas	Subtemas associados
Intervenções baseadas na prática de exercício físico	Componentes da aptidão física Autoeficácia Intervenções com recurso ao DVD Feedback individualizado
Intervenções fundamentadas em teorias psicossociais e em modelos ecológicos	Modificação do ambiente construído Processos motivacionais intencionais Determinação de objetivos realistas Desenvolvimento de planos de ação
Intervenções que combinam a tecnologia com modelos psicossociais	Acelerometria Auto monitorização Processos motivacionais automáticos Desenvolvimento de expetativas

Intervenções baseadas na prática de exercício físico

No estudo experimental de Ory et al. (2018) os idosos participaram num programa (*Texercise Select*) de educação e alteração do estilo de vida, durante 20 sessões (1,5h por sessão) ao longo de 12 semanas. O programa integrou componentes educacionais e discussões interativas que permitiram promover a iniciação, o envolvimento, e a manutenção da prática regular de atividade física. Além disso, após a primeira semana, os idosos iniciaram, também, a prática de exercício físico estruturado (ou seja, treino da flexibilidade, força, equilíbrio e resistência aeróbia) durante 45 minutos por sessão. Com base nos princípios da aprendizagem social cognitiva, este programa teve como objetivo o início e a manutenção de comportamentos saudáveis ao longo da vida. Nesse sentido, um construto a ter em consideração é o da autoeficácia, encorajando os idosos a interessarem-se e a possuírem um papel mais ativo e determinante nos seus comportamentos de saúde. Os resultados desta intervenção mostraram a eficácia do programa na redução do comportamento sedentário diário dos idosos, assim como a sua contribuição para a melhoria e a manutenção das componentes da aptidão física. Além disso, estes resultados também contrariam os estereótipos negativos de que os idosos não estão interessados em participar em programas de intervenção de alteração do estilo de vida sedentário, nem capazes de desenvolver mudanças comportamentais que possam melhorar a sua saúde (Ory et al., 2018).

Como o excesso de tempo sedentário encontra-se associado a uma detioração da saúde biopsicossocial, independentemente da prática de atividade física (Katzmarzyk et al., 2009), é importante esclarecer os idosos que somente a participação nos programas de atividade física pode não compensar os malefícios resultantes do excesso de tempo em comportamentos sedentários (Ramalho et al., 2020). Desta forma, as intervenções baseadas na prática de exercício físico também podem ter em consideração a integração de comportamentos

saudáveis, no cotidiano, que não sejam apenas a prática regular de exercício físico (por exemplo, interromper, diariamente, com mais frequência e por períodos mais longos o comportamento sedentário). Assim, as intervenções devem aproveitar as interrupções do comportamento sedentário que os idosos já realizam para promover mudanças comportamentais sustentáveis. Além disso, o exercício aeróbio apresenta um papel fundamental na manutenção e na melhoria das funções cognitivas dos idosos (Colcombe & Kramer, 2003). Nesse sentido, as recomendações mais recentes mostram que é importante que os idosos possam combinar, simultaneamente, a prática de atividade física com a realização de tarefas cognitivas, melhorando assim o nível de funcionalidade (Law et al., 2014). Deste modo, a prática de exercício físico combinado com a realização de tarefas cognitivas pode ser uma forma de encorajar os idosos a substituírem as atividades sedentárias por mais atividades físicas.

Outras intervenções procuraram a redução do comportamento sedentário diário da população idosa através da implementação de um programa de exercício físico, gravado em DVD (Fanning et al., 2016). Esta intervenção teve a duração de seis meses e tinha como objetivo o trabalho sobre a flexibilidade, a tonificação e o equilíbrio. O programa foi realizado na habitação de cada participante. Os idosos receberam um DVD que continha informações acerca dos procedimentos necessários para a prática de exercício físico em segurança. Nesse DVD eram também apresentadas considerações acerca da importância da adoção de estilos de vida saudáveis, como, por exemplo, a redução diária do tempo sedentário e o controlo da alimentação. Além disso, os idosos também receberam seis DVDs com diferentes sessões de exercício físico. Cada sessão foi concebida para ser realizada dia sim, dia não, durante um mês. O grau de complexidade das sessões aumentou progressivamente em relação às sessões anteriores. Os idosos também receberam o material necessário para a realização das sessões de exercício, assim como as fichas de registo das atividades realizadas. Os registos foram enviados, mensalmente, para a equipa que coordenava a intervenção. Os dados desses registos foram utilizados para prescrever um feedback individualizado. Este programa de intervenção permitiu perceber que a prática de exercício físico, realizado no local de residência dos idosos, através de vídeo, aumentou os níveis de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, assim como promoveu a diminuição do tempo sedentário diário (Fanning et al., 2016).

Também é necessário ter em consideração a aceitabilidade das intervenções de exercício físico para a população idosa. Nesse sentido, para aumentar a participação dos idosos nos programas de atividade física, deve-se ter em conta que a prática de atividade física deve ser um passatempo divertido que permita a socialização dos idosos (Devereux-Fitzgerald et al., 2016). Além disso, os programas de atividade física que podem ser adequados para os idosos são aqueles de intensidades moderadas e simples de realizar (King, 2001). Assim, as intervenções devem concentrar-se na minimização de experiências desagradáveis durante o exercício, e devem facilitar experiências consistentemente agradáveis durante a prática, para que as avaliações afetivas positivas, em relação ao exercício, se possam desenvolver e assim os idosos consigam reduzir o comportamento sedentário diário, através de uma prática física mais regular.

Intervenções fundamentadas em teorias psicossociais e em modelos ecológicos

Outras intervenções (Fitzsimons et al., 2013), através de sessões de orientação individualizadas, tiveram como base o modelo ecológico do comportamento sedentário (Owen et al., 2011). Este modelo foi utilizado com o objetivo de enfatizar os múltiplos fatores que podem determinar o comportamento sedentário diário. No entanto, nesta intervenção, foi dada particular importância aos fatores proximais do indivíduo, isto é, aos determinantes psicológicos do comportamento sedentário. Desta forma, as sessões de orientação foram, também, desenvolvidas a partir de técnicas de mudança comportamental, uma abordagem utilizada anteriormente com o objetivo de aumentar os níveis diários de atividade física (Mutrie et al., 2012). Cada sessão teve a duração de aproximadamente 30 minutos. Os idosos foram estimulados a estabelecerem os seus próprios objetivos acerca da redução do tempo sedentário diário, onde e quando iriam interromper as atividades sedentárias. Através do acelerómetro activPAL (avaliação pré-intervenção), foi possível mostrar aos idosos os períodos do dia que manifestavam um excesso de tempo sedentário ininterruptamente. Os resultados desta intervenção sugerem que as abordagens individuais, com foco em fatores psicológicos, podem ajudar os indivíduos a reduzir o tempo utilizado em comportamentos sedentários.

Como o modelo ecológico do comportamento sedentário (Owen et al., 2011) preconiza, as configurações do ambiente construído podem influenciar os comportamentos sedentários, independentemente dos processos motivacionais automáticos (Maher & Conroy, 2016). Nesse sentido, uma outra estratégia possível poderá ser a modificação do ambiente construído (por exemplo, as cadeiras serem substituídas por mesas que permitam os indivíduos estarem na posição estacionária de pé) para que exista uma redução do hábito do comportamento sedentário. No entanto, esta estratégia pode apresentar dificuldades práticas, uma vez que as modificações dos contextos nem sempre são possíveis (Hermsen et al., 2016). Portanto, é preferível que as intervenções que tenham como objetivo a interrupção dos hábitos sedentários dos idosos, sejam realizadas do ponto de vista da consciência do comportamento (Verplanken & Wood, 2006).

A teoria social cognitiva (Bandura, 1986) e a teoria da escolha comportamental (Rachlin, 1989) auxiliou o desenvolvimento da intervenção de Gardiner et al. (2011). Nesse sentido, esta intervenção teve o foco na definição de objetivos realistas e mensuráveis; na auto monitorização do tempo sedentário; no desenvolvimento de expectativas de resultados acerca dos benefícios da redução diária do tempo sedentário; e na identificação de atividades saudáveis que não sejam realizadas na posição sentada. Desta forma, durante as sessões de intervenção, realizadas presencialmente e com a duração de 45 minutos, os idosos foram orientados através de quatro estratégias: (1) verificação do tempo sedentário avaliado por acelerómetro no dia anterior à sessão; (2) feedback acerca do tempo sedentário, através da visualização de gráficos que comparavam os resultados da avaliação por acelerómetro com outros indivíduos com a mesma idade e género; (3) formulação de objetivos para a redução do comportamento sedentário diário e aumentar o número de interrupções da atividade sedentária diária; e (4) estabelecimento de um plano de ação comportamental específico. Esta intervenção concluiu que o comportamento sedentário dos idosos pode ser reduzido após uma intervenção baseada na definição de objetivos e na auto monitorização comportamental (Gardiner et al., 2011).

Também poderá ser útil enquadrar os resultados aqui descritos no modelo de Capacidade, Oportunidade, Motivação, Comportamento (COM-B) de Michie et al. (2011). Este modelo tem sido amplamente utilizado no desenvolvimento de intervenções relacionadas com as modificações dos comportamentos de saúde. O COM-B preconiza que o comportamento dos indivíduos é resultante da interação de três componentes: capacidade, oportunidade e a motivação. A capacidade está relacionada com a dimensão psicológica (conhecimento) e a dimensão física (habilidade); a oportunidade refere-se ao ambiente físico e social; e a motivação compreende os processos reflexivos (as crenças, as intenções) e os processos comportamentais automáticos. As intervenções também podem ter em consideração os processos de modificação comportamental ao longo do tempo (Prochaska et al., 2008).

Semelhante à estratégia desenvolvida por Gardiner et al. (2011), o estudo de Lewis et al. (2016) aplicou uma intervenção através de sessões presenciais que decorreram nas residências de cada idoso. Além disso, foram realizadas sessões semanais de orientação à distância, via telefone. Assim, os idosos foram orientados com base nas seguintes atividades: (1) foi realizada uma medição da quantidade de tempo sedentário diário dos idosos, através de questionário; (2) posteriormente os idosos receberam um feedback acerca do tempo médio que utilizavam em diversos comportamentos sedentários. Esse feedback possibilitou o desenvolvimento subsequente dos objetivos seguintes, com vista à redução do tempo sedentário diário; (3) o estabelecimento de objetivos permitiu que cada idoso escolhesse seis formas que possibilitavam a diminuição do comportamento sedentário diário através do aumento das interrupções das atividades realizadas na posição sentada. O propósito da intervenção foi que cada objetivo fosse integrado, progressivamente, todas as semanas, durante as seis semanas, para que no final, os idosos tivessem alcançado uma redução do tempo sedentário diário (por exemplo, Semana 1: “Vou levantar-me durante as pausas para publicidade dos programas que vejo na televisão”, Semana 2: “Vou conversar ao telemóvel enquanto caminho em casa”, integrando, também o objetivo a semana 1). Os idosos realizaram uma verificação diária dos objetivos previamente estabelecidos, numa ficha concebida para o efeito.

Este programa de intervenção foi construído a partir da teoria da autodeterminação (Ryan & Deci, 2000). Este modelo teórico estabelece que a mudança duradoura de comportamento surge através da satisfação do ser humano em relação às necessidades de competência (a necessidade do indivíduo sentir-se capaz na realização das atividades), da autonomia (a necessidade de experimentação de comportamentos que valoriza), e relação psicológica (a necessidade de experimentar ligações próximas com outros indivíduos). De facto, o programa de intervenção possibilitou atingir a dimensão da competência porque os objetivos eram modestos e realizáveis, a autonomia porque os idosos sugeriram e escolheram os seus próprios objetivos no contexto da comparação com dados normativos acerca do tempo sedentário dos seus pares (feedback normativo), e a relação psicológica com a integração das chamadas telefónicas de apoio. A intervenção de Lewis et al. (2016) mostrou-se viável e promissora para a modificação comportamental no que respeita à redução do comportamento sedentário da população idosa.

Intervenções que combinam a tecnologia com modelos psicossociais

Já o programa de intervenção I-STAND (Rosenberg et al., 2020) teve por base diferentes teorias comportamentais relevantes, incluindo teorias sociocognitivas, modelos ecológicos e formação de hábitos. Este programa consistiu em duas sessões presenciais de orientação (a primeira imediatamente após a primeira avaliação inicial e a segunda 1 semana depois), quatro ligações telefónicas de acompanhamento (a cada 2 semanas após as duas primeiras sessões presenciais), e a receção de materiais educativos escritos. Além disso, os participantes também receberam lembretes, via e-mail, com o objetivo de trabalhar as metas individuais estabelecidas durante as semanas de acompanhamento do programa. Uma das principais ferramentas utilizada foi a banda Jawbone UP (Jawbone®, San Francisco, CA). Esta banda permitiu enviar estímulos, através de vibrações suaves, a cada 15 minutos de inatividade física, com o objetivo de informar os idosos para a necessidade de interromperem o comportamento sedentário diário. O programa de intervenção I-STAND utilizou, ainda, gráficos de feedback, fornecidos a partir da utilização do acelerómetro activPAL, que incluíam representações numéricas acerca do tempo médio diário de vigília utilizado em comportamentos sedentários, bem como informações acerca das interrupções do tempo sentado e a contagem do número de passos realizados diariamente.

Na primeira sessão de orientação presencial, com a duração de uma hora, o objetivo foi conhecer as atividades diárias dos idosos, promover a participação e fornecer uma visão geral da intervenção. Durante a semana seguinte, os idosos utilizaram o acelerómetro activPAL e voltaram a realizar uma sessão de orientação presencial, com a duração de 45 minutos. O objetivo foi verificar o progresso dos idosos e estabelecer os objetivos para as próximas 2 semanas. A partir daí, foram realizadas quatro sessões de orientação, via telefone (20 a 40 minutos por cada sessão) com o intuito de analisar o progresso dos idosos e para a definição de estratégias que visavam superar as barreiras verificadas pelos idosos. Outros tópicos foram abordados nas sessões de orientação, tais como o apoio social, o ambiente social e as modificações no ambiente doméstico construído. Com esta metodologia foi possível aumentar a conscientização acerca dos malefícios do excesso de comportamento sedentário, desenvolver a autoeficácia e permitir a redução do comportamento sedentário diário dos idosos (Rosenberg et al., 2020).

As técnicas de mudança de comportamento que têm sido percebidas positivamente pelos idosos, e que estão ligadas à redução do comportamento sedentário habitual, são a auto monitorização e o feedback através de ferramentas tecnológicas de fácil entendimento (Compernelle et al., 2019). No entanto, é preciso ter em consideração de que alguns idosos podem ser relutantes em experimentar intervenções com base na tecnologia, uma vez que podem associar alguns inconvenientes, como por exemplo, a falta de familiaridade com as novas tecnologias. Isto implica que sejam desenvolvidas aplicações tecnológicas adaptadas para os idosos, que permitam, de uma forma adequada, atingir a redução do comportamento sedentário.

Noutro sentido, a utilização de vídeo constitui-se num modelo de baixo custo que permite uma ampla difusão de conhecimento na comunidade, sendo provável que essa informação chegue até à comunidade envelhecida. No entanto os vídeos são úteis para a disseminação de informações unidirecionais e, assim, representam uma dificuldade acrescida para a

modificação comportamental, no que respeita às atividades sedentárias. Assim, essa limitação pode ser superada através de uma combinação de sessões por vídeo com sessões de orientação presenciais, realizadas em grupo, que visam estimular a partilha de experiências comuns, conferindo-lhe significado, e, também, incentivar a aprendizagem entres pares. Desta forma, damos conta da existência de um estudo que tinha como objetivo avaliar a viabilidade, a aceitabilidade, a segurança e a eficácia de uma intervenção que combina a utilização de vídeo com grupos focais, com o objetivo de reduzir o comportamento sedentário diário da população idosa (Maher et al., 2017). Esta intervenção foi composta por cinco fases.

O objetivo da primeira fase foi o desenvolvimento da consciência acerca do comportamento sedentário. Nesse sentido, os idosos visualizaram um vídeo que tinha como objetivo a clarificação do conceito de comportamento sedentário e demonstração de diferentes atividades sedentárias. Além disso, foi pedido aos idosos para estimarem, através de um questionário, a média do tempo utilizado em atividades sedentárias ao longo de um dia de semana e num dia de fim de semana. A segunda fase teve como objetivo colocar o comportamento sedentário dos idosos em perspetiva, em relação aos comportamentos sedentários dos seus pares. Além disso, também era pretendido a formação de intenções e de planos para limitar a realização de atividades sedentárias. Desta forma, os idosos assistiram um vídeo que descreveu as estimativas normativas de comportamento sedentário ao longo da vida adulta dos indivíduos com idade superior a 60 anos.

Apenas a intervenção nos processos automáticos, provavelmente, não será suficiente para a redução do comportamento sedentário dos idosos. Nesse sentido, é preciso considerar a importância da representação positiva que os idosos têm das diversas atividades sedentárias. Desta forma, esta representação pode ser reduzida através do desenvolvimento de resultados alternativos de reforço positivo, como, por exemplo, moldar o conhecimento dos benefícios para a saúde da redução diária do comportamento sedentário. Apesar de o conhecimento acerca dos riscos de saúde por si só não ser suficiente para se iniciar uma mudança comportamental, ele pode contribuir para a redução da intenção de um determinado comportamento (Alley et al., 2018). Assim, moldar o conhecimento pode ser o primeiro passo para influenciar positivamente a motivação reflexiva dos idosos para que possa existir uma redução do comportamento sedentário (Michie et al., 2011).

Posteriormente, a terceira fase teve com o objetivo o desenvolvimento das expectativas dos idosos em relação aos benefícios para a saúde da prática de atividade física e avaliar as percepções do risco para a saúde do excesso de tempo sentado. Além disso, foi implementada uma atividade em grupo cujo objetivo era ficar na posição em pé, por um período de curta duração. Esta atividade foi introduzida no sentido de potenciar autoeficácia dos idosos no que respeita à interrupção do comportamento sedentário. Depois, os idosos assistiram a um vídeo que mostrou as evidências disponíveis acerca dos riscos associados ao excesso de comportamento sedentário. De seguida, foi exibido um outro vídeo que mostrava os diferentes benefícios, para a saúde biopsicossocial, associados à prática de atividade física de intensidade leve (por exemplo, caminhada lenta). Após a visualização desses dois vídeos, foi pedido aos idosos que comentassem as informações apresentadas, em relação às suas próprias experiências pessoais.

Os resultados aqui apresentados reforçam a valorização do aumento da autoeficácia das tarefas, no sentido de apoiar os processos de formação de intenção de planeamento como parte das intervenções para reduzir o comportamento sedentário dos idosos. Desta forma, a autoeficácia, também, pode ser desenvolvida através do destaque de casos práticos de outros idosos, com diferentes níveis de funcionalidade, que participam com sucesso nas intervenções que tenham como o objetivo a redução do comportamento sedentário diário. Além disso, as intervenções também devem tornar-se num importante suporte social para os idosos, dentro e fora do espaço da intervenção, uma vez que o suporte social constitui-se num fator importante no desenvolvimento da autoeficácia (Bandura, 1986).

A quarta fase teve como objetivo definir o planeamento de ações que permitissem aos idosos fortalecer os seus próprios planos de ação, no respeito à diminuição do comportamento sedentário diário. O desenvolvimento de planos de ação visava fortalecer as estratégias que permitissem aos idosos interromper frequentemente os seus hábitos sedentários. Nesse sentido, foi pedido para que (1) os idosos identificassem o número de vezes durante um dia que estavam sentados por pelo menos 30 minutos seguidos e (2) foram estabelecidas estratégias que os idosos podiam utilizar para interromper essas atividades sedentárias. Nesta fase, os idosos visualizaram, ainda, um outro vídeo que se focou no desenvolvimento de planos de ação, especificando quando, onde e como os idosos poderiam interromper e limitar os seus comportamentos sedentários realizados diariamente. Depois, os idosos desenvolveram e partilharam, através de uma discussão em grupo, os seus planos de ação. Essa partilha permitiu estabelecer uma ponte entre as intenções e o comportamento, bem como aumentar a responsabilidade para os idosos seguirem o plano de ação estabelecido. Numa sessão de orientação posterior, foram discutidos os progressos e as barreiras dos idosos, em relação às suas interrupções do comportamento sedentário diário.

Portanto, sugere-se que os processos controlados e os processos automáticos podem estar interligados na regulação do comportamento sedentários dos idosos, uma vez que a formação de uma intenção pode ser utilizada para interromper o comportamento sedentário habitual (Wood & Neal, 2007). Nesta perspetiva, o hábito sedentário pode ser visto como um processo pelo qual um estímulo gera automaticamente um impulso para a ação, com base em associações de estímulo-resposta aprendidas. Desta forma, integrando as associações de estímulo-resposta aprendidas é possível distinguir a ação habitual de outras formas de comportamento automático.

Finalmente, a quinta fase foi desenvolvida com a finalidade de orientar a formação das intenções e reforçar o planeamento de ações. Nesse sentido, foram identificados dois objetivos comportamentais: (1) movimentar-se 10 minutos por cada hora de vigília ou (2) limitar o comportamento sedentário a menos de oito horas/dia ao longo de uma semana. Posteriormente, foi realizada uma sessão de vídeo com o objetivo de dar a conhecer o desenvolvimento de planos de ação para aumentar ou melhorar a conectividade social. Além disso, foi realizada uma discussão em grupo com a intenção de abordar questões relacionadas com o isolamento social dos idosos.

Relativamente à associação entre o excesso de comportamento sedentário e o isolamento social dos idosos, é, também, importante o estímulo para que os idosos desenvolvam novas conexões sociais (por exemplo, participação em grupos comunitários que pratiquem

regularmente exercício físico, participação nas universidades seniores, participação na organização de eventos de cariz solidário), permitindo a redução do comportamento sedentário através do envolvimento em atividades sociais e físicas diariamente. Além disso, os familiares e os cuidadores dos idosos também devem ser alvo de intervenções explicativas acerca dos malefícios para a saúde do excesso de tempo sedentário. Desta forma, o suporte social dos idosos deve estimular a interrupção mais frequentemente do comportamento sedentário ao longo do dia, incentivarem a prática regular de atividade física, e a realização de atividades sedentárias estimulantes do ponto de vista cognitivo (Ramalho et al., 2019).

Conclusão

O excesso de comportamento sedentário é um fator de risco para a saúde que é modificável e a sua redução é importante para se atingir um envelhecimento mais saudável. As intervenções, disponíveis na literatura publicada, que tiveram como objetivo a redução do comportamento sedentário diário da população idosa parecem ser eficazes. Os programas de intervenção mostram a necessidade de os idosos realizarem atividades de movimento na posição de pé (em função das suas limitações físicas funcionais), o mais frequentemente possível, nas suas horas de vigília, mas não necessariamente pedir-lhes que realizem atividades físicas a um nível de intensidade moderado ou vigoroso. Assim, os resultados aqui apresentados permitem contribuir para o desenvolvimento de intervenções que tenham como objetivo os idosos alcançarem um equilíbrio saudável entre o tempo utilizado em comportamentos sedentários, que pode ser benéfico para o bem-estar psicossocial, a realização de atividade física de baixa intensidade e a prática de atividade física de intensidade moderada, resultando numa diminuição do excesso de tempo sedentário diário. Nesse sentido, os técnicos de intervenção geriátrica podem utilizar estratégias específicas, tais como abordagens psicológicas e educacionais, auto monitorização do tempo sedentário, através de ferramentas tecnológicas, e programas de exercício físico.

Bibliografia

- Alley, S., van Uffelen, J., Duncan, M. J., De Cocker, K., Schoeppe, S., Rebar, A. L., & Vandelandotte, C. (2018). Sitting Time in Adults 65 Years and Over: Behavior, Knowledge, and Intentions to Change. *Journal of aging and physical activity, 26* (2), 276–283. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0304>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3* (2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chase, J. D., Otmanowski, J., Rowland, S., & Cooper, P. S. (2020). A systematic review and meta-analysis of interventions to reduce sedentary behavior among older adults. *Translational behavioral medicine, 10* (5), 1078–1085. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz189>
- Chastin, S. F., Mandrichenko, O., Helbostadt, J. L., & Skelton, D. A. (2014). Associations between objectively-measured sedentary behaviour and physical activity with bone mineral density in adults and older adults, the NHANES study. *Bone, 64*, 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2014.04.009>
- Chastin, S., Gardiner, P.A., Ashe, M.C., Harvey, J.A., Leask, C.F., Balogun, S., Helbostad, J.L., & Skelton, D.A. (2017). Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012784>
- Chau, J. Y., Grunseit, A. C., Chey, T., Stamatakis, E., Brown, W. J., Matthews, C. E., Bauman, A. E., & van der Ploeg, H. P. (2013). Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PloS one, 8* (11), e80000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080000>
- Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological science, 14* (2), 125–130. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01430>
- Colley, R. C., Garrigué, D., Janssen, I., Craig, C. L., Clarke, J., & Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian adults: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health reports, 22* (1), 7–14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21510585/>

- Compernelle, S., DeSmet, A., Poppe, L., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G., van der Ploeg, H. P., & Van Dyck, D. (2019). Effectiveness of interventions using self-monitoring to reduce sedentary behavior in adults: a systematic review and meta-analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, *16*, 63. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0824-3>
- de Rezende, L. F., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K., & do Carmo Luiz, O. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC public health*, *14*, 333. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-333>
- Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., Dewhurst, A., & French, D. P. (2016). The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review and meta-synthesis. *Social science & medicine (1982)*, *158*, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.006>
- Dogra, S., & Stathokostas, L. (2012). Sedentary behavior and physical activity are independent predictors of successful aging in middle-aged and older adults. *Journal of aging research*, *2012*, 190654. <https://doi.org/10.1155/2012/190654>
- Dogra, S., Ashe, M., Biddle, S., Brown, W., Buman, M., Chastin, S., Gardiner, P. A., Inoue, S., Jefferis, B. J., Oka, K., Owen, N., Sardinha, L. B., Skelton, D. A., Sugiyama, T. & Copeland, J. L. (2017). Sedentary time in older men and women: an international consensus statement and research priorities. *British Journal of Sports Medicine*, *51*, 1-7. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097209>
- Fanning, J., Porter, G., Awick, E. A., Wójcicki, T. R., Gothe, N. P., Roberts, S. A., Ehlers, D. K., Motl, R. W., & McAuley, E. (2016). Effects of a DVD-delivered exercise program on patterns of sedentary behavior in older adults: a randomized controlled trial. *Preventive medicine reports*, *3*, 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.005>
- Fitzsimons, C. F., Kirk, A., Baker, G., Michie, F., Kane, C., & Mutrie, N. (2013). Using an individualised consultation and activPAL™ feedback to reduce sedentary time in older Scottish adults: results of a feasibility and pilot study. *Preventive medicine*, *57* (5), 718–720. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.07.017>
- Garber, C., Blissmer, B., Deschenes, M., Franklin, B., Lamonte, M., Lee, I., Nieman, D. C., & Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, *43* (7), 1334-1359. <http://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Gardiner, P. A., Eakin, E. G., Healy, G. N., & Owen, N. (2011). Feasibility of reducing older adults' sedentary time. *American journal of preventive medicine*, *41* (2), 174–177. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.020>
- Greenwood-Hickman, M. A., Renz, A., & Rosenberg, D. E. (2016). Motivators and Barriers to Reducing Sedentary Behavior Among Overweight and Obese Older Adults. *The Gerontologist*, *56* (4), 660–668. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu163>
- Harvey, J., Chastin, S., & Skelton, D. (2015). How sedentary are older people? A systematic review of the amount of sedentary behavior. *Journal of Aging and Physical Activity*, *23* (3), 471-487. <http://doi.org/10.1123/japa.2014-0164>
- Henson, J., Yates, T., Biddle, S. J., Edwardson, C. L., Khunti, K., Wilmot, E. G., Gray, L. J., Gorely, T., Nimmo, M. A., & Davies, M. J. (2013). Associations of objectively measured sedentary behaviour and physical activity with markers of cardiometabolic health. *Diabetologia*, *56*, 1012–1020. <https://doi.org/10.1007/s00125-013-2845-9>
- Hermesen, S., Frost, J., Renes, R., & Kerkhof, P. (2016). Using feedback through digital technology to disrupt and change habitual behavior: A critical review of current literature. *Computers in Human Behavior*, *57*, 61–74. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.02>
- Katzmarzyk, P. T., Church, T. S., Craig, C. L., & Bouchard, C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine and science in sports and exercise*, *41* (5), 998–1005. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181930355>
- King, A. C. (2001). Interventions to promote physical activity by older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, *56* (2), 36–46. https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.36
- Law, L. L., Barnett, F., Yau, M. K., & Gray, M. A. (2014). Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: a systematic review. *Ageing research reviews*, *15*, 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.02.008>
- Lewis, L. K., Rowlands, A. V., Gardiner, P. A., Standage, M., English, C., & Olds, T. (2016). Small Steps: Preliminary effectiveness and feasibility of an incremental goal-setting intervention to reduce sitting time in older adults. *Maturitas*, *85*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.014>
- Maher, J. P., & Conroy, D. E. (2016). A dual-process model of older adults' sedentary behavior. *Health Psychology*, *35* (3), 262–272. <https://doi.org/10.1037/hea0000300>
- Maher, J. P., Sliwinski, M. J., & Conroy, D. E. (2017). Feasibility and preliminary efficacy of an intervention to reduce older adults' sedentary behavior. *Translational behavioral medicine*, *7* (1), 52–61. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0394-8>
- Martin, A., Fitzsimons, C., Jepson, R., Saunders, D. H., van der Ploeg, H. P., Teixeira, P. J., Gray, C. M., Mutrie, N., & EuroFIT consortium (2015). Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic

- review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 49, 1056–1063.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094524>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Mutrie, N., Doolin, O., Fitzsimons, C. F., Grant, P. M., Granat, M., Grealy, M., Macdonald, H., MacMillan, F., McConnachie, A., Rowe, D. A., Shaw, R., & Skelton, D. A. (2012). Increasing older adults' walking through primary care: results of a pilot randomized controlled trial. *Family practice*, 29 (6), 633–642.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cms038>
- O'Neill, C., & Dogra, S. (2016). Different types of sedentary activities and their association with perceived health and wellness among middle-aged and older adults: a cross-sectional analysis. *American journal of health promotion*, 30 (5), 314–322. <https://doi.org/10.1177/0890117116646334>
- Ory, M. G., Lee, S., Han, G., Towne, S. D., Quinn, C., Neher, T., Stevens, A., & Smith, M. L. (2018). Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Social Support, Self-Efficacy, and Physical Activity among Older Adults: Evaluation of Texercise Select. *International journal of environmental research and public health*, 15 (2), 234.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15020234>
- Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E. E., Gardiner, P. A., Tremblay, M. S., & Sallis, J. F. (2011). Adults' sedentary behavior determinants and interventions. *American journal of preventive medicine*, 41 (2), 189–196.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.05.013>
- Prince, S. A., Saunders, T. J., Gresty, K., & Reid, R. D. (2014). A comparison of the effectiveness of physical activity and sedentary behaviour interventions in reducing sedentary time in adults: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 15, 905–919. <https://doi.org/10.1111/obr.12215>
- Prochaska, J. O., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Leo, M., Flaherty-Robb, M., & Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive medicine*, 46 (3), 226–231. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.007>
- Rachlin, H. (1989). Judgement, decision, and choice: a cognitive behavioral synthesis. WH Freeman.
- Ramvalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2018a). Tempo sedentário e dimensões psicossociais nos idosos: revisão acerca da medição, associações com a saúde e determinantes. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 20 (2-3), 162-181. <https://doi.org/10.24197/aefd.2-3.2018.162-181>
- Ramvalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2018b). Sedentary behaviors and psychological outcomes among older adults: a systematic review. *Motricidade*, 14 (1), 73-85. <https://doi.org/10.6063/motricidade.12223>
- Ramvalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2019). Determinantes psicossociais do comportamento sedentário dos idosos: estudo qualitativo. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, 19 (1), 147-165.
<https://doi.org/10.6018/cpd.333221>
- Ramvalho, A., Petrica, J., & Rosado, A. (2020). As crenças de saúde compensatórias e o comportamento sedentário dos idosos: estudo qualitativo. *Retos*, 37, 264-272. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i37.71984>
- Rosenberg, D. E., Anderson, M. L., Renz, A., Matson, T. E., Lee, A. K., Greenwood-Hickman, M. A., Arterburn, D. E., Gardiner, P. A., Kerr, J., & McClure, J. B. (2020). Reducing Sitting Time in Obese Older Adults: The I-STAND Randomized Controlled Trial. *Journal of aging and physical activity*, 28 (6), 864–874.
<https://doi.org/10.1123/japa.2019-0470>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sedentary Behaviour Research Network (2012). Letter to the editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours.” *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37 (3), 540–542.
<http://doi.org/10.1139/h2012-024>
- Stamatakis, E., Davis, M., Stathi, A., & Hamer, M. (2012). Associations between multiple indicators of objectively-measured and self-reported sedentary behaviour and cardiometabolic risk in older adults. *Preventive medicine*, 54 (1), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.10.009>
- Tremblay, M., Aubert, S., Barnes, J., Saunders, T., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., & Chinapaw, M. J. M. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 75.
<http://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- Verplanken, B., & Wood, W. (2006). Interventions to Break and Create Consumer Habits. *Journal of Public Policy & Marketing*, 25 (1), 90–103. <https://doi.org/10.1509/jppm.25.1.90>
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological review*, 114 (4), 843–863. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.114.4.843>
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of advanced nursing*, 53 (3), 311–318. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03721.x>

A atribuição do incentivo à prática de atividade física para um envelhecimento ativo proporcionado pelo acesso às redes sociais

ELISANGELA GISELE DO CARMO¹

POLLYANNA NATALIA MICALI¹

JOSÉ LUIZ RIANI COSTA¹

¹Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Biociências, Campus Rio Claro-SP, Brasil

joseluizrianicosta@gmail.com

enviado a 25/01/2021 e aceite a 12/02/2021

Resumo

O presente estudo, qualitativo, objetivou analisar o acesso às redes sociais pelos idosos como forma de incentivo à prática de atividade física. A amostra da pesquisa foi composta por 20 participantes, residentes no interior de um estado brasileiro, de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, sem recorte do nível de escolaridade ou classe social. Foi utilizada uma entrevista estruturada, composta de 4 perguntas, no entanto, para elaboração deste estudo, somente a pergunta de número quatro foi escolhida. As respostas da mesma foram analisadas por meio de análise de conteúdo seguindo a técnica de Bardin (2016). Os resultados indicam que a prática de atividade física regular seguida por 18 participantes foi influenciada pelas informações sobre saúde, advindas das postagens de redes sociais.

Palavras-chave: Redes Sociais; Atividade Física; Envelhecimento; Qualidade de Vida.

Abstract

This qualitative study aimed to analyse the access to social networks by the elderly as a way of encouraging physical activity. The research sample consisted of 20 participants, residents of the interior of a Brazilian state, of both sexes, aged 60 years or over, without cutting out the educational level or social class. A structured interview consisting of four questions was used, however, for the purpose of this study, only question number four was chosen. The responses were analysed using content analysis following Bardin's technique (2016). The results indicate that the practice of regular physical activity followed by 18 participants was influenced by health information from social media posts.

Keywords: Social Networking; Physical Activity; Ageing; Quality of Life.

Introdução

A tecnologia é uma realidade e tem se estabelecido como uma ferramenta indispensável na sociedade, prestando como canal informativo, sendo um parceiro tecnológico importante em diversos âmbitos e contextos (Kenski, 2007). Do mundo tecnológico, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são as que se sobrepõe ao intenso acesso de inúmeras faixas etárias, não sendo mais prioridade de populações mais jovens.

Este cenário configura modos diferenciados de interação social, baseada na constante informação, veiculada por meios, como as redes sociais, inserindo novos papéis sociais para as populações, especialmente a idosa, a qual vem aumentando continuamente no mundo todo, incentivando melhorias na qualidade de vida (Bulla & Kaefer, 2003). As redes sociais são ferramentas que podem promover este acesso a novos conhecimentos, rápida informação acerca de temas ligados à saúde, desempenhando assim, além de compartilhamento destas

informações, acesso a cursos e publicações da área de saúde, incentivando a independência destes indivíduos (Stotz, 2015; Rodrigues & Blattmann, 2014).

Para promover um envelhecimento saudável, a atividade física é um fator importante. Um crescente problema de saúde pública é a inatividade representada pelas pessoas fisicamente inativas, condição muitas vezes associada a fase de envelhecimento. O envelhecimento pode em alguns casos levar à deterioração da saúde e a um aumento do risco de doenças crônicas que, por sua vez, podem levar a uma maior necessidade de cuidados de saúde em idosos.

A maior incidência de doenças crônicas e degenerativas que se instalam e se agravam neste período da vida traz consigo uma maior dependência, muitas prejudiciais ao processo de envelhecimento (Silva et al., 2015). Muitas destas doenças devem-se à pausa na atividade laboral gerando inatividade física.

Esta inatividade física é um grande problema de saúde pública, acarretando inúmeros gastos e demandas em saúde e nas economias globais, além de ser peça chave para o disparo de doenças crônicas e incapacitantes na velhice (Knight, 2012). A causa central da inatividade física é a ocorrência maior da obesidade e da síndrome metabólica, decorrendo ao desencadeamento de diabetes e doenças cardiovasculares, prejudicando as pessoas idosas diretamente (Ford et al., 2002; Venables & Jeukendrup, 2009).

Inatividade física em idosos tem levado os mesmos a um estilo de vida sedentário e que traz inúmeros malefícios à saúde, sendo um problema de saúde global (World Health Organization [WHO], 2010). Desta forma, o exercício regular é um fator importante na prevenção primária e secundária de diversas doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares (Mora & Valencia, 2018).

A incidência de doenças cardiovasculares proveniente do sedentarismo é alta e a principal causa de mortalidade prematura e anos de adaptação por invalidez. O estilo de vida sedentário junto com hábitos alimentares inadequados são fatores importantes do estilo de vida que podem acelerar o desenvolvimento de doenças com o aumento da idade. Portanto, medidas preventivas baseadas na promoção de um estilo de vida saudável são demandadas e importantes do ponto de vista da saúde pública (Gök et al., 2018). Ademais a sobrecarga dos sistemas de saúde em relação a custos de tratamento mediante demandas de doentes crônicos são extremamente altos e demandam consequências aos governos e sociedade (Doro et al., 2018).

A AF realizada regularmente e com a supervisão de um profissional da área de educação física pode atuar como um grande fator de proteção para o desencadeamento simultâneo destas doenças crônicas prevalentes na velhice. De acordo com a WHO (2015), a promoção da qualidade de vida se inicia com a prática de alguma AF e o combate ao sedentarismo. A WHO (2015) analisa que ao promover melhorias na qualidade de vida as pessoas envelhecem melhor e com mais saúde, sendo importante para a capacidade física e funcional do indivíduo, postergando sua dependência de cuidados primários e secundários em saúde.

Este cenário de incentivo a maior adesão à prática de AF se enquadra no conceito de saúde como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2006, p. 1). E, ainda, iniciativas que desencadeiam a promoção da saúde nas populações: “[...] Permite às pessoas aumentar o controle de doenças e a melhorar sua saúde” (WHO, 1946, p. 1).

As recomendações para uma AF nas faixas etárias de 18-64 e 65 anos ou mais são de nível moderada, por pelo menos 150 minutos por semana (WHO, 2010). Os benefícios obtidos a cada semana é a redução do risco de vários tipos de câncer, diabetes, doença cardiovascular, osteoporose e depressão (Warburton et al., 2006). Além dos benefícios a nível físico, a AF colabora para o bem-estar mental por meio da redução do estresse e da ansiedade, de acordo com Arem et al. (2015).

Neste contexto, as redes sociais podem fortalecer esta adesão à prática de AF e são uma oportunidade de acesso as mesmas, por meio de convites de amigos ou familiares dentro de grupos existentes em redes sociais. Entretanto, existe pouca ênfase de estudos que abordam esta relação das TICs como incentivo indireto para a adesão à prática de AF. O objetivo deste estudo foi analisar a contribuição das redes sociais como incentivo à prática de AF para idosos residentes em um município no interior do Estado de São Paulo.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, de cunho descritivo e com técnica de análise de conteúdo, com método de Bardin (2016). Para seleção dos participantes para a inclusão na amostra do estudo, todos deveriam apresentar idade igual ou maior que 60 anos, residirem no município do interior de São Paulo, Brasil, e não apresentarem nenhum tipo de doença neurodegenerativa que pudesse comprometer as respostas da pergunta realizada pela pesquisadora. Para o protocolo de avaliação, a coleta dos dados foi composta por uma entrevista estruturada de quatro perguntas, baseadas em temáticas escolhidas de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para recorte do presente estudo foi selecionada a pergunta de número quatro, que corresponde ao objetivo proposto do mesmo, a saber: “O acesso às tecnologias, principalmente à internet e às redes sociais, ajuda o(a) senhor(a) a ter maior conhecimento acerca da prática de atividade física e aos benefícios que a mesma proporciona na prevenção a doenças?”.

As respostas dos participantes, referentes à pergunta escolhida (nº 4), foram transcritas na íntegra e organizadas em uma planilha eletrônica para a finalidade de posterior análise do conteúdo. O nome dos participantes foi ocultado com base em índices alfanuméricos, a fim de evitar a possível identificação, seguindo protocolo ético da pesquisa.

Todos os princípios éticos foram resguardados aos participantes, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os participantes leram e assinaram, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus Rio Claro-São Paulo, Brasil, sob o protocolo de número CAAE: 35765514.7.0000.5465.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 20 participantes, com idade igual ou maior que 60 anos e média de 12 anos de escolaridade. Dentre eles, 14 (70%) eram do sexo feminino e 6 (30%) eram do sexo masculino. A Tabela 1 mostra os valores da mediana e do intervalo interquartil dos dados da idade e de escolaridade da amostra.

Tabela 1. Mediana e intervalo interquartil (25 – 75%) da caracterização dos grupos da amostra

N=total	Idade	Escolaridade
n=20	68,5 (65,0 - 72,0)	12,5 (11,4 - 14,4)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Com relação à prática de AF, 18 dos participantes citaram praticar AF regularmente. A Tabela 2 mostra a distribuição dos participantes que praticam AF.

Tabela 2. Porcentagem de participantes praticantes e não praticantes de atividade física

N=total	Praticam	Não Praticam
n=20	18 (90%)	2 (0,4%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

O tipo de AF mais usualmente praticado pelos 18 participantes é a caminhada, geralmente feita no período da manhã ou no fim da tarde. Esta prática constante, conforme afirmam, os deixam com mais disposição e força física. Esta constatação relatada pelos participantes pode ser analisada de acordo com o estudo de Branco et al. (2015), em que atentam para o fato de que a caminhada é sem dúvida uma das AF mais usualmente praticadas pelas diversas faixas etárias, especialmente, os idosos, e que proporcionam inúmeros benefícios a curto e longo prazo, sobre o funcionamento adequado dos sistemas cardiológico e pulmonar, prevenindo possíveis doenças.

Em relação à utilização das TIC como facilitadoras deste incentivo para que os mesmos sejam praticantes ativos de AF, todos afirmaram utilizar as redes sociais. A Tabela 3 mostra os interesses dos participantes nestas redes e o que mais procuram.

Tabela 3. Assuntos preferidos e mais acessados pelos participantes nas redes sociais

N=total	Informações em Saúde	Informações sobre a Prática da Atividade Física
n=20	20 (100%)	18 (90%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Todos os participantes utilizam as redes sociais para coletar mais informações e obterem um maior conhecimento em saúde em geral. Destes, 18 afirmaram procurar nas redes sociais informações sobre a prática regular de AF, qual tipo de atividade é mais benéfica, seguindo postagens de amigos e familiares sobre o tema e aceitando convites destes para inserção em grupos de AF. A seguir são apresentadas falas dos participantes que representam esta influência das redes sociais e a tecnologia em suas vidas e de que forma esta população se atualiza mediante a conteúdos relativos à saúde e à prática de AF:

- “Então se numa rede social começar a aparecer muita coisa sobre atividade física, eu acho que isso contribui, tá? Assuntos que incentivem a prática de exercício físico, vão incentivar muita gente.” (P34)

- “Ah, a tecnologia pode ser o elo pra pessoa praticar atividade física, sim. Nossa, antigamente, você não via senhoras saírem pra ir em tal lugar, hoje não, elas vão, participam de tudo, combinam, elas montam equipe lá na terceira idade, tudo pela tecnologia.” (P35)

- “Pode né...pode...porque uma vê o exercício que a outra tá fazendo pela rede social... já acha interessante... já vai e se inscreve e daí já participa né. É porque daí...acaba conversando né...o assunto chega...e troca uma ideia...dá certo.” (P22)

Os relatos acima descritos corroboram o estudo de Wang et al. (2014) os quais analisam as redes sociais como um forte apelo para incentivar os leitores a busca por uma AF, reiterando o efeito benéfico das postagens nestas redes, sugerindo que as mesmas tenham uma influência psicológica na decisão da adesão a estas práticas entre os idosos. Devoto e Defulio (2019) reiteram esta influência das redes sociais como incentivo à prática de AF, explicando que espalham grande quantidade de informações rapidamente em fração de segundos, o que maximiza a sua parcela de pessoas com mais conhecimento em determinado assunto.

Continuando as iniciativas de iniciar a prática de AF por meio de convites enviados por amigos, conhecidos e familiares pelas redes sociais, segue um exemplo de relato acerca desta experiência:

- “O acesso às tecnologias, principalmente nas redes sociais, ajuda, mas ajuda demais. Ela traz autoconhecimento. Atividade física que você pode informar: ‘Você sabia que tão fazendo atividade em tal local?’ É uma maravilha!” (P37)

Estes relatos mostram como as redes sociais são importantes mecanismos de informação e incentivo para a população idosa que se interessa em se inserir em uma rotina de AF. O estudo de Szabo (2012) demonstrou como a rede social é utilizada por pessoas da faixa etária de 50 a 70 anos, para manterem contato com amigos e familiares, além de se atualizarem sobre assuntos relacionados à saúde, procurando melhoria da qualidade de vida, com a prática regular de AF. Outro estudo de Haris et al. (2014) complementa este interesse desta faixa etária, com os propósitos de obtenção de informações em saúde e a intenção de procura destas informações nas redes sociais para que os mesmos possam se assegurar de tomadas de decisões e as compartilham, gerando um mecanismo de hábitos saudáveis, com o início da prática de AF.

Leist (2013) analisou de que forma as redes sociais podem influenciar de maneira significativa a vida dos usuários desta tecnologia e concluíram que muitos idosos se adequam rapidamente a este universo digital e o utilizam de maneira a conseguirem usufruir positivamente desta ferramenta para promoção da sua saúde, coletando informações também sobre a AF.

Conclusões

Os avanços tecnológicos estão mudando rapidamente muitos aspectos da sociedade e da vida. Graças à estas inovações tecnológicas e o surgimento de redes sociais na Internet, os idosos têm um maior acesso a informações relativas a saúde e a prática de AF, trazendo aos mesmos uma ampla gama de novas oportunidades.

Os resultados do presente estudo indicaram que os idosos utilizam as redes sociais de forma consciente e constante, para o conhecimento e a informação acerca da prática de AF e de seus

benefícios. Muito idosos em condições sedentárias decidem alcançar uma vida mais saudável por meio de informações relacionadas à prática de AF.

Ainda, pode-se observar um comprometimento dos mesmos, ao acreditar que a tecnologia pode de alguma forma colaborar em sua saúde e buscam novas formas de interação para esta busca. Ressaltando que o objetivo do estudo demonstrou a utilidade que as redes sociais para os idosos, como uma forma de busca de novos conhecimentos e mais aprendizagem, proporcionando maior incentivo para que esta população possa estar cada dia mais ativa, envelhecendo melhor e com mais qualidade de vida.

Estes dados revelam que a intervenção tecnológica por meio das redes sociais pode ser uma alternativa importante no incentivo à prática de AF, beneficiando a saúde física e mental, ao promover melhoria na qualidade de vida desta população. As redes sociais provam ter uma influência positiva para a iniciativa e adesão à prática de AF.

Agradecimentos: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)-Número do Processo: 1407269.

Bibliografia

- Arem, H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., De Gonzalez, A. B., Visvanathan, K., Campbell, P. T., Freedman, M., Weiderpass, E., Adami, H. O., Linet, M. S., Lee, I. M., & Matthews, C. E. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*, 175 (6), 959-967. <http://doi:10.1001/jamainternmed.2015.0533>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições70.
- Bulla, L., & Kaefer, C. (2003). Trabalho e Aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Textos & Contextos*, 2 (1), 1-8. <http://doi:10.15448/1677-9509>
- Branco, J. C., Jansen, K., Sobrinho, J. T., Carrapatoso, S., Spessato, B., Carvalho, J., Mota, J., & Silva, R. A. (2015). Physical benefits and reduction of depressive symptoms among the elderly: Results from the Portuguese "National Walking Program". *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (3), 789- 795. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.09882014>
- Devoto, A., & DeFulio, A. (2019). Acceptability of Social Media Incentives to Increase Physical Activity. *The Hilltop Review*, 11 (2), 7. <https://scholarworks.wmich.edu/hilltopreview/vol11/iss2/7>
- Doro, M. R., Nascimento-Carvalho, B., Ruaro, M., Barroso Hirota, V., Rodrigues, B. R. U. N. O., Rinaldi Fukushima, A., & Caperuto, C. (2018). Higher levels of physical activity reduce spending on medicines in the elderly. *Journal of Physical Education and Sport®(JPES)*, 18 (1), 157-162. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.01020>
- Ford, E. S., Giles, W. H., & Dietz, W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Jama*, 287 (3), 356-359. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.356>
- Gök, G., Sinan, Ü. Y., Özyüncü, N., & Zoghi, M. (2018). The prevalence of cardiovascular diseases, risk factors, and cardiovascular drug therapy in very elderly Turkish patients admitted to cardiology clinics: A subgroup analysis of the ELDER-TURK study. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 46 (4), 283-295. <https://doi.org/10.5543/tkda.2018.49579>
- Haris, N., Majid, R. A., Abdullah, N., & Osman, R. (2014, September 2-4). The role of social media in supporting elderly quality daily life. In *2014 3rd International Conference on User Science and Knight Engineering (i-USER)*, Shah Alam, Malaysia. IEEE. <https://doi.org/10.1109/IUSER.2014.7002712>
- Knight, J. A. (2012). Physical inactivity: associated diseases and disorders. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 42 (3), 320-337. <http://www.annclinlabsci.org/content/42/3/320.full>
- Kenski, V. M. (2007). Educação e tecnologias: o novo ritmo da informação. Papirus.
- Leist, A. K. (2013). Social media use of older adults: a mini-review. *Gerontology*, 59 (4), 378-384. <https://doi.org/10.1159/000346818>
- Mora, J. C., & Valencia, W. M. (2018). Exercise and older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34 (1), 145-162. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.08.007>
- Szabo, A. (2012). *Exploring the adoption process of Facebook by the older generation*. [Tese de mestrado não publicada]. The Amsterdam Business School, University Amsterdam.
- Stotz, E. N. (2003, Novembro 10-14). Redes sociais e construção compartilhada de conhecimento em saúde. In *5 ENANCIB - Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação*, São Paulo. http://200.20.0.78/repositorios/bitstream/handle/123456789/232/ENAN059_Stotz.pdf?sequence=1

- Rodrigues, C., & Blattmann, U. (2014). Gestão da informação e a importância do uso de fontes de informação para geração de conhecimento. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 19 (3), 4- 29.
<https://doi.org/10.1590/1981-5344/1515>
- Silva, J. V. F., Silva, E. C., Rodrigues, A. P. R. A., & Miyazawa, A. P. (2015). A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2 (3), 91–100. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>
- Venables, M. C., & Jeukendrup, A. E. (2009). Physical inactivity and obesity: links with insulin resistance and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 25 (S1), S18-S23.
<https://doi.org/10.1002/dmrr.983>
- Wang, C. J., Leng, H., & Kee, Y. (2014). Use of Facebook in physical activity intervention programme. *International Journal of Sport Psychology*, 45 (6), 1-15. <https://doi.org/10.7352/IJSP.2015.46.210>
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*, 174 (6), 801-809. <https://dx.doi.org/10.1503%2Fcmaj.051351>
- World Health Organization [WHO] (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO). USP.
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- World Health Organization [WHO] (2006). *The world health report 2006: working together for health*.
https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO] (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization [WHO] (2015). *World report on ageing and health*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

As repercussões do envelhecimento no membro inferior

JOÃO MARTINIANO¹

MATILDE MONTEIRO-SOARES^{1,2,3}

¹Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa

²MEDCIDS - Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

jmartiniano@esscvp.pt

enviado a 26/01/2021 e aceite a 04/02/2021

Resumo

O processo de envelhecimento é complexo, multifatorial e causa alterações no organismo a nível celular, molecular, orgânico e estrutural. Adicionalmente, é inegável o seu impacto também a nível social e psicológico.

O pé é uma estrutura delicada, intrincada e multifacetada, constituída por inúmeros ossos, ligamentos e músculos. O envelhecimento tem um impacto a nível de todas estas estruturas, tornando os pés mais frágeis, dolorosos e alterando o equilíbrio e a marcha.

As estratégias para um envelhecimento saudável propostas pela Organização Mundial de Saúde reiteram a importância de investir numa melhoria da capacidade funcional. Neste capítulo abordaremos estratégias para cuidar dos seus pés e dicas para a realização de caminhadas em segurança do ponto de vista do Podologista (profissional de Saúde que estuda, previne, diagnostica e trata as alterações dos pés e as suas repercussões no corpo humano).

Palavras-chave: Envelhecimento; Membro Inferior; Pé; Podologia; Saúde.

Abstract

The ageing process is complex, multifactorial, and causes changes in the body at the cellular, molecular, organic, and structural levels. Additionally, its impact on the social and psychological level is undeniable.

The foot is a delicate, intricate, and multifaceted structured, made up of numerous bones, ligaments, and muscles. Ageing has an impact on all these structures, making the feet more fragile, painful, and changing balance and gait.

Strategies for a healthy aging proposed by the World Health Organization stress the importance of improving functional ability. In this chapter, we will address strategies to care for your feet and provide tips for doing safe walks from the Podiatrist's perspective (a health professional who studies, prevents, diagnoses, and treats changes in the feet and their repercussions in the human body).

Keywords: Ageing; Foot; Health; Lower Extremity; Podiatry.

O processo de envelhecimento

A nível mundial a população com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente do que todos os outros grupos etários. Foi estimado que em 2017 existiriam 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 13% da população mundial. No entanto, considera-se que este número duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, subindo para 2,1 mil milhões e 3,1 mil milhões, respetivamente (Organização das Nações Unidas [ONU], 2020).

Por convenção, considera-se alguém como sendo idoso quando tem uma idade igual ou superior a 65 anos. Cada vez mais, esta definição tem sido colocada em causa. O processo de envelhecimento não é homogêneo, relaciona-se com diferenças genéticas, estilos de vida e estado geral de saúde e é vivida como uma experiência individual (World Health Organization [WHO], 2001). Assim, o conceito de idade é considerado como sendo multidimensional.

Biologicamente, o envelhecimento deve-se à acumulação de uma grande variedade de lesões moleculares e celulares, originando uma perda progressiva das reservas fisiológicas, um aumento do risco de desenvolver doenças e um declínio na capacidade global do indivíduo (WHO, 2015). Social e psicologicamente, o processo de envelhecimento relaciona-se com alterações nos seus papéis sociais devido a limitações físicas e/ou cognitivas e com a perda de relações próximas (WHO, 2015).

O envelhecimento nas estruturas anatómicas

Ainda não existe uma explicação única para o processo de envelhecimento. Os resultados dos estudos nesta área apontam para a existência de processos múltiplos, que se combinam e interagem entre eles, quer a nível celular e molecular quer a nível dos diferentes sistemas que compõem o ser humano (da Costa et al., 2016). Assim, o envelhecimento a nível biológico pode ser definido como um processo dinâmico e gradual, originado por alterações bioquímicas, morfológicas e funcionais que vão afetando o organismo como um todo, aumentando a sua suscetibilidade a agressões internas ou externas (Netto, 1996).

O impacto do envelhecimento na pele é a manifestação mais visível deste processo. A epiderme (a camada mais externa) fica mais frágil, fina e clara. No entanto, as alterações a nível do tecido conjuntivo levam a diminuição da resistência e da elasticidade não só da pele, mas também dos tegumentos (camada que recobre um organismo ou órgão), dos vasos sanguíneos e da densidade óssea (Rodríguez-Sanz et al., 2018).

Uma das grandes transformações que ocorre com o envelhecimento é um declínio progressivo da massa muscular esquelética, o que pode originar uma diminuição da força e da funcionalidade (Cruz-Jentoft et al., 2010). Esta transformação, quando associada à deterioração dos tecidos a nível do sistema cardiopulmonar e nervoso, entre outros, leva a uma diminuição da capacidade cardíaca e dos níveis de atividade física, a uma consequente modificação do padrão de marcha e postura e, por conseguinte, a um aumento do risco de quedas (Sacco et al., 2008).

O impacto do envelhecimento no pé

O pé é uma estrutura delicada e complexa que contém normalmente 26 ossos, 33 articulações e centenas de músculos, tendões e ligamentos a interconectar e a movimentar todas as estruturas. Os nossos pés representam assim 25% dos ossos, 18% das articulações e 6% dos músculos que existem no nosso corpo. Apesar da sua complexidade e importância eles são muitas vezes menosprezados.

Com o avançar da idade vão-se verificando alterações a nível cutâneo, osteoarticular, muscular, da sensibilidade, da frequência da passada e de toda a dinâmica postural (da Costa et al., 2016).

A pele que integra a planta dos pés possui características únicas relacionadas com a sua função primordial de suportar todo o peso do nosso corpo (Menz, 2015). Com o processo de envelhecimento existe uma diminuição da espessura de algumas camadas, da taxa de renovação de certas células, da densidade das glândulas responsáveis pela produção de suor (isto é, conseqüentemente pela manutenção da humidade da pele) e da quantidade de elastina e de fibras de colagénio (Menz, 2015). Estas alterações nas propriedades da pele induzem a um aumento da sua dureza, à existência de hiperqueratoses circunscritas (vulgo calosidades) e perda da sua elasticidade e resistência (Menz, 2015) tornando-a mais frágil e exposta ao aparecimento de feridas e infeções.

As unhas diminuem o seu crescimento e alteram a sua estrutura, tornando-se mais espessas e quebradiças e com maior risco de desenvolverem infeções fúngicas. Estas alterações são ainda mais exacerbadas na presença de insuficiência arterial (isto é, problemas de circulação, Menz, 2008).

Para além da barreira entre o exterior e o interior do organismo que representam a pele e as unhas, a planta dos pés possui uma camada de tecido adiposo que liga a pele aos demais elementos constituintes do pé, protege os vasos sanguíneos e os nervos e dissipa as forças que são aplicadas às estruturas durante o caminhar (Menz, 2015). Outra das alterações que se observa com o processo de envelhecimento é uma diminuição da espessura desta camada (principalmente na região anterior do pé), levando ao aparecimento de pontos de apoio com pressão excessiva, o desenvolvimento de hiperqueratoses e de pontos dolorosos (Menz, 2015).

A nível articular verifica-se uma redução da quantidade de água da cartilagem e do volume do líquido sinovial (que existe em bolsas que protegem e evitam o desgaste articular), assim como um endurecimento das fibras de colagénio (Menz, 2015), originando limitação do movimento articular.

As mudanças da força muscular são mais evidentes a nível do membro inferior do que no membro superior e tendem a progredir de regiões mais distais (dedos) para proximais (Menz, 2015). Em conjunto com o envelhecimento, a utilização de calçado inadequado ao longo da vida leva a uma redução de 24 a 40% da força nos músculos responsáveis pelo movimento do pé e do tornozelo em comparação com pessoas jovens (Menz, 2015).

A informação sensitiva que recebemos por parte dos músculos e da pele contribuem grandemente para a nossa capacidade de nos mantermos em pé e caminhar. Com o decorrer dos anos de vida, ocorre uma deterioração progressiva a nível das fibras nervosas e dos recetores mecânicos (Viseux, 2020). Esta deterioração leva a uma diminuição da sensibilidade táctil e vibratória e da capacidade proprioceptiva (definida como a capacidade de sabermos a orientação espacial dos nossos segmentos corporais, Viseux, 2020).

Este declínio na mobilidade articular, na força muscular e na sensibilidade a nível do membro inferior tem um grande impacto na marcha, no equilíbrio, no risco de quedas e assim na capacidade funcional do indivíduo.

Relativamente ao sistema circulatório, particularmente no membro inferior, verifica-se que nas camadas internas das artérias, as células vão alterando a sua conformação, tornando as paredes mais espessas e rígidas resultando numa diminuição do fluxo sanguíneo e uma elevação da pressão arterial; os capilares tornam-se mais estreitos e espessos diminuindo o fluxo sanguíneo e a qualidade das trocas a nível dos tecidos; e as veias vão diminuindo o seu diâmetro

e vão-se deteriorando as suas válvulas (Menz, 2008) aumentando a estase sanguínea (isto é, a manutenção de sangue venoso no mesmo local) e o risco de desenvolvimento de varizes.

A nível da marcha verifica-se que as pessoas mais idosas tendem a aumentar a sua base de sustentação e o período de contacto com o solo; enquanto que diminui o tamanho da passada, a altura de levantamento do pé do solo e a velocidade da marcha.

A presença de problemas podológicos está relacionada com uma idade mais avançada, mas também com o género feminino, a obesidade e a presença de co-morbilidades (outras doenças, como a diabetes, doenças osteoarticulares, etc., Menz, 2008). Por outro lado, afeta a mobilidade, o risco de quedas e a qualidade de vida no geral (Menz, 2008).

A importância de um envelhecimento saudável

A Organização Mundial de Saúde deixou bem clara a importância de um envelhecimento ativo ao declarar que:

“Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial” (WHO, 2015, p. 12).

Deve-se promover o Envelhecimento Saudável focando na manutenção e melhoria da capacidade intrínseca, composta por todas as suas capacidades físicas e mentais, e da capacidade funcional do indivíduo, esta última definida como o conjunto de atributos internos e externos que permitem que as pessoas sejam ou façam aquilo que mais valorizam (WHO, 2015).

Nos cinco domínios que a Organização Mundial de Saúde promove para a melhoria da capacidade funcional estão incluídos a movimentação e a construção e manutenção de relacionamentos (WHO, 2015). Que melhor forma de o fazer do que através da prática de atividade física e, mais concretamente, de caminhadas?

A prática regular de atividade física tem demonstrado melhorar as capacidades funcionais, a força muscular, a coordenação motora, mas também a sociabilidade e a saúde mental (Sacco et al., 2008). Adicionalmente, tem um impacto importante na prevenção ou controlo de diversas doenças como a obesidade, hipertensão e diabetes, entre outras (Sacco et al., 2008). Mais especificamente a prática de caminhadas regulares com um companheiro ou com um grupo proporciona os seguintes benefícios a nível biológico, psicológico e social: melhoria da funcionalidade; melhoria do controlo da pressão arterial, níveis glicémicos, perfil lipídico e peso; diminuição do risco de morte por doenças cardiovasculares: diminuição da dor; manutenção da densidade mineral óssea (com ossos e articulações mais saudáveis); melhoria da postura corporal, da resposta imunitária, da qualidade do sono; diminuição dos níveis de ansiedade e stress; aumento da autoestima e promoção do contato social (Ministério da Saúde & Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil, 2006).

No entanto, devemos enfatizar a importância primordial de cuidados podológicos adequados, isto é, cuidar dos seus pés. Estes cuidados devem minimizar sintomas e prevenir problemas com os pés, incluindo tratamentos que vão desde os cuidados relativos às unhas e

pele, passando pela promoção de exercícios específicos, indo até ao aconselhamento de calçado adequado e confecção de suportes plantares, isto é, palmilhas personalizadas.

Elementos da anatomia e biomecânica do tornozelo e do pé

A capacidade que o pé possui para se adaptar a numerosas situações, quer sejam estas intrínsecas, como assegurar a estabilidade geral do corpo (em estática e em dinâmica), quer sejam extrínsecas como as atividades lúdicas, desportivas ou até mesmo laborais só é possível graças a um complexo sistema anatómico e biomecânico do pé e do tornozelo garantindo a sua capacidade de adaptação, amortecimento e transmissão das forças descendentes ou ascendentes (Viladot, 2003).

Genericamente podemos descrever a presença de três arcos no pé:

- Um medial: constituído pelos ossos do calcâneo, do navicular, cuneiforme medial, 1º raio -1º metatarso e Hálux (1º dedo)
- Um lateral: constituído pelo calcâneo, cubóide, 5º raio – 5º metatarso e 5º dedo
- Um anterior: constituído transversalmente pelas cabeças metatarsais

Embora o pé seja um segmento corporal com uma área relativamente pequena quando comparado com o que necessita de suportar, para além do sistema de arcos, ele possui também um complexo sistema articular que recebe forças verticais e converte-as em horizontais através da articulação do tornozelo, da articulação subastragalina (que se situa no retropé, isto é parte posterior do pé), pelas articulações transversas do tarso (articulação de Chopart e Lisfranc) e pelas articulações anteriores do pé que são as metatarso-falângicas e as interfalângicas (Dufour, & Pillu, 2006).

Anatomicamente o pé recebe, quer a sua irrigação quer a sua inervação através de troncos comuns vindos da região coxofemoral que se vão ramificando consecutivamente em vasos e nervos de menor calibre e mais distais até atingirem os dedos dos pés. Do ponto de vista muscular e tendinoso, o pé apresenta dois grandes grupos (Kapandji, 2007):

- os músculos extrínsecos,
 - que têm a sua origem na região da perna e a sua inserção no pé, e
 - são essencialmente responsáveis pelos grandes movimentos do pé e perna,
- e os músculos intrínsecos do pé
 - que têm a sua origem e inserção no pé, e
 - a sua função predominante é a estabilização da arquitetura do pé e o auxílio dos músculos extrínsecos.

Só através desta complexa estrutura anatómica é possível que ocorram o conjunto de movimentos articulares necessários à atividade normal do membro inferior. Durante o processo fisiológico de envelhecimento, estes movimentos vão perdendo a sua amplitude normal e surgem deformidades osteoarticulares, assim como aumenta o risco de quedas ou até mesmo de lesões dérmicas (como por exemplo calosidades, hematomas ou ulcerações, Herbaux et al., 2007).

As diversas articulações do pé e do tornozelo dispõem os seus eixos articulares de modo a gerarem movimentos triplanares de pronação e supinação, sendo estes movimentos responsáveis pela redistribuição harmónica das pressões plantares que chegam de forma

descendente, mas também permitem a adaptação da orientação do pé relativamente à inclinação da superfície de apoio e, mediante a capacidade articular, de se converter numa estrutura semi-rígida numa primeira fase para absorver o impacto e numa segunda fase para proporcionar a propulsão do pé, “expulsando-o” da superfície de apoio. Assim, a estabilidade passiva é conseguida essencialmente pela morfologia óssea e articular do pé, assim como pelas estruturas anexas, como a cápsula articular e os ligamentos. Já a estabilidade ativa só é alcançada pelo trabalho desenvolvido de forma concertada entre o sistema muscular e o controlo motor, isto é, parte do sistema nervoso responsável pela coordenação neuromuscular (Dufour & Pillu, 2006).

Exame Podológico em geriatria

Apesar da frequência e das repercussões que as patologias podológicas podem ter sobre a qualidade de vida, estas não costumam ser tidas em conta de uma forma homogénea em todas as faixas etárias. No entanto, nas faixas etárias mais avançadas as afeções do pé adquirem uma expressão mais relevante (Rodríguez-Sanz et al., 2018).

Inexplicavelmente, o pé sempre foi visto como uma estrutura pouco valorizada. Até mesmo quando há queixas existe uma tendência natural para considerar as mesmas normais e fazendo parte de um processo “normal”, justificadas pelas longas horas em pé, pelo calçado, ou processo de envelhecimento. De salientar, que o próprio Sistema Nacional de Saúde, os seus subsistemas e até mesmo os atuais seguros de saúde não apoiam a realização de cuidados podológicos, com honrosa exceção dos cuidados no âmbito do tratamento e prevenção do Pé Diabético que nos últimos anos têm vindo a melhorar a sua oferta através da criação de equipas multidisciplinares (Boavida, 2011).

O menor cuidado e atenção com os pés nos pacientes geriátricos também se deve a outras questões multifatoriais, como a diminuição da acuidade visual, da mobilidade, da sensibilidade, da circulação sanguínea, e sem esquecer da prevalência das patologias do sistema nervoso central como a demência, Alzheimer ou Parkinson (Chaiwanichsiri et al., 2009).

O exame sistemático do pé e do calçado é de elevada relevância, pelo que deve ser integrado na prática clínica das consultas regulares de geriatria, especialmente nos cuidados primários e nos cuidados continuados. Nos cuidados primários deve-se promover a identificação e classificação de situações de risco de desenvolvimento de complicações, enquanto nos cuidados continuados o foco deve ser direcionado para a identificação e tratamento de situações associadas a condições clínicas de longa evolução ou com patologias sistémicas multifactoriais (Herbaux et al., 2007).

O exame podológico sistemático permite:

1. Detetar as patologias do pé que necessitam de uma intervenção urgente, nomeadamente de cariz,
 - a. Vascular (isquemias periféricas),
 - b. Infecioso (úlceras, onicocriptose (unha encravada), onicomicose (fungos nas unhas), celulites, podendo existir outras),
 - c. Inflamatório (gota, tendinites, osteoartroses, bursites, entre outras), e
2. Detetar os problemas podológicos suscetíveis de limitar a autonomia

Assim, o exame podológico permite identificar um conjunto de potenciais alterações morfo-estruturais e fisiopatológicas geradoras de patologias que afetam o pé, mas que também podem ter repercussões a outros níveis, incluindo de forma sistêmica.

O conhecimento sobre os antecedentes pessoais, como as patologias neurológicas, reumatológicas, vasculares, linfáticas ou metabólicas, assim como, cirurgias músculo-esqueléticas do membro inferior, sensação de instabilidade (com ou sem quedas associadas), como a presença de transtornos estáticos da coluna e membros inferiores são dados importantes que devem ser questionados e colocados na história clínica (Guidozzi, 2017).

O exame clínico podológico passará necessariamente por avaliar a condição vascular, assim como a condição neurológica. A força da musculatura intrínseca e extrínseca do pé, a mobilidade articular das principais articulações do pé são também avaliações importantes a considerar. Sendo ainda de considerar a análise da potencial existência de desigualdades no comprimento dos membros inferiores, de modo a termos a correta percepção da capacidade musculo-esquelética, osteoarticular e postural do paciente.

Para além da avaliação músculo-esquelética, osteo-articular e postural; a inspeção da pele e seus anexos, como também do tecido subcutâneo, permite a deteção de dermatomicoses ou onicomomicoses (presença de infeções fúngicas na pele ou unhas, respetivamente), de xerose, hiperqueratoses ou ulcerações (Herbaux et al., 2007).

O estudo do equilíbrio, da marcha e consequentemente do calçado são ainda outros parâmetros essenciais a considerar no exame clínico podológico.

Métodos terapêuticos das patologias podológicas em geriatria

O pé do idoso caracteriza-se habitualmente pela presença de “polipatias” não só com origem no próprio pé como também patologias sistêmicas com repercussões neste. A preconização de diferentes abordagens terapêuticas permite a esta faixa etária manter a qualidade da marcha e uma autonomia satisfatória (Martínez-Gallardo Prieto, 2012).

As diferentes abordagens terapêuticas são necessariamente aplicadas ao tipo de patologia que afeta o indivíduo. Assim, podemos ter abordagens terapêuticas preventivas, resolutivas ou paliativas (com foco na redução imediata da dor) sendo que em geriatria os tratamentos paliativos são bastante usuais (Herbaux et al., 2007).

A prescrição e aplicação de ortóteses plantares (palmilhas personalizadas) e digitais (ortóteses de polímero – silicone) devem ter sempre por base um exame clínico em que se estabelece o diagnóstico e se definem as características técnicas das ortóteses.

O resultado terapêutico depende tanto da qualidade da interpretação da patologia como também da decisão na escolha do tipo de material a usar para a elaboração da ortótese.

Existe uma grande diversidade de ortótese que têm finalidades também distintas. Existem ortóteses de correção que se destinam a corrigir as deformações reversíveis, as ortóteses de compensação para aliviar as deformidades irreversíveis e as ortóteses paliativas ou de comodidade para a compensação, por exemplo, da atrofia do tecido adiposo da almofada plantar ou o alívio e redistribuição das pressões plantares no apoio (Herbaux et al., 2007).

O calçado na população geriátrica – Aspectos técnicos

O calçado pode ser um dos maiores “aliados” no cuidado dos pés ou, pelo contrário, tornar-se no seu maior “inimigo”.

O calçado aberto, do género chinelo, soca ou até mesmo sandália, é um tipo de calçado bastante utilizado pelos idosos pela sua facilidade em calçar ou descalçar, pela sua leveza ou aparente comodidade. No entanto, as desvantagens são consideradas como muito maiores. Este tipo de calçado não suporta o pé nem se segura/ajusta ao pé, sendo assim um fator de instabilidade, potenciador de dedos em garra e do desenvolvimento ou agravamento de patologias inflamatórias (como tendinites ou fasciites plantares, Menz & Morris, 2005).

Quanto ao calçado dito standard, é considerado como o calçado mais utilizado pelos idosos em especial nas suas deslocações fora de casa. É recomendável que determinados critérios sejam cumpridos no momento da sua aquisição como comprar o calçado ao fim do dia, pois é quando o pé apresenta o seu volume máximo, sobretudo em casos em que existem problemas vasculares associados. Como características gerais básicas o calçado deve apresentar (Buldt & Menz, 2018; López et al., 2015):

- ausência de costuras (internas ou externas), especialmente na região anterior do pé,
- caixa anterior (espaço para os dedos) alta e larga para que os dedos tenham espaço suficiente quer em largura quer em altura,
- comodidade, leveza, facilidade em calçar e apertá-los,
- sola grossa de borracha de forma a assegurar um melhor amortecimento, devendo também apresentar largura suficiente para uma boa estabilidade, e
- tacão largo para assegurar estabilidade lateral. O tacão deve ter no máximo uma altura de 2 a 3 cm.

Ao contrário do calçado aberto, este calçado permite a adaptação de ortóteses dando assim uma maior comodidade e estabilidade.

Quanto ao calçado desportivo, este é tipo um calçado cada vez mais utilizado, principalmente na prática de atividade física, tendo tido uma evolução muito grande sob o posto de vista estético como de materiais. Sendo deste modo um calçado que reúne diversas qualidades tais como: leveza, boa aderência, estabilidade, facilidade para calçar e descalçar, custo cada vez mais acessível e maior variedade de modelos.

Este tipo de calçado facilita enormemente a inclusão de ortóteses plantares e digitais sem grande esforço.

Cuidados básicos a ter com os pés em geriatria

O pé, sendo a extremidade mais afastada do nosso “centro”, sofre de um conjunto de alterações e patologias que são muitas vezes de complexa resolução. Por outro lado, nesta faixa etária aspetos simples como apertar os atacadores ou até mesmo fazer a sua própria higiene básica pode ser um desafio (Robbins, 2000).

Existem algumas regras simples que devem ser seguidas de forma a que possa cuidar dos seus pés de forma adequada (Melloa & Haddad, 2014):

- Lavar os pés diariamente e secar cuidadosamente, em especial entre os dedos,
- Evitar sapatos muito fechados ou quentes, especialmente durante o Verão,

- Usar meias de algodão e mudar diariamente,
- Não andar descalço em balneários públicos, ginásios ou outras áreas públicas.

Quando associamos patologias multi-sistémicas, como o caso da Diabetes, é necessário o reforço dos cuidados a ter com os pés com indicações adicionais como são exemplo os seguintes:

- Lavar diariamente os pés com água morna e sabão,
- Secar bem, especialmente entre os dedos e usar creme/loção hidratante específica para pés diabéticos,
- Cortar as unhas dos pés a direito e limar as pontas mais aguçadas,
- Nunca andar descalço (nem em casa),
- Usar meias sem costuras e calçado confortável e adequado aos seus pés, evitando sapatos abertos, sandálias e saltos altos,
- Examinar os sapatos de forma a evitar objetos estranhos, como pedras, pregos ou deformações nas palmilhas que possam ferir os pés,
- Não usar calçadas, lâminas de barbear para cuidar de calos e calosidades,
- Observar os pés todos os dias, verificando assim se tem manchas vermelhas, edemas ou alguma alteração na pele (cortes, feridas, etc),
- Para facilitar essa tarefa recomenda-se o uso de um espelho ou pedir ajuda a outra pessoa, especialmente para observar a planta do pé,
- Manter eventuais feridas cobertas com gases limpas e novas e recorrer a um profissional de Saúde para as observar e tratar,
- Deve consultar um profissional de Saúde sempre que observar alterações a nível do seu pé ou perna.
- Nunca aquecer os pés com botija e evitar ao máximo aproxima-los de aquecedora, lareiras ou outras fontes de calor.

Referências

- Boavida, J. M. (Coord.) (2011). *Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético*. Norma da Direção Geral de Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Diagn%C3%B3stico-Sistem%C3%A1tico-do-P%C3%A9-Diab%C3%A9tico.pdf>
- Buldt, A. K., & Menz, H. B. (2018). Incorrectly fitted footwear, foot pain and foot disorders: a systematic search and narrative review of the literature. *Journal of foot and ankle research*, *11*, 43. <https://doi.org/10.1186/s13047-018-0284-z>
- Chaiwanichsiri, D., Janchai, S., & Tantisiriwat, N. (2009). Foot disorders and falls in older persons. *Gerontology*, *55*(3), 296-302. <https://doi.org/10.1159/000181149>
- Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F. C., Michel, J. P., Rolland, Y., Schneider, S. M., Topinková, E., Vandewoude, M., Zamboni, M., & European Working Group on Sarcopenia in Older People (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*, *39* (4), 412–423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
- da Costa, J. P., Vitorino, R., Silva, G. M., Vogel, C., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2016). A synopsis on aging-Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing research reviews*, *29*, 90–112. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.06.005>
- Dufour, M., & Pillu, M. (Eds.). (2006). *Biomecânica funcional. Miembros, cabeza, tronco*. Masson.
- Guidozzi, F. (2017). Foot problems in older women. *Climacteric*, *20*(6), 518-521. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1373335>
- Herbault, I., Blain, H., & Jeandel, C. (2007). *Podología Geriátrica*. Editorial Paidotribo.
- Kapandji, A. I. (2007). El codo. *Fisiología articular: esquemas comentados de mecánica humana*. (6th ed, pp. 76-144). Editorial Médica Panamericana.
- López, D. L., Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., López, P. P., Ponce, Á. M., Medrano, A. S., & Tajés, F. A. (2015). Optimal choice of footwear in the elderly population. *Geriatric Nursing*, *36*(6), 458-461.

- Martínez-Gallardo Prieto, L. M. G., Galindo, L. F. H., & D'hyver de Las Deses, C. (2012). Prevalencia de patología del pie en una población geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(1), 19-22.
- Melloa, B. L., & Haddad, M. D. C. L. (2014). Anormalidades Identificadas nos Pés de Idosos. *Journal of Health Sciences*, 16(2), pp. 155-160. <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/520/489>
- Menz, H. B. (2008). Foot problems in older people: assessment and management. Elsevier Health Sciences.
- Ministério da Saúde & Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil. (2006). *Caderno de atenção básica n° 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
- Menz H. B. (2015), Biomechanics of the Ageing Foot and Ankle: A Mini-Review. *Gerontology*, 61, 381-388. <https://doi.org/10.1159/000368357>
- Menz, H. B., & Morris, M. E. (2005). Footwear characteristics and foot problems in older people. *Gerontology*, 51(5), 346-351. <https://doi.org/10.1159/000086373>
- Netto, M. P. (1996). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Atheneu.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2020). *Envelhecimento, Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. <https://unric.org/pt/envelhecimento>
- Robbins, J. M. (2000). Recognizing, treating, and preventing common foot problems. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 67(1), 45-7.
- Rodríguez-Sanz, D., Tovaruela-Carrión, N., López-López, D., Palomo-López, P., Romero-Morales, C., Navarro-Flores, E., & Calvo-Lobo, C. (2018). Foot disorders in the elderly: A mini-review. *Disease-a-month: DM*, 64 (3), 64–91. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2017.08.001>
- Sacco, I. D. C. N., de Almeida Bacarin, T., Watari, R., Suda, E. Y., Canettieri, M. G., Souza, L. C., Oliveira, M. F. & Santos, S. (2008). Envelhecimento, atividade física, massa corporal e arco plantar longitudinal influenciam no equilíbrio funcional de idosos?. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 22 (3), 183-191.
- Viladot, A. (2003). *15 Lições Sobre Patologia do Pé*. Revinter Ltda.
- Viseux F. (2020). The sensory role of the sole of the foot: Review and update on clinical perspectives. *Neurophysiologie clinique = Clinical neurophysiology*, 50 (1), 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2019.12.003>
- World Health Organization [WHO] (2001). *Men, ageing and health: Achieving health across the life span*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66941>
- World Health Organization [WHO] (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Internamento hospitalar de pessoas com demência: Uma revisão integrativa da literatura

JOANA FONTAÍNHAS¹

ROSA MARINA AFONSO²

MARIA VAZ PATTO¹

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

²Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior

joanafontainhas@gmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 16/03/2021

Resumo

O crescente envelhecimento da população encontra-se associado a um aumento dos casos de demência. Devido às dificuldades associadas a esta patologia, nomeadamente as limitações em termos de comunicação, memória e autonomia, as pessoas com demência têm maior probabilidade de ser internadas por quedas e infeções, comparativamente a indivíduos sem demência. Contudo, os serviços de internamento nem sempre estão preparados para responder adequadamente às necessidades destes pacientes. Este estudo pretende realizar uma revisão integrada da literatura sobre a hospitalização de pessoas com demência. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados eletrónicas PubMed, Scopus e Web of Science, sendo a última pesquisa efetuada a 24 de janeiro de 2020. Foram encontrados 12 artigos sobre a hospitalização de idosos com demência. De um modo geral, o internamento de pessoas idosas com demência foi um evento negativo na vida destes doentes, tendo importantes repercussões na sua qualidade de vida, dependência e mortalidade. A literatura afirma a necessidade de se criarem condições para esses internamentos, através de protocolos de atuação *in situ*. Verifica-se que são indispensáveis mais estudos sobre esta temática com a finalidade de entender concretamente como se pode prevenir resultados adversos e aumentar a dignidade e qualidade de vida das pessoas com demência.

Palavras-chave: Demência; Hospitalização; Revisão da literatura

Abstract

The growing ageing of the population is associated with an increase in cases of dementia. Due to the difficulties associated with this pathology, namely limitations in terms of communication, memory and autonomy, people with dementia are more likely to be hospitalised for falls and infections compared to individuals without dementia. However, inpatient services are not always prepared to meet the needs of these patients. This study aims to conduct an integrated review of the literature on the hospitalisation of people with dementia. The search was carried out in the electronic databases PubMed, Scopus, and Web of Science, being the last survey conducted on January 24th, 2020. Twelve articles were found on the hospitalisation of elderly people with dementia. In general, the hospitalisation of elderly people with dementia was a negative event in these patients' lives, with important repercussions on their quality of life, dependence and mortality. The literature states the need to create conditions for these hospitalisations, through *in situ* protocols. Further studies on this subject are essential to understand how to prevent adverse outcomes and increase the dignity and quality of life of people with dementia.

Keywords: Dementia; Hospitalisation; Literature review

1. Introdução

O desenvolvimento científico e as melhorias ao nível das condições de saúde e sociais, entre outros fatores, permitiram o aumento da esperança média de vida do ser humano. Com o avançar da idade ocorre, frequentemente, diminuição das capacidades físicas e psíquicas,

processo que pode ser agravado pela presença de um quadro demencial num indivíduo idoso (Alzheimer's Association, 2019; Santana et al., 2015).

A demência é uma síndrome caracterizada pela deterioração progressiva das funções cognitivas, que afeta a qualidade de vida e a realização das atividades de vida diária (Jameson et al., 2018). Afeta principalmente a memória episódica (Jameson et al., 2018), mas também a linguagem, a orientação e a capacidade de compreensão, sem prejuízo da consciência (World Health Organization, 2019). A demência é uma doença crónica, que pode ter vários anos de evolução, de elevada morbilidade, incapacidade e dependência, sendo raramente a causa de morte do indivíduo (Alzheimer's Association, 2019; Santana et al., 2015; World Health Organization, 2019).

A Doença de Alzheimer (DA) é a forma mais prevalente de demência, correspondendo a 60 a 70% dos casos de demência (World Health Organization, 2019). Outras formas comuns incluem a Demência Vascular (DV), a Demência de Corpos de Lewy (DCL) e as demências frontotemporais, podendo estas entidades coexistir simultaneamente (World Health Organization, 2019).

Dado o carácter crónico e progressivo da demência, surgem desafios no diagnóstico e tratamento destes doentes, maioritariamente idosos, uma vez que podem apresentar dificuldade no reconhecimento e expressão dos seus sintomas, assim como dificuldade acrescida na gestão das suas doenças crónicas (Prince et al., 2016). Estas características podem conduzir à perda de oportunidades de tratamento, que podem culminar no internamento hospitalar destes indivíduos (Prince et al., 2016) e em dificuldades também nesses internamentos.

A nível mundial, as pessoas com demência têm maior probabilidade de recorrer aos serviços de saúde em consequência de quedas e acidentes, infeções e complicações das suas doenças crónicas, por comparação com pessoas sem défice cognitivo (Prince et al., 2016).

No âmbito do atendimento hospitalar as características do doente com demência dificultam o tratamento e cuidado desta população, dado que estes doentes apresentam dificuldades em expressar os seus sintomas, em comunicar, em fornecer informações sobre si próprios e em compreender e recordar orientações (Prince et al., 2016). Podem, adicionalmente, apresentar alterações do comportamento, incluindo agitação e agressão (Prince et al., 2016). Dadas as características da síndrome demencial, são doentes que necessitam de maior vigilância e atenção, aumentando assim a exigência na prestação de cuidados (Prince et al., 2016).

Esta investigação, que consiste numa revisão da literatura, tem como objetivos: (1) caracterizar os motivos e número de admissões hospitalares de pessoas com demência, a duração do tempo de internamento, as intercorrências durante o internamento, as taxas de mortalidade e de readmissão hospitalares e o seguimento após alta hospitalar; (2) avaliar as repercussões a nível cognitivo, funcional e comportamental do internamento; (3) refletir sobre o tipo de cuidados necessários e adequados para indivíduos com demência; (4) discutir os resultados do trabalho de investigação com a realidade portuguesa.

2. Métodos

O método adotado para este estudo foi a revisão integrada da literatura. Trata-se de um tipo de revisão de literatura que pode incluir diversas categorias de estudos e informação com o intuito de sumarizar e integrar conhecimentos sobre um tópico, gerando uma maior compreensão do mesmo, que possa ter aplicabilidade na prática clínica (Whittemore & Knaf, 2005). Dada a diversidade das metodologias dos estudos, dificilmente comparáveis e com populações distintas, optou-se por uma revisão integrada da literatura ao invés de uma revisão sistemática.

A revisão teve como recurso quatro bases de dados eletrônicas: *MEDLINE (PubMed)*, *Scopus*, *Web of Science* e *Plos One*. A pesquisa foi realizada entre 28 de novembro de 2019 e 24 de janeiro de 2020. Os seguintes termos de pesquisa foram aplicados: (“Hospitalization” OR “Hospitalisation”) AND (“Dementia” OR “Alzheimer”) AND (“Outcomes” OR “Impact”). Este processo foi conduzido em língua inglesa, tendo sido utilizada a mesma estratégia de pesquisa nas diversas bases de dados. Não foram empregues quaisquer filtros ou restrições. Na tabela 1 encontram-se especificadas o número de referências por base de dados.

Tabela 1. Número de referências encontradas em cada base de dados

Palavras-chave	PubMed	Scopus	Web of Science	Plos One
“Hospitalization” OR “Hospitalisation” AND “Dementia” OR “Alzheimer” AND “Outcomes” OR “Impact”	13	15	21	0

Os critérios de inclusão foram investigações que: (1) incluíam indivíduos com síndrome demencial, de qualquer etiologia; (2) hospitalizados pelo mínimo de uma noite num hospital geral ou que resultasse dessa investigação um internamento hospitalar nestes parâmetros; (3) a análise foca-se num internamento geral, não especializado e em unidades não específicas. Foram excluídas revisões de literatura, resumos de reuniões e análises realizadas em unidades especializadas de Doença de Alzheimer, assim como estudos que avaliavam somente internamentos psiquiátricos.

No total, como se pode observar na tabela 1 e na figura 1, foram encontradas 49 referências através da pesquisa eletrônica. Excluíram-se 26 referências por repetição, restando 23 referências identificadas para rastreio através do título e resumo e para verificação dos critérios de inclusão definidos. Após esta análise foram selecionados 12 artigos que cumpriam os critérios de inclusão. As restantes 11 referências foram excluídas por: uma apresentar a metodologia de revisão sistemática, sete por constituírem resumos de conferências, não disponibilizando o texto integral e excluíram-se três por decorrerem em unidades especializadas (uma por a hospitalização decorrer numa unidade especial de DA, outra por se focar somente em internamentos psiquiátricos e outra por ser um estudo piloto de uma unidade especial de cuidados agudos).

Foram analisadas publicações entre o ano de 1996 a 2020.

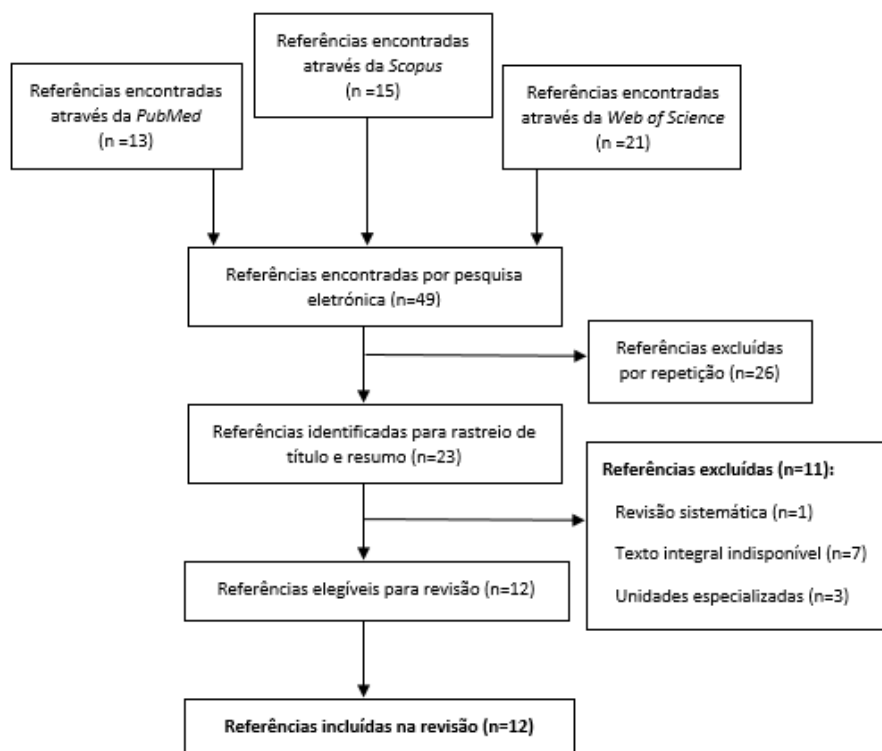


Figura 1. Fluxograma relativo à seleção de estudos

3. Resultados

Os 12 estudos incluídos foram publicados sob a forma de artigos científicos. Todos os trabalhos selecionados seguiam a metodologia de estudos observacionais. Cinco dos artigos foram publicados nos últimos cinco anos (Harvey et al., 2016; Mitchell et al., 2020; Möllers et al., 2020; Sköldunger et al., 2015; Spears et al., 2019), quatro dos artigos foram publicados entre 2010 e 2015 (Fong et al., 2012; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Ono et al., 2014) e os restantes três entre o período de 1996 e 2009 (DSW Cox, 1996; Landi et al., 1999; Zekry et al., 2009).

3.1. Admissões hospitalares

Em relação aos objetivos específicos da revisão, o tópico das admissões hospitalares foi abordado em 11 estudos (DSW Cox, 1996; Fong et al., 2012; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Harvey et al., 2016; Landi et al., 1999; Mitchell et al., 2020; Möllers et al., 2020; Ono et al., 2014; Sköldunger et al., 2015; Spears et al., 2019). Estes abordaram dispersamente as admissões de pessoas com demência, dos quais quatro relatam a proporção de doentes com demência que foram hospitalizados: um estudo refere que 34% dos idosos com demência analisados foram internados, no mínimo, uma vez, desde o diagnóstico inicial de demência (Landi et al., 1999); outro em que 48% da população estudada foi hospitalizada (Fong et al., 2012); outro estudo 33.5% (Ono et al., 2014); e um último refere 69% hospitalizados no mínimo uma vez, enquanto 31% teve múltiplas admissões (Spears et al., 2019). Dois artigos referem o número médio de

hospitalizações de pessoas com demência: um estudo relata uma média de 2.55 em doentes afro-americanos e 1.79 em doentes caucasianos (DSW Cox, 1996); outro estudo relata que um doente com demência foi hospitalizado em média três vezes durante o período de 10 anos de estudo (Möllers et al., 2020). Um artigo reporta o aumento do número de internamentos de pessoas com demência por lesões traumáticas (aumento de 2.5% ano em pessoas com DA) (Harvey et al., 2016); um artigo refere o aumento de 1.21% da prevalência de idosos com demência internados no hospital em seis anos (Guijarro et al., 2010) e um artigo conclui que pessoas com DA tinham 44.3% de probabilidade de serem hospitalizados em um ano (Gnjidic et al., 2014).

3.2. Motivos de internamento

Globalmente, constatou-se que a população com demência foi, com relativa frequência, admitida no hospital e que os principais motivos de internamento foram doenças cardiovasculares e infeções. No total, em oito artigos foram avaliados os principais motivos de internamento de pacientes com demência (DSW Cox, 1996; Fong et al., 2012; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Harvey et al., 2016; Mitchell et al., 2020; Ono et al., 2014; Spears et al., 2019). Cinco destes artigos relatam que a maioria dos doentes com demência foi hospitalizado por patologias médicas e não por sintomas da demência (DSW Cox, 1996; Fong et al., 2012; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Ono et al., 2014). Sobre as patologias médicas que motivaram com maior frequência os internamentos: um artigo reporta a doença respiratória em 22.43% (Guijarro et al., 2010); outro relata síncope, queda ou trauma em 27% (Fong et al., 2012); outro estudo relata doenças cardiovasculares em 51.1% (Gnjidic et al., 2014) e um artigo relata sintomas neuropsiquiátricos em 40% como causa de admissão mais frequente em pessoas com DCL (Spears et al., 2019). Dois artigos avaliaram os internamentos por lesões traumáticas (Harvey et al., 2016) e fraturas da anca (Mitchell et al., 2020).

3.3. Duração do internamento

Quanto à duração do internamento, oito estudos avaliaram este parâmetro (DSW Cox, 1996; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Harvey et al., 2016; Mitchell et al., 2020; Möllers et al., 2020; Spears et al., 2019; Zekry et al., 2009). Quatro dos estudos indicam maiores períodos de internamento em pessoas com demência relativamente a pessoas sem demência, sendo que esse período estendeu-se em média por mais 6.8 dias de internamento (Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Harvey et al., 2016; Zekry et al., 2009). Um estudo constata que a utilização de medicação para DA em doentes com demência reduziu, em média, 4.54 dias de internamento (Möllers et al., 2020). Paradoxalmente, um estudo constatou que o menor acesso a reabilitação após fratura da anca em doentes com demência reduziu o tempo de internamento, em média, em 6.5 dias relativamente aos doentes sem demência (Mitchell et al., 2020).

3.4. Intercorrências

Intercorrências durante o internamento, como o *delirium*, infeções hospitalares, a toma de medicação inapropriada, quedas no internamento e as comorbilidades prévias dos doentes com demência foram fatores que influenciaram negativamente e aumentaram a duração do internamento. Sobre intercorrências em pessoas internadas com demência, quatro dos estudos

relatam a ocorrência de complicações no decorrer do internamento, no entanto, nem sempre são especificadas (Fong et al., 2012; Harvey et al., 2016; Ono et al., 2014; Spears et al., 2019), dois artigos referem o desenvolvimento de *delirium* como a intercorrência mais frequente em pessoas com demência (Fong et al., 2012; Spears et al., 2019).

3.5. Mortalidade

A mortalidade foi um tema abordado em 10 dos 12 estudos analisados (Fong et al., 2012; Gnjidic et al., 2014; Guijarro et al., 2010; Harvey et al., 2016; Landi et al., 1999; Mitchell et al., 2020; Möllers et al., 2020; Sköldunger et al., 2015; Spears et al., 2019; Zekry et al., 2009). Globalmente constatou-se que a mortalidade hospitalar de pessoas com demência foi superior em relação a pessoas sem demência. Três artigos mencionam a mortalidade hospitalar, sendo que num foi de 3.9% em pessoas com demência e de 6.1% com demência mista (Zekry et al., 2009) e nos outros dois, relativa às pessoas com demência apenas, foi de 19.3% e de 5%, respetivamente (Guijarro et al., 2010; Spears et al., 2019); dois artigos concluem que a mortalidade a 30 dias após o internamento foi superior nos doentes com demência relativamente a doentes sem demência (Harvey et al., 2016; Mitchell et al., 2020); um estudo refere as comorbilidades como fator preditor de mortalidade (Zekry et al., 2009); outro considera a demência como fator de risco independente de mortalidade (Guijarro et al., 2010); outro associa o internamento a um maior risco de mortalidade em doentes com DA, aumentando ainda mais o risco de mortalidade com o desenvolvimento de *delirium* (Fong et al., 2012), e um último conclui que doentes com demência medicados para DA apresentaram menor mortalidade após o internamento (Möllers et al., 2020).

3.6. Readmissão hospitalar

A readmissão hospitalar após um internamento foi abordado em três estudos (Fong et al., 2012; Harvey et al., 2016; Möllers et al., 2020). Três artigos expõem esta temática: um estudo afirma que ocorreu readmissão em 55% dos doentes com DA internados e em 67% dos doentes com DA internados e *delirium* concomitante (Fong et al., 2012); outro artigo relata menores taxas de readmissão em doentes com demência internados por fraturas, comparando com doentes sem demência (Harvey et al., 2016) e um último refere que no terceiro e quarto internamento, o risco de admissão foi reduzido em doentes com demência medicados para DA (Möllers et al., 2020).

3.7. Seguimento após alta hospitalar

Quanto ao destino posterior à alta e ao impacto da hospitalização no indivíduo com demência, seis dos 12 estudos analisados abordam o seguimento após alta hospitalar. Estes seis estudos reportam a institucionalização como destino posterior à hospitalização, assim como o aumento da necessidade de cuidados formais e informais (DSW Cox, 1996; Fong et al., 2012; Harvey et al., 2016; Möllers et al., 2020; Spears et al., 2019; Zekry et al., 2009). Nestes seis artigos a institucionalização ocorreu em 38% dos afro-americanos e 45% dos caucasianos (DSW Cox, 1996); noutro estudo em 20% (Zekry et al., 2009); noutro artigo em 15% (Fong et al., 2012); outros autores referem 9% dos doentes com demência a serem institucionalizados (Harvey et al., 2016); noutro estudo a institucionalização ocorreu em 33% (Spears et al., 2019) e um último

refere uma diminuição no risco de institucionalização nos doentes com demência medicados para DA comparando com os não medicados (Möllers et al., 2020).

3.8. Repercussões a nível cognitivo, funcional e comportamental do internamento

Dois artigos referem um agravamento do défice cognitivo durante o internamento, o que aumentou a probabilidade de institucionalização e de aumento de cuidados formais ou informais (DSW Cox, 1996; Zekry et al., 2009), e um estudo relata que 21% dos doentes com DA que foram internados sofreram declínio cognitivo, associando o desenvolvimento de *delirium* com o risco de maior agravamento do declínio cognitivo (Fong et al., 2012). Estes dados sugerem que um indivíduo com demência parece necessitar de maior prestação de cuidados, quer seja por declínio funcional ou cognitivo, tendo em consideração que há repercussões a nível cognitivo, funcional e comportamental do internamento.

3.9. Tipo de cuidados necessários e adequados para indivíduos com demência

Em relação ao tipo de cuidados necessários e adequados para indivíduos com demência, três artigos relatam o aumento de necessidade de cuidados a prestar ao doente após o internamento (DSW Cox, 1996; Spears et al., 2019; Zekry et al., 2009).

3.10. Estudos nacionais

Nenhum dos 12 estudos analisados nesta revisão integrativa da literatura foram realizados em contexto nacional.

4. Discussão

A informação sobre o número de internamentos de pessoas com demência é inconsistente entre estudos, contudo, sugere-se que pessoas com demência têm mais tendência para ser hospitalizadas do que pessoas sem demência, vendo-se um aumento do número de internamentos desta população ao longo do tempo. Por outro lado, este evento pode ocorrer múltiplas vezes. Em Portugal, ocorreu um aumento de 4.7 vezes na taxa de hospitalização de pessoas com demência entre 2000 e 2014 (Bernardes et al., 2018), sugerindo uma tendência crescente. A percentagem de mulheres internadas com demência nesta revisão é superior à dos homens, o que se constata igualmente em Portugal (Bernardes et al., 2018). Estes resultados alertam para a necessidade dos hospitais se prepararem para receber as pessoas com demência, que apresentam necessidades específicas devido às suas limitações de memória e, consequentemente, de comunicação e autonomia.

Os resultados alertam para a especial vulnerabilidade destes doentes ao desenvolvimento de complicações em contexto hospitalar (Fong et al., 2012; Harvey et al., 2016; Ono et al., 2014; Spears et al., 2019), destacando-se o *delirium* como a intercorrência mais frequente (Fong et al., 2012; Spears et al., 2019), o que reforça o risco acrescido previamente relatado nesta população (Prince et al., 2016). O risco de mortalidade após o internamento é superior ao risco da população sem demência (Harvey et al., 2016; Mitchell et al., 2020), confirmado também noutros estudos (Lehmann et al., 2018; Prince et al., 2016; Rao et al., 2016). Os fatores que se constatou que aumentavam a mortalidade foram: défice cognitivo mais severo (Guijarro et al.,

2010; Landi et al., 1999), comorbilidades do doente (Sköldunger et al., 2015; Zekry et al., 2009), agravamento do estado nutricional (Zekry et al., 2009), toma de medicação inapropriada (Gnjidic et al., 2014; Sköldunger et al., 2015), internamento (Fong et al., 2012) e desenvolvimento de *delirium* durante o internamento (Fong et al., 2012). Sobre a mortalidade hospitalar um estudo refere que as comorbilidades foram o principal fator preditor desta ocorrência (Zekry et al., 2009). Em Portugal, a mortalidade hospitalar de doentes internados com demência aumentou entre 2000 e 2014 e 44.0% das hospitalizações por pneumonia culminaram no óbito do doente (Bernardes et al., 2018).

Os estudos analisados no âmbito desta revisão sugerem que o internamento nestes doentes tem um impacto negativo, destacando-se o aumento da dependência destes doentes, que gera um aumento da necessidade de cuidados formais, informais e, inclusivamente, de institucionalização (DSW Cox, 1996; Fong et al., 2012; Harvey et al., 2016; Möllers et al., 2020; Spears et al., 2019; Zekry et al., 2009). Dois dos estudos analisados reportam uma maior probabilidade de institucionalização de doentes com demência, quando comparados com doentes sem demência (Harvey et al., 2016; Zekry et al., 2009), tendência comprovada numa revisão sistemática recente (Lehmann et al., 2018). Dois estudos associam o agravamento do quadro cognitivo com o aumento do risco de institucionalização (DSW Cox, 1996; Zekry et al., 2009), enquanto outro defende que é o próprio internamento que influencia esse risco, que se agrava se desenvolver *delirium* (Fong et al., 2012) e outro que relata a influência do estado funcional (Zekry et al., 2009). Os fatores precipitantes para a pessoa passar a residir numa instituição são diversos sendo o internamento um fator a destacar, e sendo, frequentemente, o momento decisivo. Estes resultados sugerem que, possivelmente, a introdução de práticas e protocolos de atuação com este grupo clínico, poderá reduzir o impacto global negativo. Os cuidados centrados na Pessoa, na sua individualidade e a valorização na comunicação com o doente e família e/ou pessoas significativas poderão constituir estratégias para se reduzir este impacto global mais negativo. Por exemplo, no Reino Unido, nos cuidados hospitalares, os doentes têm uma ficha com informações pessoais, preferências e rotinas para apoio em locais desconhecidos da pessoa. Intitula-se “This is me” (Alzheimer’s Society, 2020) e permite aos profissionais de saúde um maior conhecimento do doente e atenuar algumas dificuldades comunicacionais. É algo adaptável e possível de implementar em contexto nacional que facilitaria a prestação de cuidados mais personalizados, uma vez que as competências comunicacionais são a chave do cuidado centrado na pessoa (Prince et al., 2016). É importante conter o nome pelo qual gostam de ser chamados, o nome do cuidador e familiares próximos, os seus interesses, profissão prévia, o que consegue fazer autonomamente ou que necessita de ajuda, o que lhe pode criar agitação, o que ajuda a acalmar, se tem dificuldades em comunicar, dificuldades auditivas ou visuais, como se costuma movimentar, alimentos preferidos, doenças e medicação. Deve conter também os passatempos e músicas preferidas, o que poderia ser uma estratégia para diminuir a ansiedade. A aplicação deste conceito melhorará a identificação de doentes com demência, facilitará a recolha de história clínica, informações pessoais e do estado do doente prévio ao internamento, o que é relevante para reconhecer e identificar sinais de *delirium*. Por outro lado, os profissionais de saúde terão mais ferramentas para conhecer o doente, permitindo personalizar os cuidados. É importante reforçar a formação de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares) no tratamento de pessoas com esta patologia, com

o intuito de conhecer as necessidades específicas destes doentes e, também, terem à sua disposição mais valências e modos de atuação. Esta especialização deve ser acompanhada igualmente de uma adaptação dos ambientes hospitalares às necessidades que esta patologia requer.

No hospital, sempre que possível, deve ser encorajada a presença e envolvimento do cuidador e, idealmente, estes doentes deveriam permanecer num local calmo, com alguns objetos pessoais e elementos que facilitem a sua orientação temporo-espacial. Estas estratégias de tornar o hospital um local mais acolhedor e a manutenção de cuidados e necessidades do doente são a base da prevenção do *delirium* (Prayce et al., 2018). Sugere-se a adoção de cuidados centrados na pessoa, a valorização da comunicação com o doente e família e a personalização dos cuidados. Como estratégia mais específica, sugere-se a criação de ferramentas como o “This is me” (Alzheimer’s Society, 2020) que permitirá um apoio ao doente com dificuldades comunicacionais, atenuando as barreiras atualmente existentes.

Trata-se de uma problemática importante e emergente a nível nacional dado o envelhecimento da população e o aumento de casos de demência. Uma das limitações desta revisão foi a escassez de estudos sobre o internamento de pessoas com demência, relacionadas, entre outros motivos, com as dificuldades metodológicas inerentes à dificuldade de recolha de dados com estes doentes, por exemplo, com questionários. Por outro lado, os trabalhos revistos possuem métodos e objetivos distintos, dificultando a sua comparação e impedindo de realizar revisões de literatura mais robustas. Pela revisão efetuada é um tema pouco estudado em Portugal, mas também a nível mundial. Verifica-se, então, que são indispensáveis mais estudos sobre pessoas com demência no sentido de se garantir a sua dignidade e para se reduzir o impacto do internamento hospitalar nesta população vulnerável.

5. Conclusões

De um modo geral, o internamento de pessoas idosas com demência é um evento negativo e marcante na vida destes doentes e das suas famílias, cuidadores e pessoas significativas, tendo importantes repercussões na sua qualidade de vida, dependência e mortalidade. Os doentes com demência são particularmente vulneráveis à ocorrência de complicações, principalmente *delirium*, o que pode ter consequências a longo prazo, tais como o agravamento do défice cognitivo, institucionalização e eventual aumento do risco de mortalidade. Trata-se de uma população com risco de mortalidade acrescido após o internamento. O número de comorbilidades, a própria demência e o desenvolvimento de *delirium* aparentam ser fatores relevantes no aumento da mortalidade. Os estudos sugerem que o internamento tem implicações negativas a nível cognitivo, funcional e na dependência dos doentes, originando um aumento da necessidade de cuidados. Por vezes, é o momento decisivo para institucionalizar o doente.

As pessoas idosas com demência representam uma franja muito vulnerável, pelo que devem ser protegidos não só na vertente da saúde física, mas também da saúde mental e qualidade de vida e dignidade. A redução das visitas hospitalares agrava o processo de internamento de um indivíduo com demência, tornando esse evento extremamente negativo e angustiante. Será que as novas tecnologias de informação poderão beneficiar os doentes com demência no futuro? A presença virtual do cuidador e de familiares pode ser, num futuro próximo, uma importante

ferramenta tranquilizadora para estes doentes, quando colocados em ambientes desconhecidos.

As pessoas com demência têm o mesmo direito a tratamento e cuidados que qualquer outro indivíduo, não devendo ser estigmatizados pela sua doença. A qualidade de vida de pessoas com demência e a sua dignidade devem ser sempre protegidas, uma vez que se encontram numa situação de elevada vulnerabilidade. Compete aos serviços de saúde adaptarem-se e proporcionarem a cada um destes doentes os melhores cuidados possíveis.

6. Bibliografia

- Alzheimer's Association. (2019). 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321–387. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.01.010>
- Alzheimer's Society. (2020). *This is me*. <https://doi.org/10.4324/9780429467448-1>
- Bernardes, C., Massano, J., & Freitas, A. (2018). Hospital admissions 2000–2014: A retrospective analysis of 288 096 events in patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77(April), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.006>
- DSW Cox, C. (1996). Outcomes of Hospitalization. *Social Work in Health Care*, 23(1), 23–38. <https://doi.org/10.1300/J010v23n01>
- Fong, T. G., Jones, R. N., Marcantonio, E. R., Tommet, D., Gross, A. L., Habtemariam, D., Schmitt, E., Yap, L., & Inouye, S. K. (2012). Adverse Outcomes After Hospitalization and Delirium in Persons With Alzheimer Disease. *Annals of Internal Medicine*, 156(12), 848–856.
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Hartikainen, S., Tolppanen, A. M., Taipale, H., Koponen, M., & Bell, J. S. (2014). Impact of high risk drug use on hospitalization and mortality in older people with and without Alzheimer's disease: A national population cohort study. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083224>
- Guijarro, R., San Román, C. M., Gómez-Huelgas, R., Villalobos, A., Martín, M., Guil, M., Martínez-González, M. Á., & Toledo, J. B. (2010). Impact of Dementia on Hospitalization. *Neuroepidemiology*, 35(2), 101–108. <https://doi.org/10.1159/000311032>
- Harvey, L., Mitchell, R., Brodaty, H., Draper, B., & Close, J. (2016). The influence of dementia on injury-related hospitalisations and outcomes in older adults. *Injury*, 47(1), 226–234. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.09.021>
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2018). Nervous System Dysfunction. In *Harrison's Principles of Internal Medicine* (20th ed., p. 152). McGraw Hill Education.
- Landi, F., Gambassi, G., Lapane, K. L., Sgadari, A., Mor, V., & Bernabei, R. (1999). Impact of the Type and Severity of Dementia on Hospitalization and Survival of the Elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10(2), 121–129. <https://doi.org/10.1159/000017112>
- Lehmann, J., Michalowsky, B., Kaczynski, A., Thyrian, J. R., Schenk, N., Esser, A., Zwingmann, I., & Hoffmann, W. (2018). The Impact of Hospitalization on Readmission, Institutionalization, and Mortality of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 64(3), 735–749. <https://doi.org/10.3233/JAD-171128>
- Mitchell, R., Draper, B., Brodaty, H., Close, J., Ting, H. P., Lystad, R., Harris, I., Harvey, L., Sherrington, C., Cameron, I. D., & Braithwaite, J. (2020). An 11-year review of hip fracture hospitalisations, health outcomes, and predictors of access to in-hospital rehabilitation for adults ≥ 65 years living with and without dementia: a population-based cohort study. *Osteoporosis International*, 31, 465–474. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05260-8>
- Möllers, T., Perna, L., Stocker, H., Ihle, P., Schubert, I., Schöttker, B., Frölich, L., Bauer, J., & Brenner, H. (2020). Alzheimer's disease medication and outcomes of hospitalisation among patients with dementia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–9. <https://doi.org/10.1017/s2045796019000702>
- Ono, T., Tamai, A., Takeuchi, D., & Tamai, Y. (2014). Factors related to day-care clinic outcomes for dementia patients: Differences between hospitalization in the dementia ward and institutionalization. *Psychogeriatrics*, 14(1), 17–24. <https://doi.org/10.1111/psyg.12034>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, Quality and costs now and in the future. *Alzheimer's Disease International (ADI)*, 1–140. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
- Rao, A., Suliman, A., Vuik, S., Aylin, P., & Darzi, A. (2016). Outcomes of dementia: Systematic review and meta-analysis of hospital administrative database studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.008>

- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 182–188. <https://doi.org/10.20344/amp.6025>
- Sköldunger, A., Fastbom, J., Wimo, A., Fratiglioni, L., & Johnell, K. (2015). Impact of Inappropriate Drug Use on Hospitalizations, Mortality, and Costs in Older Persons and Persons with Dementia: Findings from the SNAC Study. *Drugs & Aging*, 32(8), 671–678. <https://doi.org/10.1007/s40266-015-0287-4>
- Spears, C. C., Besharat, A., Monari, E. H., Martinez-Ramirez, D., Almeida, L., & Armstrong, M. J. (2019). Causes and outcomes of hospitalization in Lewy body dementia: A retrospective cohort study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 64(March), 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.03.014>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2019). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zekry, D., Herrmann, F. R., Grandjean, R., Vitale, A.-M., De Pinho, M.-F., Michel, J.-P., Gabriel, G., & Krause, K.-H. (2009). Does dementia predict adverse hospitalization outcomes? A prospective study in aged inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 283–291. <https://doi.org/10.1002/gps.2104>

Autoavaliação da saúde de idosos em contexto de pandemia - estudo de caso

JACQUELINE MARQUES¹

MÓNICA TEIXEIRA²

¹Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

²Instituto Superior de Serviço Social do Porto

jacqueline.marques@ulusofona.pt

enviado a 26/01/2021 e aceite a 22/03/2021

Resumo

A percepção que cada idoso tem do seu estado de saúde é um fator fundamental no entendimento da qualidade de vida e deve ser considerado aquando das intervenções sociais. A saúde é uma das principais preocupações dos idosos, já que existe nessa fase da vida uma alteração da capacidade funcional e, conseqüentemente, uma maior sensação de fragilidade e dependência. O objetivo deste estudo foi analisar a saúde percebida de um conjunto de idosos que frequentam Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, assim como, a sua comparação com o ano anterior, com o grupo de pares e com o impacto da Pandemia. Efetuamos um inquérito por questionário. Verificamos que existe uma relação entre o género e a autoavaliação do estado de saúde, sendo as mulheres que maioritariamente efetuam uma avaliação negativa. A maioria dos idosos apresentam o valor “aceitável” para autoavaliar a saúde, segue-se os idosos com uma visão negativa da sua saúde e, apenas, um número muito reduzido considera esta ser positiva. Quando o estado de saúde foi comparado com o ano anterior a maioria considera estar “mais ou menos igual” demonstrando um processo adaptativo ao envelhecimento, seguindo-se os que consideram que o estado de saúde tinha piorado em relação ao ano anterior. Dos idosos inquiridos 38,1% consideram que a pandemia teve um impacto na sua saúde. Todas eram do género feminino e integravam o Centro de Dia, resposta social que sofreu grandes alterações com a pandemia. Maioritariamente estas idosas consideram que o maior impacto desta pandemia foi ao nível psicológico.

Palavras-chaves: Envelhecimento; saúde percebida; qualidade de vida; pandemia.

Abstract

The perception that each elderly person has of his or her health status is a key factor in understanding the quality of life and should be considered during social interventions. Health is one of the main concerns of the elderly since there is a change in functional capacity and, consequently, a greater sense of frailty and dependence. The objective was to analyse the perceived health of a group of elderly people attending the Day Care Centre and Home Care Service, as well as their comparison with the previous year, with the peer group and the impact of the Pandemic. We surveyed by questionnaire. We found that there is a relationship between gender and self-assessment of health status, with women being the ones who mostly make a negative assessment. The majority of the elderly described their health as “acceptable”, followed by those with a negative view of their health and only a very small number considered it to be positive. When compared with the previous year, most considered to be “more or less the same”, showing an adaptive process to ageing, followed by those who considered that their health condition had worsened compared to the previous year. Of the surveyed elderly 38.1% considered that the pandemic had an impact on their health. All were female and were part of the Day Care Centre, a social response that suffered major changes with the pandemic. Most of these elderly women considered that the greatest impact of this pandemic was at the psychological level.

Keywords: Ageing; perceived health; quality of life; pandemic.

Introdução

O século XXI iniciou com desafios diversos, alguns nunca vivenciados. Um dos desafios colocados aos países desenvolvidos refere-se ao envelhecimento, a forma como queremos e devemos cuidar e encarar esta fase da vida que, em países como Portugal, constitui uma fatia substancial da população. Segundo dados do INE/PORDATA a população residente em Portugal, com mais de 65 anos, no final de 2019, era de 2.280.424 indivíduos, ou seja, cerca de 22,2% da população residente em Portugal nesse ano. Sabemos ser um país envelhecido onde há já muito tempo ultrapassamos o ponto de equilíbrio na relação entre população jovem (com menos de 15 anos) e a população com mais de 65 anos, estando o índice de envelhecimento, em 2019, no valor de 161,3%. Obviamente que o facto de vivermos mais anos é um indicador positivo, apenas possível pela melhoria considerável da qualidade de vida da população portuguesa nas últimas décadas. No entanto, sabemos hoje que muitos destes idosos, por razões objetivas ou subjetivas, não envelhecem com qualidade e apresentam um conjunto de doenças e em muitos casos de dependência¹.

O envelhecimento envolve um conjunto de alterações biológicas, morfológicas, psicológicas e sociais, que ocorrem de forma contínua e, em regra, irreversível. Estas modificações, de acordo com Santos (2010, p. 1036), são variadas:

As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

Todas essas alterações provocam, em regra, um declínio das funções orgânicas em geral. Este declínio não decorre da mesma forma em todas as pessoas e varia de indivíduo para indivíduo com a influência de diversos fatores, como sejam o ambiente em que se vive, a situação socioeconómica, os hábitos e estilos de vida, entre outros (Papaléo, 2002). Cada contexto e história de vida particular influencia os estilos de vida, a forma de envelhecer, o modo como se encara e o significado atribuído a esse processo. Esta complexidade implica que a velhice seja entendida na sua globalidade, o que inclui a dimensão biológica, social, cultural e, como refere Queiroz e Sousa (2010, p.408) uma “dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história”.

A subjetividade na forma de encarar o envelhecimento interfere com a forma como o sujeito encara o seu estado de saúde. Diversos estudos demonstram a relação que existe entre as condições objetivas e subjetivas na qualidade de vida dos idosos (Neri, 1993). Como fatores objetivos podemos referir as condições de saúde, grau de escolaridade, situação económica, entre outros. Fatores fundamentais, mas que não esclarecem sobre a percepção que o sujeito possui da sua vida e do impacto dos referidos fatores para ele (e sua vida). Os fatores subjetivos procuram compreender essa compreensão e podem encarar fatores como história de vida, o

¹O índice de dependência dos idosos era de 34,2% em 2019 (PORDATA, 2021)

estado psicológico, reações afetivas, satisfação com a vida, saúde percebida, entre outros (Diener; Suh, 1997).

A saúde percebida é uma das formas comumente utilizadas para compreender a qualidade de vida percebida dos idosos. O conceito de saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz a respeito da qualidade de sua saúde e pode ser analisada tendo em conta o passado, o presente e o futuro. Trata-se de um conceito que segundo Ferreira, Izzo e Jacob (2007, p.155) apresenta

“uma integração individual de muitos aspectos de saúde, entre eles a competência comportamental (dimensão social) e o sentido de auto-eficácia (dimensão psíquica), ou seja, com o senso da pessoa de que ela é capaz de executar os comportamentos necessários para produzir os resultados que deseja”.

Trata-se, pois, de uma avaliação subjetiva que cada sujeito faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental, podendo incluir uma avaliação, em termos comparativos, da capacidade funcional atual e passada, e de uma avaliação (individual e subjetiva) de aspetos como a capacidade de realizar determinadas tarefas, o status funcional e o status de saúde (Teixeira; Neri, 2008). Em regra, as formas mais comuns de cada um integrar a sua “saúde percebida” é feita através de fatores como existência de doenças, o volume de consumo de medicamentos, a presença de dor e de desconfortos, modificações do estado cognitivo, diminuição da capacidade física (Steinhagen-Thiessen; Borchelt, 1999). Note-se que a idade não implica uma homogeneidade na percepção do estado de saúde, já que no mesmo grupo etário podem ser diversas as formas de o perceber, o que se relaciona, como já referido, com a complexidade e heterogeneidade do processo de envelhecimento.

Podemos considerar que o estado de saúde percebido de cada idoso pode ser uma forma para compreender a capacidade/incapacidade funcional dos mesmos. Para Pitanga (2010) existe duas formas de encarar a saúde, por um lado, a positiva que se relaciona com capacidade de cada um desenvolver as funções e responder aos desafios quotidianos, bem como a atitude positiva perante a vida; por outro lado a negativa, que pelo contrário, se associa a morbilidade e, em última instância, à mortalidade.

O objetivo deste estudo foi analisar a saúde percebida de um conjunto de idosos, de modo a compreender a autoavaliação que fazem do seu estado de saúde atual, assim como a sua comparação com o ano anterior e com o grupo de pares. Para além disso, procuramos entender de que modo o conceito de saúde percebida foi modificado com o atual cenário de Pandemia. A consequência, por um lado, do isolamento imposto e, por outro lado, do cancelamento de atividades ocupacionais (lazer, lúdicas, físicas, de motricidade, etc.), poderão ter contribuído para a deteriorização do estado funcional de muitos idosos e, por isso, para o aumento da percepção negativa que os mesmos possuem da sua saúde.

Metodologia

Os resultados do trabalho que aqui apresentamos foram desenvolvidos a partir de uma investigação descritiva. Para o efeito, optamos pelo inquérito por questionário como instrumentos de recolha de dados. O inquérito foi dividido em três dimensões: a 1ª dimensão refere-se à informação sociodemográfica dos inquiridos; a 2ª dimensão integra a autoavaliação

do estado de saúde. Para o efeito foi utilizada uma versão adaptada do questionário Autoavaliação da Saúde (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999, Adapto). O questionário sobre autoavaliação da saúde utilizado foi retirado do “The European Survey on Aging Protocol – versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Tem como objetivo avaliar os índices de saúde percebida em grupos de indivíduos com idade avançada, com competência associada ao processo de envelhecimento; a 3ª dimensão refere-se à relação entre a saúde e a pandemia, onde se solicitou aos inquiridos que identificassem a influência da Pandemia no seu estado de saúde e a forma como essa influência ocorreu.

A população inquirida foi constituída pelos utilizadores de Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de uma Instituição Particular de Solidariedade Social do centro do país. O número total de utilizadores dessas respostas sociais era de 25 e 23 respetivamente, dos quais foram selecionados 30 de acordo com os seguintes critérios de inclusão: não apresentarem diagnóstico de demência, capacidade de autopreenchimento do questionário ou apoio no preenchimento do mesmo e vontade expressa em participar (com declaração de consentimento informado). Deste modo, foram selecionados 13 utilizadores de Centro de Dia e 17 de Serviço de Apoio Domiciliário. Os questionários foram entregues aos participantes pessoalmente.

Inicialmente elaboramos uma análise estatística dos dados para de seguida interpretar os resultados a partir da revisão da literatura existente.

Apresentação e discussão dos dados

Dos 30 inquéritos por questionários enviados foram preenchidos 25, dos quais eliminamos 4, ficando a amostra com um número final de 21 participantes. Destaca-se como principal motivo para a eliminação dos mesmos o seu preenchimento incompleto e não preenchimento do consentimento informado. Assim sendo, a amostra integra 10 utilizadores do Centro de Dia (CD) e 11 do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), num total de 21 idosos.

Relativamente ao género, 61,9 % (13) da amostra é constituída por mulheres e 38,1% (8) é constituída por homens. As mulheres estavam distribuídas em 8 no CD e 5 em SAD. Já os homens estavam integrados 2 em CD e 6 em SAD. Podemos verificar uma presença superior das mulheres o que se poderá relacionar com o fenómeno da feminização da velhice, explicado pelas diferenças no declínio físico e metabólico entre homens e mulheres, que leva a uma maior longevidade das mulheres, o que também tem sido relacionado com outros fatores de risco, como sejam acidentes de trabalho, tabagismo e uso de álcool, assim como diferenças na forma de encarar doenças e incapacidades (Mazo; Lopes; Benedetti, 2009).

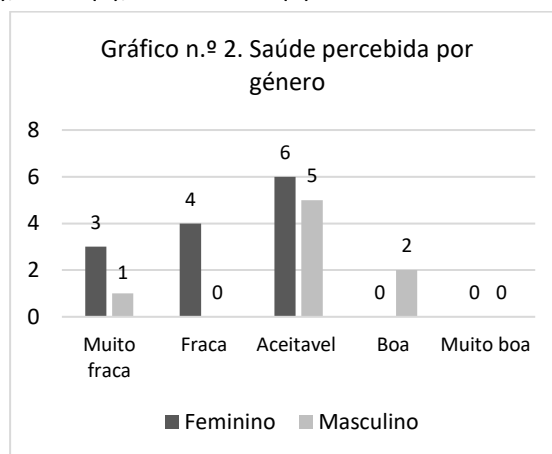
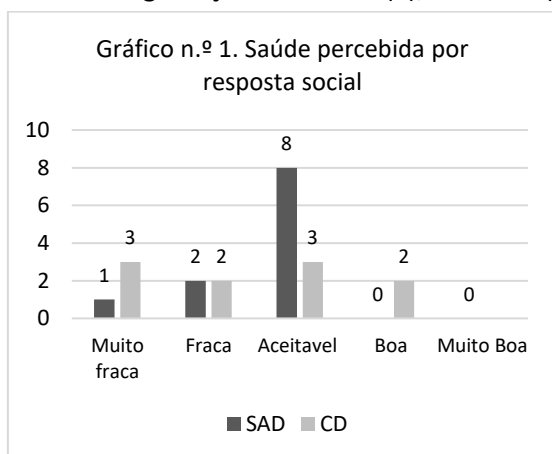
Em relação ao género salientamos uma diferença entre as duas respostas sociais, sendo os homens mais presentes no SAD (6) e as mulheres em CD (8). Embora não se tenha recolhido dados para justificar essa diferença, podemos supor, a partir da literatura existente, que os homens apresentam maior dificuldade na participação em atividades grupais (Ferreira; Izzo, Jacob, 2007).

A maioria da amostra é viúva/o, 12 idosos correspondente a 57,1%, 5 eram casados (23,8%) e 4 solteiros (19,1%). A distribuição dos idosos por estado civil e resposta social é muito semelhante, já que temos 2 solteiros em cada uma respostas sociais, 3 casados em SAD e 2 em CD e igual número (6) de viúvos em CD e SAD.

No que respeita à coabitação uma grande parte, 10 idosos (47,6%), vive sozinho. Destes a maioria (7 idosos) esta integrado em resposta de SAD que representa na atualidade uma das alternativas para os idosos não terem que abandonar as suas casas e os seus pertences, já que este serviço consegue satisfazer as suas necessidades básicas no domicílio. Apresenta-se, por isso, como uma resposta importante que, em muitos casos, se articula com a solidariedade informal que no nosso país surge como um importante suporte para o cuidado dos idosos (Pimentel, 2005).

A escolaridade predominante na amostra é o ensino primário completo, com uma percentagem de 47,6%, que corresponde a 10 idosos. Dos inquiridos 5 (23,8%) nunca frequentaram a escola, e igual número (5, 23,8%) possui o ensino primário incompleto. Apenas 1 idoso (4,8%) possui o 2º ciclo. É visível a baixa escolaridade da nossa amostra, já que cerca de metade (10 idosos) não possui o 1º ciclo e o mesmo número possui apenas a instrução primária. Esta situação esta relacionada com a idade da nossa amostra, uma vez que a escolaridade obrigatória não existia quando eram jovens e a oportunidade da frequência escolar por vários anos era escassa, principalmente em meios rurais, como é o caso do contexto geográfico dos nossos inquiridos.

No que concerne à questão da autoavaliação sobre a saúde colocamos 5 hipóteses de escolha da autoavaliação qualitativa do estado de saúde: muito boa, boa, aceitável, fraca e muito fraca. A maioria dos inquiridos (11 idosos, correspondente a 52,4%) considera que a sua saúde é “aceitável”. De acordo com os dados apresentados no Gráfico nº1, nenhum dos idosos inquiridos considera ter uma saúde “muito boa” e apenas dois (9,5%) consideram esta ser “boa” (ambos a frequentar o CD). Na avaliação da saúde como “fraca” surgem 4 idoso (19,05%), divididos de igual forma em CD e SAD (com 2 idosos em cada), e como “muito fraca” surgem outros 4 idosos (19,05%), correspondendo 1 ao SAD e 3 ao CD. Deste modo - e considerando o “aceitável” como uma avaliação qualitativa intermetida, a “muito boa” e “boa” como avaliação positiva e o “fraco” e “muito fraco” como uma avaliação negativa – podemos dizer que apenas 9,5% da nossa amostra (2 idosos) possui uma avaliação positiva do seu próprio estado de saúde e 38,1% (8 idosos) possui uma avaliação negativa do seu estado de saúde. Assim, em SAD a percepção do estado de saúde pelo próprio idoso foi de aceitável (8), fraca (2) e muito fraca (1); no CD esta gradação foi de boa (2), aceitável (3), fraca (2), muito fraca (3).



Verificamos existir uma relação entre o estado de saúde percebida e o género (Gráfico nº2). Assim, os únicos inquiridos que efetuam a avaliação positiva do seu estado de saúde (como

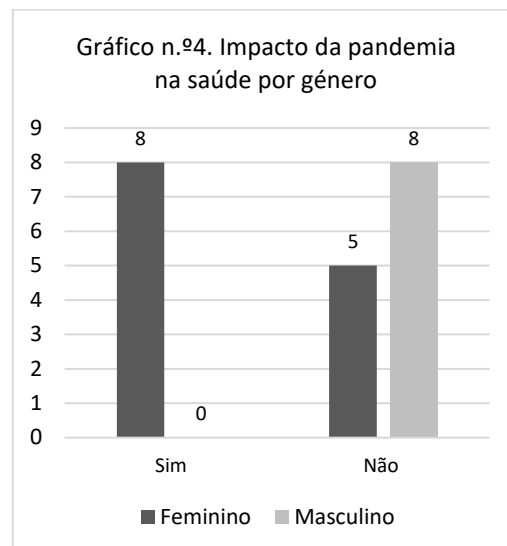
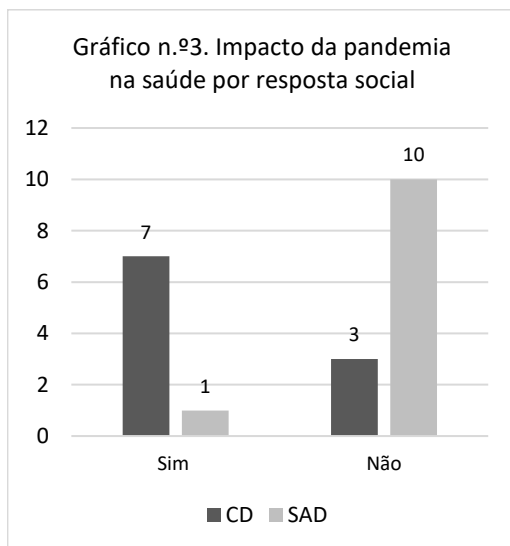
“boa”) são do género masculino. Já as respostas “fraca” e “muito fraca”, correspondente a uma autoavaliação negativa da sua saúde, pertenceram maioritariamente a inquiridos do género feminino (7 mulheres e apenas 1 homem).

Ao serem solicitados para comparar com o ano passado a sua situação de saúde atual, os itens que apresentam um número de respostas mais elevado são: “Mais ou menos na mesma” respondido por 12 participantes (57,1%) e “Um pouco pior do que há um ano” por 9 indivíduos (42,9%). As respostas “muito melhor do que há um ano”, “um pouco melhor do que há um ano”, e “muito pior do que há um ano” não obtiveram qualquer resposta por parte dos inquiridos. É, assim, visível que o sentimento que todos os idosos possuem sobre o seu estado de saúde vai ao encontro do conhecido processo de envelhecimento, no qual a deterioração funcional e do estado de saúde é progressiva e decorre ao longo do tempo. Um dado curioso foi o facto de para a maioria dos utentes de SAD (8 contra 4 do CD) a sua saúde é entendida como estável quando comparada com o ano anterior, mas pelo contrário a maioria dos utentes que consideram estar pior pertencem a resposta de CD (6 idosos contra 3 de SAD).

Quando solicitamos aos inquiridos para estabelecer uma comparação com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, verificamos que grande parte dos idosos (10, correspondente a 47,6%) considera ser “mais ou menos na mesma”, sendo que destes a maioria que respondeu foi de SAD (7 contra 3 em CD). Um número, também, elevado de idosos (7, correspondente a 33,3%) consideram que o seu estado de saúde é “um pouco pior” quando comparado com os seus pares, estando aqui as respostas de SAD e CD muito próximas (com 3 e 4 idosos, respetivamente). Numa visão mais positiva com a consideração de possuir uma saúde “muito melhor” que os seus pares surgem 2 idosos (9,5%), ambos de CD e no outro extremo com a consideração de “muito pior” surge 1 idoso (4,8%) integrado em SAD. Um (4,8%) dos inquiridos, integrado em CD, não sabe/não responde.

Seguindo a mesma lógica da resposta anterior grande parte dos idosos (10/ 47,6%) efetua uma avaliação da sua saúde, quando comparada com seus pares, de estabilidade. A avaliação positiva da sua saúde na comparação com os outros surge em apenas 2 idosos (9,5%), ambos a frequentar o CD, o que poderá ser indicativo de se tratar de idosos autónomos. A avaliação negativa do seu estado de saúde na comparação com os pares surge em 8 idosos (38,1%), sendo que o que faz a pior avaliação (“muito pior”) esta integrado em SAD. Um idoso (4,8%) não sabe/não responde.

Quando questionados se a pandemia teve influência no seu estado de saúde verificamos que a maioria, 13 idosos, considera que não (61,9%) e 8 responderam que sim (38,1%), todas do género feminino (Gráfico nº4). Esta resposta poderá ser facilmente explicada já que, de acordo com os dados apresentados no Gráfico nº3, a maioria dos idosos que respondeu que não (10 em 13) estão integrados em resposta de SAD, que com a pandemia continuou a funcionar de forma idêntica ao que já existia (com a óbvia introdução dos equipamentos de proteção individual). Já a maioria dos idosos que responderam que sim pertencem ao CD (7 em 8), resposta que foi descontinuada o que levou, apesar de todo o esforço de as instituições manterem contacto com estes idosos, a uma alteração do dia-a-dia destes idosos, com uma diminuição substancial das atividades que desenvolviam e, acima de tudo, dos contactos e convívios sociais que possuíam.



O modo como as 8 idosas consideram que a pandemia influenciou a sua vida é na maioria (7) ao nível psicológico/ emocional, nomeadamente com o aumento de sentimento de isolamento (2), de imobilidade (2), de tristeza (1) e de medo (1). Uma (1) das idosas referiu a dificuldade de ter acessos aos cuidados/tratamentos de saúde.

Considerações finais

Verificamos, neste estudo, uma relação entre o género e a autoavaliação do estado de saúde, onde a maioria dos inquiridos que efetuou uma avaliação negativa da saúde percebida são mulheres e apenas homens efetuaram uma avaliação positiva da mesma. Estes dados contrariam o estudo elaborado por French, Gekoski e Knox (1995) no qual verificaram que existia uma diferença entre géneros na avaliação do seu bem-estar físico e psicológico, onde as mulheres surgiam como possuindo mais altos níveis de saúde percebida que relacionaram com as diferenças de estratégias de coping entre homens e mulheres. No entanto, os dados do presente estudo vão ao encontro dos estudos de Néri (2001) onde as mulheres idosas, por apresentarem mais comorbidades e maior risco de incapacidade e dor crónica, surgem como as que pior avaliam o seu estado de saúde. No mesmo sentido, num estudo prospetivo de Wilcox, Kasl e Idler (1996) sobre a relação entre incapacidades físicas e saúde percebida, com 254 idosos hospitalizados, o género feminino registou índices mais baixos de saúde percebida.

Podemos concluir, igualmente, que a maioria dos idosos da nossa amostra (11 idosos, 52,4%) apresentam o valor de “aceitável” na autoavaliação da sua saúde, o que poderá ser indicador que os mesmos aceitam as mudanças biológicas, psicológicas e sociais inevitáveis e que ocorrem com o passar do tempo; já os 8 idosos (38,1%) que consideram a saúde percebida como negativa possuem uma visão patológica que, em regra, se relaciona com o aparecimento de doença e com a, conseqüente, diminuição funcional e aparecimento de mal-estar e dor (Ribeiro, 2007; Castro, 2007); apenas dois idosos (9,5%) possuem uma visão positiva da sua saúde percebida o que poderá corresponder a uma perspetiva de envelhecimento bem sucedido (Baltes & Baltes, 1990, citado em Gonçalves et al, 2006). Note-se que os únicos com a avaliação positiva pertenciam ao CD o que poderá ser explicado, de acordo com Almeida et al. (2014), pela

relação existente entre a capacidade funcional (e o respetivo reflexo da autonomia e independência) e a (boa) saúde percebida.

Quando foi utilizado algum critério de comparação os dados demonstram que as mulheres possuem uma perceção negativa do seu estado de saúde quando comparado com o ano anterior e com os homens. Estes resultados vão ao encontro dos estudos que apresentam maior existência de morbididades nas mulheres do que no homem com o decorrer da idade. Como nos lembra Pinheiro et al. (2002, p. 688) “embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde”.

O facto de na avaliação do estado de saúde na comparação com o ano anterior a maioria dos idosos (12, 57,1%) considerar estar “mais ou menos igual” poderá indicar um processo adaptativo, ao longo do curso de vida, em relação à saúde física e funcional. Estes resultados foram ao encontro do estudo apresentado por Fernandes et al. (2010), onde grande parte dos idosos do estudo consideravam ter uma saúde igual ao que tinham no último ano. Os restantes idosos (9, 42,9%) consideraram que o seu estado de saúde tinha piorado em relação ao ano anterior, o que poderá estar relacionado, na perspetiva dos autores Ebly, Hogan e Fung (1996), com a tendência para o agravamento de problemas de saúde (visual, auditivo, cardíaco e do sistema músculo-esquelético) e as, conseqüentes, limitações funcionais para o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Desde que no dia 11 de março, a OMS definiu o surto como pandemia, que a vida de todos mudou e, em especial, a dos idosos: os que estavam em ERPI deixaram de receber visitas e de desenvolver um conjunto de atividades, os de Centro de Dia viram-se vedados de continuar a frequentar os mesmos, em casa muitos deixaram de ver os seus familiares, na rua deixaram de existir os convívios e encontros quotidianos e, nos momentos de confinamento mais duro, deixaram mesmo de ter qualquer contacto social. Se tivermos em conta que a capacidade funcional dos idosos sofre um impacto negativo, e seu conseqüente deterioramento, quando estes deixam de andar, de fazer exercício, de desenvolver atividades de motricidade, de fazer jogos, de falar, de conviver, então é fácil imaginar que será enorme o impacto que a atual Pandemia está a ter na sua vida.

Dos idosos inquiridos 8 (38,1%) consideram que a pandemia teve um impacto na sua saúde. Todas eram do género feminino e integravam o CD, resposta social que sofreu grandes impactos com a pandemia, nomeadamente com o seu encerramento. As atividades desenvolvidas com os frequentadores dos CD foram substituídas por atividades mais individualizada, tendo diminuído a quantidade das mesmas e, como é obvio, deixaram de existir as atividades que implicavam o convívio social.

Maioritariamente estas idosas consideram que o maior impacto desta pandemia foi ao nível psicológico/ emocional, fruto da diminuição dos convívios e do aumento da ansiedade, medo e isolamento. Ainda é muito cedo para se analisar o impacto da pandemia, mas sabemos que o mesmo terá certamente impactos na saúde mental dos portugueses. Num estudo que está a ser desenvolvido, com adultos com mais de 50 anos, por uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra, para avaliar o “impacto do isolamento social imposto pela pandemia de covid-19 no bem-estar físico e psicológico de adultos e idosos”, após uma primeira análise dos dados, a investigadora Sandra Freitas refere que “o período de confinamento obrigatório

favoreceu significativamente o desenvolvimento de maiores níveis de sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, pior qualidade de vida nos portugueses” (jornal público, 12/10/2020)².

Bibliografia

- Almeida, M., Batista M., & Campos C. (2014). “Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos”. In Campos, M.C.V.; Correa, A.H.M.; Berlezi, E.M. (eds.). *Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos*. (pp.149-172). Ijuí: Unijui.
- Borim, F., Barros, M., & Neri, A. (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas. *Cad. Saúde Pública* [internet], 28(4), pp.769-780. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
- Castro, C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Cooper R., Kuh D., Cooper, C., Gale, C.R, Lawlor, D., & Matthews F. (2011). “Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review”. *Age Ageing*, 40(1), pp. 14-23.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). “Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators”. *Journal Social Indicators Research*, v. 40, pp.189-216.
- Ebly E., Hogan D., & Fung T. (1996). Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Public Health*, 87(1), pp. 28-31.
- Fernandes, A., Pires, C., Ribeiro, S., Maagh, S., Mirapalheta, P., & Lange, C. (2010). “Autopercepção de saúde de idosos vítimas de causas externas atendidos no Pronto Socorro de Pelotas”. *Anais II do Congresso de Iniciação Científica* da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas: UFP.
- Ferreira, F., Izzo, H., & Jacob Filho, W. (2007). “Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada”. *Revista Saúde Coletiva*, v. 4, n.17, PP. 154-157.
- Fonseca, M.; Paúl, C. (2004). “Saúde Percebida e Passagem à Reforma”. *Revista Psicologia Saúde & Doenças.*, vol. 5(1), pp.17-29.
- French, S., Gekoski, W., & Knoxv, J. (1995). “Gender differences in relating life events and well-being in elderly individual”. *Social Indicators Research*, v. 35, pp. 1-25.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J, Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). “Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (1), pp. 28-47.
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. B. (2009). *Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica*. 3. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Sulina.
- Neri, A. (1993). *Qualidade de vida na velhice*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. (2001). “Velhice e Qualidade de vida na mulher”. In: Neri, A.L. (ed.) *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus.
- Papaléo, N. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinheiro, S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), pp. 687-707.
- Pitanga, F. (2010). *Epidemiologia: da Atividade Física, do Exercício Físico e da Saúde*. 3 ed. São Paulo: Phorte editora.
- Queiroz, M., Sousa, J., (2010). “O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos”. *Revista da Escola de Enfermagem*, vol.44, n.2, pp.407-412.
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia na Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
- Santos, S. (2010). “Concepções teórico-filosóficas sobre gerontogeriatrica envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica”. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 63, n. 6, pp. 1035-1039.
- Steinhagen-Thiessen, E., & Borchelt, M. (1999). “Morbidity, medication, and functional limitations in very old age”. In Baltes, P. B.; Mayer, K. U. *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teixeira, I., & Neri, A.L. (2008). “Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida”. *Psicol USP*, 19(1), pp.81-94.
- Wilcox, V., Kasl, S., & Idler, E. (1996). Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *Journal of Gerontology: Social Sciences.*, v. 51B, n. 2, pp. S96-S104.

²Disponível em <https://www.publico.pt/2020/10/12/ciencia/noticia/covid19-estudo-avalia-impacto-isolamento-social-adultos-idosos-1934884>.

Atividade física e cognição em pessoas idosas institucionalizadas: Estudo realizado no âmbito do projeto ICON

CATARINA COELHO GOMES¹

ROSA MARINA AFONSO¹

ANA SARAIVA AMARAL²

IGNÁCIO VERDE³

¹Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Portugal

²Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

³Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal

catarinagomes92@gmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 09/02/2021

Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno a nível mundial que ocorre a um ritmo acelerado. O envelhecimento encontra-se associado a perdas em vários domínios, nomeadamente o cognitivo e o físico. A atividade física e o funcionamento cognitivo encontram-se relacionados, podendo ser promovidos de forma conjunta ou individual, através de diferentes estratégias que permitem melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. Este estudo insere-se no projeto Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON-CICS, UBI) e pretende avaliar o funcionamento cognitivo, caracterizar a atividade física e analisar a relação entre estas duas dimensões numa amostra de pessoas mais velhas institucionalizadas.

Participaram no estudo 91 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre 66 e 101 (M=82.32; DP=7.09). Os instrumentos utilizados foram o Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (ACE-R) e o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Os resultados indicam que 26.4% dos participantes apresentam défice cognitivo e 73.6% não têm défice cognitivo, segundo o ACE-R. Verifica-se que, globalmente, os participantes apresentam baixos níveis de atividade física, 2 pessoas (2.2%) praticam atividade física vigorosa, 12 (13.2%) realizam atividade física moderada, 24 (26.4%) atividade física leve (caminhada) e as restantes 56 pessoas (61.5%) não realizam atividade física. Constatou-se uma relação estatisticamente significativa entre a atividade física e alguns domínios da cognição (atenção/orientação, memória e visuoespacial).

Os resultados destacam os baixos níveis de atividade física dos idosos institucionalizados e sugerem uma relação entre o funcionamento cognitivo e a atividade física, alertando para a necessidade de se estimular o movimento e exercício junto dos idosos institucionalizados, que poderá ter implicações no seu estado cognitivo.

Palavras-chave: Envelhecimento; Institucionalização; Atividade Física; Cognição; Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON).

Abstract

Population ageing is a worldwide phenomenon that is occurring at a rapid pace. Ageing is associated with losses in several domains, namely cognitive and physical. Physical activity and cognitive functioning are related and can be promoted jointly or individually, through different strategies that improve quality of life throughout the ageing process. This study is part of the Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration project (ICON-CICS, UBI) and it aims to evaluate cognitive functioning, characterise physical activity and analyse the relationship between these two dimensions in a sample of institutionalized elderly people.

The study included 91 institutionalized elderly people, aged between 66 and 101 ($M = 82.32$; $SD = 7.09$). The instruments used were the Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (ACE-R) and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

The results indicate that 26.4% of the participants have cognitive deficit and 73.6% do not have cognitive deficit, according to the ACE-R. Overall, participants present low levels of physical activity, 2 people (2.2%) practice vigorous physical activity, 12 (13.2%) perform moderate physical activity, 24 (26.4%) light physical activity (walking) and the remaining 56 people (61.5%) do not perform physical activity. There is a statistically significant relationship between physical activity and some areas of cognition (attention/orientation, memory and visuospatial).

The results highlight the low levels of physical activity in the institutionalized elderly and suggest a relationship between cognitive functioning and physical activity, alerting to the need to stimulate movement and exercise among the institutionalized elderly, which may have implications on their cognitive state.

Keywords: Ageing; Institutionalization; Physical activity; Cognition; Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON).

Introdução

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade são as principais causas do rápido envelhecimento da população a nível mundial (Freitas & Scheicher, 2010). São os cônjuges e os filhos que mais prestam apoio aos idosos, contudo, as condicionantes relacionadas com as atuais dinâmicas familiares, sociais, laborais e a crescente participação da mulher no mercado de trabalho (Moreira, 2020), entre outras, e as inerentes obrigações e exigências da maternidade contribuíram para diminuição da taxa de natalidade e para a gravidez tardia (Cordeiro, 2015). Assim, viver em instituições em caso de isolamento e perdas poderá ser uma solução. Segundo o INE, em 2011, 3,5% da população com mais de 65 anos vive em estruturas residenciais para idosos, aumentado para cerca de 10% em idosos com 80 anos ou mais (Moreira, 2020).

O número de pessoas com mais de 65 anos deverá aumentar nos próximos 40 anos, esperando-se um aumento da prevalência de doenças relacionadas à idade, que pode resultar no agravamento da saúde e consequentemente no aumento dos custos relacionados com cuidados de saúde (Bherer et al., 2013).

O crescimento da população idosa em países desenvolvidos acarreta custos significativos associados à deterioração cognitiva. Consequentemente, a identificação de mecanismos para evitar declínios estruturais e funcionais do sistema nervoso central, são considerados um objetivo de saúde pública (Colcombe et al., 2003).

Ao longo do processo normal de envelhecimento verifica-se uma lentificação do processamento cognitivo, que não compromete o funcionamento cognitivo, não implicando alterações na autonomia e a independência da pessoa (Moraes & Lanna, 2008). Por outro lado, quando ocorrem alterações patológicas no funcionamento cognitivo, estas podem limitar significativamente vários domínios da cognição, ter implicações na identidade da pessoa, nos seus relacionamentos interpessoais, na sua independência e autonomia na realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (Moraes & Lanna, 2008).

Dado que a presença de alterações cognitivas patológicas não é totalmente explicada por fatores genéticos, têm sido estudados aspetos do estilo de vida que possam estar associados ao funcionamento cognitivo ao longo do envelhecimento. Destacam-se três fatores relacionados

com o estilo de vida que desempenham um papel significativo na redução do declínio cognitivo e na prevenção da demência: ter uma rede social integrada, envolver-se em atividades de lazer e praticar atividade física (AF) regularmente (Bherer et al., 2013). Destes fatores, a AF é a que apresenta um maior peso como fator protetor contra os efeitos do avanço da idade na saúde e na cognição (Bherer et al., 2013). Para Scarabottolo et al. (2017), a AF está associada ao envelhecimento saudável. Por outro lado, a falta de AF encontra-se relacionada com existência de doenças crónicas (Harvey et al., 2013).

Concomitantemente, ao longo do envelhecimento pode observar-se uma diminuição de várias capacidades (e.g. físicas, cognitivas, entre outras), que conduz a situações de dependência e conseqüentemente à institucionalização. A institucionalização pode estar associada à criação de hábitos sedentários e à diminuição de AF, o que acentua tendências associadas ao avanço da idade, como a redução da massa muscular e a diminuição da capacidade funcional (Scarabottolo et al., 2017). Langoni et al. (2013) alertam para elevados níveis de sedentarismo em idosos institucionalizados, provocando condicionamento ao nível físico, aumentando a probabilidade de desenvolver doenças por falta de AF. A prática de AF por idosos institucionalizados pode prevenir o aparecimento de doenças crónicas associadas ao envelhecimento e manter ou melhorar a capacidade funcional (Scarabottolo et al., 2017). A AF tem benefícios conhecidos para muitas doenças crónicas, incluindo demências e doenças relacionadas (Heyn et al., 2004; Russo et al., 2020). Resultados de estudos transversais e longitudinais, indicam que pessoas fisicamente ativas apresentam menor risco de desenvolver Doença de Alzheimer (DA) e outras perturbações cognitivas, quando comparadas com pessoas sedentárias, constatando-se que o treino aeróbico se encontra associado à redução da perda de tecido cerebral em idosos (Heyn et al., 2004). No estudo longitudinal realizado por Prohaska e colaboradores (2009) é evidenciado que caminhar pode ser um fator protetor na deterioração cognitiva, quando esta se encontra numa fase inicial.

Assim, observa-se um crescente interesse em estudar a relação e o impacto da AF no funcionamento cognitivo, bem como o potencial papel da AF como fator protetor contra o desenvolvimento da demência (Busse et al., 2009).

Objetivos

Este estudo pretende estudar a cognição e a prática de AF em pessoas idosas institucionalizadas. Os principais objetivos da investigação são: caracterizar a AF dos participantes; avaliar a cognição geral; analisar a relação entre o funcionamento cognitivo e a AF.

Método

O presente estudo encontra-se integrado no projeto ICON (Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration), desenvolvido no Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (CICS-UBI). O ICON é um projeto financiado pela União Europeia – “Programas Integrados de IC&DT” do Centro 2020 (CENTRO-01-0145-FEDER-000013), aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, a 23 de maio de 2017 (referência n.º CE-UBI-Pj-2017-012).

Participantes

Participaram no estudo 91 pessoas idosas residentes em estruturas residenciais para idosos (ERPI) localizadas num raio geográfico de 16km da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 66 e os 101 anos, sendo a média de idade de 82.32 (DP=7.09). As características sociodemográficas da amostra podem ser consultadas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	67	73.6
	Masculino	24	26.4
Estado civil	Solteiro	15	16.5
	Casado	12	13.2
	Viúvo	57	62.6
	Divorciado	6	6.6
Escolaridade	Analfabeto	22	24.2
	1º ao 3º ano	23	25.3
	4º ao 7º ano	42	46.2
	9º ao 12º ano	3	3.3
	Ensino Superior	1	1.1
Profissão	Agricultura	13	13.7
	Doméstica	16	16.8
	Lanifícios	42	44.2
	Comércio	7	7.4
	Outros	17	17.9

Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado o protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito do projeto ICON, que avalia as seguintes dimensões: Secção a) dados sociodemográficos, estado de saúde, estado nutricional, funcionalidade, AF, consumo de álcool e tabaco; e Secção b) perceção de saúde e dor, cognição, força da mão, qualidade de vida, marcha, saúde mental, suporte social e sintomas neuropsiquiátricos do idoso. Dado o tema desta investigação, foram analisados os resultados obtidos em relação à cognição e à AF, obtidos através da aplicação dos instrumentos a seguir apresentados.

O Instrumento de rastreio Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) foi desenvolvido por Mioshi et al. (2006), e foi adaptado para a população portuguesa por Firmino et al. (2017), tendo sido publicados dados normativos por idade e escolaridade. O ACE-R avalia 5 domínios cognitivos: atenção/orientação, memória, fluência verbal, linguagem e capacidade visuo-espacial. A cotação máxima no ACE-R é de 100 pontos. O ACE-R possui estudos de validação com diferentes grupos clínicos, que incluem diagnósticos de declínio cognitivo ligeiro, depressão, DA, entre outras (Simões et al., 2011), permitindo ainda predizer o desempenho de condutores idosos (Ferreira et al., 2012).

O International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) foi desenvolvido por Craig e colaboradores em 1998, tendo sido desenvolvidas quatro versões longas e quatro versões curtas do instrumento (Craig et al., 2003). No presente estudo utilizou-se a versão curta adaptada para

a população portuguesa, que solicita informações quanto à AF numa semana habitual (Campaniço, 2003; Craig et al., 2003). Este instrumento avalia os vários tipos de intensidade de AF (vigorosa, moderada e caminhada) e a quantidade de tempo que permanecem sentados, como forma de avaliar a atividade sedentária dos indivíduos nas suas vidas diárias. Para estimar a AF e o tempo sentado, esta foi medida em minutos e dias.

Procedimentos

Os dados sociodemográficos e a avaliação psicológica foram recolhidos por psicólogos e estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. As recolhas realizadas por estudantes foram supervisionadas por investigadores e psicóloga devidamente credenciados e treinados para a aplicação do protocolo, de modo a garantir a uniformização da recolha de dados. O ICON tem como objetivo identificar fatores de risco, promover a deteção precoce e desenvolver tratamentos inovadores para doenças neurodegenerativas. Pretende, ainda, identificar fatores genéticos, metabólicos e imunológicos das doenças neurodegenerativas, reconhecer fatores ambientais que constituem um risco para as mesmas e desenvolver estratégias de intervenção inovadoras.

A recolha dos dados foi realizada em várias instituições, ERPI's (privadas ou públicas), que se encontravam num raio geográfico de 16km à volta da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI. Os dados foram recolhidos presencialmente através da aplicação de instrumentos por investigadores. As instituições foram previamente contactadas pelo coordenador e equipa do projeto ICON para apresentação do estudo. Nas instituições que aceitaram participar no estudo, os utentes foram convidados a integrar o estudo. Com as pessoas que aceitaram participar no estudo, foi obtido o seu consentimento informado, seguindo-se o agendamento de entrevista(s) para a recolha de dados. No caso de pessoas com défice cognitivo impeditivo de dar consentimento, foi feito o contacto com familiares e/ou responsáveis e a recolha de alguma informação foi realizada com um informante (cuidador ou técnico da instituição).

Os critérios de inclusão para a participação neste estudo foram estar institucionalizado, ter uma idade igual ou superior a 65 anos e ter sido aplicada a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R) e o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Análise de Dados

Recorrendo ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 25, foi criada uma base de dados com os dados recolhidos. Contudo, para o seguinte estudo, apenas algumas variáveis foram selecionadas, nomeadamente: o género, a escolaridade, o estado civil, a profissão, as variáveis da AF (IPAQ), e o ACE-R. Dessa forma, foram incluídos apenas 91 participantes.

Posteriormente, foi criada uma variável da existência ou não de défice cognitivo, calculada tendo em consideração os dados normativos do ACE-R por idade e escolaridade para a população portuguesa (Firmino et al., 2017).

Recorreu-se à estatística descritiva para se analisarem os dados sociodemográficos da amostra, bem como da sua AF e estado cognitivo. A partir do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, constatou-se que a distribuição não era normal, sendo por isso, adotada a estatística não paramétrica. Para a análise da correlação entre a AF e a cognição, dado o tamanho da amostra

usou-se uma correlação de *Pearson*. Nas análises realizadas neste estudo, foi considerado o nível de significância de .05.

Resultados

Em relação à AF vigorosa (levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar, praticar ginástica aeróbica ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada), constatou-se que apenas 2 pessoas (2.2%) praticavam AF vigorosa. Por outro lado, 14 pessoas (15.4%) referiram praticar AF moderada (levantar e/ou transportar objetos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada ou jogar tênis). No que respeita à AF leve, os participantes foram questionados quanto aos dias que caminham pelo menos 10 minutos, sendo que 35 respondentes (38.5%) afirmaram caminhar pelo menos uma vez por semana. Os dados referentes à frequência da AF podem ser consultados na tabela 2.

No que respeita à duração da AF, os participantes referiram praticar AF vigorosa durante 60 minutos, enquanto o tempo despendido em AF moderada varia entre 30 e 60 minutos. Relativamente à caminhada, a duração varia entre 10 ou mais de 30 minutos. Dados mais detalhados quanto à duração da AF podem ser consultados na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização e duração da atividade física dos participantes (N=91)

Caracterização da atividade física	n	%
Atividade Física Vigorosa		
Prática	2	2.2
Não pratica	89	97.8
Atividade física moderada		
Um dia	1	1.1
Dois dias	12	13.2
Todos os dias	1	1.1
Não praticam	77	84.6
Caminhada		
Três dias	4	4.4
Quatro dias	2	2.2
Cinco dias	4	4.4
Seis dias	1	1.1
Todos os dias	24	26.4
Não caminham	56	61.5
Duração média diária da atividade		
Atividade Física Vigorosa		
60 minutos	2	2.2
0	89	97.8
Atividade Física Moderada		
30 minutos	11	12.1
45 minutos	2	2.2
60 minutos	1	1.1
0	77	84.6
Caminhada		
Não caminham 10 minutos seguidos	23	25.3
10 minutos	13	14.3
15-20 minutos	9	9.9
30 minutos ou mais	13	14.3
0	33	36.3

Em relação à cognição, constatou-se, pela aplicação do ACE-R e considerando os dados normativos para a população portuguesa por idade e escolaridade, que 67 participantes (73.6%) não apresentam défice cognitivo e 24 pessoas (26.4%) apresentam défice cognitivo. Recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, para analisar a relação entre a AF e o funcionamento cognitivo. Tendo em conta os resultados apresentados na Tabela 3, verificam-se correlações entre o domínio da atenção e orientação e o tempo que o idoso caminha por dia ($r=.272$; $p<.05$); entre o domínio visuoespacial e dias por semana que caminha durante 10 minutos ($r=.321$; $p<.01$); entre o domínio visuoespacial e o número de horas sentado durante a semana e ao fim de semana ($r=-.226$; $p<.05$) e entre o domínio da memória e o tempo que caminha por dia ($r=.405$; $p<.01$).

Tabela 3. Correlação entre os resultados do ACE-R e atividade física

	Atividade Física Vigorosa	Atividade Física Moderada	Duração da atividade física	Dias p/semana caminha +10min.	Tempo caminhada por dia	Horas sentado por semana	Horas sentado ao fim de semana
Atenção e orientação	.021	-.002	.325	.085	.272*	-.147	-.147
Visuoespacial	.108	.108	.380	.321**	.223	-.226*	-.226*
Linguagem	-.084	.055	.475	.078	-.075	-.030	-.030
Fluência	-.117	.006	.326	.061	.100	-.048	-.048
Memória	-.044	.152	.265	.083	.405**	-.142	-.142
ACE-R Total	-.029	.086	.419	.159	.236	-.140	-.140

* $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão de resultados

Este estudo debruçou-se sobre a AF e cognição de idosos institucionalizados. A AF pode ser considerada uma medida de prevenção, relevante para pessoas idosas, uma vez que vários autores demonstram que a prática de AF reduz riscos para a saúde (e.g. Carvalho et al., 2014; Kramer & Erickson, 2007; Gajewski & Falkeenstem, 2016).

Neste estudo participaram mais pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino, o que se constata na maioria dos estudos com população idosa (e.g., Heyn et al., 2004; Buchman et al., 2012). O sexo feminino apresenta uma esperança média de vida superior à dos indivíduos do sexo masculino, contudo, existe grande probabilidade de as mulheres viverem o seu envelhecimento com mais doenças e limitações (Perista & Perista, 2012).

Os resultados deste estudo alertam para os baixos índices de AF dos idosos institucionalizados participantes nesta investigação, indicando que apenas dois respondentes realizavam AF vigorosa, enquanto que a maioria respondeu praticar AF leve. Neste âmbito, os resultados indicam que a atividade mais realizada é a caminhada de pelo menos 10 minutos, ou seja, a prática de AF leve, o que corrobora outros estudos (e.g., Cardoso et al., 2008).

Para além da AF reduzida, os participantes neste estudo apresentam comportamentos sedentários, isto é, um número de horas sentados elevado. Estes resultados podem estar relacionados com o facto das pessoas se encontrarem institucionalizadas e/ou com o seu estado de saúde. De facto, a institucionalização pode estar associada à criação de hábitos sedentários (Scarabottolo et al., 2017). A literatura indica que o comportamento sedentário é um importante

fator de risco para a saúde (Harvey et al., 2013), encontrando-se relacionado com a obesidade (Gómez-Cabello et al., 2012), o aparecimento de doenças cardiovasculares (Chang et al., 2008; Matthews et al., 2012), a diabetes (van der Ploeg et al., 2012), o aparecimento de cancro (Matthews et al., 2012) e risco de quedas (Faber et al., 2006). Assim, os resultados sugerem a necessidade de promover medidas que estimulem a realização de AF por parte dos participantes, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e reduzir riscos associados à saúde.

Quanto à avaliação do estado cognitivo, os resultados indicam que da amostra de idosos institucionalizados, 26.4% apresentam défice segundo os resultados obtidos no ACE-R. Este valor é mais baixo do que o indicado noutros estudos sobre a prevalência de défice cognitivo em idosos institucionalizados (e.g. Bertoldi et al., 2015). Contudo, é importante referir que este é o valor encontrado no grupo de participantes cujos critérios de inclusão implicavam que tivessem respondido ao ACE-R e IPAQ, ou seja, não se trata de uma amostra representativa dos utentes das instituições.

Quanto ao estudo da correlação entre o funcionamento cognitivo e a prática de AF, verificaram-se correlações estatisticamente significativas e positivas entre os domínios da atenção e orientação, visuoespacial e a memória e a prática da AF leve (durante quanto tempo caminha por dia e dias por semana que caminha pelo menos 10 minutos). Ou seja, os resultados indicam que quanto mais tempo se caminha, mais elevada a pontuação ao nível da atenção e da memória bem como, a pontuação na dimensão visuoespacial. O mesmo se observa na correlação entre o resultado ao nível do funcionamento visuoespacial e o número de dias por semana que se caminha durante 10 minutos, observando-se uma correlação estatisticamente significativa moderada. Por outro lado, o domínio visuoespacial apresenta uma correlação estatisticamente significativa com os comportamentos sedentários, uma vez que os resultados mostram que quanto maior for o número de horas que os pacientes passam sentados, durante a semana e o fim de semana, pior é o seu desempenho no domínio visuoespacial. Assim, os resultados deste estudo, apoiam a ampla literatura que indica a existência de correlações entre a AF e o funcionamento cognitivo na velhice (e.g. Colcombe et al., 2003; Heyn et al., 2004; Buchman et al., 2012). A AF parece ter mais influência em áreas do cérebro como o pré-frontal e hipocampo, que oferece as bases biológicas para entender o impacto da AF em perturbações neurocognitivas e neuropsiquiátricas como a depressão (Erickson et al., 2013).

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de se tratar de uma amostra bastante homogénea no que diz respeito à prática de AF. De acordo com a revisão bibliográfica, vários autores referem que níveis mais baixos de AF podem estar associados a um aumento do risco de contrair doenças a nível cognitivo. Por sua vez, um nível superior de AF pode estar associado a um início tardio de deterioração cognitiva (e.g., Colcombe et al., 2003; Geda et al., 2010; Hillman et al., 2006; Wang et al., 2006; Kattenstroth et al., 2013; Kelly et al., 2014; Kleemeyer et al., 2015). Os resultados deste estudo corroboram a literatura existente, indicando que mais AF se relaciona com melhor estado cognitivo, apesar deste estudo não permitir averiguar o sentido desta relação. Ou seja, se é a AF que tem um impacto positivo na cognição ou vice-versa, o que se poderá explorar em futuros estudos com um desenho metodológico diferente deste.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam que os idosos institucionalizados apresentam baixos níveis de AF e a existência de relações estatisticamente significativas entre a AF e alguns domínios da cognição.

Apesar de em algumas instituições existirem meios e condições para a realização de AF em pelo menos duas vezes por semana, os resultados apontam para a pouca adesão à prática de exercício no geral. Os resultados alertam, para baixos níveis de AF.

Como potencialidades deste estudo, destaca-se o seu contributo ao caracterizar a AF e cognição de uma população de idosos institucionalizados, que é menos estudada. Destaca-se também o facto de se integrar no estudo interdisciplinar *Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON- CICS & UBI)*, sendo possível, analisar e discutir esta temática a partir de diferentes perspetivas e dar seguimento a esta investigação. O facto destes resultados apoiarem parcialmente a ideia de que nesta população, alguns domínios cognitivos correlacionam positivamente com a AF, alerta para a possibilidade de implementação de estratégias que combinem AF e treino cognitivo com idosos institucionalizados.

Contudo, é necessário ter em conta algumas limitações. Em primeiro lugar, referir a pequena dimensão da amostra (N=91) e, conseqüentemente, limitações na generalização dos resultados. Na recolha de dados em algumas instituições os dados foram recolhidos diretamente com as pessoas, enquanto noutras foram recolhidos junto de um membro da equipa clínica. Outra limitação encontrada está relacionada com a bibliografia encontrada, apesar do grande número de estudos sobre a AF e cognição em idosos, foram escassos os estudos encontrados sobre a AF e cognição em idosos institucionalizados, o que limitou a realização de análises comparativas. Relativamente à escala para avaliar a AF, recorreu-se à versão curta do IPAQ. Este instrumento permite uma avaliação muito global da AF, não sendo por isso, muito completa no que concerne à sua descrição. Outra limitação é o facto de o grupo em estudo ser bastante homogéneo no que diz respeito à prática de AF, apresentando números elevados de sedentarismo, não permitindo a criação de subgrupos comparativos com diferentes níveis de AF. Outra limitação decorreu do facto desta amostra ter um baixo número de respondentes com défice cognitivo, devido aos critérios de inclusão (ter mais de 65 anos, e ter respondido ao ACE-R e ao IPAQ), tendo sido excluídos os participantes com défices mais acentuados.

Será pertinente desenvolver investigações longitudinais em idosos institucionalizados, tendo em conta um programa de intervenção que utilize diferentes graus de intensidade de AF (leve, moderada e vigorosa). Tal permitirá analisar qual o tipo de intensidade que se associa a melhorias significativas na cognição de idosos, que possivelmente será mediado por diferentes fatores.

Em suma, este estudo permitiu alertar para os baixos níveis de AF dos idosos institucionalizados e discutir a relação entre a AF e cognição de idosos institucionalizados. Os resultados sugerem que baixos níveis de AF se relacionam com o pior funcionamento nalguns domínios cognitivos.

Globalmente, os resultados alertam para a necessidade de promover a AF e reduzir comportamento sedentário nas instituições. De notar que estes baixos índices de atividade também se podem dever a problemas a nível da mobilidade que impedem os participantes de realizar AF.

Esta investigação levanta sobretudo questões com implicações práticas, das quais podem derivar futuros estudos com as pessoas idosas institucionalizadas: Quais os motivos de níveis tão baixos de AF? Os elevados níveis de sedentarismo devem-se aos níveis de deterioro e condições patológicas, ou estão relacionados com variáveis contextuais? Deve ser promovida a AF e a cognição de idosos institucionalizados de forma integrada ou separada? Que profissionais e/ou equipas devem promover esse apoio?

Bibliografia

- Bertoldi, J. T., Batista, A.C., & Ruzanowsky, S. (2015). Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. *Cinergis*, 16 (2), 152-156. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v16i2.5411>
- Bherer, L., Erickson, K. I., & Lui-Ambrose, T. (2013). A Review of the Effects of Physical Activity and Exercise on Cognitive and Brain Functions in Older Adults. *Journal of Aging Research*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/657508>
- Buchman, A. S., Boyle, P.A., Yu, L., Shah, R.C., Wilson, R.S., & Bennett, D.A. (2012). Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology*, 78 (17), 1323-1329. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182535d35>
- Busse, A. L., Gil, G., Santarém, J. M., & Filho, W. J. (2009). Physical activity and cognition in the elderly: A review. *Dementia & Neuropsychologia*, 3 (3), 204-208.
- Campaniço, H. (2016). Validade Simultânea do Questionário Internacional de Actividade Física Através da Medição Objectiva da Actividade Física por Actigrafia Proporcional [Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/11866>
- Carvalho, A., Rea, M., Parimon, T., & Cusack, B.J. (2014). Physical activity and cognitive function in the elderly: a systematic review. *Clinical Interventions in Ageing*, 9, 661-682. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55520>
- Cardoso, A. S., Levandoski, G., Mazo, G. Z., Prado, A. P., & Cardoso, L. S. (2008). Comparação do nível de atividade física em relação ao gênero de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (1), 9-18. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.99>
- Chang, P-C., Li, T-C., Wu, M-T., Liu, C-S., Li, C-l., Chen, C-C., Lin, W-Y., Yang, S-Y., & Lin, C-C. (2008). Association between television viewing and the risk of metabolic syndrome in a community-based population. *BioMedCentral Public Health*, 8 (193), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-193>
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Raz N., Webb, A. G., Cohen, N. J., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *The journals of gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (2), 176-80. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.2.m176>
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. Fundação Francisco Manuel do Santos.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjoström, M. M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F., & Oja, P. P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 35 (8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Erickson, K. I., Gildengers, A. G., & Butters, M. A. (2013). Physical activity and brain plasticity in late adulthood. *Dialogues Clin Neuroscience*, 15 (1), 99-108. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.1/kerickson>
- Faber, M. J., Bosscher, R. J., Paw, M. J., & Van Wieringen, P. C. (2006). Effects of Exercise Programs on Falls and Mobility in Frail and Pre-Frail Older Adults: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 87 (7), 885-896. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.04.005>
- Ferreira, I. S., Simões, M. R., & Marôco, J. (2012). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised as a potential screening test for elderly drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 49, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.03.036>
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2017). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista* (2nd Ed.) Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria (PsyAssessmentLab).
- Freitas, M. A. & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (3), 395-397. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000300006>
- Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2016). Physical activity and neurocognitive functioning in aging - a condensed updated review. *Review of Aging and Physical Activity*, 13 (1). <http://dx.doi.org/10.1186/s11556-016-0161-3>
- Geda, Y. E., Roberts, R., Knopman, D. S., Christianson T. J., Pankratz, V. S., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Petersen, R. C., & Rocca, W. A. (2010). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. *Archives of Neurology*, 67 (1), 80-86. <http://dx.doi.org/10.1001/archneurol.2009.297>
- Gómez-Cabello, A., Pedrero-Chamizo, R., Olivares, P.R., Hernández-Perera, R., Rodríguez-Marroyo, J. A., Mata, E., & Vicente-Rodríguez, G. (2012). Sitting time increases the overweight and obesity risk independently of

- walking time in elderly people from Spain. *Maturitas*, 73 (4), 337–343.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.001>
- Harvey, J. A., Chastin, S. F. M. & Skelton, D. A. (2013). Prevalence of Sedentary Behavior in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10 (12), 6645–6661. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126645>
- Hernández, S. S., Sandreschi, P. F., Silva, F. C., Arancibia, B. A., Silva, R., Gutierrez, P. J., & Andrade, A. (2015). What are the Benefits of Exercise for Alzheimer's Disease? A Systematic Review of the Past 10 Years. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23 (4), 659–668. <http://dx.doi.org/10.1123/japa.2014-0180>
- Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacher, K.J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 85 (10), 1694–704.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.019>
- Hillman, C. H., Motl, R. W., Pontifex, M. B., Posthuma, D., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I., & de Geus, E. (2006). Physical activity and cognitive function in a cross-section of younger and older community-dwelling individuals. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25 (6), 678–687. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.6.678>
- Kattenstroth, J. C., Kalisch, T., Holt, S., Tegenthoff M., & Dinse H. R. (2013). Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 26 (5). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2013.00005>
- Kelly, M. E., Loughrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I.H., Walsh, C. & Brennan, S. (2014). The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 16, 12–31. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.05.002>
- Kleemeyer, M. M., Kühn, S., Prindle, J., Bodammer, N. C., Brechtel, L., Garthe, A., Kempermann, G., Schaefer, S., & Lindenberger, U. (2015). Changes in fitness are associated with changes in hippocampal microstructure and hippocampal volume among older adults. *NeuroImage*, 131, 155–161.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.11.026>
- Kramer, A. F., & Erickson, K. I. (2007). Effects of physical activity on cognition, well-being, and brain: human intervention. *Alzheimer's & Dementia*, 3, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.01.008>
- Langoni, C. S., Borsatto, A. C., Valmorbidia, L. A., & Resende, T. L. (2013). Teste de caminhada de seis minutos em idosos de uma instituição de longa permanência: valores, aplicabilidade e correlações. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, 10 (3), 285–295. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.3260>
- Matthews, C. E., George, S. M., Moore, S. C., Bowles, H. R., Blair, A., Park, Y., & Schatzkin, A. (2012). Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95 (2), 437–445. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.019620>
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (11), 1078–1085. <https://doi.org/10.1002/gps.1610>
- Moraes, E., & Lanna, F. (2008). Avaliação da cognição e humor. In E. Moraes (1st Ed.), *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia* (pp.85-104). Editora Coopmed.
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses — envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Perista, H., & Perista, P. (2012). *Mulheres, Homens e envelhecimento*. Um guia para os serviços de ação social. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género Presidência do Conselho de Ministros, nº 18. Coleção Bem-me-quer. https://www.cidadaniaemportugal.pt/wp-content/uploads/recursos/cig/Mulheres_%20Homens%20e%20Envelhecimento.%20Um%20Guia%20para%20For%20a%20de%20Seguran%20a%20a.pdf
- Prohaska, T.R., Eisenstein, A.R., Satariano, W.A, Hunter, R., Bayles, C.M., Kurtovich, E., Kealey, M., & Ivey, S.L. (2009). Walking and the Preservation of Cognitive Function in Older Populations, *The Gerontologist*, 49 (1), 86–93. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp079>
- Russo, M. J., Kaňevsky, A., Leis, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C., Cristalli, D., Ure, J., & Zuin, D. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 12 (2), 124–137. <https://doi.org/10.1016/J.NEUARG.2020.01.003>
- Scarabottolo, C. C., Júnior, J. R., Gobbo, L. A., Alves, M. J., Ferreira, A. D., Zanuto, E. A., Oliveira, W. G. & Christofaro, D. G. (2017). Influence of Physical Exercise on the Functional Capacity in Institutionalized Elderly. *Revista Brasileira de Medicina do exercício e do esporte*, 23 (3), 200–203. <https://doi.org/10.1590/1517-869220172303150175>
- Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L. & Pinho, M. S. (2011, novembro). Addenbrooke Cognitive Examination (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming. *39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry*. Porto.
- van der Ploeg, H. P., Chey, T., Korda, R. J., Banks, E., & Bauman, A. (2012). Sitting time and all-cause mortality risk in 222 497 Australian adults. *Archives of Internal Medicine*, 172 (6), 494–500.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.2174>

Wang, L., Larson, E.B., Bowen, J.D., & van Belle, G. (2006). Performance-based physical function and future dementia in older people. *Archives of Internal Medicine*, *166* (10), 1115-1120.
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1115>

Melhor evidência científica na prevenção das quedas em idosos institucionalizados

ANA M. P. FERREIRA¹

EDUARDA C.M. SILVA¹

SÉRGIO M. F. GOMES¹

VANDA DA S. FONSECA¹

TERESA I.G. CORREIA^{1,2}

¹ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

²UICISA

teresaicorreia@pb.pt

enviado a 26/01/2021 e aceite a 17/02/2021

Resumo

Introdução: A questão das quedas em idosos constitui um problema de saúde pública. **Objetivo:** Verificar se a prática de atividade física, em comparação com a não prática de atividade física, fornece melhor evidência para prevenir quedas em idosos que estão institucionalizados. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura de acordo com a metodologia Problema, Intervenção, Comparação e *Outcomes*. Selecionaram-se 44 artigos na plataforma *Web of Science* dos quais resultaram, para análise final 9, segundo os critérios de inclusão definidos. Para atestar da qualidade dos estudos e classificação dos níveis de evidência aplicou-se a escala *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*. A seleção dos estudos e a extração dos dados foi realizada por dois revisores. **Resultados:** A evidência científica encontrada foi de alta qualidade resultando em estudos maioritariamente de nível I e II. Dos 9 artigos, 55% evidenciam que a atividade física diminuiu a prevalência de quedas em idosos institucionalizados, quando comparada com a não atividade física. Há evidência de que os programas de exercícios para prevenir as quedas em idosos reduzem a prevalência e evitam lesões decorrentes das mesmas. Assim, muitos dos fatores de risco para quedas são passíveis de serem corrigidos através de bons programas de exercícios. **Conclusões:** Os estudos revelam que praticar exercício físico contribui para melhorar a capacidade funcional dos idosos e resulta em proteção relativamente às quedas. Assim, sugere-se que existam equipas multidisciplinares que incentivem a atividade física quer nas instituições quer na comunidade. Um protocolo, simples e de baixo custo poderá ser aplicado em instituições.

Palavras-chave: atividade física; prevenção; quedas; idosos; instituições para idosos.

Abstract

Introduction: The issue of falls in the elderly is a public health problem. **Objective:** To verify whether the practice of physical activity, in comparison with non-practice of physical activity, provides better scientific evidence in the prevention of falls in institutionalized elderly. **Methodology:** A systematic literature review was conducted according to the methodology, Problem, Intervention, Comparison and Outcomes. 44 articles were selected on the Web of Science platform, of which 9 were selected for final analysis according to the defined inclusion criteria. The Oxford Centre for Evidence-Based Medicine scale was applied to attest to the quality of studies and classification of levels of evidence. Two reviewers carried the selection of studies and the extraction of data. **Results:** The scientific evidence found was of high quality resulting in mostly level I and II studies. Of the 9 articles, 55% show that physical activity reduces the prevalence of falls in institutionalized elderly, when compared with non-physical activity. There is evidence that exercise programmes to prevent falls in the elderly reduce the prevalence and prevent injuries from falls. Thus, many of the risk factors for falls are correctable through good exercise programmes. **Conclusions:** Studies show that physical exercise contributes to improve the functional capacity of the elderly and results in protection against falls. Thus, it suggests that there are

multidisciplinary teams that encourage physical activity both in institutions and in the community. A simple and low-cost protocol can be applied in institutions.

Keywords: physical activity; prevention; falls; elderly; institutions for the elderly.

1. Introdução

O grande aumento da população idosa é um dos principais fenômenos demográficos e sociais atuais. Como consequência verifica-se o incremento anual do número de idosos em instituições. (Instituto Nacional de Estatística [INE]), 2013).

A institucionalização pode, por via da inatividade física, constituir fator de risco para limitações a nível funcional, ficando os idosos sujeitos à ocorrência de quedas. (Gillespie et al., 2012). As quedas em idosos são consideradas uma questão de saúde pública, pela sua elevada prevalência e pelas consequências quer nos próprios idosos quer nas suas famílias e também na sociedade. A queda é uma deslocação que acontece acidentalmente do corpo para um nível mais baixo relativamente à posição inicial, com incapacidade de controlo em tempo útil e provocada por várias circunstâncias que colocam em causa a estabilidade. (Gulich & Cordova, 2017). As quedas são causas importantes de doença entre os idosos e podem ter consequências graves. As fraturas são um possível risco e o medo do idoso em caminhar agrava-se pelo receio de novas quedas fazendo com que a sua mobilidade fique comprometida. Cria-se um ciclo vicioso, uma vez que a restrição de atividade, estruturada ou não, leva à diminuição da força muscular, enfraquecimento dos membros inferiores, e consequentemente a dependência e isolamento social. Assim, a prática de exercício físico nas instituições associa-se inúmeros benefícios a nível físico, psicológico e social que ajudam no desenvolvimento da autonomia e promovem o envelhecimento ativo. (Davis et al., 2010; Lundin-Olsson, 2010). No desenvolvimento do estudo sobre a importância da atividade física para prevenir quedas em idosos justifica-se aprofundar a matéria e realçar os benefícios da atividade física nos idosos institucionalizados. Conseguir evidência é crucial para dar suporte ao planeamento e consequente implementação de ações objetivando a melhoria da qualidade de vida dos idosos. (Garber, et al. 2011; Tiedemann, et al., 2013).

Perante o exposto, o objetivo principal deste estudo é verificar se a prática de atividade física, comparativamente com a não prática de atividade física, proporciona melhor evidência científica na prevenção das quedas em idosos que estão institucionalizados.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo foi realizado através de uma revisão sistemática da literatura (RSL).

O desenvolvimento de uma RSL está definido na literatura de formas diferentes conforme os autores. Segundo Galvão & Pereira (2014) essas fases compreendem a elaboração da questão de investigação, a pesquisa na literatura, a seleção dos artigos e extração dos dados, a avaliação da qualidade metodológica e a síntese dos dados e ainda a avaliação da qualidade das evidências e a publicação de resultados. O desenvolvimento do presente estudo foi suportado no proposto por Galvão & Pereira (2014).

2.2. Questão de investigação

A questão de investigação, de acordo com a metodologia PICO, descreve a população (Indivíduos com 60 anos ou mais de idade e de ambos os sexos), o tipo de intervenção (Prática de atividade física) e compara as diferentes intervenções (Ausência de atividade física em idosos institucionalizados) e os resultados esperados (Diminuição das quedas em idosos institucionalizados). Assim a questão de investigação definida para o estudo é a seguinte: Qual a melhor evidência científica para a prevenção das quedas em idosos institucionalizados?

2.3. Amostra

Nesta etapa foram delimitados os critérios de inclusão e de exclusão que importa serem identificados de modo claro e objectivo mas estão sujeitos a possível reorganização ao logo do processo de pesquisa dos artigos e na RSL (Galvão & Pereira, 2014).

Critérios de Inclusão:

- Artigos em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola
- Artigos disponíveis em texto integral
- Artigos publicados entre o ano de 2016 a 2020
- Amostra do estudo inclui idosos institucionalizados

Critérios de exclusão:

- Artigos de opinião
- Artigos que não abordem, quedas em idosos não institucionalizados

2.4. Procedimentos e métodos na recolha de dados

Apresentam-se, agora, as estratégias usadas na procura da evidência existente nas bases de dados consultadas. Nesta etapa de pesquisa da literatura realizou-se uma busca nas publicações disponíveis na plataforma *Web of Science*, pela sua importância na área da saúde.

Foram definidos os seguintes descritores: atividade física, prevenção, quedas, idosos, instituições para idosos. Os termos de pesquisa são palavras-chave indexadas aos descritores em ciências da saúde procurando abranger todas as dimensões da questão de investigação.

A colheita de dados nas bases de dados foi realizada no período de 20 de Novembro de 2020 a 20 de Janeiro de 2021. Para seleccionar os artigos efectuou-se a análise do título e dos temas dos artigos executando a primeira selecção. De seguida foi realizada a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos previamente e analisados os níveis de evidência dos artigos completando a segunda selecção. A avaliação da qualidade metodológica do estudo e a consequente atribuição dos níveis de evidência foi realizada com base na escala de *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (CEBM, 2009), que classifica os estudos de acordo com níveis de evidência e com os graus de recomendação. Num primeiro momento foram seleccionados artigos publicados, preferencialmente, entre os anos 2016-2020, que fizessem alusão à atividade física e também à prevenção de quedas em idosos institucionalizados na base electrónica *Web of Science*, resultando 44 artigos, sendo 12 excluídos após a leitura do título que não se enquadrava no tema, ficando 32 potenciais artigos para análise. Destes, 7 foram excluídos após a aplicação dos critérios de inclusão, 3 excluídos por serem repetidos e 13

excluídos pelo ano da publicação. Resultaram para análise final 9 artigos. Assim para facilitar a interpretação da seleção dos artigos a incluir neste estudo foi elaborado o fluxograma apresentado na Figura 1.



Figura 1. Processo de seleção dos artigos

2.5. Procedimentos de análise de dados

Foi realizada inicialmente a análise crítica, a extração e a síntese dos dados dos artigos. Este trabalho foi feito de forma independente por dois revisores. Os casos em que não havia consenso entre os dois revisores relativamente à inclusão ou exclusão dos estudos na amostra foram decididos através de discussão até atingir acordo. Por vezes houve necessidade de consulta de uma terceira pessoa. Construíram-se quadros com os dados obtidos para uma recolha mais uniforme das informações constantes nos diferentes artigos seleccionados. Para efetuar uma síntese da evidência científica em cada artigo, realizou-se um resumo apresentado em quadros com a informação essencial resumida sobre: ano de publicação, autores, título, amostra, metodologia, intervenções, resultados e conclusões e ainda implicações práticas.

3. Apresentação dos resultados

A cada um dos estudos da amostra final foi atribuído um número para facilitar a sua identificação ao longo do estudo (Tabela 1).

Neste estudo foram incluídos 9 artigos científicos, 2 artigos de nível de evidência I, 3 artigos de evidência II, 2 artigos de nível de evidência III e 2 artigos de nível de evidência IV. Maioritariamente (55%) são de nível I e II.

Os estudos incluídos foram publicados entre 2016 a 2020 e são referentes a estudos que apresentam resultados mensuráveis, onde se destacam o Ensaio Clínico Randomizado, Metanálises e Revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatorizados e controlados, Estudo de coorte longitudinal, Estudo caso controlo, Estudo quase experimental, Estudo de coorte e Estudo correlacional de abordagem quantitativa e Estudo exploratório descritivo de corte transversal.

Tabela 1. Estudos incluídos na amostra

Nº	Ano de publicação	Autores	Título
1	2020	Baixinho et. al	Quais as práticas dos cuidadores para prevenirem as quedas nos idosos institucionalizados
2	2020	Tomicki et. al	Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos
3	2020	Nogueira et. al	Impacto de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados
4	2019	Paiva et. al	Dança de salão na prevenção de quedas em idosos
5	2019	Rosa et. al	Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons
6	2019	Ferreira et. al	Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados
7	2017	Scarabottolo et. al	Influence of physical exercise on the functional capacity in institutionalized elderly
8	2017	Souza et. al	Queda em idosos e fatores de risco associados
9	2016	Cunha et. al	O papel da atividade física na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência

Os estudos encontram-se em língua portuguesa e inglesa, oito artigos em idioma português e um artigo em idioma inglês. Foram realizados em Portugal e no Brasil. Evidencia-se o facto de a maior parte dos artigos científicos abrangidos são relativos a investigações realizadas em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

Dos artigos analisados constata-se que o número total de participantes nos estudos foi de 38656, variando a idade dos idosos da amostra entre 60 anos e 84 anos.

Na análise realizada comparamos a eficácia da atividade física na prevenção de quedas relativamente a idosos institucionalizados.

Da totalidade de estudos analisados, seis (66,6%) abordam a relação da queda com a atividade física, tendo sido encontradas várias evidências estatísticas no que toca aos programas de exercícios físicos realizados antes e após a sua implementação. Num dos estudos não se verificou associação entre o risco de quedas e o sexo, grupo etário e prática de atividade física. Todos os estudos analisados expõem informações pertinentes para a resposta à questão de investigação desta pesquisa, pois os dados obtidos descrevem a relação da atividade física com as quedas.

4. Discussão

4.1. Discussão da metodologia

Optou-se pelo desenvolvimento de uma Revisão sistemática da literatura para esta investigação baseando-nos no facto de ela ser um instrumento indispensável à Prática Baseada na Evidência e um contributo para o desenvolvimento do conhecimento científico.

Com esta metodologia foi possível responder a uma inquietação da prática clínica relativamente às quedas em idosos identificando a melhor prática para os cuidados aos idosos, institucionalizados. Para a saúde, em geral, e em particular para a saúde dos idosos esta tipologia de investigação é um recurso valioso por ter uma metodologia credível. Os estudos já

desenvolvidos proporcionam resultados claros e fiáveis acerca da temática analisada com recolha de informação relevante para as tomadas de decisão promovendo cuidados sustentados em evidências que asseveram a otimização dos resultados em saúde.

Esta RSL tem limitações que devem ser tidas em consideração na análise dos resultados, a pesquisa reduz-se a uma plataforma eletrónica de dados (*Web of Science*), num intervalo de tempo restrito, 20 de Novembro de 2020 a 20 de Janeiro de 2021 e com salvaguardas definidas quanto ao idioma da publicação (português, inglês e espanhol), também o fato deste estudo apresentar como critério a disponibilidade das publicações em texto integral e apenas serem incluídos 9 artigos na Revisão sendo os que estavam de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos.

4.2. Discussão dos resultados

Sintetizados os artigos resultantes da revisão da literatura, seguiu-se a interpretação, análise e discussão dos seus resultados, para responder à questão de investigação.

No que alude à relação entre a atividade física e a melhoria da saúde dos idosos, nomeadamente a prevenção de quedas, constatamos que 66% dos artigos evidenciam que a atividade física é benéfica quando comparada com a não atividade física.

Os estudos foram unânimes na medida em que os casos expuseram sempre melhores resultados do que os controlos. A atividade física está associada a um envelhecimento melhor sucedido, com menos limitações, e conseqüentemente menos quedas (E9,E9,E5,E6,E7 e E8). Estes dados são corroborados no estudo de Teixeira *et al.* (2020) onde foram identificados alguns comportamentos de risco, como o sedentarismo e a ausência de atividade física que podem contribuir para o aumento do risco de quedas e diminuir ainda mais a capacidade funcional dos idosos. A maior parte deste tipo de incidentes está associada ao sexo feminino entre outras razões devido ao facto de as mulheres terem uma maior esperança média de vida. (E8). Resultados semelhantes verificaram-se no estudo de Leitão *et al.* (2018).

Dos idosos avaliados, 53 (27,5%) caíram após a primeira avaliação, sendo o turno da manhã aquele onde houve maior número de quedas e o quarto foi o local com mais ocorrência. (E6,E5). Os quartos, corredores e casas de banho, são espaços privilegiados de circulação do idoso pelo que é essencial uma atenção especial para as condições podendo assim prevenir-se as quedas. (E 2).

Entre os idosos sedentários verificou-se um risco de quedas de 40% que diminuiu para 13% entre os idosos ativos. Isso justifica-se porque os idosos que são sedentários têm maiores défices no equilíbrio bem como na velocidade da marcha e na força dos membros inferiores. (E8). Não existindo um único agente causal destes eventos é necessário conhecer identificar a multicausalidade e estabelecer medidas de prevenção efetivas e eficazes com o intuito de reduzir ou eliminar esses eventos no sentido de preservar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida dos idosos. (E 9).

O uso de fármacos e a existência de doenças constituem dois dos fatores de risco de ocorrência das quedas. O uso de 5 ou mais fármacos favorece a recorrência das quedas. (E 5). O risco de interacção aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescrito, estando

Tabela 2. Principais resultados

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
1	Baixinho <i>et al.</i> , 2020	Quais as práticas dos cuidadores para prevenir as quedas nos idosos institucionalizados	<p>A amostra (152 cuidadores) com uma média de 47±10,3 anos e é constituída apenas por mulheres. As seis instituições têm planos de formação internamente para completar um mínimo obrigatório de 20 horas de formação por ano.</p> <p>Assim, a maioria teve formação sobre: fatores de risco que contribuem, para o aumento do nº de quedas 81,7%; avaliação do risco de quedas 80,2%; medidas preventivas de quedas 83,5%; cuidados ao idoso que teve queda 82,6%; o registo dos episódios de queda 62,2% e outros assuntos relacionados com as quedas 57,4%. Deve-se realçar que de um modo geral foram valorizadas mais as práticas e os comportamentos que se relacionam com sistema músculo-esquelético em comparação com qualquer outro aspecto. A terceira dimensão da EPIPQ diz respeito a prevenção de quedas que têm a ver com o ambiente físico e são três os fatores que compõem (manutenção de espaço e equipamentos em condições de segurança; facilidade de acesso a espaços e materiais; manutenção dos dispositivos de iluminação e sinalização operacionais). O resultado geral é que essas práticas são mantidas a maioria das vezes.</p> <p>Salientam-se as práticas como mais relevantes: garantir que as zonas de circulação estejam bem iluminadas (4,54±0,83), observar para que as zonas de circulação desobstruídas (4,52±0, 835), manter as rodas da cama (4,46±0, 95) e da cadeira (4,46±0,84) travadas.</p> <p>Na última dimensão da escala alusiva às práticas de prevenção de quedas relacionadas com a informação e formação do idoso, os indicadores com média inferior são aqueles que se relacionam com a informação dada ao idoso sobre os seus fatores de risco (4,31, ±0,956) e a instrução de como se levantar da cama (4,29±0,987). O indicador com média mais alta é a informação sobre o uso de campainha (4,48±0,884). Não há diferença significativa (p>0,05) entre o número de anos de atividade profissional, a idade e as práticas das cuidadoras na área das quedas dos idosos.</p>
2	Tomicki <i>et al.</i> , 2020	Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos	<p>Um dos principais resultados do presente estudo foi a comparação entre os resultados do G1 <i>baseline</i> e pós-intervenção, o qual verifico que houve redução do equilíbrio corporal e aumento do risco de quedas após os três meses de estudo. Já o G2, apresentou melhor desempenho no desenvolvimento tanto do TUGT quanto da EEB após o termo da intervenção com exercícios físicos, quando comparados com os resultados iniciais.</p> <p>Outros estudos semelhantes a este demonstraram que houve ocorrência de quedas em idosos que residem nas ILPIs. Talvez, os idosos residentes nas ILPIs desenvolvam características clínicas funcionais e psicocognitivas mais associadas aos fatores de risco para quedas. A instabilidade postural influencia diretamente as quedas. A prática habitual de exercício físico realizada com um grupo de idosas ativas e um grupo de idosas sedentárias revelou que atividades físicas</p>

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
3	Nogueira <i>et al.</i> , 2020	Impacto de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados	<p>regulares influenciam de maneira positiva o equilíbrio, o que demonstra que as probabilidades de quedas são menores para idosas fisicamente ativas.</p> <p>No estudo desenvolvido por Salma <i>et al.</i>, os resultados apontam que o programa proposto, teve impacto na redução do risco de quedas.</p> <p>As quedas podem ser prevenidas através de programas de exercícios físicos, objectivando normalizar ou recuperar a força muscular, restabelecer o equilíbrio e minorar o consumo de medicamentos.</p> <p>A prática da atividade física surge como uma estratégia essencial na prevenção das quedas em idosos institucionalizados.</p> <p>Apesar disso, os profissionais das ILPIs devem estar mais atentos aos fatores que predisõem o idoso a quedas e elaborarem estratégias de prevenção, visando a melhor capacidade funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida. O estudo apresentou limitações: a dificuldade em se obter uma amostra maior decorrente das condições dos residentes.</p> <p>O alcance maior, de pessoas permitiria uma melhor representatividade.</p> <hr/> <p>A maior parte da amostra é (60,9%), e a média de idade é de 82,4 (\pm 7,76) anos. Mais de metade da amostra (56,5%) encontra-se institucionalizada há um ou mais anos. Maioritariamente os participantes (74%) tomam, no mínimo, quatro medicamentos.</p> <p>Mais de metade dos idosos usa um dispositivo para o auxílio de marcha (56,5%), com a bengala e o andador como os mais frequentes (26,1%). Relativamente à ocorrência de quedas, só três idosos (13%) caíram nos 12 meses anteriores. Ao analisar a pontuação do Mini <i>Cog</i>, verificou-se que todos os elementos da amostra obtiveram pontuação 1 e 2, apresentando por isso resultados indicativos de negativo para déficit cognitivo.</p> <p>Para estimar o impacto da intervenção ao nível da extensão articular dos membros superiores e inferiores, foram analisados os <i>scores</i> médios resultantes da avaliação antes e depois a realização do programa de exercício físico.</p> <p>Assim, evidenciou-se a existência de diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, nas amplitudes de todos os movimentos em todas as articulações, dos membros superiores, que se traduziram uma melhoria ($p < 0,05$). No entanto, em todas as amplitudes dos movimentos articulares nos membros inferiores, os valores são indicativos de melhoria, com a exceção da flexão dorsal do tornozelo direito. Verificou-se também diferenças significativas na força muscular para todos os movimentos de todas as articulações do membro superior direito e esquerdo à exceção da flexão dorsal do punho esquerdo. Por outro lado, evidenciou-se a existência de diferenças significativas, na força muscular nos</p>

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
			<p>movimentos das articulações dos membros inferiores. Os resultados da força de preensão palmar das duas mãos, avaliada com dinamómetro manual Jamar, apresentaram melhoria com significância entre o primeiro e o segundo momento de avaliação ($p=0,001$).</p> <p>Com base na pontuação média obtida na Escala de Morse, não se verificaram diferenças significativas entre os 2 momentos, inicial e final ($p=0,564$). Verificou-se um pequeno aumento do número de idosos na categoria ausência de risco e com alto risco de queda e, inversamente verificou-se uma redução do número de idosos com baixo risco de queda. Quanto ao equilíbrio, com base no <i>score</i> total, os resultados evidenciara diferenças significativas no equilíbrio total, conclui-se que houve uma melhoria após a intervenção através dos <i>scores</i>. Os efeitos mais percebidos pelos idosos pela prática de exercício físico são os que se relacionam com o bem-estar subjetivo. A grande maioria (82,6%) pensa que o programa contribui para o desempenho de novos papéis, estimulando a socialização e 78.2% dos idosos consideram a sua participação no programa de exercício físico com mais satisfação e com maior produtividade. Com o aumento da esperança média de vida, é imprescindível garantir aos idosos um envelhecimento ativo. Apesar de as ERPI terem como um dos objetivos principais, a promoção de um ambiente que favoreça um envelhecimento ativo, o que acontece é que uma das principais problemáticas é a não existência de programas que despertem a atividade física dos idosos. O estudo refere que a prática de exercício físico melhora a capacidade funcional dos idosos institucionalizados, sem défice cognitivo, particularmente no que se refere a aspetos no âmbito dos programas corporais.</p>
4	Paiva <i>et al.</i> , 2019	Dança de salão na prevenção de quedas em idosos	<p>A comparação entre os 2 grupos evidenciou que a idade média do grupo caso foi de 68,63 anos e a do grupo controlo foi de 68,45 anos.</p> <p>Verificou-se que os grupos em análise foram homogéneos relativamente ao número de doenças e a medicações usadas de maneira crónica ($p= 0,477$ e de $p= 0,100$).</p> <p>No grupo dos praticantes de dança (Casos) apenas um deles apresentou <i>score</i> de Berg menor que 45, e que no grupo Controlos 10 participantes tiveram <i>score</i> menor que 45. Pela análise dos dados dos agrupamentos das tarefas da escala de Berg verificou-se que todos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O risco relativo foi de 0,2, confirmando que a praticar dança de salão é um fator protetor para escala de Berg menor que 45.</p>
5	Rosa <i>et al.</i> , 2019	Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons	<p>A média da idade foi de 79,04 ($\pm 8,9$) anos maioritariamente mulheres ($n=121$; 62,7%). Em relação ao tempo de permanência nas ILPI, cerca de um terço, 64 (33,2%) tinham até 2 anos, seguindo-se 62 (32,1%), de 2,01 a 5,9 anos e a maior parte, 67 (34,7%) estavam institucionalizados há mais de 6 anos. No que se refere ao uso de medicamentos por idosos, a média foi de 6,2 ($\pm 3,0$). Dos 149 idosos que realizaram o teste de FPP, tiveram uma média de força em kgf no membro dominante 11,6($\pm 7,3$). Dos idosos avaliados, 53 (27,5%) caíram após a primeira avaliação, sendo que 2 caíram</p>

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
6	Ferreira <i>et al.</i> , 2019	Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados	<p>7 vezes. Foi no turno da manhã onde se verificou maior número de quedas, 20 (37,7%), sendo o quarto o local com mais ocorrência, 24 (45,3%).</p> <p>Dos 53 idosos que tiveram quedas, metade apresentou algum tipo de dano principalmente dano físico. A ocorrência de quedas foi associada de modo estatisticamente significativo com o déficit auditivo ($p=0,004$), força de preensão palmar ($p=0,004$), <i>Score Index Katz</i> ($p<0,001$), grau de dependência e risco de quedas pela MFS-B ($p=0,012$).</p> <p>Dos 130 idosos da amostra, mais de metade (62,3%) residia em ILPI, eram mulheres (73,1%), possuíam baixo nível de escolaridade (28,5%), solteiros (45,4%) e sem filhos (50,4%). Metade dos idosos tinha até 79 anos de idade e até 33 meses de residência nas instituições. Destes 130,17 sofreram quedas recorrentes (dois ou mais episódios) no ano anterior à linha de base do estudo, numa prevalência de 13,1%. Em termos de incidência, 62 idosos passou queda e 35 quedas recorrentes no período da avaliação, o que representa mais da metade (56,4%). Maioritariamente os idosos com quedas múltiplas pertenciam ao sexo feminino (68,6%), residiam em ILPI (65,7%), e tinham uma média de idade de 79,2 anos (dp: $\pm 7,4$). A relação entre idoso e cuidador era de 7,38 (dp: $\pm 3,8$).</p> <p>Os que caíram 2 ou mais vezes tiveram esse acidente no quarto (31,4% apenas no quarto e 11,5% no quarto e noutro local), seguido pelo corredor e casa de banho. As variáveis relacionadas com a saúde do idoso, observaram-se diferenças entre os grupos de idosos que não caíram, caíram apenas 1 vez ou tiveram quedas recorrentes no que diz respeito à presença de incontinência urinária (os que não têm incontinência urinária são os apresentam menos quedas, ($p=0,002$), e declínio de mobilidade (aquelas com declínio de mobilidade tem menos quedas ($p= 0,025$)).</p> <p>A fadiga foi um fator de risco e o uso de betabloqueadores foi fator de proteção para o idoso cair duas ou mais vezes, ($p=0,010$). Os resultados do estudo apontam para um risco de 190% da fadiga para as quedas recorrente e uma proteção do uso de betabloqueadores em 90%.</p>
7	Scarabottolo <i>et al.</i> , 2017	Influence of physical exercise on the functional capacity in institutionalized elderly	<p>A média de idade dos 30 participantes foi de 74,43 ($\pm 9,08$) anos. Destes, 14 eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino, sem diferenças estatisticamente significativas. O IMC médio da amostra do estudo foi de 23,88 kg/m² ($\pm 6,14$), sendo 22,82 kg/m² ($\pm 7,52$) para o grupo controlo e 24,42 kg/m² ($\pm 3,81$) para o grupo de treinamento ($p = 0,472$). Entre as variáveis das capacidades funcionais, não foram encontradas diferenças estatísticas nos dois grupos. No momento pré-treinamento para as variáveis <i>handgrip</i> (17,9 versus 13,5 kg [$p = 0,184$]), subindo de uma cadeira (7,8 versus 9,7 repetições/30segundos [$p= 0,121$]) e TUG (26,7 versus 23,3 segundos [$p=0,540$]), com diferença estatística sendo observada apenas para a força do membro superior (8,3 versus 12,2 repetições/30segundos [$p=0,241$]). As diferenças significativas foram encontradas na força dos membros superiores para ambos os grupos nos momentos 1 e 2 e entre o</p>

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
8	Souza <i>et al.</i> , 2017	Queda em idosos e fatores de risco associados	<p>grupo de intervenção e o grupo controle. Também foi encontrada uma diferença significativa na elevação de uma cadeira entre os tempos do grupo de intervenção e também no grupo de intervenção em comparação com o controle.</p> <p>A amostra incluiu 72,7% de mulheres, 50% pessoas de cor de pele branca, 50% casados ou que vivem com um companheiro. A idade média foi de 72,05 ± 7,86 anos (59% dos indivíduos estudados nunca fumaram e não praticavam atividade física. Relativamente ao uso de medicamentos e às patologias referidas pelos idosos, todos usaram de pelo menos um medicamento continuamente e possuem pelo menos uma doença crônica não transmissível. De acordo com o teste TUG, os voluntários deste estudo tiveram um risco de quedas médio (15,32 ± 4,39 anos). A análise inferencial permitiu verificar que não há associação entre o risco de quedas dos idosos e o sexo, a faixa etária e a prática de atividade física.</p>
9	Cunha <i>et al.</i> , 2016	O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência	<p>Da pesquisa obtiveram-se 203 artigos. Cinco tinham os critérios de inclusão. Thomas <i>et al.</i>, 2011, incluiu 7 ensaios clínicos num total de 1 503 idosos.</p> <p>A intervenção proposta fazia parte do Programa de Exercícios de Otago, que iria ser comparado com um grupo controle sem exercício físico.</p> <p>No PEO, os exercícios são prescritos individualmente e vão aumentando de dificuldade durante um conjunto de 5 visitas ao domicílio realizadas por um instrutor. Os exercícios duram aproximadamente 30 minutos e são realizados três vezes por semana e a caminhada é realizada, pelo menos, 2 vezes por semana. Verificou-se que o grupo de idosos que praticava o PEO reduziu significativamente a prevalência de quedas, (OR=0,45; IC 95%=0,25-0,80). A MA de <i>El-Khoury et al.</i>, 2013 incluiu 17 ensaios clínicos com 4 305 idosos. Compara a prática de EF (n=2 195) com a ausência do mesmo (n=2 110). Em 14 dos ECAC, a prática de EF é realizada em grupo, sendo que em seis destes 14 há também sessões de EF no domicílio. Nos outros 3 ECAC, as sessões de exercício físico foram individuais realizadas somente no domicílio. Concluiu-se que há evidência significativa de que os programas de exercícios para prevenção de quedas em pessoas mais velhas reduzem as prevalências de quedas e evitam lesões decorrentes das mesmas. Fica evidente que muitos dos fatores de risco para quedas são passíveis de serem corrigidos através de programas de exercícios bem construídos. A MA de <i>Sherrington et al.</i>, 2011, inclui 54 ECAC com 26 102 idosos que comparam a prática de exercício físico com um grupo de controle sem exercício físico. No grupo que realizou exercício físico verificou-se uma diminuição em 16%, na prevalência das quedas nos idosos.</p> <p>O treino de equilíbrio em associação com treino de exercício, durante mais de 2h por semana e mais de 6 meses, promoveu uma redução não significativa de 38% na taxa de quedas. A RS de <i>Martin et al.</i>, 2013, incluiu 10 ensaios clínicos, num total de 2.293 idosos. Existiam dois grupos: 1 em exercício físico e em fisioterapia versus o grupo de</p>

Nº	Ano/Autores	Título	Resultados
			<p>controlo, sem exercício físico nem fisioterapia). Todos os estudos evidenciaram uma diminuição significativa na quantidade de quedas (número) no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo ($p=0,02$); outro exercício físico e Fisioterapia versus programas de exercício físico no domicílio. Em três ensaios, dois não apresentaram qualquer diferença em termos significativos entre as intervenções ($p=0,87$). Pode concluir-se que a prática de exercício físico no domicílio é comparável em termos de resultados positivos quanto o exercício praticado em grupo ou por um terapeuta. E ainda a RS de <i>Michael, YL et al, 2010</i>, incluiu 18 ensaios clínicos com 3 986 idosos. Os treinos que são mais intensos, com maior número de horas, estão associados a reduções embora pequenas, mas estatisticamente significativas, com o risco de quedas ($OR=0,87$; $IC\ 95\%=0,81-0,94$).</p>

os idosos institucionalizados em maior risco. (Santos & Almeida,2010). Um episódio de queda pode levar o idoso à incapacidade ou até à morte. Foi possível verificar também que nos estudos onde os programas de exercício físico foram interrompidos após concluir o estudo, as quedas voltaram a acontecer. (E5).

A ocorrência de quedas pode ser assim prevenida por meio de programas de exercícios físicos, cujo objetivo é normalizar ou recuperar a força muscular, restaurar o equilíbrio e reduzir o consumo de medicamentos e a instabilidade (E8). Resultados semelhantes foram obtidos por outros autores (Cruz & Carvalho, 2017). A prevenção deve começar pela avaliação dos idosos através da utilização de escalas que permitam a quantificação do risco de quedas. Estas podem permitir um diagnóstico precoce de potenciais idosos com possibilidade de cair. (E5).

A prática de atividade física é um recurso essencial para promover a saúde nos idosos tornando-se uma proposta de intervenção eficiente na prevenção das quedas. O tempo de duração da atividade física reduz a prevalência de quedas (E9) e fomenta a percepção dos idosos como melhor bem-estar subjetivo (E5,E6).

Estes estudos podem ajudar a conciliar diálogos a nível da saúde pública para alertar sobre a ocorrência das quedas, com reconhecimento dos idosos com episódios de quedas e intervenção precoce nos fatores de risco modificáveis impedindo a repetição e, desta forma, minimizando também os custos com internamentos e reabilitação (E 2), melhorando tanto a qualidade de vida dos idosos, como das famílias diminuindo o impacto negativo na sociedade.

Verifica-se, assim, haver evidência significativa de que os programas de exercícios físicos para prevenção de quedas em pessoas mais velhas não só reduzem a prevalência e incidência de quedas, mas também evitam lesões decorrentes das mesmas pelo que muitos dos fatores de risco para quedas são corrigíveis por programas de exercícios bem desenhados (E9).

5. Conclusões

As principais conclusões de resposta à questão de investigação enunciada: Qual a melhor evidência científica para a prevenção das quedas em idosos institucionalizados? Foram as seguintes:

De um modo geral, os estudos apontam que a prática de atividade física melhora a capacidade funcional dos idosos institucionalizados. A atividade física é mais eficaz quando é praticada com regularidade e com maior intensidade.

A prática de atividade física também contribui para favorecer a interação social dos seus participantes, sem elevados custos. As práticas dos cuidadores das instituições de idosos relativamente à gestão do risco de queda nos idosos institucionalizados, nomeadamente durante a execução de cuidados, tendo em conta o ambiente físico são positivas e mantidas na maioria das vezes. Ressalta para a prática a necessidade de formar, treinar e monitorizar os cuidadores no cuidado para a prevenção de riscos de quedas em idosos institucionalizados podendo os enfermeiros, como líderes na gestão do risco de queda, ser atores fundamentais.

Verificou-se que a dança de salão contribui para a prevenção de quedas em idosos e melhora o equilíbrio, concluindo-se que os programas de atividade física, isoladamente ou associados a outras intervenções, surtem efeito na redução do número e do risco de quedas nos idosos institucionalizados. Nos idosos que apresentam risco mais elevado de quedas verificou-se uma

maior redução do risco, podendo concluir-se que, serão estes os idosos que mais beneficiam da prática de exercício na diminuição da prevalência de quedas.

Apesar de as instituições de idosos terem como um dos objetivos principais, a promoção de um ambiente que favoreça o envelhecimento ativo, assegurando a manutenção da autonomia dos idosos, a verdade é que uma das principais problemáticas é a não existência de programas que incentivem a atividade física dos idosos.

Com base neste estudo recomenda-se:

- A vigilância epidemiológica das quedas nos idosos institucionalizados.
- A existência de equipas multidisciplinares que incentivem a atividade física quer nas instituições quer na comunidade.
- Atividades protocoladas de baixo custo poderão ser aplicadas em instituições, incentivando os profissionais nessa área a desenvolver programas intervencionais para idosos institucionalizados.

Finalmente a importância desta temática e a relação com o envelhecimento realça a necessidade de desenvolvimento de estudos mais aprofundados que integrem outras variáveis e que permitam ter uma maior precisão do risco de quedas, da independência, da autonomia e da saúde dos idosos.

6. Bibliografia

- Baixinho, C., & Dixe, M. (2020). Quais as práticas dos cuidadores para prevenir as quedas nos idosos institucionalizados. *Revista baiana de enfermagem*, 34, e37491. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37491>
- Cunha, Patrícia & Pinheiro, Luísa Costa. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 32 (2),96-100. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i2.11732>
- Cruz, H.V. M., & Carvalho, S. A. (2017). Analysis of risk for falls among elderly persons practitioners of aerobic and resisted exercise through the timed up and go test. *Portuguese ReonFacema*. 3(3): 608-616.
- Davis, J. C., Robertson, M. C., Ashe M. C., Liu-Ambrose, T., Khan, K.M. & Marra, C. A. (2010). International comparison of cost of falls in older adults living in the community: A systematic review. *Osteoporos*, 21(8),1295-306. <https://doi.org/10.1007/s00198-009-1162-0>
- Ferreira, Lidiane Maria de Brito Macedo, Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de Figueiredo Ribeiro, Jerez-Roig, Javier, Araújo, José Rodolfo Torres, Lima & Kênio Costa de et al. (2019) Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. *Ciência e saúde coletiva* [online]. vol. 24, n.1, 67-75. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016>
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23 (1),183-184.
- Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP; American College of Sports Medicine (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334-1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821>
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Sep 12(9), CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- Gulich, I., Cordova, D. D. P. (2017). Falls in the elderly: a population-based study. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 15(4), 230-4.
- Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal. (2013). Lisboa: INE; 2014. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=223549784&DESTAQUESmodo=2
- Lundin-Olsson, L. (2010). Community-dwelling older adults with balance impairment show a moderate increase in fall risk, although further research is required to refine how balance measurement can be used in clinical practice. *Evidence-Based Nursing*, 13(3), 96-7. <https://doi.org/10.1136/ebn1078>
- Leitão, S. M., Oliveira, S. C., Rolim, L. R., Carvalho, R. P., Coelho, F. J. M., & Peixoto, J. A. A. (2018). Epidemiology of falls in older adults in Brazil: an integrative literature review. *Geriatric Gerontology and Aging*, 12(3),172-179.

- Nogueira, I., Nogueira, N., & Araújo, F. (2020). Impacto de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista ROL de Enfermagem*, 43(1), 197-203.
- Paiva, E. P., Loures, F. B., & Marinho, S. M. (2019). Dança de salão na prevenção de quedas em idosos: estudo caso controle. *Revista Cuidarte*, 1-9. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.850>
- Rosa, Vitor Pena Prazido, Cappellari, Fátima Cristina Bordin Dutra, & Urbanetto, Janete de Souza. (2019). Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), e180138. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>
- Santos, M. & Almeida, A. (2010). Polypharmacy in old age. *Revista Referência de Enfermagem. III Série* (2), 149-162
- Scarabottolo, Catarina Covolo, Júnior, Jair Rodrigues Garcia, Gobbo, Luis Alberto, Alves, Marcelo José, Ferreira, Aline Duarte, Zanuto, Everton Alex Carvalho, Oliveira, Weber Gutemberg Alves & Christofaro, Diego Giulliano Destro. (2017). Influence of physical exercise on the functional capacity in institutionalized elderly. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/1517-869220172303150175>
- Souza, L.H. R., Brandão, J. C. S., Fernandes, A. K. Cardoso, & Cardoso, B. L. C. (2017). Queda em idosos e fatores de risco associados. *Revista de Atenção à Saúde*, São Caetano do Sul, 15(54), 55-60. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n54.4804>
- Teixeira, D. K. S., Andrade, L. M., Santos, J. L. P., & Caires, E. S. (2019). Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), E880229. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>
- Tiedemann, A., & Sherrington, C. (2013). The role of exercise for fall prevention in older age. *Revista Motriz*, 19(3), 541-47.
- Tomicki.C, Zanini.S, Cecchin.L, Benedetti.T, Portella.M, & Leguisamo.C. (2020). Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idosos institucionalizados, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 473-482. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150138>

Envelhecimento na terceira idade

CARLA ENCARNAÇÃO¹

GUADALUPE SANTOS¹

LUZBENI GONZALEZ¹

NATACHA BARRADAS¹

PAULO SOUSA¹

ANA LÚCIA FARIA^{1,2}

¹Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira

²NOVA-LINCS, Universidade da Madeira

natacha-barradas@hotmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 11/02/2021

Resumo

A população portuguesa é caracterizada pela sua maioria idosa, sendo esta uma realidade com tendência crescente nos próximos anos. Envelhecer é um processo natural e gradual do ser humano, caracterizado pela alteração no funcionamento do organismo, pela debilidade do sistema imunológico e maiores necessidades nutricionais. Estas transformações fisiológicas são frequentemente associadas ao aparecimento de doença. Na perspectiva de promover o envelhecimento ativo, este trabalho terá como alvo de estudo a alimentação e a sua influência no aparecimento e desenvolvimento de doença. Para tal, propomo-nos a contextualizar a saúde do idoso, as suas necessidades nutricionais com as doenças mais frequentes apresentadas pelo idoso, nomeadamente: as cardiovasculares, oncológicas, diabetes, neurodegenerativas, osteoporose e a desidratação. A incidência do estudo na alimentação tem como finalidade a consciencialização da sua prática como medida preventiva à doença, promovendo um envelhecimento ativo, qualidade de vida e o aumento da esperança média de vida.

Palavras-Chave: Idoso; Saúde; Doença; Alimentação; Envelhecimento ativo.

Abstract

The elderly characterize the majority of the Portuguese population, a reality with an increasing trend for the coming years. Ageing is a natural and gradual process of the human being, characterized by changes in the functioning of the body, the weakness of the immune system and greater nutritional needs. Consequently, these physiological transformations are often associated with the onset of disease. In a perspective of promoting active ageing, this study will focus on nutrition and its influence on the onset and development of disease. To this end, we propose to contextualize the health of the elderly, their nutritional needs with the most frequent diseases presented by the elderly, namely: cardiovascular, cancer, diabetes, neurodegenerative, osteoporosis and dehydration. The focus on diet aims to raise awareness of its practice as a preventive measure against the disease, promoting active ageing, quality of life and increased average life expectancy.

Keywords: Elderly; Health; Illness; Diet; Active aging.

1. Introdução

À medida que envelhecemos, o nosso corpo sofre várias alterações, quer sejam físicas, psíquicas e/ou fisiológicas. Todas estas mudanças são condicionadas pela nossa atividade diária, sendo primordial, durante todo o processo de envelhecimento mantermos um equilíbrio entre uma alimentação saudável e equilibrada com a prática de exercício físico.

Entendeu-se que envelhecer com qualidade de vida, é adotar, ao longo dela, estilos e hábitos de vida saudáveis.

Esta temática levou-nos a uma pesquisa sobre um tema que por si só é muito vasto, concluindo que, os subtemas por nós abordados são os que têm mais impacto no idoso. Refletimos sobre a má conjugação alimentar, a necessidade de hidratação, a necessidade de diminuir e adaptar os consumos de sal e açúcar, a problemática da osteoporose, o consumo leviano de ácidos gordos e as doenças cuja incidência e prevalência aumentam com a idade. A alimentação e a nutrição são processos voluntários, logo são ambos educáveis. Ou seja, a má alimentação e a ausência da atividade física levam a incapacidade, ou morte, conforme os dados e informações disponibilizadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), que mostram também a quantidade de recursos humanos e financeiros dedicados para manter ao máximo possível a qualidade de vida, aquando a doença crónica se instala.

O presente trabalho tem por base uma pesquisa bibliográfica digital de artigos científicos, *E-books* e *websites*.

1. Envelhecimento e estado nutricional

1.1 Fatores condicionantes

Segundo Bates (2002), ao longo do ciclo vital o ser humano sofre algumas alterações tais como a diminuição dos mecanismos de ingestão, digestão, absorção, transporte e excreção dos alimentos, obrigando a uma adaptação das necessidades nutricionais na terceira idade. Nesta faixa etária as necessidades energéticas poderão diminuir, devido a uma eventual redução, ou inexistência de atividade física, e da consequente redução da massa muscular. No entanto, grande parte das necessidades em micronutrientes mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar (Bates, 2002). No infográfico 1 podemos ver os 4 fatores condicionantes do estado nutricional na pessoa idosa.



Figura 1. Fatores que condicionantes do estado nutricional na terceira idade (Adaptada de Boyle et al., 1999)

1.2 Necessidades nutricionais

1.2.1 Aspetos nutricionais a considerar na alimentação de um idoso

Com base nos conteúdos publicados de Afonso (2012) e Blumberg (1997), entendemos que é fundamental realizar um plano alimentar adaptado e personalizado ao indivíduo considerando não apenas as necessidades energéticas adequadas (macronutrientes e micronutrientes), como as preferências alimentares e fatores socioeconómicos e culturais do idoso. O objetivo principal passa pela manutenção do peso corporal adequado sem comprometer a saúde global.

Com o aumento da idade, as necessidades nutricionais podem estar aumentadas, devido ao comprometimento da absorção e utilização eficaz de certos nutrientes ou até a toma de determinados fármacos. Na tabela seguinte (cf. tabela 1) mostramos o impacto das alterações fisiológicas que sofremos no processo de envelhecimento nas necessidades nutricionais.

Tabela 1. Alterações fisiológicas do envelhecimento e respetivo impacto nas necessidades energéticas [Adaptado de Afonso (2012) e de Blumberg (1997)]

Alterações fisiológicas	Impacto nas necessidades nutricionais
↓ Massa muscular	↓ Necessidades energéticas
↓ Densidade óssea	↑ Necessidades em cálcio e vitamina D
↓ Função imunitária	↑ Necessidades em vitamina B6, vitamina E e zinco
↑ Ph gástrico	↑ Necessidades em vitamina B12, ácido fólico, cálcio, ferro e zinco
↓ Capacidade da pele para produção de colecalciferol	↑ Necessidades em vitamina D
↑ Capacidade para produção de hormona paratiróide	↑ Necessidades em folatos, vitamina B6 e vitamina B12
↓ Função hepática do retinol	↓ Necessidade em vitamina A
↑ Estado de <i>stress</i> oxidativo	↑ Necessidades em betacaroteno, vitamina c e vitamina E

1.3 Recomendações alimentares

De forma a otimizar o estado nutricional das pessoas idosas, a comunidade científica sugere seguir várias recomendações, um guia alimentar para a população Portuguesa (cf. tabela 2) (Afonso et al., 2012).

2. Importância da hidratação

A adequada hidratação é extremamente importante porque a desidratação é uma das principais causas da fadiga. A água é fundamental para toda a existência, pois a sua ausência inviabiliza a vida, sendo o constituinte mais importante do corpo humano (70% do volume corporal) e é uma maneira eficaz de se manter hidratado, bebendo água com regularidade (Berge, em data).

2.1 Desidratação

A desidratação na pessoa idosa pode ocorrer devido à diminuição da percepção de sede e consequente ingestão hídrica insuficiente ou por aumento das perdas de líquidos, devido a

infecções, demências, diuréticos, entre outros. As consequências da desidratação podem ser graves, resultando, muitas vezes, na hospitalização do idoso ou morte (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2015).

A desidratação é geralmente considerada quando se manifestam sinais clínicos como a diminuição na produção de suor, mucosa oral seca, a redução da elasticidade da pele, a alteração do estado de consciência e a urina com cor e odores intensos (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2015).

A desidratação pode aumentar o risco de várias condições como a insuficiência renal, a confusão, infecções urinárias, hipertermia e um maior risco de queda (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2015).

Para manter-se hidratado no dia-a-dia, a água deve ser deixada em local bem visível, como por exemplo, na mesa da sala ou na mesa-de-cabeceira. Pode ainda ser colocado um alarme no relógio para lembrar de beber água. Se o idoso não gostar ou tiver dificuldade em ingerir água, o uso de alimentos ricos em líquidos é uma boa opção, como por exemplo: frutas, sumos de frutas, verduras, legumes e gelatina. As águas aromatizadas com rodela de limão, folhas de hortelã, gengibre ou maçã, podem também ser uma opção para quem não gosta de água natural.

3. O impacto da alimentação na prevenção e tratamento de doenças associadas ao envelhecimento

3.1 Diabetes mellitus tipo 2

A diabetes é uma doença crónica e progressiva, associada a maus hábitos alimentares (mais concretamente a tipo 2). Em Portugal estima-se que a diabetes afete 13,3% da população com idades entre os 20-79 anos, das quais 44% desconhecem ter a doença. Diariamente, são diagnosticados com diabetes em Portugal cerca de 200 novos doentes. (Ministério da Saúde, 2021). A diabetes tipo 2 é mais frequente nos idosos, não havendo absorção da glicose intracelular, ficando na corrente sanguínea (Ministério da Saúde, 2016).

3.1.1 Possíveis consequências da diabetes mellitus tipo 2

Quando o tratamento da diabetes não é iniciado a tempo, a doença pode causar várias complicações no organismo, relacionadas com a acumulação de açúcar em vários tipos de tecidos. Algumas das mais comuns são as alterações graves da visão (podendo levar a cegueira), má cicatrização de feridas (que podem levar à necrose ou amputação do membro), disfunções no sistema nervoso central, disfunções na circulação do sangue, complicações cardíacas e coma. (Bezerra, 2021).

3.1.2 Tratamento da diabetes mellitus tipo 2

O primeiro passo no tratamento da Diabetes tipo 2 é o mais importante e implica uma adaptação naquilo que se come, quando se come e na atividade física que se efetua diariamente. O exercício regular, permite que o organismo aproveite melhor o açúcar disponível na circulação. É necessário garantir a acessibilidade às melhores práticas na prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas em risco ou com diabetes. Quando não é possível controlar a

Diabetes, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário fazer o tratamento com fármacos e, em certos casos, utilizar insulina (Bezerra, 2021).

3.2 A hipertensão arterial

Segundo os programas nacionais para a Promoção da Alimentação Saudável e para a Prevenção das Doenças Cérebro-Cardiovasculares, a hipertensão arterial está associada ao elevado consumo de sal e é a causa mais comum do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ministério da Saúde, 2021). De acordo com um estudo apresentado pela DGS, a prevalência da hipertensão nos homens com mais de 65 anos é de 71,3% e nas mulheres está acima dos 75%. O coordenador nacional do programa para a prevenção das doenças cardiovasculares admite que a hipertensão entre os mais velhos é muito elevada, além de apontar para um mau controlo do problema neste grupo etário. Apenas cerca de 35% dos hipertensos com mais de 65 anos tem a sua hipertensão arterial controlada (Atlas da Saúde, 2015).

3.3 Osteoporose

A osteoporose é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a doença óssea mais comum, "caracterizada pela baixa densidade óssea e deterioração macroestrutural do tecido ósseo, conduzindo a uma maior fragilidade e conseqüente aumento do risco de fratura". Por outras palavras, a osteoporose é uma doença que reduz a densidade e a qualidade dos ossos, uma vez que eles se tornam mais porosos, o que conseqüentemente, enfraquece o esqueleto e aumenta o risco de fratura. Estas fraturas podem afetar as vértebras os punhos e o quadril (Szejnfeld, 2019).

De acordo com a Fundação Internacional de Osteoporose (FIO), estima-se que a cada três segundos ocorra uma fratura osteoporótica em algum lugar do planeta. Após os 50 anos de idade, uma em cada três mulheres e um em cada cinco homens sofrerão pelo menos uma fratura nas suas vidas. Para as mulheres, esse risco é maior do que o risco de cancro da mama, ovário e útero somados. Para os homens, o risco é maior do que o de cancro da próstata. Adicionalmente, aproximadamente 50% das pessoas que sofreram uma fratura osteoporótica sofrerão mais uma no futuro e o risco de outras fraturas cresce continuamente a cada nova ocorrência. Além disso, a mortalidade relacionada com a osteoporose também é elevada: no nosso país, 13% dos doentes que sofrem umas fraturas morrem em 3 meses. Nos dois anos após a fratura, a mortalidade atinge os 38% (Dawson-Hughes et al., 2013).

O pico máximo da densidade óssea acontece entre os 30-35 anos, idade a partir da qual começa a ocorrer uma perda natural, e normalmente lenta, de massa óssea, que dura ao longo da vida. Além disso, esta perda afeta mais as mulheres porque têm um pico de massa óssea inferior ao do homem, e por outro lado porque deixam de produzir estrogénio quando atingem a menopausa, o que pode acelerar a perda óssea (Dawson-Hughes et al., 2013).

Existem fatores positivos e negativos que podem condicionar uma massa óssea adequada, são eles: o excesso de peso, a falta de exercício e a baixa ingestão de produtos lácteos. A realização de uma densitometria óssea é muito importante na prevenção pois esta é uma doença silenciosa, não provoca sintomas nas suas fases iniciais e é muitas vezes uma fratura que leva ao diagnóstico (Dawson-Hughes et al., 2013).

É possível prevenir a osteoporose através da alimentação, evitando consumir alimentos que diminuam a absorção de cálcio no intestino ou que aumentem a sua excreção pelos rins, tais como, alimentos ricos em sódio, cafeína, ácido oxálico e fítico, manteiga e carnes gordurosa. (Dorazio, 2017) Também é essencial seguir uma dieta rica em cálcio, tentando ingerir de forma natural alimentos lácteos (iogurtes, queijos, leite), frutas e legumes e frutos secos (Dorazio, 2017). Finalmente, a vitamina D, aliada ao exercício regular, pode ajudar a manter a densidade óssea (Andrade et al., 2018).

3.4 Doenças cardiovasculares, oncológicas e neurodegenerativas

As doenças cardiovasculares constituem a maior causa de mortalidade em Portugal, seguidas das doenças oncológicas. As doenças degenerativas por sua vez, ainda que com menores números de mortalidade, afetam maioritariamente a população idosa, pois o seu risco de desenvolvimento aumenta com a idade (SNS, 2020).

Assim sendo, e analisando os determinantes de saúde, os que dependem da natureza pessoal são os estilos de vida, onde se enquadra a nossa alimentação. Nesse sentido, com a prática de uma alimentação saudável é possível prevenir o aparecimento de uma certa doença ou retardar a sua evolução. Nesta seção, propomo-nos a analisarmos o impacto dos padrões alimentares nas doenças mais comuns nos idosos.

3.4.1 Doenças cardiovasculares

Uma das principais causas para as doenças cardiovasculares é o acumular de depósitos de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos que irrigam o coração e o cérebro. Esta gordura, denominada de colesterol, é consequência de uma má alimentação e impede que o sangue flua para o coração e/ou para o cérebro devidamente (Borlak & Ganatra, 2007).

A Direção Geral de Saúde afirma que o excessivo consumo de gorduras saturadas e trans está associado a um maior risco de DCV e de colesterol LDL, o qual é habitualmente intitulado “mau colesterol”. Nesse sentido, em 2019, assinou um protocolo no qual se compromete a reduzir as quantidades de sal, açúcares e gorduras trans presentes em determinados produtos alimentares (DGS, 2020).

Um considerável número de estudos, conduzidos em diferentes regiões do mundo, avaliaram a correlação entre o consumo de gorduras e os níveis elevados de colesterol. “As conclusões desta versão atualizada sugerem que reduzir o consumo de gordura saturada durante dois anos potencializa uma importante redução nas DCV. Substituir a gordura saturada por gordura polinsaturada parece ser uma estratégia útil...” (Hooper et al., 2020). Paradoxalmente, as gorduras ou lípidos são importantes para o armazenamento e fornecimento de energia, bem como para a formação de membranas celulares. Alimentos de origem animal (carnes e produtos lácteos) fornecem-nos 75g a 100g de lípidos por dia (30 a 40% da dose total energética).

A Vitamina D tem sido alvo de grande estudo pela manutenção da saúde cardiovascular e seus efeitos anti-inflamatórios, evidenciando-se um maior risco de DCV em indivíduos com défices de vitamina D (Hiemstra et al., 2019). Esta estimula a produção de óxido nítrico agindo, na proteção contra o *stress* oxidativo e exerce uma função anticoagulante relevante (Wang et al., 2017).

3.4.2 Doenças oncológicas

Atualmente a alimentação tem sido alvo de estudo devido à sua influência no aparecimento, desenvolvimento ou regressão de doenças cancerígenas: “Regimes elevados de lípidos não correspondem a uma necessidade puramente nutricional e é necessário compreender as consequências metabólicas disso. Com efeito, tendo em vista uma nutrição preventiva, parece preferível limitar a ingestão de lípidos, visto que um excesso de fornecimento de gordura implica o aparecimento de doenças cardiovasculares e dos câncros...” (Rémési, 1994). A ingestão de micronutrientes e a estimulação imunitária representam um papel fundamental de forma a impedir lesões genotóxicas provocadas por células cancerígenas. É de salientar o papel da vitamina D, pela regulação do sistema imunitário inibindo a inflamação, pelos seus conteúdos antioxidantes é apontada como uma eficaz medida preventiva contra câncros do cólon, da mama e da próstata. Um estudo realizado a uma mulher, após a menopausa, que aumentou os seus níveis de vitamina D, viu o seu risco de cancro diminuir em 70% (Wang et al., 2017). Considerada pelo seu efeito antitumorigênico, apresenta benefícios no correto funcionamento do sistema imunológico, muscular e nervoso, controlando o normal crescimento das células cancerígenas (Andrade et al., 2018).

O ácido fólico – que se encontra nos legumes verdes – é atualmente estudado pelos seus efeitos na manutenção do ADN no estado normal. Um fornecimento variado de fibras de origens diversas (cereais e legumes verdes) tem-se revelado muito eficaz na prevenção do cancro (Rémési, 1994). Através do seu consumo é possível regular integridade genética, o cromossoma humano e prevenir câncros do colo do útero, mama, pulmão, boca, garganta, esôfago e colón retal (Freitas et al., 2016).

Finalmente, alimentos como chá verde, açafrão-da-Índia, hortícolas da família das crucíferas, alho, cebola, alho francês, chalota e cebolinho, hortícolas, frutos ricos em carotenos, frutos de baga, soja e ervas aromáticas são denominados de anti cancro pelos seus efeitos anti-inflamatórios, antioxidantes e desintoxicantes (Oliveira, 2012).

3.4.3 Doenças neurodegenerativas

As demências são caracterizadas por um declínio progressivo e persistente de memórias, afetando as funções cognitivas do idoso. Ocorrem, em parte, devido ao entupimento de pequenos vasos sanguíneos no cérebro ficando as células nervosas privadas de sangue oxigenado, o entupimento destes vasos deve-se ao acumular de colesterol (Cardoso & Paiva, 2017), ou por insuficiência nutricional encontrada frequentemente em idosos, podendo ser fruto de um consumo excessivo de gorduras (Controi, 2011). O consumo de gorduras saturadas é nomeado como um importante fator de risco. Um estudo realizado a dois grupos de indivíduos, um deles consumidores de gorduras saturadas, e o segundo de gorduras polinsaturadas relevou que os consumidores de gorduras polinsaturadas têm um risco 70% menor de desenvolver uma demência (Cardoso & Paiva, 2017). É salientado um efeito redutor no estado demencial aquando de perda de peso, nomeadamente, no Índice de Massa Corporal (IMC) (Controi, 2011). As vitaminas do complexo B, D, hortícolas, peixes ricos em óleo gordo, o consumo de antioxidantes e de café são apontados como importantes na prevenção da demência ou na sua estabilização (Cardoso & Paiva, 2017).

4. Conclusão

Considerando a temática do envelhecimento saudável, entendemos e concluímos, no decorrer da nossa pesquisa, que existem inúmeros programas (a nível regional, nacional e internacional), que têm por objetivo promover a qualidade de vida nos mais velhos através de uma alimentação saudável ao longo do ciclo de vida. Assim, todas as condicionantes nutricionais de um idoso e a vitalidade do seu organismo, através da adoção de medidas e prática de exercício físico, são essenciais para manter um corpo e mente sã.

Uma boa hidratação, juntamente com a adoção de uma alimentação nutricionalmente rica e variada, conforme as recomendações da DGS, e de acordo com a roda dos alimentos, exercem um papel relevante no aparecimento, desenvolvimento ou retardamento de uma doença. Salvaguardando que, após a instalação da patologia, é possível através de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (um deles baseado na alimentação) estabilizar o seu avanço.

Atendendo às patologias supra abordadas, nomeadamente: a diabetes, osteoporose, doenças cardiovasculares, oncológicas e Neurodegenerativas, destacamos uma evidente necessidade de ingestão de vitamina D no idoso, pois a mesma contribui no equilíbrio do sistema imunológico e controla o desenvolvimento de processos inflamatórios. Evidenciámos também que elevados níveis de colesterol no sangue potenciam o aparecimento de doença, sendo aconselhado um consumo consciente e moderado de gorduras saturadas, especialmente na presença de doença, de forma a regredir a mesma.

Portanto, a alimentação é, sem dúvida, um fator importante no envelhecimento ativo, a prática de uma alimentação saudável e cuidada pode ser benéfica no presente e a longo prazo.

5. Bibliografia

- Afonso C., Morais C., de Almeida M. D. V. (2012). Manual de Gerontologia-Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa: LIDEL.
- Andrade, F., Moreira, A., Môço, R., Alves, R., Vasconcelos, A., Eiras, E., ... & Ferreira, A. (2018). Metabolismo da Vitamina D e Dor na Artrite Reumatóide. *Medicina Interna*, 25(1), 36-39. 25 (1), 36 – 39. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/184/1/2018>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2015). *Hidratação No Ciclo De Vida: Hidratação Na Pessoa Idosa*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Ávila, A. L. V. (2017). *Beba muita água! 4 dicas para manter seu corpo hidratado*. Conquiste sua vida. https://www.conquistesua vida.com.br/noticia/beba-muitaagua-4-dicas-para-manter-seu-corpo-hidratado_a1408/1
- Barbosa, M. (2013). *Alimentação no ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa*. Associação Portuguesa dos nutricionistas. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf
- Bates, C. J., Benton, D., Biesalski, H. K., Staehelin, H. B., Van Staveren, W., Stehle, P., ... & Wolfram, G. (2002). Nutrition and aging: a consensus statement. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 6(2), 103-116.
- Bernstein, M., & Munoz, N. (2012). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(8), 1255-1277. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.06.015>
- Bezerra, C. (2021, 21 de Janeiro). *Diabetes tipo 2: o que é, sintomas, causas e tratamento*. Tua Saúde. de <https://www.tuasaude.com/diabetes-tipo-2/>
- Blumberg, J. (1997). Nutritional needs of seniors. *Journal of the American College of Nutrition*, 16(6), 517-523.
- Boyle, M. A., & Holben, D. H. (2006). *Community nutrition in action: An entrepreneurial approach*. Belmont, USA: Thomson Wadsworth Learning.
- Cardoso, A. S., & Paiva, I. (2017). Nutrição e Alimentação na prevenção e terapêutica da Demência. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (11), 30-34. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.1105>

- Castro, L. C. V., Franceschini, S. D. C. C., Priore, S. E., & Pelúzio, M. D. C. G. (2004). Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Revista de Nutrição*, 17(3), 369-377. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000300010>
- Contri, P. V. (2011). *O impacto da gravidade da demência sobre o estado nutricional em idosos*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-03082016-090955/en.php>
- Dawson-Hughes, B., Fuleihan, G., & Clark, P. (2013). *CUIDADO ÓSSEO PARA MULHERES pós menopáusicas*. https://www.osteoporosis.foundation/sites/iobonehealth/files/201904/2013_BoneCarePostmenopause_ThematicReport_Portugese.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (sem data). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. DGS. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>
- Dorazio, B. (2017, 23 de Outubro). *Osteoporose e alimentação*. Blog Nutrição Prática da RedeGlobo. <http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/blog/nutricao pratica/post/osteoporose-e-alimentacao.html>
- Gali, J. C. (2001). Osteoporose. *Acta Ortopédica Brasileira*, 9(2), 53–62.
- Hiemstra, T. F., Lim, K., Thadhani, R., & Manson, J. E. (2019). Vitamin D and atherosclerotic cardiovascular disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(9), 4033-4050. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00194>
- Hooper, L., Martin, N., Jimoh, O. F., Kirk, C., Foster, E., & Abdelhamid, A. S. (2020). Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011737.pub3>
- Kingman, S. M. (1991). The influence of legume seeds on human plasma lipid concentrations. *Nutrition Research Reviews*, 4(1), 97-123. <https://doi.org/10.1079/NRR19910010>
- Lopes, A., Teixeira, D., Calhau, C., Pestana, D., Padrão, P., & Graça, P. (2014). Ervas aromáticas-uma estratégia para a redução de sal na alimentação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS).
- Observatório Nacional da Diabetes. (2015). *Diabetes: Factos e Números-Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Oliveira, F. (2012). Anti-cancro, uma nova maneira de viver. *Revista Nutricias*, 14, 35-38.
- Organización Mundial de la Salud. (sem data). <http://revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/pdf/articulos/92010020300050007.pdf>
- Puente-Yagüe, M., Cuadrado-Cenzual, M. A., Ciudad-Cabañas, M. J., Hernández-Cabria, M., & Collado-Yurrita, L. (2018). Vitamin D: And its role in breast cancer. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(8), 423-427. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2018.03.004>
- Rodrigues, S. S. P., Franchini, B., Graça, P., & de Almeida, M. D. V. (2006). A new food guide for the Portuguese population: development and technical considerations. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(3), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.01.011>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2017, 15 de Março). *Diabetes: factos e números 2015* SNS. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/15/diabetes-factos-e-numeros-2015/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2018, 14 de Maio). *Diabetes*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/14/diabetes/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2020, 29 de Setembro). *Hipertensão arterial*. SNS. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2020, 3 de Fevereiro). *Programa Nacional para a Diabetes*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-diabetes/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (sem data), *Doenças Genéticas*. SNS. <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/Genetica/AreasTrabalho/DoencasGeneticas/Paginas/inicial.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão (sem data). https://www.sphpta.org.pt/pt/base8_detail/24/89
- Teodoro, M. (2018, 23 de Novembro). *Conheça 6 benefícios da chia que farão você incluir a semente em sua dieta*. Delas. <https://delas.ig.com.br/alimentacao-e-bem-estar/2018-11-23/beneficios-da-chia.html>
- Wang, H., Chen, W., Li, D., Yin, X., Zhang, X., Olsen, N., & Zheng, S. G. (2017). Vitamin D and chronic diseases. *Aging and Disease*, 8(3), 346. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440113/>

O sono nos mais velhos

ARTUR AGUIAR¹

ELIANA BELTRÃO¹

ISABEL MATILDE CRÓ¹

JOSÉ LUÍS PEREIRA¹

ANA LÚCIA FARIA¹

¹Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira

aguiar.artur02@gmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 18/03/2021

Resumo

O sono é um importante regulador do nosso organismo. Dormir parece ser simples, mas na verdade é um processo muito complexo dividido em diferentes fases. A falta do sono pode trazer diversos problemas de saúde e estes são perceptíveis pelos sintomas que o corpo vai manifestando. Ao processo de envelhecimento está associada uma diminuição do tempo de sono necessário para que o organismo funcione bem. É importante, no entanto, preservar a qualidade do sono nas pessoas mais velhas pelos diversos benefícios que dormir bem implica, tais como o bem-estar, a autorregulação e a capacidade de realização de tarefas simples e complexas. Uma boa noite de sono tem impacto no rendimento diurno, que por sua vez vai condicionar a qualidade de vida da pessoa.

Palavras-chaves: Sono; Qualidade do sono; Envelhecimento; Idoso; Qualidade de vida.

Abstract

Sleep is an important regulator of our body. Sleeping seems to be simple, but it is a very complex process divided into different phases. The lack of sleep can cause several health problems, and these are noticeable by the symptoms that the body shows. The overall amount of sleep tends to decline with age. However, it is important to preserve the quality of sleep in older people for the various benefits that sleeping well entails, such as well-being, self-regulation, and the ability to perform simple and complex tasks. A good night's sleep has an impact on daytime performance, which in turn will affect a person's quality of life.

Keywords: Sleep; Sleep quality; Ageing; Elderly; Quality of life.

1. Introdução

Através da investigação dos autores que estudaram o sono e como este funciona nas diversas faixas etárias, encontramos inúmeros conceitos relacionados com o funcionamento do sono e o com as alterações relacionadas com o envelhecimento. Segundo Carrilho (2005), em “Portugal existem mais de um milhão e setecentos mil idosos, representando esta camada 16,5% da população residente no país”. O envelhecimento estabelece a vivência do indivíduo, no entanto, na terceira idade chega-se a uma fase mais avançada do ciclo vital, em que, regra geral, a qualidade de vida vai diminuindo e o sono também (Martin et al., 2001; Valadares, 2000).

O sono é uma atividade realizada maioritariamente durante a noite e compreende diferentes fases, três delas resultam no relaxamento dos vários membros do corpo independentemente ao longo do processo e a última fase resulta num processo longo, onde o sujeito dorme

conscientemente, esta é considerada uma fase em que é difícil acordar. As alterações típicas do envelhecimento fazem com que a maioria dos idosos acorde devido a algumas doenças que são prejudiciais ao sono (Fernandes, 2006; Penzel, 2011).

A fase de sono *Rapid Eye Movements* (REM) é considerada a última fase e a que mais prejudica as noites de sono dos mais velhos. As alterações do sono estão associadas a estados patológicos, deixando os idosos incapazes de realizar tarefas simples devido a noites mal dormidas (Ferreira, 2006; Raposo & Marques, 2015). Quando existem sinais de alerta quanto à qualidade do sono, é indispensável que o idoso seja avaliado e monitorizado enquanto dorme através de uma máquina chamada de Eletroencefalografia (EEG) (Mugeiro, 2011).

2. O que é o sono?

Segundo Matos (2012), "Diversos conceitos do sono foram elaborados tendo em consideração os aspetos funcionais e comportamentais deste fenómeno" (Martins & Tufik, 2001). De acordo com a literatura, o sono é definido como um comportamento ativo, repetitivo e reversível (Benington, 2000; Buela, 1990), um estado funcional e cíclico, com diversas manifestações comportamentais características, como a imobilidade relativa e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos (Buela, 1990).

Adicionalmente, o sono é caracterizado por um período de perda de consciência reversível, pela redução do funcionamento motor e sensorial e pela regulação homeostática, onde a qualidade de reparação não pode ser substituída pelo descanso, comida, bebida ou drogas. O sono é tão essencial como a comida e a água (Aldrich, 1999), sendo uma necessidade universal para todos os animais, incluindo os humanos (Aldrich, 1999; Cotten & Altevogt, 2006). Existe alguma dificuldade em definir os parâmetros típicos do sono normal, devido à variabilidade individual e variabilidade de noite para noite relativamente ao mesmo indivíduo (Rente & Pimentel, 2004; Paiva, 2008). O sono normal oferece uma sensação de bem-estar ou descanso físico e mental, com recuperação da energia. Sendo assim, é facilitada a execução das tarefas físicas e mentais do dia seguinte, pelo que cada pessoa deve procurar o ritmo próprio de sono para uma sensação de sono repousante e bem-estar matinal (Aldrich, 1999; Rente & Pimentel, 2004; Matos, 2012).

No que diz respeito à Teoria da Restauração do organismo, esta refere que o sono é essencial para restaurar todo o organismo, física e mentalmente. Segundo esta teoria, no sono lento existe um aumento do anabolismo proteico, de algumas hormonas de crescimento e uma diminuição de hormonas catabolizantes. Por sua vez, o sono paradoxal encontra-se associado ao restabelecimento das funções cognitivas. Esta teoria poderia explicar a os sintomas físicos e intelectuais aquando da privação do sono. Outros investigadores defendem que o sono paradoxal e sono lento são mais importantes para a restauração cerebral do que para a restauração corporal, sendo que o descanso em geral é o restaurador corporal. A atividade cerebral (observada a partir do EEG) mostra maiores diferenças entre o sono e a vigília do que as medidas das atividades corporais; sendo ainda as funções cognitivas mais afetadas com a privação do sono do que as funções corporais (Aldrich, 1999).

Durante o sono são estabilizados os processos imunológicos, o aumento das defesas do organismo e a resistência às infeções; são estabelecidos e sedimentados vários processos cognitivos, e é através dos sonhos que é restabelecido o equilíbrio emocional (Paiva, 2008;

Matos, 2012). Concluindo, uma das funções principais do sono consiste em manter-nos acordados, para que sejamos capazes de enfrentar e desempenhar as tarefas do cotidiano (Paiva, 2008). Contudo, com as exigências da vida moderna as pessoas dormem o mínimo de horas possível, o que conduz à privação do sono (Ferrara & Gennaro, 2001; Rente & Pimentel, 2004) que, se for mantida, conduz a várias alterações a nível comportamental e fisiológico (Paiva, 2008; Matos, 2012).

2.1 Mecanismos do sono

“O sono não é uma estrutura igual em todo o seu ciclo”, sendo que pode ser dividido em dois mecanismos que ocorrem durante o sono noturno: o ciclo circadiano e as fases *Non Rapid Eye Movement* (NREM) e REM. “Uma noite de sono possui em média 5 ciclos de sono. Cada fase do sono tem uma função específica, pois há evidências de sua importância para os processos de recuperação e de repouso do organismo” (Saraiva, 2006).

2.1.1 Ciclo circadiano

Segundo Aschoff (1979), citado por Almondes e Araújo (2003), o ciclo sono-vigília é um ritmo circadiano. Em condições naturais este ritmo apresenta sincronização com fatores ambientais e oscila num período de 24 horas. A alternância do dia-noite, os horários escolares, os horários de trabalho, são alguns fatores exógenos que sincronizam o ciclo sono-vigília. Além dessa sincronização ambiental, o ciclo sono-vigília é gerado e regulado endogenamente por uma estrutura neural localizada no hipotálamo que é o núcleo supraquiasmático (NSQ), considerado o relógio biológico para os mamíferos (Araújo, 2003).

“Esta relação entre os ritmos endógenos é conhecida como ordem temporal interna. Há uma série de evidências que apontam para uma relação entre o padrão do ciclo sono-vigília e a ansiedade em estudantes universitários” (Almondes & Araújo, 2003). No trabalho realizado por Almondes e Araújo (2003), foram investigadas as relações entre o ciclo sono-vigília e a ansiedade em 37 estudantes do segundo ano do curso de medicina. Os estudantes responderam ao Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), ao Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (IDATE) e a um questionário de matutuidade - vespertinidade. Todos registaram o seu sono num diário durante duas semanas. Os resultados mostraram que os estudantes de medicina tinham elevadas pontuações na ansiedade. Aqueles que tinham menores pontuações na ansiedade acordavam mais cedo nos dias de semana e finais de semana, enquanto que os que apresentavam irregularidade do seu ciclo sono-vigília apresentavam maior estado de ansiedade. Sugere-se que há uma relação entre o ciclo sono-vigília e a ansiedade.” (Araújo, 2003).

Segundo Medeiros et al. (2001), citados por Almondes e Araújo (2003), em condições naturais, os seres humanos precisam de uma certa regularidade no seu padrão do ciclo sono-vigília. Porém, para os estudantes universitários, existem dois grupos de fatores que agem de forma antagônica no processo de sincronização do ciclo sono-vigília: o ciclo claro-escuro e os fatores endógenos (necessidade de sono e as preferências quanto à alocação do horário de dormir e de acordar), que tendem a sincronizar o ciclo sono-vigília em um ritmo regular e com período de 24 horas e; por outro lado, as exigências académicas que tendem a reduzir o sono. Esta oposição entre estes dois fatores pode ser considerada como uma situação de conflito, em que os estudantes precisam decidir entre manter a regularidade do ciclo sono-vigília e satisfazer

as necessidades de sono, e responder aos esquemas escolares e exigências acadêmicas (Araújo, 2003; Medeiros et al., 2001).

Segundo Cruz (2003), os trabalhadores que trabalham por turnos, conseguem ter perturbações muito frequentes sendo estes, os distúrbios do sono e da vigília, ou seja, um dos trabalhadores admite ter dificuldades em manter acordado ao longo do turno da noite (Santos & Dias, 2012).

2.1.2 Fases do sono

O sono é dividido em duas grandes fases que, por vezes, são confundidas por mecanismos fisiológicos distintos, sendo estas: 1) o sono paradoxal que se designa por sono REM e materializa-se em ondas rápidas no EEG e que acompanham os movimentos rápidos dos olhos, quer sejam verticais, quer sejam horizontais; tem como duração de cinco a trinta minutos e pode ser designado como um “sono rápido” ou “dessincronizado”; a outra fase é 2) o sono lento que também é designado por o sono NREM, que apresenta ondas lentas no EEG e caracteriza-se por um sono “sossegado”. O sono noturno inicia-se por uma fase NREM à qual sucede uma fase REM, em ciclos com uma duração de noventa minutos (Penzel, 2011).

Durante a atividade desenvolvida no sono REM, acontecem fenómenos marcados por extrema variabilidade, nomeadamente, as frequências cardíaca e respiratória e a pressão arterial, que varia entre os valores mais baixos e mais altos e também acompanham no relaxamento muscular. Quando os sonhos se tornam emocionais durante o sono paradoxal são quase vívidos, o que faz que o indivíduo acorde nesta fase (Penzel, 2011).

Antes do sono REM, a atividade desenvolvida no sono NREM induz o repouso do organismo, a diminuição da sudorese e a perda das respostas psicogalvânicas, num período dominado por estímulos parassimpáticos, em que há uma diminuição da frequência cardíaca média, da pressão arterial e o consumo do oxigênio diminui. Nesta fase a atividade cognitiva faz com que os sonhos sejam facilmente esquecidos e o conteúdo é mais lógico, atingindo aspetos do quotidiano (Fernandes, 2006; Penzel, 2011).

As fases do sono também incluem a vigília, onde pode ser observado no EEG. Assim sendo, a primeira fase no sono NREM apresenta o adormecimento e, a segunda fase tem como duração de dez minutos, sendo uma fase de mudança entre o sono leve e o sono profundo e também a atividade do EEG se caracteriza nos seguintes elementos fásicos: os fusos e os complexos K.

Os fusos do sono consistem no padrão de ondas de frequências enquanto que, os complexos K são compostas por ondas bifásicas (Fernandes, 2006; Penzel, 2011).

3. O sono e o envelhecimento

Segundo Franchi e Júnior (2005), o envelhecimento é um fenómeno biológico e psicológico que envolve todos os seres vivos, e implica a perda de capacidades ao longo da vida. Assim, trata-se de um processo multidimensional e multidirecional em que há uma perda gradual das funções orgânicas (Mugeiro, 2011). “O processo de envelhecimento fisiológico provoca alterações tanto na qualidade como na quantidade do sono” (Valadares, 2000). “O envelhecimento traz consigo uma série de alterações que aumentam os fatores de risco e a ocorrência de doenças crónico-degenerativas” (Torres et al., 2009).

O padrão do sono muda durante o ciclo vital, o que está também associado a mudanças sociais e fisiológicas, mudanças do padrão social e familiares, diminuição de amizades e inatividade física como consequência de incapacidade motora (Motta & Sá, 2007; Mugeiro, 2011). Segundo as pesquisas feitas por Freitas (2006), um idoso dorme cerca de seis horas, sem fases de sono profundo, tendo mais probabilidades de acordar durante a noite (Mugeiro, 2011).

3.1. Alterações do sono no idoso

As alterações do sono nos mais velhos fazem, muitas vezes, parte do envelhecimento normal, ou seja, muitas das queixas referentes ao sono, são normais. Por exemplo, os idosos tendem a acordar mais cedo, permanecendo assim imensas horas na cama, experienciam uma diminuição do sono profundo e por fim, maior frequência de movimentos das pernas enquanto dormem (Ferreira, 2020).

Nesta população, as noites mal dormidas levam à sensação de despertar de manhã sem que o sono tenha sido repousante, com diminuição da capacidade física, menor capacidade cognitiva, diminuição da força muscular, dificuldades de locomoção, dificuldade em manter a atenção, diminuição da resposta, perturbações de memória, concentração e de desempenho (Ferreira, 2020).

3.2 Sono REM no idoso

Na terceira idade, o sono sofre alterações, os idosos têm o sono mais leve, com aumento da primeira e segunda fase e diminuição da última fase, pois o ritmo circadiano altera-se com a idade. A melatonina, é uma hormona sintetizada pelo cérebro e também diminui com a idade, levando a que seja mais fácil despertar durante o sono NREM, na presença de luminosidade e/ou ruído (Ferreira, 2020; Quinhomes & Gomes, 2011).

Guyton (1997), “considera o sono NREM um restaurador das funções orgânicas” (Mugeiro, 2011). Já o sono REM tem sido relacionado sobretudo com a restauração de funções cognitivas, ideia que é reforçada pelo aumento do sono REM intrauterino e durante a infância, em que há um grande desenvolvimento cerebral. Esta teoria explica por que motivo os sintomas da privação de sono parcial, contínuo e total são ao mesmo tempo físicos e intelectuais (Mugeiro, 2011).

Assim, uma das funções do sono seria a preservação da energia, e na realidade, de acordo com Rente e Pimentel (2004) assiste-se, durante o sono, a uma diminuição do metabolismo e da temperatura corporal. Em suma, podemos constatar que o sono assume funções primordiais na preservação da energia e restauração das competências físicas e mentais do organismo, capacitando-o de forma saudável e competente para as tarefas que decorrem durante a vigília (Mugeiro, 2011).

3.3 Estados patológicos associados a alterações na qualidade do sono no idoso

Os idosos têm mais dificuldade em adormecer, o sono deixa de ser tão reparador e as horas de sono necessárias diminuem. Entre os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice estão: a dor ou desconforto físico, os fatores ambientais (luminosidade, ruído, refeições, etc.), problemas emocionais, alterações no padrão do sono, incluindo queixas sobre o tempo que foi dormido, dificuldade em reiniciar o sono após ter sido interrompido e despertar matinal

mais cedo que o desejado. Essencialmente na terceira idade o sono torna-se mais leve, com mais interrupções e dificilmente chega às 8 horas. Nesta fase da vida, o mais importante não são as horas dormidas, mas sim a qualidade destas. Um exemplo está no dormir muito, que é muitas vezes rotulado como uma coisa boa, no entanto pode provocar efeitos como dores no corpo não beneficiando o indivíduo (Raposo & Marquês, 2015).

Os estados patológicos estão associados a alterações na qualidade do sono. Entre estas está a patologia músculo-esquelética que provoca dificuldades em adormecer devido à dor, sendo que a utilização de analgésicos poderá ajudar aliviar a dor e melhorar o sono. As patologias osteoarticulares estão presentes na população acima dos 65 anos (Raposo & Marques, 2015).

Outro exemplo é a nictúria, que é a necessidade de ir urinar depois de acordar, pode surgir no contexto de várias doenças, tal como, a diabetes *mellitus*, a doença prostática, a insuficiência renal crónica e a utilização dos determinados fármacos, e a doença pulmonar obstrutiva crónica (associada aos ex-fumadores e fumadores) (Raposo & Marques, 2015).

Igualmente importante é a insuficiência cardíaca congestiva que apresenta sintomas de dispneia paroxística noturna e que pode ser tratada através de terapêuticas farmacológicas e medidas posturais como a elevação da cabeceira da cama.

Ao longo do tempo houve vários autores que estudaram as alterações do sono como estando relacionadas com a depressão e consideravam que a insónia seria causada por problemas de saúde mental. Nestes casos o tratamento passa pela toma de psicofármacos e consultas com psicólogo, psiquiatra ou clínico geral (Raposo & Marques, 2015).

Nesta fase da vida também ocorre um fenómeno a nível da estrutura corporal da pessoa, neste caso da estrutura óssea, o que leva a que os indivíduos pareçam cada vez mais pequenos devido ao encurtamento dos músculos na região da coluna cervical e lombar. Sendo muito importante o idoso ter atenção à postura durante o dia e durante a noite, para evitar maus hábitos que poderão levar a problemas graves (Cunha, 2018).

Outras medidas, associadas à higiene do sono e medidas que diminuem as perturbações do sono no idoso deverão ser tomadas em atenção, tais como evitar o excesso de medicamentos com efeito sedativo pois podem levar a quedas, dificuldade em levantar, tonturas, problemas na concentração, alterações na memória e no contacto interpessoal, diminuição dos reflexos e sonolência. É também importante ter atividades relaxantes antes de ir para a cama, como ler um livro ou tomar um banho relaxante. Por outro lado, evitar estimulantes antes da hora de dormir como ver televisão, fumar, beber refrigerantes. Finalmente, evitar as sestas durante o dia e fazer exercícios físicos consoante a capacidade (Cunha, 2018).

3.4 Monitorização da qualidade do sono no idoso

A monitorização da qualidade do sono pode ser feita através de uma máquina chamada Eletroencefalograma (EEG). O EEG foi desenvolvido por Hans Berger em 1930, graças a ele é possível monitorizar as alterações da atividade elétrica cerebral que ocorrem durante o sono (Dandolini, 2000; Mugeiro, 2011). Depois do aparecimento do EEG foi possível estudar o sono e reconhecer que este não é um estado homogéneo, mas que existem dois estados distintos: o sono REM e o sono NREM (Mugeiro, 2011).

Esta técnica consiste no estudo do sono a partir dos registos do EEG, do eletro-oculograma (EOG), do electromiograma (EMG) (Fig.1) e de outros parâmetros vitais tais como as atividades

viscerais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, entre outras) e o funcionamento endócrino do indivíduo. Durante o sono existem ritmos ou ondas cerebrais síncronas a frequências Hertz (HZ), definidoras de padrão do sono típicos, possibilitando a estruturação do sono em fases (Mugeiro, 2011). À medida que a frequência Hz diminui, as ondas cerebrais surgem como frequências mais lentas (ondas delta e teta) e o sono profundo começa a instalar-se. Por outro lado, quando a frequência dos Hz aumenta, as ondas cerebrais tornam-se mais rápidas (ondas alfa e beta), surgindo o sono mais leve (Loomis et al., 1938; McCarley, 2007; Mugeiro, 2011; Rente & Pimentel, 2004).

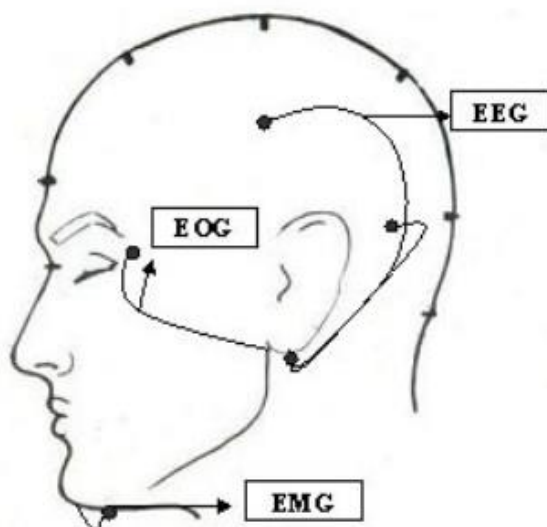


Figura 1. Registos do Eletroencefalograma (EEG) (Retirado de Fernandes, 2006)

4. Conclusão

Segundo Mugeiro (2011) “o sono é uma das propriedades biológicas fundamentais, sendo a única cuja privação não pode ser mantida mais do que cinco ou seis dias sem que alterações comportamentais e fisiológicas surjam, colocando em risco a própria vida”. Durante o envelhecimento a qualidade do sono vai diminuindo, o que pode trazer consequências para a saúde e bem-estar dos idosos (Mugeiro, 2011).

O presente trabalho procurou refletir sobre os fatores envolvidos na qualidade do sono dos idosos (Mugeiro, 2011). Nos estudos analisados verificou-se que o idoso refere acordar mais cedo, apresenta menor duração total de sono, tem aumento da latência inicial de sono, maior dificuldade em manter o sono nas primeiras horas da manhã, aumento do número de despertares noturnos e diminuição da eficiência de sono (Mugeiro, 2011).

Efetivamente, as alterações a nível do sono constituem uma problemática evidente e cada vez mais expressa pelos indivíduos com mais de 65 anos. Torna-se necessário desmistificar a ideia pré-concebida, de que é normal, à medida que se envelhece, dormir-se cada vez com mais dificuldades. Impera a necessidade de avaliar que risco acarreta para a saúde do idoso a falta de um sono eficaz, de modo a serem estabelecidas estratégias de intervenção comunitária, que contribuam para a minimização desta problemática (Ferreira, 2011).

5. Bibliografia

- Rodrigues, A. L. S., Sousa, B. V. N., & do Nascimento, O. C. (2018). Importância da higiene oral na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1(1), 59-59.
- Araújo, C. L. D. O., & Ceolim, M. F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619-626.
- Almondes, K. M. D., & Araújo, J. F. D. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43.
- Clara, A. (2020). *Dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa*. [Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde]. RCAAP. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33544/1/BCTFC114.pdf>
- Fernandes, R. M. F. (2006). O sono normal. *Medicina*, 39(2), 157-168.
- Lopes, G. M. C. (2018). *A Qualidade do Sono no Idoso*. [Tese de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23272>
- Lopes, W. S., Faustino, M. A., Leal, A. B., & Inocente, N. J. (2006). *Sono um fenômeno fisiológico*. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-graduação, 3-6.
- Manuel, J. (2012). *Trabalho por Turnos: Que Consequências na Saúde dos Enfermeiros*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Politécnico de Viseu-Repositório Científico. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1690>
- Matos, L. C. (2012). *Qualidade do sono, saúde e estilos de vida: estudo com a população activa portuguesa*. [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2663>
- Raposo, F. M. O. (2015). *As alterações do sono no idoso*. [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra: <https://eg.uc.pt/handle/10316/30579>
- Mugeiro, M.J.C. (2011). *Qualidade do Sono nos Idosos*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Politécnico de Viseu-Repositório científico. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1658>
- Nunes, de M. E. (2012). *Atenção à saúde dos idosos: Aspectos Conceituais*. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Penzel, T. P. (2011). *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático*. Porto: LIDEL.
- Pneumosono (2016). *Sono e envelhecimento*. Pneumosono. <https://pneumosono.com.br/blog/67-o-bom-sono-melhora-a-qualidade-de-vida>

A requalificação urbana como garantia de acessibilidade e direitos fundamentais das pessoas idosas

MARIANE JIMENEZ FRANCO¹

JULIANA DE MENDONÇA CASADEI¹

ELAÍNE BRITTO DE CASTRO¹

DOLORES PEREIRA RIBEIRO COUTINHO¹

¹Universidade Católica Dom Bosco

ju.casadei@gmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 22/01/2021

Resumo

A presente investigação objetivou analisar os direitos fundamentais dos idosos no espaço urbano. Dentre as necessidades dos idosos está poder usufruir da via pública, a qual deve lhes conferir acessibilidade, autonomia e segurança. Essa preocupação tem sido materializada em diversos tratados e convenções internacionais. Diante do crescimento da população idosa em todo o mundo, estuda-se a necessidade de readequar as cidades para que os espaços públicos sejam inclusivos. A pesquisa exploratória se desenvolveu a partir de análise documental, bibliográfica e coleta de dados em campo, tendo como estudo de caso a obra de requalificação de importante via comercial no centro de Campo Grande-MS, Brasil: a Rua 14 de Julho. Diante das análises realizadas, infere-se que as medidas de acessibilidade universal promovidas na via, com a priorização da circulação de pedestres, conferem maior mobilidade aos idosos que utilizam o espaço público, reforçando a necessidade de sua adequação em âmbito da escala humana, permitindo que espaços sejam acessíveis e inclusivos, deixando de serem mera previsão legal para ser política pública materializada.

Palavras-Chave: Pessoas Idosas; Acessibilidade; Espaço Urbano; Direitos fundamentais.

Abstract

This research aimed to analyse the fundamental rights of the elderly in the urban space. Among the needs of the elderly is being able to use the public road, which should give them accessibility, autonomy, and security. This concern has been materialized in several international treaties and conventions. Given the growth of the elderly population worldwide, the need to readjust cities so that public spaces are inclusive is being studied. The exploratory research was developed from documentary, bibliographic analysis, and field data collection, having as a case study the requalification of an important commercial route in the centre of *Campo Grande-MS*, Brazil: *14 de Julho* Street. In view of the analyses carried out, it can be inferred that the universal accessibility measures carried out on the road, with the prioritization of pedestrian circulation, give greater mobility to the elderly who use the public space, reinforcing the need for its adaptation at the human scale, allowing spaces to be accessible and inclusive, no longer being a mere legal provision but rather a materialized public policy.

Keywords: Elderly people; Accessibility; Urban Space; Fundamental Rights.

1. Introdução

As projeções sobre o envelhecimento da população mundial chamaram atenção da comunidade internacional ao grupo de idosos no mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU), periodicamente, realizou encontros, desde 1982, com o objetivo de discutir os direitos humanos que são inerentes aos idosos, como o bem-estar social, autonomia, saúde, emprego, entre outros. E, também, como proteger esses direitos e os aplicar no cotidiano destes idosos.

A aplicabilidade dos direitos remete ao ambiente em que os idosos estão inseridos, e, portanto, provoca uma reflexão sobre a qualidade dos espaços públicos ofertados nas cidades. Com isso, evidencia-se a necessidade de readequar tais espaços para que sejam funcionais, acessíveis e seguros a essa parcela da população que está em ritmo de crescimento, visando atender condições específicas que as limitações proporcionadas pelo avançar da idade, naturalmente, requer. Portanto, para que o pleno exercício dos direitos fundamentais da acessibilidade seja garantido, faz-se necessário a eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas e ambientais, que representam dificuldades à locomoção dos idosos, permitindo a mobilidade e autonomia.

O objeto deste estudo teve como foco a região central de Campo Grande, Brasil, em 2019. Quando a principal via comercial da cidade, a Rua 14 de Julho, passou por um processo de requalificação urbana, visando priorizar a circulação de pedestres, tendo sofrido mudanças significativas nas concepções de trânsito de veículos automotores e acessibilidade às pessoas. O propósito deste trabalho foi analisar no *case* as intervenções realizadas na via como aplicação do direito de acessibilidade aos idosos no espaço urbano.

2. A preocupação com o envelhecer: os direitos fundamentais dos idosos

A preocupação com o grupo de idosos em âmbito internacional iniciou-se apenas em 1982 com o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, produto das discussões realizadas na Assembleia Geral das Nações Unidas. Posteriormente, em 1991 as Nações Unidas definiram princípios fundamentais para as pessoas idosas, que são: independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade. Em 2002, em Madrid, foram firmados documentos com mais de 100 pontos que os países devem se atentar para promover um envelhecimento saudável e ações assistenciais com as pessoas idosas, levando em consideração os aspectos culturais, educacionais e econômicos de cada região. Esse plano foi materializado, em 2003, pelos países da América Latina e do Caribe, dando origem no Brasil ao Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/03, dispositivo legal que protege os direitos fundamentais das pessoas idosas no país (Piovesan, 2016).

Mais tarde, em 2009, o Plano de Ação Pan-Americana sobre a saúde dos idosos e envelhecimento ativo e saudável chamou atenção sobre desenvolver e aplicar tecnologias que propiciam um envelhecimento saudável (Notari & Fragoso, 2011).

Contudo, somente em 2015, durante a realização da Convenção Interamericana de Direitos Humanos das Pessoas idosas, foi a primeira vez em que se tratou da inclusão do idoso no espaço urbano e das questões sobre acessibilidade classificada como direito humano das pessoas idosas. Nela, os entendimentos firmados apontaram para as iniciativas do Estado em inclusão dos idosos, evidenciando o direito à acessibilidade ao entorno físico, social, econômico e cultural e à sua mobilidade pessoal. Dentre as medidas apontadas estão, a eliminação de obstáculos e barreiras de acesso em edifícios, vias públicas, transportes e outras instalações (Ministério Público do Estado de São Paulo, 2015).

Paralelamente, neste mesmo ano, líderes mundiais reunidos na sede da Organização das Nações Unidas, em Nova York, pactuaram os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), manifestando a preocupação com o acesso às cidades, em todas suas oportunidades, e a todas as pessoas. O Objetivo 11, que trata das cidades e comunidades sustentáveis, tem o propósito

de tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis (ONU, 2015), sendo que no ODS 11 duas metas merecem destaque:

“11.3 Até 2030, aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e a capacidade para o planejamento e a gestão participativa, integrada e sustentável dos assentamentos humanos, em todos os países.

11.7 Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.” (ONU, 2015)

De um modo geral, as metas estabelecidas no documento abordam as causas fundamentais da pobreza e segregação, além de pretender o desenvolvimento para todos, sem nenhum tipo de discriminação. Contudo, o ODS 11 catalisa todos os demais, uma vez que os sintetiza, incorpora e dá aplicabilidade em âmbito do espaço onde se concentram as pessoas. Portanto, cidades inclusivas são aquelas que asseguram condições de igualdade de acesso a todas as pessoas, nos mais variados sentidos que se possa configurar a dignidade da pessoa humana e a garantia de seus direitos.

Para contribuir com a busca de cidades inclusivas, as Nações Unidas adotaram em 2016 a Nova Agenda Urbana (NAU). O documento passou a nortear os propósitos a serem perseguidos, tendo como uma das premissas o entendimento de que a organização do espaço urbano, a acessibilidade e desenho desses espaços, somados à oferta de infraestrutura e prestação de serviços básicos, são decisivos, pois tanto podem promover quanto impedir a coesão social, a igualdade e a inclusão (ONU, 2017).

Neste norte, pretendendo-se alcançar uma urbanização sustentável, a NAU reorienta a maneira de planejar, financiar, desenvolver, administrar e gerir cidades e assentamentos humanos, em cinco áreas de ação, destacando-se o planejamento e o desenho urbano, considerando a escala humana, conforme entendimentos de Gehl (2013). Assim, os espaços públicos devem proporcionar a liberdade, o pleno gozo da cidade e a interação social, de modo equitativo, reconhecendo as necessidades específicas daqueles que guardam condição vulnerável. Dessa forma, as cidades planejadas para o atendimento das necessidades de mulheres e meninas, idosos e deficientes, formam comunidades que acolhem a todos em condição de igualdade para experimentar o pleno convívio social promovido pelos espaços públicos e de uso coletivo.

3. A requalificação de vias para inclusão da pessoa idosa: o caso da Rua 14 de Julho

A cidade de Campo Grande, localiza-se geograficamente na porção central do estado de Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste do Brasil. Possuindo uma população de 786.797 habitantes, com uma taxa de urbanização de 98,66% e densidade demográfica de 97,22 hab/km², destaca-se uma tendência ao envelhecimento dos seus habitantes, apresentando uma trajetória ascendente da população com 65 anos ou mais, sendo 4,82% em 2000 e 6,70% em 2010 (Campo Grande, 2019).

Semelhantemente ao perfil de muitas cidades brasileiras, esses dados de Campo Grande justificam o planejamento e execução de ações orientadas ao atendimento das necessidades dos grupos populacionais mais vulneráveis, tendo em vista tornar a cidade mais inclusiva.

Contudo, especificamente a região central da cidade passa, há alguns anos, por processos de degradação urbana, corroborando com um cenário que demanda por intervenções.

Os processos vivenciados motivaram a elaboração de um Plano Local para as Zonas Especiais de Interesse Cultural do Centro - Plano de Revitalização do Centro, que, após as etapas de diagnóstico e prognóstico, foi materializado em lei municipal – Lei Complementar nº 161, de 20 de julho de 2010 – a qual determina a realização de ações voltadas ao desenvolvimento econômico, melhoria das condições urbanísticas e ambientais, integração das atividades econômicas, moradia, atividades culturais e de lazer e recuperação e revitalização dos espaços e das edificações, assim como à valorização dos marcos simbólicos e históricos da cidade.

Para elaboração das propostas de reversão do quadro estabelecido, foi realizado um diagnóstico (Campo Grande, 2009), no qual foram descritas as vias públicas da região central como locais em que não há espaço suficiente para acomodar os pedestres e o mobiliário urbano nas calçadas, sendo esses incompatíveis com os diferentes usos ocorrentes. Conflitos e dificuldades demonstram as condições de conservação dos passeios do centro da cidade, área com maior concentração da movimentação de pedestres, as quais resultam em desconforto, risco de acidentes, ou, até mesmo, a indução do trânsito de pedestres no leito da via.

Dessa forma, o Plano de Revitalização apontou como prioritária a requalificação da Rua 14 de Julho, uma via comercial de grande importância histórico-cultural para a cidade. Os levantamentos realizados na Rua 14 de Julho em âmbito desta pesquisa permitiu verificar que a população idosa faz uso da via pública para práticas cotidianas, mesmo antes da realização das obras, usufruindo das atividades prestadas pelos serviços e comércios existentes, em suas diversas tipologias, além das opções de lazer, como por exemplo, as tradicionais praças da região central. O fluxo de circulação de pedestres é alimentado por uma rede de transporte coletivo intensa na região central, que corrobora com a movimentação pendular bairro-centro. Essa dinâmica de circulação existente em uma via comercial e central da cidade, reforça a importância de adaptação dos seus espaços.

Contudo, as condições de desconforto à caminhabilidade ofertadas pela via, até então (Figura 1), denotam às dificuldades de acesso e uso do espaço público, sobretudo para aqueles que possuem algum tipo de limitação à mobilidade física, incluindo-se neste contingente os idosos. Os obstáculos ofertados na área central dificultam o uso dessa parcela da população, que depende do centro para acessar as mais diversas oportunidades ofertadas pela cidade de um modo geral.

Para reversão desse cenário, a via foi requalificada a partir do Programa de Desenvolvimento Integrado do Município de Campo Grande, com recursos oriundos do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, e estruturado em um conjunto de ações voltadas à revitalização da área central e melhoria da mobilidade urbana da cidade (Campo Grande, 2018).

Entre os anos de 2018 e 2019, a via sofreu intervenções nas obras de infraestrutura básica, como pavimentação, saneamento, como redes de distribuição de água, coleta de esgoto sanitário e de microdrenagem, até intervenções mais complexas, como a execução de redes subterrâneas de energia elétrica e telecomunicações (Campo Grande, 2018). Contudo, foram significativos à caminhabilidade dos pedestres o alargamento das calçadas, a instalação de mobiliário urbano, paisagismo e arborização, sinalização viária e acessibilidade universal.



Figura 1. Aspectos da Rua 14 de Julho, em Campo Grande-MS, antes das obras de requalificação: dimensão do leito carroçável (A) e condições do passeio público (B). Fonte: arquivo dos autores.

Analisando-se as intervenções realizadas, é possível constatar a inserção de elementos que convergem com as necessidades dos pedestres apontadas pelo *Global Designing Cities Initiatives* (GDCl, 2018), de se ofertarem caminhos contínuos e desobstruídos para circulação, com sinalização orientativa, além de espaços iluminados e sombreados para caminhar ou repousar, permitindo um uso seguro e confortável da via.

As calçadas ampliadas e desobstruídas, com o embutimento das infraestruturas sob o leito da via, e a organização do espaço de instalação dos mobiliários, serviços e arborização, oferecem uma faixa livre e contínua para o trajeto dos pedestres compatível com o fluxo existente. A rua se tornou universalmente acessível (Figura 2), permitindo as diferentes velocidades de caminhada dos pedestres, em suas distintas condições de mobilidade, sendo oferecida atenção especial às necessidades das pessoas com deficiência, idosos e crianças.



Figura 2. Acessibilidade universal na Rua 14 de Julho: passeios no mesmo nível (A) e modernização semafórica (B). Fonte: arquivo dos autores.

Em sendo os cruzamentos de vias são os locais de maior risco de acidentes, uma vez que neles os pedestres estão expostos no espaço de passagem dos veículos automotores, neles foram instalados semáforos com tempo exclusivo para os pedestres, com painel de contagem regressiva. Também, foram executadas travessias mais curtas, com o alargamento do raio de curvatura nas esquinas (Figura 3), permitindo que as pessoas aguardem a travessia em segurança (GDCl, 2018).

A velocidade média de trânsito de veículos na via foi reduzida, sendo executadas também travessias em nível nos meios das quadras (Figura 3), facilitando a circulação do pedestre e consequentemente o acesso ao seu destino em segurança (GDCl, 2018).



Figura 3. Travessias seguras nos cruzamentos (A) e meios de quadra (B) da Rua 14 de Julho. Fonte: arquivo dos autores

Da análise das intervenções realizadas na reconfiguração da Rua 14 de Julho, demonstra-se que sua transformação imprimiu melhores condições de circulação para todos os pedestres, sobretudo àqueles que não se encontravam anteriormente aptos para dela usufruir em iguais condições e gozo de seus direitos.

Essa nova concepção do espaço público alinha-se aos entendimentos de desenvolvimento local na escala humana, uma vez que o território é compreendido como algo vivo, não apenas limitado no sentido de espaço físico (Marques, 2009). Essa visão da dinâmica do espaço público da via é fundamental para o planejamento inclusivo, especialmente no sentido de promover a ampliação e reintegração desses espaços para seus verdadeiros usuários.

As calçadas desempenham um papel essencial na vida das cidades. Como condutoras de circulação e acesso de pedestres, estimulando a conectividade e promovendo o caminhar. Enquanto espaços públicos, as calçadas servem de porta de entrada para as cidades, ativando as ruas social e economicamente. Calçadas seguras, acessíveis e bem conservadas são investimento fundamental e necessário às cidades e têm demonstrado contribuir para a saúde pública geral e maximizar o capital social (GDCl, 2018).

4. Conclusões

O ritmo acelerado de crescimento da população idosa é fato mundialmente preocupante, entre outros, por evidenciar a necessária atenção ao desenvolvimento físico e mental, e a promoção da autonomia e independência dos idosos, prejudicadas com o processo de envelhecimento.

O Brasil é signatário de compromissos estabelecidos com a comunidade internacional para criação de espaços mais acessíveis e promoção da mobilidade do idoso, com a finalidade de oferecer-lhes maior independência em igualdade de condições com as demais pessoas.

Na análise do *case*, a obra de requalificação da Rua 14 de Julho, em Campo Grande-MS, verificamos a iniciativa de promoção da acessibilidade e garantia de direitos fundamentais das pessoas idosas, comprovadas pelas intervenções realizadas.

Conclui-se, com este estudo, que a requalificação de vias urbanas são importantes instrumentos para promover a circulação de pessoas, especialmente dos idosos, conferindo autonomia, segurança, independência, e principalmente, o sentimento de pertencimento ao espaço urbano, considerando que assim são respeitados os direitos fundamentais de pessoa idosa.

Bibliografia

- Campo Grande (2009). *Plano Local para as Zonas Especiais de Interesse Cultural do Centro – ZEIC's Centro*. Organura & Planurb (Eds.). <http://www.campogrande.ms.gov.br/centro/wp-content/uploads/sites/67/2020/01/20110128134642.pdf>
- Campo Grande (2018). *Plano de Mitigação*. PMCG & BID (Eds.). <http://www.campogrande.ms.gov.br/reviva/wp-content/uploads/sites/58/2018/06/PLANO-DE-MITIGA%C3%87%C3%83O.pdf>
- Campo Grande (2019). *Perfil Socioeconômico de Campo Grande* (26th ed.). Planurb. <http://www.campogrande.ms.gov.br/planurb/wp-content/uploads/sites/18/2019/08/Perfil-2019-PLANURB-vers%C3%A3o-final.pdf>
- Global Designing Cities Initiatives [GDCI] (2018). *Guia Global de Desenho de Ruas*. Editora Senac. <https://globaldesigningcities.org/publication/global-street-design-guide-pt>
- Gehl, J. (2013). *Cidades para as pessoas* (2nd ed.). Perspectiva.
- Marques, H. R. (2009). Desarrollo local a escala humana. *Polis Revista Latinoamericana*, 22, 20-32. <http://journals.openedition.org/polis/2645>
- Ministério Público do Estado de São Paulo (2015). *Convenção Interamericana sobre proteção dos direitos humanos dos idosos*. http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Textos/Conven%C3%A7%C3%A3o%20Interamericana.pdf
- Notari, M. H. A., & Fragoso, M. H. J. M. M. (2011). A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa. *Revista Direito GV*, 7 (1), 259-276. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-24322011000100013>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2015). *Agenda 30*. <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2017). *Nova Agenda Urbana*. ONU & Secretaria de Habitat III (Eds.). <http://uploads.habitat3.org/hb3/NUA-Portuguese-Brazil.pdf?fbclid=IwAR2koIM7MtGh6i57G4fxWeWpbK52Jr7sXlrGdBbJF81bF2GSzY527FWdAY>
- Piovesan, F. (2016). *Temas de Direitos Humanos* (9th ed.). Saraiva.

Correlações da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas Idosas da Região Autónoma da Madeira

ÉLVIO R. GOUVEIA^{1,2,3}

BRUNA R. GOUVEIA^{2,3,4,5}

ANDREAS IHLE^{2,6,7}

ADILSON MARQUES^{8,9}

MATTHIAS KLIEGEL^{2,6,7}

DUARTE L. FREITAS^{1,10}

¹Departamento de Educação Física e Desporto, Universidade da Madeira, Campus Universitário da Penteada 9020-105 Funchal, Portugal;

²Instituto de Tecnologias Interativas -LARSyS/ITI, Funchal, Portugal; Polo Científico e Tecnológico da Madeira, Funchal, Portugal.

³Centro de Estudos Interdisciplinares de Gerontologia e Vulnerabilidade, Universidade de Genebra, Genebra, Suíça.

⁴Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil / Direção Regional da Saúde da Região Autónoma da Madeira, Funchal, Portugal

⁵Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.

⁶Departamento de Psicologia, Universidade de Genebra, Genebra, Suíça.

⁷Centro de Competência Nacional da Suíça na Investigação da Vida – Superar a vulnerabilidade: perspetivas do curso de vida, Lausana e Genebra, Suíça.

⁸CIPER, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁹ISAMB, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

¹⁰Departamento de Ciências da Matemática, Universidade de Essex, Colchester, Reino Unido.

erubiog@staff.uma.pt

enviado a 01/02/2021 e aceite a 09/02/2021

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar o papel dos preditores da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) em pessoas idosas, e analisar se essas relações diferem em função da componente da QVRS (física vs. mental) e/ou intervalo etário (jovem-idoso vs. idoso-idoso).

Este estudo incluiu 802 idosos com idade entre 60 e os 79 anos. A QVRS foi avaliada através do questionário SF-36. A aptidão funcional foi avaliada usando a bateria de testes Senior Fitness Test. A atividade física, as informações demográficas e de saúde foram obtidas via questionário.

Uma análise de regressão múltipla mostrou que o índice de massa corporal ($\beta=-0,15$, $p=0,001$), a força muscular ($\beta=0,21$, $p<0,001$), a resistência aeróbia ($\beta=0,29$, $p<0,001$), a atividade física ($\beta=0,11$, $p=0,007$), os sintomas depressivos ($\beta=-0,19$, $p<0,001$), as quedas ($\beta=-0,19$, $p<0,001$) e viver sozinho ($\beta=-0,16$, $p<0,001$) foram preditores significativos do score total do SF-36. Verificou-se ainda uma relação positiva entre a componente física com a resistência aeróbia, e uma relação negativa entre o viver sozinho componente mental da QVRS. A relação positiva entre a atividade física e a QVRS foi verificada apenas nos idosos-idosos.

Estes dados sugerem que a composição corporal, a aptidão funcional, os fatores psicossociais e as quedas são preditores importantes da QVRS. Existem diferenças nas relações entre as componentes da QVRS e os preditores em função do intervalo etário, o que sugere a necessidade de planejar estratégias específicas no nível da comunidade para promover a QVRS em pessoas idosas mais velhas.

Palavras-chave: Saúde; Qualidade de Vida; Aptidão funcional; Estilo de vida; Idosos.

Abstract

This study aimed to examine the role of predictors of HRQoL in a sample of older adults, and to investigate whether the relationships between HRQoL and predictors differ as a function of HRQoL component (physical vs. mental) and/or age cohort (young-old vs. old-old).

This study included 802 older adults aged 60–79 years old. HRQoL was assessed using the SF-36 questionnaire. Functional fitness was assessed using the Senior Fitness Test. Physical activity and demographic information and health features were obtained through questionnaires.

A multiple regression analysis showed that BMI ($\beta = -0,15$, $p = 0,001$), body strength ($\beta = 0,21$, $p < 0,001$), aerobic endurance ($\beta = 0,29$, $p < 0,001$), physical activity ($\beta = 0,11$, $p = 0,007$), depressive symptoms ($\beta = -0,19$, $p < 0,001$), falls ($\beta = -0,19$, $p < 0,001$), and living alone ($\beta = -0,16$, $p < 0,001$) were all significantly related to HRQoL-SF-36 total score. The positive relation with aerobic endurance was significantly higher for the physical component of HRQoL, while the negative relation with living alone was significantly higher for the mental component. The positive relation of HRQoL with physical activity was significantly higher in old-old compared to young-old adults.

This data suggests that body composition, functional fitness, psycho-social factors, and falls are important predictors of HRQoL in old age. There are HRQoL-component and age-cohort differences regarding these predictors, underlying the need for specific strategies at the community level to promote HRQoL in older adults.

Keywords: Health; Quality of life; Functional fitness; Lifestyle; Elderly.

Introdução

Na investigação em gerontologia, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um dos preditores mais importantes do envelhecimento bem-sucedido (Spirduso et al., 2005). Este conceito inclui indicadores subjetivos e objetivos da vida de uma pessoa que afetam o seu estado de saúde nas componentes física e mental. De um modo geral, os fatores que afetam a qualidade de vida podem ser integrados nas seguintes dimensões: cognitiva e emocional, saúde, aptidão e social e recreativa. Isto torna a QVRS uma medida importante de resultado em gerontologia, saúde pública e investigação médica (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2000).

Um conhecimento detalhado sobre as variáveis que estão relacionadas com as componentes física e mental da QVRS pode permitir, por um lado a identificação de idosos em risco de diminuição da QVRS, e por outro lado, a programação de intervenções ao nível na comunidade onde se inclui fatores de risco modificáveis. A este respeito, estudos de natureza transversal e longitudinal têm identificado vários fatores que desempenham um papel prejudicial para a QVRS na população idosa. Por exemplo, ao nível da composição corporal, isto é, um índice de massa corporal (IMC) elevado (Dale et al., 2013; Giuli et al., 2014; Goins et al., 2003), os sintomas depressivos (Sivertsen et al., 2015), o isolamento social (i.e., morar sozinho) (Hawton et al., 2011), as quedas (Thiem et al., 2014) e um estilo de vida sedentário (Meneguci et al., 2015; Rosenkranz et al., 2013) têm sido considerados fatores prejudiciais à QVRS.

Por outro lado, no que diz respeito aos fatores que potenciam a QVRS, vários estudos têm demonstrado efeitos positivos da atividade física (Haider et al., 2016; Stewart et al., 2003; Wanderley et al., 2011), da aptidão funcional, onde se inclui a resistência aeróbia (Olivares et al., 2011; Stewart et al., 2003; Wanderley et al., 2011), a força e resistência muscular (Haider et

al., 2016; Takata et al., 2010; Wanderley et al., 2011) e as capacidades motoras (i.e., a potência, a velocidade, a agilidade e o equilíbrio) (Haider et al., 2016; Lin et al., 2011; Olivares et al., 2011; Takata et al., 2010). Estes dados sugerem que a dimensão física da qualidade de vida, que inclui saúde, função física, energia e vitalidade, reflete de uma forma muito significativa a capacidade das pessoas idosas realizarem com sucesso as suas atividades de vida diária (p.e., caminhar, tomar banho, vestir-se, fazer compras e participar em atividades desportivas e recreativas). Um conhecimento detalhado sobre estas associações é particularmente importante, porque a atividade física e a aptidão funcional são consideradas preditores modificáveis da QVRS.

Todavia, embora tenham sido identificados uma grande variedade de fatores potencialmente associados à QVRS em pessoas mais velhas, existem ainda duas questões chave que precisam ser respondidas. Em primeiro lugar, ainda é uma questão em aberto se as associações são universais ou limitadas a certos intervalos etários. Em segundo lugar, raras vezes foi examinado se as correlações são específicas para certas componentes da QVRS. Para melhor clarificar estas questões, foram delineados 2 objetivos: (1) examinar o papel de preditores da QVRS numa amostra representativa de pessoas idosas da Região Autónoma da Madeira, e (2) investigar se essas relações diferem em função do intervalo etário (jovens-idosos x idosos-idosos) e/ou nas componentes da QVRS (física x mental) em termos de efeitos de moderação.

Metodologia

Participantes

O presente estudo de natureza transversal incluiu 802 participantes (401 homens e 401 mulheres, com idade média = 69,8 anos, DP = 5,6), igualmente distribuídos em dois intervalos etários (60-69 anos, jovens-idosos, com idade média = 65,1 anos, DP = 2,9; e 70-79 anos, idosos-idosos, com idade média = 74,8 anos, DP = 2,8). Uma representação proporcional geográfica foi determinada por amostragem estratificada com base nos dados do Censos 2001 do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE, 2002) com o intervalo etário e sexo servindo como variáveis de estratificação. A amostra total foi composta por 2,1% das pessoas idosas residentes na Região Autónoma da Madeira (60–79 anos). Os participantes foram voluntários, e o recrutamento foi efetuado por meio de contactos diretos realizados em centros sociais, clubes e associações culturais e desportivas, assim como em locais públicos (p.e., feiras livres, jardins municipais e igrejas). O estudo também foi anunciado nos jornais, rádios e televisão locais.

Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram os seguintes: (1) ser residente na comunidade; (2) ter idade entre os 60 e os 79 anos; e (3) ser capaz de andar independentemente. Os critérios de exclusão foram: (1) ter alguma contra-indicação médica para exercícios submáximos de acordo com as diretrizes do *American College of Sports Medicine* (2006); e (2) incapacidade de compreender e seguir os protocolos de avaliação do estudo. O estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Educação Física e Desporto da Universidade da Madeira, pela Secretaria Regional da Educação e Cultura e pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Um consentimento informado foi obtido de todos os participantes antes das avaliações. Todas as avaliações foram realizadas no Laboratório de Crescimento Físico Humano e Desenvolvimento Motor da Universidade da Madeira entre 2008 e 2009.

Instrumentos

Qualidade de vida relacionada à saúde

A QVRS foi avaliada através do *Short Form Health Survey* de 36 itens (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992); versão em português de Ribeiro (2005) O SF-36 inclui oito dimensões: função física (FF), papel físico (PF), dor corporal (DC), saúde geral (SG), vitalidade (VT), função social (FS), função emocional (FE) e saúde mental (SM). Os scores de cada dimensão variam entre 0 e 100, sendo que scores mais altos indicam uma melhor QVRS. Duas componentes principais podem ser obtidas pela soma das pontuações: (1) componente física (FF + PF + DC + SG) e (2) componente mental (VT + FS + FE + SM), com pontuações variando entre 0 e 400. A pontuação total do SF-36 pode ser obtida através da soma das pontuações: componente física + componente mental, com pontuação variando entre 0 e 800.

Atividade física

A atividade física foi avaliada usando o questionário de Baecke et al. (1982) por meio de entrevistas. Esse questionário inclui um total de 16 questões agrupadas em três domínios específicos: atividade física no trabalho/atividades domésticas (ES), desporto e lazer. Os índices compostos para atividade física foram calculados para os três domínios, bem como uma medida composta geral de atividade física que foi usada para análise posterior.

Aptidão funcional e composição corporal

As componentes da aptidão funcional foram avaliadas através da bateria de testes Senior Fitness Test (SFT; Rikli & Jones, 2001). A força corporal foi avaliada através do teste de força do braço e a resistência aeróbia com o teste de caminhada de 6 minutos (Rikli & Jones, 2001). O teste de caminhada de 6 minutos foi administrado após todos os outros testes e questionários terem sido concluídos. O índice de massa corporal foi calculado a partir do peso e altura [kg / m²].

Questionários demográficos e de saúde

A saúde (história de depressão e quedas no último ano) e informações demográficas (idade, viver sozinho) foram obtidas por meio de um questionário sociodemográfico.

Análise estatística

As características descritivas dos participantes são apresentadas através das médias \pm DPs, para os dois intervalos etários: 60–69 anos (jovens-idosos); e 70-79 anos (idosos-idosos). Um teste t para amostras independentes foi usado para comparar os scores médios dos dois grupos de idade e o teste do qui-quadrado para comparar as proporções.

Correlações bivariadas entre as componentes física e mental da QVRS e do score total do SF-36 com os parametros relacionados à saúde e variáveis do estilo de vida foram investigadas usando coeficientes de correlação de Pearson. Uma análise de regressão múltipla foi usada para examinar a contribuição independente de cada variável individual (IMC, força muscular, resistência aeróbia, atividade física, quedas, sintomas depressivos e viver sozinho) na QVRS. Para investigar as relações em análises subsequentes com maior detalhe, inserimos os efeitos interativos dos preditores considerando o intervalo etário (jovem-idoso x idoso-idoso) e as

componentes da QVRS (física x mental) como moderadores. As análises foram realizadas com recurso ao programa estatístico R.

Resultados

As médias e desvio padrão para os scores da QVRS, dos parâmetros relacionados com a saúde e variáveis do estilo de vida em função do intervalo etário (jovens-idosos vs. Idosos-idosos) são apresentados na Tabela 1. Encontrámos valores médios significativamente mais baixos nos idosos-idosos em comparação com os jovens-idosos na componente física (FF, PF, DC, SG), mental (VT, FS, PE, SM) e score total da QVRS. Resultados semelhantes foram encontrados para as dimensões da atividade física (trabalho/casa; desporto e lazer) e o score total de atividade física, assim como para as componentes da aptidão funcional (força muscular e resistência aeróbia). A proporção de indivíduos que vivem sozinhos foi significativamente maior no grupo dos idosos-idosos (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta uma correlação negativa significativa entre as variáveis de QVRS e a idade, o IMC, os sintomas depressivos, as quedas e o morar sozinho ($r < -.13$, $p < .01$). Por outro lado, verificou-se uma correlação positiva significativa entre as variáveis de QVRS e a força muscular, a resistência aeróbia e a atividade física ($r < 0.51$; $p < .01$).

Considerando simultaneamente todas as variáveis no modelo de regressão, o IMC ($\beta = -.15$, $p = .001$), a força muscular ($\beta = .21$, $p < .001$), a resistência aeróbia ($\beta = .29$, $p < .001$), a atividade física ($\beta = .11$, $p = .007$), os sintomas depressivos ($\beta = -.19$, $p < .001$), as quedas ($\beta = -.19$, $p < .001$) e o viver sozinho ($\beta = -.16$, $p < .001$) foram todos significativamente relacionados ao score total da QVRS-SF-36. Investigámos ainda se essas relações diferiam entre jovens-idosos e idosos-idosos. Desse modo, considerando o intervalo etário como variável moderadora na regressão múltipla, encontrámos uma interação significativa entre a atividade física e o intervalo etário ($\beta = .09$, $p = .030$), indicando que o efeito da atividade física na QVRS diferiu significativamente entre os jovens-idosos e idosos-idosos. Para investigar os padrões diferenciais da idade em detalhe, investigámos as relações entre os preditores e a QVRS-SF-36 com recurso a regressões múltiplas de forma separada, para jovens-idosos e idosos-idosos. No caso dos jovens-idosos, todas as variáveis foram significativamente relacionadas com o score total de QVRS-SF-36 ($-0.11 < \beta < 0.26$, $p < 0.047$), exceto para atividade física ($\beta = 0.03$, $p = 0.529$). Por outro lado, no grupo dos idosos-idosos, a atividade física ($\beta = 0.20$, $p < .001$) e todas as outras variáveis analisadas ($-.13 < \beta < .30$, $p < .030$) estavam significativamente relacionadas com QVRS - SF- 36.

Finalmente investigámos se esses padrões de relação eram universais ou se diferenciavam entre as componentes física e mental da QVRS. Desse modo, considerando a componente física versus mental da QVRS como moderador adicional na regressão múltipla, encontrámos uma interação significativa da da QVRS com a resistência aeróbia ($\beta = .09$, $p = .026$) e também com o viver sozinho ($\beta = -.08$, $p = .037$). Não foram encontradas outras interações significativas.

Tabela 1. Estatística descritiva e as diferenças na QVRS, nos parâmetros de saúde e nas variáveis do estilo de vida associadas ao grupo etário (jovem-idoso versus idoso-idoso)

	Jovem-Idoso	Idoso-Idosos	p
	M±DP (n = 412)	M±DP (n = 390)	
Idade (anos)	65,1±2,9	74,8±2,8	< ,001
FF (0-100)	75,3±23,0	66,1±24,3	< ,001
PF (0-100)	80,0±37,3	69,1±41,6	< ,001
DC (0-100)	66,5±30,0	62,6±29,3	,066
SG (0-100)	54,4±16,7	49,5±15,4	< ,001
CF (0-400)	276,1±83,0	247,3±85,4	< ,001
VT (0-100)	59,0±19,2	53,8±17,8	< ,001
FS (0-100)	89,2±18,4	88,3±18,8	,479
PE (0-100)	82,2±35,1	76,9±37,9	,041
SM (0-100)	63,0±19,1	60,1±17,7	,029
CM (0-400)	293,4±71,7	279,1±72,3	,005
SF-36 Total Score (0-800)	569,5±140,8	526,5±143,7	< ,001
IMC (kg/m ²)	29,5±4,5	29,5±4,2	,898
ACT (n)	17,1±4,2	15,4±3,8	< ,001
MWT6 (m)	521,2±108,0	456,9±115,6	< ,001
AF trabalho/domésticas (1-5 unid.)	2,7±0,6	2,6±0,5	,001
AF desportivo (1-5 unid.)	2,2±0,6	2,1±0,6	,009
AF tempo de lazer (1-5 unid.)	2,5±0,6	2,4±0,6	,038
AF score total (3-15 unid.)	7,5±1,2	7,1±1,2	,001
Depressão (%)	26,3	20,5	,105
Quedas (%)	36,0	36,7	,928
Viver sozinho (%)	11,9	22,8	< ,001

FF, função física; PF, papel físico; DC, dor corporal; SG, saúde geral; CF, componente física; VT, vitalidade; FS, função social; PE, papel emocional; SM, saúde mental; CM, componente mental; IMC, índice de massa corporal; ACT, teste de força do raço; MWT6, andar 6 minutos; AF, atividade física;

Para investigar os padrões diferenciais de QVRS com maior detalhe, investigámos as relações dos preditores com QVRS em regressões múltiplas separadamente para a componente física e mental da QVRS. Verificou-se um efeito significativo de todas as variáveis na componente física da QVRS, sendo a resistência aeróbia o preditor mais forte ($\beta = ,32$, $p < ,001$) e o morar sozinho o preditor mais fraco ($\beta = -,09$, $p = ,035$). Em contraste, em relação à componente mental da QVRS, a resistência aeróbia apresentou uma relação menor ($\beta = ,19$, $p < ,001$) e o viver sozinho emergiu como o preditor mais forte ($\beta = -,20$, $p < ,001$). Juntamente com os efeitos de interação relatados anteriormente, isso sugere que a relação positiva com a resistência aeróbia foi significativamente maior para a QVRS física (em comparação com a mental), enquanto a relação negativa com o viver sozinho foi significativamente mais forte para a QVRS mental (em comparação com a física).

Tabela 2. Correlações de Pearson entre a QVRS, os parâmetros de saúde e as variáveis do estilo de vida

HRQoL	CF	CM	SF-36
Idade (anos)	-,21***	-,13***	-,19***
IMC (kg/m ²)	-,20***	-,15***	-,19***
ACT (n)	,36***	,29***	,36***
MWT6 (m)	,51***	,37***	,49***
AF score total (3-15)	,28***	,20***	,27***
Depressão (0/1)	-,19***	-,22***	-,22***
Quedas (0/1)	-,24***	-,19***	-,24***
Viver sozinho (0/1)	-,14***	-,23***	-,20***

ACT, teste de força do braço; AF, atividade física; CF, componente física; CM, componente mental; SF-36, score total; QVRS, qualidade de vida relacionada com a saúde; IMC, índice de massa corporal; MWT6, andar 6 minutos; Quedas (0/1), 0 = sem queda, 1 = com queda; depressão (0/1), 0 = sem depressão, 1 = com depressão; viver sozinho (0/1), 0 = viver com outras pessoas, 1 = vive sozinho. *** $p < .001$

Discussão

Neste estudo investigámos o papel de múltiplos preditores físicos e mentais em diferentes dimensões da QVRS em jovens-idosos e idosos-idosos. Em primeiro lugar, os nossos resultados reforçam a associação da composição corporal, aptidão funcional, fatores psicossociais e quedas com o score total da QVRS-SF-36. Em segundo lugar, este estudo sugere que a relação positiva da QVRS com a atividade física foi significativamente maior em idosos-idosos do que em jovens-idosos. Finalmente, verificou-se que a relação positiva entre a QVRS com a resistência aeróbia foi significativamente maior para a componente física (em comparação com a mental), enquanto a relação negativa com viver sozinho foi significativamente mais forte para a componente mental (em comparação com a física).

A relação entre QVRS e seus potenciais preditores, considerando as diferenças entre idosos-idosos e jovens-idosos, tem sido pouco estudada. No presente estudo, ao considerar o intervalo etário como um moderador, encontramos uma interação significativa da atividade física com o intervalo etário. Análises subsequentes indicaram que o efeito positivo da atividade física na QVRS foi significativamente maior em idosos-idosos em comparação com os jovens-idosos. É importante ressaltar que isto sugere que o aumento da atividade física pode levar a melhorias na QVRS, particularmente em idosos-idosos, um grupo para o qual pouco investimento tem sido feito ao nível da implementação de programas adequados.

Confrontando estes resultados com a literatura disponível, em idosos residentes na comunidade, níveis elevados de atividade física têm sido associados a uma melhor QVRS (Balboa-Castillo et al., 2011; Haider et al., 2016; Rosenkranz et al., 2013; Wanderley et al., 2011). Dale et al. (2013), num estudo longitudinal no Reino Unido, concluíram que a atividade física foi o preditor mais forte do estilo de vida para QVRS. O presente estudo também mostrou uma associação positiva entre atividade física e a QVRS. Um estudo semelhante desenvolvido por Wanderley et al., (2011), usando acelerómetros para avaliar a atividade física habitual, revelou uma associação positiva à função física, papel físico e vitalidade. A QVRS em idosos tem sido associada em grande parte à capacidade destes continuarem a fazer o que desejam, sem dor, durante o maior tempo possível (Rikli, & Jones, 1999). Por esse motivo, manter ou melhorar a atividade física e a aptidão funcional deve ser uma grande preocupação nos cuidados às pessoas idosas.

Considerando outros fatores, o IMC estava negativamente associado ao score total do SF-36 e às componentes física e mental. Num estudo recente com idosos italianos, Giuli et al. (2014) verificaram que o IMC também estava negativamente associado à componente física do SF-36, enquanto nenhuma associação significativa foi observada para o componente mental. Ao usar SF-12 para medir a QVRS, resultados semelhantes foram observados por Ozcan et al., (2005) num estudo transversal incluindo 52 homens e 64 mulheres com idades entre 65–90 anos. Esses autores mostraram que à medida que o IMC aumenta, a componente de saúde física, a saúde mental e a percepção geral da saúde diminuem. Apoiando essa ideia, dados longitudinais do Reino Unido também mostraram que mulheres idosas não obesas apresentaram maior QVRS, quando comparadas com as obesas (Dale et al., 2013). No geral, e corroborando os estudos anteriores, o nosso estudo reforça a importância de se desenvolverem estratégias conjuntas para prevenir níveis elevados de IMC em pessoas idosas, com vista à melhoria da QVRS física e mental.

O nosso estudo também mostrou que viver sozinho estava negativamente associado ao score total do SF-36 e nas componentes física e mental. Viver sozinho é uma preocupação importante, principalmente na velhice. Em Portugal, o último Censos de 2011 revelou que 60% (400964) dos idosos viviam sozinhos (INE, 2012). Em concordância com estes dados, outros estudos com idosos no Irão (Tajvar et al., 2008) e no Reino Unido (Hawton et al., 2011) mostraram uma melhor QVRS em idosos que vivem com outras pessoas, em comparação com aqueles que vivem sozinhos. No entanto, alguns autores argumentam que viver sozinho não é necessariamente o mesmo que se sentir sozinho (Victor et al., 2000). Os nossos resultados reforçam a visão de que viver sozinho pode ser um fator de risco para a QVRS em idosos e sugerem que estratégias preventivas para evitar o isolamento social devem ser incentivadas na comunidade.

Recentemente, Sivertsen et al. (2015) num estudo de revisão sobre a depressão e QVRS enfatizou o papel crucial da depressão como uma condição incapacitante em idosos que aumenta o risco de mortalidade e influencia negativamente a QVRS. No presente estudo, como esperado, os sintomas depressivos estavam negativamente associados ao score total do SF-36 e à componente física e mental. Os resultados do nosso estudo são corroborados por outros trabalhos que também relatam uma associação negativa entre a depressão e a QVRS (Antunes et al., 2005; Giuli et al., 2014; Thiem et al., 2014). A diversidade de condições culturais e sociais das comunidades de idosos e também a subjetividade associada ao conceito de QVRS enfatiza a importância de novos estudos que incluam métodos mistos e que permitam um melhor entendimento das relações entre QVRS e fatores psicossociais.

Além disso, no presente estudo, as quedas também foram negativamente associadas ao score total do SF-36 e às componentes física e mental. Estes resultados estão de acordo com vários outros estudos. Por exemplo, num grande estudo transversal na Alemanha, Thiem et al. (2014) mostraram uma associação negativa entre quedas e QVRS, independentemente de um grande número de covariáveis e potenciais confundidores, incluindo o medo de cair e o humor depressivo. Da mesma forma, dados longitudinais fornecidos por Stenhagen et al. (2014). concluíram que as quedas predizem uma redução a longo prazo na QVRS na população idosa. Mais uma vez, os resultados do presente estudo reforçam a importância de intervenções ao nível da prevenção de quedas ao nível da comunidade com impacto na QVRS.

Em relação ao nosso segundo objetivo de estudar as possíveis interações de acordo com os subdomínios da QVRS, ao considerar as duas componentes da QVRS como moderadores, verificamos que a associação da resistência aeróbia e viver sozinho com a QVRS diferiu entre as componentes física e mental. Análises subsequentes revelaram que a resistência aeróbia foi o preditor positivo mais forte da componente física e o viver sozinho emergiu como o preditor negativo mais forte da componente mental. Estes resultados sugerem novamente que as intervenções ao nível da comunidade também devem visar especialmente a aptidão funcional (particularmente a resistência aeróbia) e a interação social para promover a QVRS.

Em relação às últimas notas, reconhecemos que o desenho transversal do presente estudo limita as conclusões sobre a direção das relações entre as variáveis preditoras identificadas e a QVRS em termos de causalidade. Relativamente a pontos fortes, o presente estudo contempla uma grande amostra representativa de jovens-idosos e idosos-idosos, homens e mulheres da Região Autónoma da Madeira e uma grande quantidade de dados recolhidos no que diz respeito a variáveis importantes associadas à QVRS nos idosos.

Em conclusão, o nosso estudo sugere que melhorar a QVRS entre os idosos exige uma abordagem multidisciplinar para criar um ambiente adequado no qual a prevenção da obesidade, isolamento social, sintomas depressivos e quedas, bem como, a promoção da atividade física e da aptidão funcional podem desempenhar um papel fundamental. Este estudo também sugere que a relação positiva entre a QVRS e a atividade física é significativamente maior em idosos-idosos comparativamente aos jovens-idosos. Por fim, o nosso estudo mostrou que a relação positiva entre a QVRS e a resistência aeróbia foi significativamente maior na componente física, enquanto que a relação negativa entre a QVRS e o viver sozinho foi significativamente mais forte na componente mental. Outros estudos com uma abordagem longitudinal devem ser considerados para melhor clarificar estas relações e prever prospectivamente a QVRS nos idosos.

Bibliografia

- American College of Sports Medicine (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Antunes, H. K., Stella, S. G., Santos, R. F., Bueno, O. F., & de Mello, M. T. (2005) Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Brazilian journal of psychiatry*, 27 (4), 266-271. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400003>
- Baecke, J., Burema, J., & Frijters, J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American journal of clinical nutrition*, 36 (5), 936-942. <https://doi.org/10.1093/ajcn/36.5.936>
- Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L.M., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and quality of life outcomes*, (27), 9-47. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-47>
- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. CDC. <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- Dale, C. E., Bowling, A., Adamson, J., Kuper, H., Amuzu, A., Ebrahim, S., Casas, J. P., & Nüesch, E. (2013). Predictors of patterns of change in health-related quality of life in older women over 7 years: evidence from a prospective cohort study. *Age Ageing*, 42 (3), 312-318. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft029>
- Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., Boscaro, M., Robertis, M., Mucchegiani, E., Faloia E. & Tirabassi, G. (2014). Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BioMed Central Public Health*, 14, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-35>

- Goins, R. T., Spencer, S. M., & Krummel, D. A. (2003). Effect of obesity on health-related quality of life among Appalachian elderly. *Southern medical journal*, 96 (6), 552-557. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000056663.21073.AF>
- Haider, S., Luger, E., Kapan, A., Titze, S., Lackinger, C., Schindler, K. E., & Dorner, T. E. (2016). Associations between daily physical activity, handgrip strength, muscle mass, physical performance and quality of life in prefrail and frail community-dwelling older adults. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 25 (12), 3129–3138. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1349-8>
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20 (1), 57-67. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). Censo 2001. *Resultados Definitivos - Portugal*. XIV Recenseamento Geral da População. IV Recenseamento Geral da Habitação. INE <https://www.ine.pt/xurl/pub/133411>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. INE. https://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y
- Lin, C. C., Li, C. I., Chang, C. K., Liu, C. S., Lin, C. H., Meng, N. H., Lee, Y.-D., Chen, F.-N., & Li, T.-C. (2011). Reduced health-related quality of life in elders with frailty: a cross sectional study of community-dwelling elders in Taiwan. *Public Library of Science One*, 6 (7), e21841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021841>
- Meneguci, J., Sasaki, J. E., Santos, A., Scatena, L. M., & Damião, R. (2015). Sitting Time and Quality of Life in Older Adults: A Population-Based Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 12 (11), 1513-1519. <https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0233>
- Oliveiras, P. R., Gusi, N., Prieto, J., & Hernandez-Mocholi, M. A. (2011). Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 22 (9), 117. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-117>
- Ozcan, A., Donat, H., Gelecek, N., Ozdirenc, M., & Karadibak, D. (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BioMed Central public health*, 26 (5), 90. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-90>
- Ribeiro, J. P. (2005). O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde SF-36. Merck Sharp & Dolme.
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1999). Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 129-161.
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2001). Senior fitness test manual. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults, Human Kinetics.
- Rosenkranz, R. R., Duncan, M. J., Rosenkranz, S. K., & Kolt, G. S. (2013). Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health*, 13 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1071>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G.H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40 (5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Spirduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2nd ed.). Human Kinetics.
- Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S. (2014). Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: a prospective study of the general elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58 (1), 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.07.006>
- Stewart, K. J., Turner, K. L., Bacher, A. C., DeRegis, J. R., Sung, J., Tayback, M., & Ouyang, P. (2003). Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23 (2), 115-121. <https://doi.org/10.1097/00008483-200303000-00009>
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BioMed Central Public Health*, 22 (8), 323. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-323>
- Takata, Y., Ansai, T., Soh, I., Awano, S., Yoshitake, Y., Kimura, Y., Sonoki, K., Kagiya, S., Yoshida, A., Nakamichi, I., Hamasaki, T., Torisu, T., Toyoshima, K., & Takehara, T. (2010). Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 272-276. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.005>
- Thiem, U., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., Moschny, A., Pientka, L., & Hinrichs, T. (2014). Falls and EQ-5D rated quality of life in community-dwelling seniors with concurrent chronic diseases: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 2. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-2>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10 (4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>
- Wanderley, F. A., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J., & Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(9), 1371-1378. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9875-x>

Ware, J. E., & Jr, Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914>

O ENVELHECIMENTO E A PERSPETIVA PSICOLÓGICA E SOCIAL



O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade

ANA GALVÃO¹

MARIA JOSÉ GOMES¹

¹Instituto Politécnico de Bragança, UICISA: E

anagalvao@ipb.pt

enviado a 30/12/2020 e aceite a 04/02/2021

Resumo

Pretende-se com este capítulo, refletir acerca do processo do envelhecimento gratificante, o qual inclui a satisfação com a vida, o bem estar geral, a felicidade e os afetos. O envelhecer é um processo dinâmico, progressivo e inevitável, ocorre de forma natural, gradual, previsível e irreversível, sendo comum a todos, porém não é homogêneo, provocando não só mudanças e transformações ao longo da vida, envolvendo também diferenciação, crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Nesta perspetiva multidimensional, o processo de envelhecer decorre da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos) que interagem de modo constante. O conceito de envelhecimento gratificante é um termo por nós usado quando nos referimos ao processo de envelhecimento. Este conceito agrega a ideia do processo de envelhecer como uma experiência positiva, uma vida mais longa, acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Esta ideia encontra sintonia no conceito de Envelhecimento Ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde, na década de 90, adotando o termo “envelhecimento ativo” para identificar o envelhecimento como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O envelhecer de forma ativa e gratificante apoia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Com a emergência da Gerontologia, e enquanto docentes do curso de licenciatura em Gerontologia e do curso de mestrado em Envelhecimento Ativo, temos investigado aspetos positivos do envelhecimento saudável e gratificante e o potencial para o desenvolvimento de estratégias adaptativas bem-sucedidas. Parece-nos urgente olharmos para os mais velhos como sujeitos capazes de vivenciarem sentimentos de autorrealização e de felicidade. É baseado nesta premissa que orientamos a nossa prática pedagógica e a nossa prática clínica, enquanto especialistas em Psicogerontologia, refletindo-se a mesma na organização deste capítulo.

Palavras-chave: envelhecimento; felicidade; afetividade; bem estar geral; teoria life span.

Abstract

This chapter aims to reflect on the process of gratifying ageing, which includes life satisfaction, general well-being, happiness, and affections. Ageing is a dynamic, progressive, and inevitable process, occurring naturally, gradually, predictably, and irreversibly, being common to everyone. However, it is not homogeneous, causing not only changes and transformations throughout life, but also involving differentiation, growth, and development of the individual. From this multidimensional perspective, the ageing process is the result of the correlation of multiple development processes, being influenced by several factors (biological, social, and psychological) that interact constantly. The concept of gratifying ageing is a term we use when referring to the ageing process. This concept adds the idea of the ageing process as a positive experience, a longer life, accompanied by continuous opportunities for health, participation, and safety. This idea is in line with the concept of Active Ageing, proposed by the World Health Organization in the 1990s, adopting the term “active ageing” to identify ageing as a process of optimizing opportunities for health, participation, and safety, with the goal of improving quality of life as people age. Active and fulfilling ageing is based on the recognition of the human rights of older people and the principles of independence, participation, dignity, care, and self-fulfillment established by the United Nations. With the emergence of Gerontology, and as faculty members of the Gerontology

undergraduate degree and the master's degree in Active Ageing, we have been studying positive aspects of healthy and rewarding ageing and the potential for the development of successful adaptive strategies. We consider of great urgency to look at the elderly as individuals capable of experiencing feelings of self-realization and happiness. This is the premise that guides our pedagogical and clinical practice, as specialists in Psycho-gerontology, and this is reflected in the organization of this chapter.

Keywords: ageing; happiness; affections; general wellbeing; life span theory.

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse (2002, p. 19), *Elogio da Velhice*

Nas últimas décadas, Portugal, e outros países da Europa, tem vindo a registar significativas mudanças demográficas, as quais se relacionam com o aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Segundo dados da PORDATA, em 2019, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22,1% de toda a população residente em Portugal. O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019, sendo considerado o quarto país do mundo com mais idosos (PORDATA, 2020). Este facto é impactante na sociedade, exigindo adaptações e respostas em diversos níveis, ao nível dos sistemas de suporte, no sistema de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

Apesar de a longevidade ter aumentado, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar. Se consultarmos a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) constatamos que já em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou que a melhoria da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento, dependerá muito da responsabilidade de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002).

Encontramos diversos significados que pretendem caracterizar o processo de envelhecimento como, por exemplo: envelhecimento ativo, saudável, robusto e bem-sucedido, todos eles para explicar o processo de envelhecer bem. Na nossa abordagem elegemos o termo: envelhecimento gratificante, conceito este que nós relacionamos com a idiosincrasia e os contextos socioculturais e que adotamos, sendo por nós designado, por congregar, em nosso entender várias interações no processo de envelhecer.

Conceito(s) e processos associados ao envelhecimento

No século XX, surge o conceito de Gerontologia agregada ao estudo do processo de envelhecimento e aos cuidados gerontológicos respetivos, tendo sido o termo gerontologia introduzido por Élice Metchnikoff, em 1903 e significava o estudo científico do envelhecimento. Entretanto, a atenção e o estudo sobre o envelhecer foram crescendo, constituindo-se, atualmente, uma temática deveras pertinente.

Torres (1999), menciona no seu artigo: Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida, que numa tentativa inicial de encontrar um conceito para o termo Envelhecimento bem sucedido, em 1944, o American Social Science Research Council estabeleceu o Committee on Social Adjustment to Old Age, para este comitê refletir e definir o conceito atrás mencionado. Resultaram desta reflexão instrumentos de medida que correlacionavam o bem-estar subjetivo aos fatores: autonomia, bem-estar psicológico, estratégias de enfrentamento e generatividade, associados ao processo do envelhecimento bem sucedido, tendo ficado em aberto a conceptualização do conceito.

Diferentes definições operacionais sobre envelhecimento bem-sucedido foram mencionadas por Phelan e Larson (2002), as quais enfatizavam a capacidade funcional, a satisfação com a vida, longevidade, ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, alta capacidade funcional/independência e adaptação positiva. Os autores atrás mencionados apontaram como fatores preditores do processo de envelhecimento bem sucedido: nível educacional elevado; prática de atividade física regular; sentido de autoeficácia; participação social e ausência de doenças crónicas.

A OMS define envelhecimento ativo e saudável como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (WHO, 2015). Esta capacidade intrínseca, refere-se ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais nas quais o indivíduo se pode apoiar em qualquer momento do seu trajeto de vida. Além destas capacidades intrínsecas, existem os diversos contextos/ambientes do sujeito nos quais ele participa. É então desta interação que resultam os recursos e as barreiras que impactam diretamente a qualidade de vida do mais velho. Resulta desta interação (ambientes e capacidade intrínseca) a capacidade funcional do sujeito, e, é com base nestes dois conceitos (capacidade intrínseca e capacidade funcional) que emerge a definição de Envelhecimento Saudável como sendo o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. O conceito de bem estar geral é um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa.

Esta definição de Envelhecimento Saudável integra como ideia chave que nem a capacidade intrínseca nem a capacidade funcional permanecem constantes. Pois, embora ambas tendam a diminuir com o aumento da idade, as escolhas, as decisões ou as intervenções em diferentes momentos ao longo do ciclo vital irão determinar o percurso, a trajetória de cada indivíduo. Este trajeto de vida é marcado por transições normativas e não normativas, a experiência de Envelhecimento Saudável pode ser mais ou menos positiva, sendo que poderemos afirmar que um trajeto de Envelhecimento Saudável poderá ser uma experiência percebida como mais

positiva. Por exemplo, a trajetória do Envelhecimento Saudável de pessoas com demência ou doença crônica pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde acessíveis que otimizem a sua capacidade, bem como se os contextos forem de apoio, como podemos ler no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015).

Neste contexto, para a OMS, o termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, econômica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. Ainda segundo a OMS, a abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas: independência, participação, dignidade, cuidados e autorrealização. Define ainda envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002).

Na estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, são consideradas as condições de saúde como determinantes no envelhecimento ativo, contudo reforça-se a ideia de que a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis, sendo essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes econômicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes. Os determinantes aqui mencionados vão ao encontro dos sistemas descritos por Bronfenbrenner, desde a família, a comunidade, a organização social e a cultura têm um marcado impacto na forma como se envelhece. (Bronfenbrenner, 1977, 1986, 2005; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2007).

Na estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, tendo por base a OMS, é introduzido o conceito de qualidade de vida como sendo a tônica dominante do envelhecimento ativo, a qual é definida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (DGS, 2017). Zaidi (2014) agrega três componentes fundamentais ao conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas: o bem-estar financeiro, a saúde, o suporte social e a integração social. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (WHO, 2015).

Segundo o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (RMES) da OMS, não existe um padrão homogêneo de idoso. A diversidade encontrada nas capacidades e nas necessidades de saúde de cada um, relacionadas com o curso da vida, tornam-nos únicos e modificáveis. Embora existam inúmeros problemas de saúde, à medida que a idade avança, isso não implica necessariamente um declínio obrigatório das capacidades, nem um aumento substancial dos custos com os cuidados de saúde dos mais velhos.

O paradigma *lifespan* conceptualizado por Paul Baltes, 1987, compreende o desenvolvimento humano como sendo um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de transformações influenciadas por fatores genético-biológicos e socioculturais, de natureza normativa e não normativa (Baltes & Baltes, 2010). Este processo é um fenómeno complexo o qual não pode ser evitado, ocorrendo de forma natural, progressiva, previsível e irreversível, sendo comum a todos, provocando não só mudanças e transformações

ao longo da vida, envolvendo também diferenciação, crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Nesta perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento decorre da correlação de múltiplos processos do desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores biológicos, sociais e psicológicos, os quais interagem de modo constante.

Assistimos assim, na atualidade, a mudanças no paradigma do processo do envelhecimento, este é considerado um processo heterogéneo, os mais velhos podem apresentar uma diversidade de características. Por exemplo, alguns adultos maiores de 80 anos podem apresentar níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos, diz-nos o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015). Por outro lado, muitas pessoas poderão apresentar declínios significativos nas suas capacidades em idades muito mais jovens. Por exemplo, algumas pessoas de 60 anos podem precisar de ajuda de outras pessoas para realizarem até as tarefas mais simples. Aponta o Relatório atrás referido que uma resposta abrangente da saúde pública ao envelhecimento da população deve integrar as necessidades individuais. As políticas devem ser estruturadas de forma que permitam a um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento. Permitindo, por exemplo, a participação social contínua e as contribuições das pessoas mais velhas e derrubar barreiras e estereótipos associados aos mais velhos.

A idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem alterações nos papéis e nas posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta a estas mudanças, os mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, a otimizar as suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades, encontrando outras maneiras de realizar tarefas (Baltes & Baltes, 2010). Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também parecem mudar (Carstensen, 2006; Hicks et al., 2012).

À semelhança do descrito no Relatório já citado anteriormente, embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados (Baltes et al., 2009; Dillaway & Byrnes, 2009). Essas mudanças psicossociais podem explicar por que, em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior (Stephoe et al., 2015).

Encontramos referência no mesmo Relatório que, ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento, é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.

Em 2017, foi discutida a Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016) que resultou no documento «Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017– 2025», onde são elencadas várias medidas para desenvolver políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas. Esta Estratégia define medidas que envolvem vários setores, da Saúde à Educação e passando pela Solidariedade e Segurança Social (DGS, 2017).

Satisfação, afetividade e felicidade

A satisfação e a felicidade podem apresentar estabilidade ao longo do processo de envelhecer, estando esta estabilidade sujeita a um declínio, quando ocorrem episódios de doença ou acidentes e sobretudo quando os mais velhos desenvolvem incapacidades em função dos mesmos. Uma vez controlados os efeitos negativos de doenças, acidentes e incapacidades, a satisfação dos mais velhos tende a voltar ao seu nível anterior. A possibilidade ou mesmo a rapidez da recuperação dos níveis anteriores de satisfação e felicidade dependem de fatores como os traços de personalidade, do equilíbrio emocional e das capacidades de autorregulação (por exemplo autoestima e autoeficácia).

O envelhecimento pode ser um percurso prazeroso, o qual integra projetos e realizações, embora esteja diretamente ligado à qualidade de vida, este processo pode ser um trajeto de liberdade e de experiência acumulada, ocasionando maior grau de especialização e capacitação com o desenvolvimento de projetos de vida e de potencialidades. Os alicerces da velhice bem-sucedida assentam em estilos de vida que mantêm o corpo e o cérebro saudáveis através do exercício, bons hábitos de nutrição e participação em atividades interessantes que desafiam o cérebro. O desenvolvimento desses hábitos relaciona-se com a educação e as atitudes da família e amigos que valorizam a vida saudável e produtiva.

A satisfação e a felicidade podem manter-se ao longo do processo de envelhecimento, os mais velhos tendem a apresentar melhores avaliações do que pessoas jovens, possivelmente porque têm melhor capacidade de ajustamento das expectativas e metas aos recursos disponíveis e porque têm maior resistência à frustração do que os jovens (Diener & Suh, 1997; Schimmack, 2001). A boa adaptação na velhice é caracterizada por altos níveis de felicidade e de satisfação com a vida e com seus domínios (saúde, memória, relações sociais e ambiente, por exemplo), por equilíbrio entre os afetos positivos e os negativos; pela maior capacidade de vivenciar experiências emocionais complexas, de nomear e compreender as próprias emoções e de compreender as emoções alheias, e pela maior capacidade de selecionar parceiros sociais que viabilizem oportunidades de conforto emocional (Baltes & Smith, 2003; Scheibe & Carstensen, 2010).

Podemos afirmar, baseados em Diener (2000) que a Psicologia Positiva tem-se debruçado sobre a compreensão do sentimento de felicidade, considerando-o como uma emoção positiva. Um aspeto apontado pela Psicologia Positiva é a relação das instâncias de tempo passado, presente e futuro com a satisfação com a vida, segundo a qual as emoções positivas vinculadas ao futuro se associam a sentimentos de otimismo, esperança, fé e confiança. Numa perspetiva neurobiológica, a presença de felicidade ou satisfação, além de promover melhor relacionamento interpessoal, é capaz de combater os prejuízos que o stress causa na saúde, fortalecendo o sistema imunológico.

Rosa Silva, Docente do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, em 1 de outubro 2020, reporta o estudo longitudinal, focado no desenvolvimento adulto, desenvolvido na Harvard Medical School, liderado pelo psiquiatra Robert Waldinger, acompanhou a vida de 724 pessoas e teve como objetivo perceber o que mantém as pessoas saudáveis e felizes ao longo da vida, constatando que a condição de saúde física e a capacidade económica não eram determinantes nas suas vidas mais longevas (Silva, 2020). O papel dos relacionamentos/afetos, esse sim tornava as suas vidas mais saudáveis e felizes. O mesmo

estudo identificou como fatores da longevidade e de um envelhecimento bem sucedido: a atividade física, a redução do tabaco e do álcool, o desenvolvimento de mecanismos de *coping* para lidar com as adversidades; a alimentação saudável e relacionamentos gratificantes.

Os conceitos de felicidade e satisfação com a vida, embora muito interligados, diferem em aspectos relacionados com a cognição: a satisfação com a vida enfatiza o processo de avaliação, enquanto o sentimento de felicidade, mesmo com algum componente cognitivo, desenvolve-se com maior relevância a partir das emoções. Apesar desta particularidade, existe uma significativa inter-relação entre os conceitos de bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação com a vida (Hills & Argyle, 2002; Joo & Lee, 2017).

Pesquisas realizadas por Diener et al. (1999) indicam-nos que a satisfação com a vida, enquanto componente cognitiva, aumenta proporcionalmente com a idade e que a intensidade das experiências afetivas, enquanto componente afetiva, diminui proporcionalmente com a passagem dos anos. As pessoas tornam-se mais estáveis emocionalmente à medida que os anos passam, a satisfação com a vida não diminui com a idade avançada, os afetos negativos também não aumentam, sendo que a diminuição dos afetos positivos parece ter um efeito de estratégia de estabilidade emocional e adaptação às transições (*coping*) e que pode ser referido de forma mais específica como afetos positivos de grande intensidade.

Segundo Neri (2006), a pessoa mais velha tem uma narrativa vivida e um modo de compreender o mundo e a si, os seus valores, as metas, as motivações, as expectativas e um conjunto de repertórios comportamentais adaptativos. É possível ser-se feliz ao longo do processo de envelhecimento; além das perdas, também se obtém ganhos, mais sabedoria, mais descontração. A principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Para Hansen-Kyle (2005), envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planeamento deve ser focado na história, nos atributos físicos e nas expectativas individuais, constituindo-se, portanto, numa jornada e não num fim. A meta da vivência de um processo de envelhecimento gratificante será alcançada ao longo de todo o trajeto vital.

Com a emergência da ciência Gerontológica, ciência esta sobre o processo do envelhecimento, a qual agrega as dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, e estéticas, passou a investigar-se também os aspectos positivos do envelhecimento saudável e gratificante e o potencial para o desenvolvimento de estratégias adaptativas bem sucedidas. Parece-nos, assim, urgente olharmos para os mais velhos, como sujeitos capazes de vivenciarem sentimentos de autorrealização e de felicidade. Contatamos que existem várias evidências teóricas que estão desconectadas das evidências práticas. Ou seja, existe uma imensa panóplia sobre conceptualizações acerca do processo do envelhecimento, muito focado no modelo biomédico e muito distanciado da idiosincrasia de cada pessoa mais velha. Na verdade assistimos a uma imensidão de discursos sobre o tema em apreço, e na verdade também assistimos a evidentes desconfortos emocionais e psicológicos por parte dos mais velhos. Os cuidados de saúde não estão direcionados para promoção da felicidade e da afetividade, mas sim direcionados para o tratamento dos sintomas físicos.

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) apresenta um quadro de ação para promover o Envelhecimento Saudável construído em torno do conceito de capacidade funcional. A implementação deste plano exigirá uma transformação dos sistemas de saúde,

substituindo os modelos curativos baseados nas doenças por modelos integrativos de saúde, baseados na prestação de cuidados integrais centrados nas pessoas mais velhas.

É mencionado no mesmo documento que existe falta de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, o que na verdade é um imperativo ético.

A construção de contextos mais favoráveis para os mais velhos requer mudanças, requer a adoção de modelos de cuidados integrais que vão ao encontro das necessidades reais dos mais velhos, permitindo-lhes o aproveitamento máximo das suas capacidades intrínsecas ao longo do processo de envelhecer. Um trajeto de vida mais longo e gratificante proporciona oportunidades de crescimento pessoal, de satisfação, de autorrealização e bem-estar geral.

O Envelhecimento gratificante, termo este escolhido por nós e não baseado em referências bibliográficas, é uma experiência que pode ser positiva, a qual passa por otimizar as trajetórias da capacidade funcional e da capacidade intrínseca ao longo do curso da vida, apresentadas na Figura 1, extraída do *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* (2015).

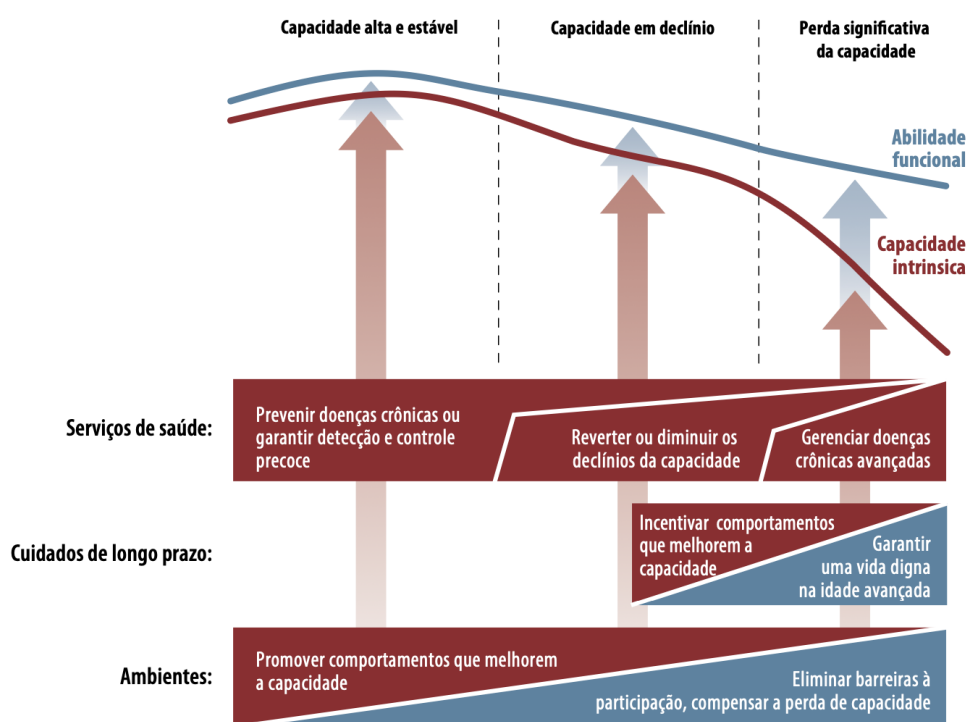


Figura 1. Um quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida. Fonte: WHO. (2015). *O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*. p. 15

Concluindo

Demonstram as evidências que há um caminho longo a desenvolver no sentido de adequar os ambientes físicos, os quais exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas. Estes devem ser adaptados às suas reais necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, atropelamentos e outros acidentes, e o socorro rápido quando necessário. A este propósito, em 2014, a Comissão Europeia elegeu como uma das áreas prioritárias, no âmbito da Parceria

Europeia de Inovação no Domínio do Envelhecimento Ativo e Saudável, a inovação para Edifícios, Cidades e Ambientes Amigos das Pessoas Idosas (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2012).

No nosso país temos um número elevado de pessoas mais velhas a viverem em contextos rurais, aspeto este de destaque e que implica uma intervenção focada tanto na pessoa de mais idade como nos próprios cuidadores informais. Já produzimos também material sobre a intervenção psicológica em cuidadores, destacando as equipas domiciliárias como veículos de promoção da literacia em cuidados e promoção da saúde mental positiva (Galvão, 2019).

Em Portugal a esmagadora maioria da população mais velha encontra-se a viver no seu domicílio o que implica uma rede de cuidados gerontológicos domiciliários. Esta realidade de prática de cuidados no nosso país é uma conceptualização teórica.

Torna-se imperativo recorrer a melhores formas de avaliação e monitorização do estado de saúde física e psicológica da população mais velha.

O propósito subjacente a este capítulo foi expor a nossa visão, tendo por base a nossa perspetiva enquanto especialistas em Psicogerontologia e baseados na nossa experiência como cuidadores informais dos nossos pais de 90 anos e fazer uma análise sobre o tema em apreço. Mencionamos alguns conceitos e teorias e evidenciamos as variáveis felicidade e afetividade no processo de envelhecer.

Também como docentes do curso de licenciatura em Gerontologia e do curso de mestrado em Envelhecimento Ativo, há mais de uma década, partilhamos esta breve narrativa.

Bibliografia

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (2010). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511665684.003>
- Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S. (2009). The psychological science of human ageing. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 47–71). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511610714.006>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32 (7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental psychology*, 22 (6), 723–742. <http://psycnet.apa.org/journals/dev/22/6/723.html?uid=1987-06791-001>
- Bronfenbrenner, U. (Ed.) (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2004-22011-000>
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101 (4), 568–586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. Em *Handbook of child psychology: Volume 1. Theoretical models of human development* (pp. 793–828). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1–2), 189–216. <https://doi.org/10.1023/a:1006859511756>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276–302. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dillaway, H. E., & Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging. *Journal of Applied Gerontology*, 28 (6), 702–722. <https://doi.org/10.1177/0733464809333882>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*.

- <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (2012). *Action Plan on 'Innovation for Age-friendly buildings, cities & environments'*. https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/d4/key-documents_en
- Galvão, A. (2019). O perfil do cuidador e ética na intervenção. Competências necessárias para as boas práticas gerontológicas. In C. Moura (Ed.), *O perfil no mosaico da intervenção gerontológica* (pp. 293–303). Seda Publicações.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing forum*, 40 (2), 45–57. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x>
- Hesse, H. (2002). *Elogio da Velhice*. Difel.
- Hicks, J. A., Trent, J., Davis, W. E., & King, L. A. (2012). Positive affect, meaning in life, and future time perspective: An application of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 27 (1), 181–189. <https://doi.org/10.1037/a0023965>
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33 (7), 1073–1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
- Joo, B.-K., & Lee, I. (2017). Workplace happiness: work engagement, career satisfaction, and subjective well-being. *Evidence-based HRM: a Global Forum for Empirical Scholarship*, 5 (2), 206–221. <https://doi.org/10.1108/EBHRM-04-2015-0011>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17–34. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005
- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). “Successful Aging” - Where next ?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306–1308.
- PORDATA. (2020). *População residente, estimativas a 31 de Dezembro: Total e por grupo etário*. <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+etário-7>
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (2), 135–144. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp132>
- Schimmack, U. (2001). The structure of subjective well-being. *Aging & Mental Health*, 5 (1), 47–55.
- Silva, R. (2020, outubro 1). Relações, felicidade... e o tornar-se idoso. *Público*. <https://www.publico.pt/2020/10/01/impar/noticia/relacoes-felicidade-tornarse-idoso-1933477>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19 (1), 33–51. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007242>
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active ageing: a policy framework*. <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/713604647&magic=crossref%7C%7CD404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>
- World Health Organization [WHO] (2015). *O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde*. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Zaidi, A. (2014). Life Cycle Transitions and Vulnerabilities in Old Age: A Review. *UNDP Human Development Report Office*, 1–48. <https://doi.org/10.1007/s12286-010-0089-3>

Percepções de envelhecimento e construção social da velhice

CARLOS MAIA

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Age.Comm-Comunidades Envelhecidas Funcionais
Instituto Politécnico de Castelo Branco

carlosmaia@ipcb.pt

enviado a 14/01/2021 e aceite a 12/03/2021

Resumo

A referência ao envelhecer como associado à “passagem do tempo” indica que é algo natural e inevitável, em que ocorrem transformações a vários níveis, que a sociedade assume como fazendo parte do processo de envelhecimento. De tal modo que quando alguém mais jovem apresenta, de forma mais evidente, algumas dessas transformações associadas à “passagem do tempo”, referimo-nos a essa pessoa como parecendo um velho. Mas também existe a situação inversa, em que pessoas mais velhas não apresentam essas transformações, características das pessoas da sua idade. Estes exemplos demonstram que o envelhecimento não ocorre de forma homogênea, e varia de pessoa para pessoa. Os recursos de que cada pessoa dispõe para se adaptar a esta fase da vida são fortemente influenciados pelos percursos de cada um, os quais influenciam, de forma determinante, o processo de envelhecimento. Não se envelhece da mesma maneira no espaço rural ou numa grande metrópole, tendo uma vida ativa ou uma vida sedentária, partilhando uma ampla rede de relações sociais ou vivendo de forma solitária.

No entanto, as inevitáveis alterações verificadas durante o processo de envelhecimento têm conduzido a representações sociais tendencialmente associadas a estereótipos e preconceitos, que influenciam e modelam a forma, muitas das vezes discriminatória, como a sociedade interage com as pessoas idosas, como se estas pessoas, chegadas a esta fase da vida, vissem esbatidas as diferenças individuais que as caracterizam e distinguem enquanto seres humanos, e passassem todas a estar desprovidas de quaisquer competências.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Construção social; Representação social.

Abstract

The reference to growing old as associated with the "passage of time" indicates that it is something natural and inevitable, in which transformations occur at various levels, which society assumes as being part of the ageing process. So that when someone younger presents, in a more evident way, some of those transformations associated with the "passage of time", we refer to that person as looking like an old man. However, there is also the opposite situation, in which older people do not present these transformations, characteristic of people of their age. These examples show that ageing does not occur homogeneously and varies from person to person. The resources available to each person to adapt to this phase of life are strongly influenced by each person's pathways, which have a decisive influence on the ageing process. One does not age in the same way in a rural area or in a big metropolis, living an active or sedentary life, sharing a wide network of social relationships or living alone.

However, the inevitable changes that occur during the ageing process have led to social representations that tend to be associated to stereotypes and prejudices, which influence and shape the way, often discriminatory, in which society interacts with the elderly, as if these people, reaching this stage of life saw the individual differences that characterize and distinguish them as human beings blurred, and all of them became devoid of any skills.

Keywords: Ageing; Elderly; Social construction; Social representation.

Introdução

As representações sociais sobre as pessoas idosas estão frequentemente associadas a conceitos de vulnerabilidade, improdutividade, doença e dependência. Estes (pre)conceitos, ou estereótipos, socialmente disseminados e partilhados, têm conduzido a falsas ideias e crenças sociais, e a comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas, mas têm, também, influenciado não só a forma como os idosos são *olhadas e tratadas* pela sociedade, assim como os próprios idosos que, ao internalizarem esses estereótipos, autocondicionam o seu próprio comportamento, o que os leva a agir da forma que a sociedade espera.

Importa, por isso, conhecer as perceções de envelhecimento para melhor se compreender como têm influenciado a construção social da velhice.

Apesar de cada vez mais pessoas atingirem idades muito avançadas e gozarem, na maioria das situações, de uma boa qualidade de vida, marcada por considerável funcionalidade, tanto física como mental, continua a verificar-se uma tendência geral para a desvalorização das pessoas idosas. Ainda é frequente persistirem noções como: as pessoas idosas são incapazes de se desenvolverem, a velhice corresponde a uma “segunda infância”, os idosos são inflexíveis e resistentes à mudança, os idosos possuem um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projetos, etc. Também imagens que associam o envelhecimento a doença, inatividade, depressão, aborrecimento e incapacidades várias, são igualmente exemplos dessa tendência. Wurtele (2009), num estudo sobre o modo como estudantes veem a velhice (definida como tendo o seu início aos 65 anos de idade), demonstrou através dos dados provenientes de uma amostra recolhida ao longo de dez anos, composta por 1340 estudantes de psicologia norte-americanos, que a imagem comum da velhice é ainda hoje predominantemente negativa, caracterizada pela passividade.

Com efeito, apesar de se tratar de um acontecimento inevitável e normativo, o processo de envelhecimento é frequentemente mal compreendido, e surge associado a falsas ideias e a crenças que rapidamente se transformam em preconceitos ou estereótipos. A diminuição de autoestima, a falta de motivação, o desinteresse pela sexualidade e a diminuição de faculdades mentais, entre outras, são representações comuns na avaliação feita do envelhecimento e da velhice. Uma vez que culturalmente nos é transmitido que as capacidades declinam à medida que se envelhece, os estereótipos associados à idade são facilmente interiorizados e levam facilmente as pessoas a acreditar neles.

Idadismo

As representações, preconceitos e estereótipos, socialmente disseminados e partilhados, tornam propício o surgimento de afetos negativos (rejeição, por exemplo), cognições e comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas. Esta discriminação quando, como aqui, tem por base a idade cronológica, pode ser designada por *idadismo*, fenómeno que se refere às atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas apenas na sua idade (Marques & Lima, 2010). O *idadismo*, referindo-se a um juízo, a uma opinião negativa, a uma discriminação de alguém devido à sua idade, marca presença em várias sociedades, incluindo a portuguesa (Marques & Lima, 2010; Marques, 2016).

Estas crenças sociais negativas acerca do envelhecimento e dos idosos, baseadas fundamentalmente em estereótipos, influenciam não só a forma como as pessoas idosas são

olhadas e tratadas pelos mais novos e a forma como a sociedade em geral se relaciona com elas, mas também a forma como os próprios idosos se comportam. Na verdade, os idosos integram as imagens resultantes das representações sociais e das expectativas que existem a seu respeito, originando percepções pessimistas relativas à experiência de envelhecer e levando os mais velhos a adotarem os comportamentos que deles tipicamente são esperados (Nelson, 2009). Ainda segundo o mesmo autor quanto mais a pessoa idosa estiver exposta a comentários ou concepções negativas a seu respeito, mais ela irá desenvolver uma visão negativa do seu próprio envelhecimento. As pessoas idosas também exibem atitudes *idadistas* face ao grupo a que pertencem e até a si mesmas. Uma consequência grave do *idadismo*, de resto, é o facto de ele não só suscitar uma atitude negativa face ao comportamento dos mais novos para com os mais velhos, como fazer inclusivamente “com que os próprios idosos olhem para si mesmos de acordo com uma imagem socialmente conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes” (Fonseca, 2006, p.28). O mesmo autor salienta a preocupação expressa por diferentes investigadores quanto à possibilidade de os idosos internalizarem as crenças *idadistas* (incompetentes, doentes, lentos) e de tal se refletir na postura assumida perante a vida, fazendo por comportar-se não de acordo com o que a sua idade funcional lhes permite, mas sim em função do que estas crenças negativas estabelecem como normativo e esperado para a sua idade cronológica, numa lógica de profecia auto cumprida (Marques, 2016). Ao contrário de outras formas de discriminação, como o racismo ou o sexismo, o *idadismo* não é sequer recriminado socialmente (Marques & Lima, 2010), aumentando a vulnerabilidade dos idosos.

De acordo com Levy et al. (2002), a integração de tal tipo de crenças, às quais os autores se referem como auto estereótipos de envelhecimento, inicia-se desde cedo. Nas sociedades ocidentais, enquanto jovens e adultos, os indivíduos crescem numa sociedade marcada pelo *idadismo* e acabam por integrar essas crenças, não as questionando quando chegam a idosos e havendo até relatos de um certo favoritismo exo-grupal em relação aos mais jovens (Kite et al., 2005; Marques & Lima, 2010). A internalização de estereótipos de cariz *idadista* não tem efeitos apenas nas escolhas e nos comportamentos dos indivíduos, podendo ter um efeito mais vasto. Num estudo em que procurou ativar subliminarmente estereótipos sobre o envelhecimento numa amostra de 90 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, Levy et al. (2002) descobriu que ativar estereótipos positivos tende a melhorar não só as visões sobre o envelhecimento, mas também o desempenho cognitivo e a autoeficácia, enquanto a ativação de estereótipos negativos tende a ter um efeito diametralmente inverso.

Importante será referir que, tal como Fonseca (2006) sublinha, paralelamente às crenças que sustentam o *idadismo* também se verifica nas sociedades modernas a ideia oposta e irrealista segundo a qual o envelhecimento é algo de subjetivo e que pode ser evitado. Esta ideia é fundada numa tendência gerontofóbica de negação do envelhecimento e que vulgarmente é aproveitada por empresas comerciais para venderem produtos “anti envelhecimento”. Apesar de a biologia mostrar que é possível, até certo ponto, modular a longevidade, é utópico pensar que se podem reverter as causas do envelhecimento (Holliday, 2006). A difusão deste género de utopias carregadas de otimismo está, muitas vezes, na origem de frustrações relacionadas com a falta de preparação para o confronto inevitável com as perdas, à medida que se envelhece, sejam elas de ordem biológica, funcional ou mesmo de estatuto social. No *English*

Longitudinal Study of Ageing (ELSA), por exemplo, quase dois terços da amostra (dividida por três grupos etários, dos 50 aos 75 anos de idade) são de opinião que os idosos não são respeitados na sociedade (Demakakos et al., 2006).

Quando se entra na velhice?

O próprio momento de entrada no período comumente designado por velhice corresponde a uma construção social. Na maioria dos países europeus, o início oficial do envelhecimento foi definido por volta dos 60/70 anos e essa é também a idade estabelecida para o início da reforma. No entanto, de acordo com Fonseca (2006, p. 186),

efetivamente, nada ocorre aos 65 anos, precisamente aos 65 anos, nem biológica nem psicologicamente para que se utilize essa idade como fronteira de diferenciação social, em que para trás o indivíduo é útil, válido e responsável, e daí para a frente vê-se rejeitado ou pelo menos marginalizado por uma sociedade competitiva para a qual deixou de ter valor.

De facto, como observado no ELSA, não só os indivíduos de meia-idade e idosos tendem a sentir-se mais jovens do que a sua idade cronológica propriamente dita, como percebem a entrada na velhice como iniciando-se em idades distintas. Os participantes mais jovens (50-54 anos) consideram que a velhice começa aos 68 anos, enquanto os participantes que tinham mais de 80 anos consideravam que ela começa aos 75 anos (Demakakos et al., 2006). Este “adiamento” da idade em que habitualmente se considera que um indivíduo passou a ser idoso pode ter implícita uma tentativa de identificação com um grupo de estatuto social superior, de forma a preservar a autoimagem, moderando os efeitos negativos das perdas pelo facto de se estar a experimentar níveis satisfatórios ou mesmo elevados de funcionalidade.

As percepções que os indivíduos, de qualquer idade, têm acerca do envelhecimento implicam uma apreciação individual, refletem as suas formas de pensar e os julgamentos face às experiências, acabando por influenciar o modo como se estabelecem metas e objetivos futuros. Planear o futuro pode ser considerado um processo de autorregulação na medida em que é uma forma de moldar o desenvolvimento individual (Kotter-Gruhn et al., 2009). No que diz respeito às percepções associadas ao futuro, os homens apresentam percepções mais positivas do que as mulheres, muito embora tais percepções se tornem progressivamente mais negativas à medida que o funcionamento cognitivo e a saúde diminuem. Os indivíduos que percecionam a sua saúde como pobre poderão mesmo não querer fazer planos para o futuro.

Outros estudos revelaram ainda que muitos adultos com mais de 60 anos se sentem mais novos do que a sua idade cronológica faria supor. Estas conceções relativas à idade parecem ser um melhor preditor relativamente ao funcionamento físico e psicológico do que a idade cronológica. A idade cronológica parece, pois, não ser um aspeto central na avaliação da sua própria condição de velhice. De facto, a não ser que estejam doentes ou deprimidas, as pessoas idosas não se consideram velhas e tendem a associar a velhice a indivíduos que apresentam manifestas incapacidades, dependentes ou residentes em lares, imagens das quais fazem todos os possíveis para se distanciar.

Nesta medida, em que se baseia a definição de “velho”? Quem define quem é “velho”? Provavelmente uma pessoa é velha, como sucede com qualquer outro papel e estatuto social,

quando as outras pessoas assim a consideram. É a sociedade que se encarrega de categorizar a velhice, devido à necessidade, sobretudo administrativa, de organizar os indivíduos no espaço social através de critérios com base na idade. A idade, só por si, não ajuda a compreender o processo de desenvolvimento de cada pessoa, uma vez que a sua significação está relacionada com o contexto. Dantes, abordar o envelhecimento significava estarmo-nos a referir a uma etapa próxima do fim da vida. Atualmente, com o aumento da esperança de vida, o fenómeno é frequentemente abordado pelas consequências e riscos que pode representar para os sistemas de saúde e de segurança social. Ainda assim, a categorização efetuada com base na idade constitui uma forma de regulação social, que gera a expectativa daquilo que é suposto as pessoas realizarem, consoante a fase da vida em que se encontram. Valida-se, assim, aquilo que é “normal” ou “permitido” e aquilo que é “anormal” ou “proibido”, para além da valorização daquilo de que os membros desta categoria social são e não são capazes de fazer. Mas, tal como as outras etapas da vida, também o processo de envelhecimento é dinâmico, pelo que não corresponde, em absoluto, a esta normalização.

A construção social da velhice

A construção social da velhice é influenciada pelas perceções relacionadas com a idade. A conceção que temos de uma pessoa idosa difere consoante a etapa da vida em que nos encontramos. Ser velho é diferente para uma criança, para um adulto ou para um velho. As conotações, positivas e negativas, que a sociedade atribui aos velhos, e à velhice, são fortemente influenciadas pelo contexto sociocultural. Por exemplo, considerar um idoso como alguém detentor de conhecimento e de experiência, com estatuto social reconhecido e com influência sobre os outros elementos do grupo é uma construção que ocorre com mais frequência em contextos rurais, onde a transmissão do conhecimento se faz mais frequentemente através da via oral e menos baseada em artefactos tecnológicos.

Por oposição a esta aceção, a construção negativa reforça a velhice como um estado deficitário, em que ocorre um declínio acentuado das capacidades, e caracterizado por perdas significativas e irreversíveis (da juventude, da saúde e da independência). Verifica-se com maior frequência em contexto urbano, onde é mais valorizada a riqueza, a beleza e a juventude, e onde a aquisição e transmissão de conhecimentos se fazem essencialmente fora do ambiente familiar.

Em qualquer processo de desenvolvimento há crescimento e ganhos, mas também perdas e deterioração. No entanto, ao processo de envelhecer estão associadas, mais frequentemente, imagens negativas. Os próprios significados de envelhecer constantes no Dicionário da Língua Portuguesa expressam uma forte carga negativa atribuída a esta fase da vida, associando-a a perdas, danos, decadência. A ideia de que a redução das capacidades dos idosos impede o seu processo de desenvolvimento e a capacidade de adaptação, legitima a aceitação, por parte da sociedade, da *diminuição da responsabilidade*, da *dependência* e da *incompetência* das pessoas idosas, o que conduz a uma discriminação e a uma redução do seu estatuto social.

Almeida (2014) cita Bernard Strehler, um gerontologista de referência do terceiro quartel do século XX, que afirmava que o envelhecimento dos organismos é intrínseco, universal, progressivo e irreversível:

- *Intrínseco* significa que é uma condição inerente ao organismo, isto é, qualquer organismo, independentemente do seu ambiente, irá envelhecer, isto é, declinar funcionalmente;
- *Universal* significa que em cada espécie todos os indivíduos envelhecem, embora uns o façam mais depressa e outros mais lentamente;
- *Progressivo e irreversível* refere-se ao sentido da perda funcional, que quando ocorre não permite retorno ao estado anterior ou condição inicial.

A perda, ou declínio, funcional tem como consequência a fragilidade. De acordo com Hayflick (2000), o envelhecimento corresponde a um estado de fragilidade, havendo determinadas características que o distinguem da doença, sendo, na maioria dos casos, a presença ou a ausência de sintomas do foro clínico que vai ajudar a distinguir entre envelhecimento e doença (Almeida, 2014). Por exemplo, se um indivíduo A com 70 anos tem doença de Alzheimer, designamo-lo como doente; um indivíduo B com 70 anos continua a trabalhar, mesmo que tenha o rosto marcado por rugas, designamo-lo por ativo; finalmente, um indivíduo C reformado e com dificuldades em subir escadas, esse acabaremos certamente por designá-lo como envelhecido.

O processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). Não obstante toda esta heterogeneidade, a saúde é para a generalidade das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se avalia o respetivo bem-estar (tanto físico como psicológico) e a referência a problemas de saúde é uma constante na autoavaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling et al., 2003).

Segundo Fonseca (2014), a introdução do *bem-estar* no domínio da saúde deveu-se à evolução do modo de abordagem das questões relativas à saúde e à doença, deslocando-se de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, de cariz biopsicossocial. A condição de saúde deixou de ser avaliada exclusivamente do ponto de vista da mortalidade e da morbilidade, passando a integrar a variável do bem-estar geral, nomeadamente, em pessoas sofrendo de doenças crónicas. Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento da população, e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo, mas com maior probabilidade de sofrerem de doenças crónicas e progressivamente incapacitantes, ou seja, o bem-estar (medido através de escalas e inventários, mas também autoavaliado pelo próprio) passou a ser uma questão central, em particular no que diz respeito aos idosos.

Sabemos que à medida que se envelhece, a ocorrência de doença provoca cada vez mais *stress* e pode, secundariamente, implicar perda de poder económico, alteração das atividades diárias e das relações sociais e, finalmente, diminuição de bem-estar. Todas estas consequências, embora comuns a qualquer situação de doença, surgem como mais prováveis e agravadas na população idosa. No entanto, também é verdade que a perceção da doença e a autoavaliação que a pessoa faz da sua condição de saúde, e do modo como ela influencia o seu bem-estar, correspondem a uma avaliação subjetiva. As pessoas tendem a atribuir significado à sua condição pessoal em função de expectativas, representações e valorizações pessoais, o que ajuda a explicar porque é que *a doença* não é encarada por todos da mesma maneira e porque

é que uma mesma pessoa, em diferentes fases do seu ciclo de vida, encara a doença de formas tão distintas, que podem ir da raiva à resignação (Fonseca, 2014).

Foi na sequência dos resultados apurados através do estudo da Fundação “MacArthur”, que foi proposta uma definição de *envelhecimento normal* como um estado não patológico, distinguindo duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos:

- Uma forma “habitual”, não patológica mas comportando o risco inerente à condição de fragilidade inerente ao processo de envelhecimento;
- Uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento.

Esta distinção fazia sentido tendo em consideração a elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento; de facto, a maioria das pessoas, quando questionadas acerca da distinção entre um melhor ou pior envelhecimento, pensam logo na distinção entre saúde e doença. De resto, a perspetiva salutogénica associa o conceito de envelhecimento bem-sucedido à manutenção da saúde.

Os efeitos da presença, ou ausência, de fatores de risco de doença e incapacidade na alteração do bem-estar psicológico, podem ser constatados tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), mas igualmente à importância que atribui a certas atividades por si valorizadas, e que fiquem comprometidas pela doença (como passear ou ler). Daqui resulta que as pessoas, nomeadamente as idosas, avaliam a sua condição de saúde em função das limitações que se produzem não apenas ao nível da realização de atividades básicas, mas também ao nível das atividades que lhes proporcionam bem-estar: quem valoriza ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais; quem valoriza sair de casa e passear sente-se mais penalizado com as limitações motoras. Isto faz que um envelhecimento *com qualidade* ou *bem-sucedido* seja um conceito profundamente individual, em que a consideração das atividades valorizadas pela própria pessoa é estimada em termos de um determinado *estilo de vida pessoal*, não devendo ser generalizada.

Tentar estabelecer um padrão uniforme de atividades de “nível superior” para os idosos (que não pressupõem a sobrevivência), à semelhança do que se faz para as atividades de vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autónoma, seria um erro que impediria a compreensão plena das consequências resultantes de uma dada doença ao nível do bem-estar de uma pessoa concreta” (Paúl & Fonseca, 2001, p. 128).

Assim sendo, que fatores permitirão fazer face aos riscos de perda de funcionalidade no decurso do processo de envelhecimento e preservar o bem-estar, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido? Parecendo fácil responder a esta questão (ser saudável e autónomo, ter amigos, ser amado...), uma série de acontecimentos, mais ou menos inevitáveis, fazem com que por vezes seja muito difícil atingir estes objetivos. Na verdade, perdas de variada ordem estão presentes no decurso do envelhecimento – doenças graves, deficiências funcionais, deterioração mental, problemas sociais ou familiares, redução da rede social, diminuição da autonomia, falta de apoio emocional, solidão, morte do cônjuge, familiares ou pares, uma reforma mal administrada... - todos estes fenómenos, sobretudo quando acumulados num curto

espaço de tempo, podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das pessoas à medida que envelhecem, e limitar a sua percepção de bem-estar.

Repetindo a questão anterior, como lidar com tais condições? Diversos autores têm apontado *fatores de resiliência* que contribuem para “envelhecer bem”:

- Tournier (1997) fala da importância da abertura à experiência, da necessidade de diversificar as atividades pessoais antes da velhice, de romper a rotina, de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, mas também dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual;
- Manciaux (2003) considera que não há receitas, mas sim um conjunto de respostas que, no seu conjunto, se afirmam como “recursos de bem-estar” e que ajudam a envelhecer bem – “os caminhos da resiliência são muitos e variados” (p. 107). Entre esses caminhos, contam-se a eventual continuação, de outro modo e com outro ritmo, da atividade profissional anterior, a adesão a atividades culturais e artísticas, a realização de viagens, o reforço das ligações familiares e a intensificação da vida relacional. O mesmo autor sublinha ainda o valor adaptativo da espiritualidade e fé religiosa, a qual, sem atitudes neuróticas, poderá constituir uma via para manter a esperança em situações de doença (evitando o desânimo e o desligamento psicológico) e perante a realidade da morte;
- Gwyther et al. (2011) compilaram um conjunto de contributos sobre a ideia de resiliência em pessoas mais velhas, sublinhando no geral que a resiliência na velhice implica um processo de gestão das fontes de *stress* típicas desta fase da vida, utilizando recursos individuais e comunitários para aproveitar as oportunidades disponíveis e recuperar das adversidades. Algumas ideias centrais deste autor incluem, assim, fazer face aos contratempos (ligados à saúde, nomeadamente), lidar com as mudanças nos padrões de vida (após a reforma, sobretudo), evitar situações suscetíveis de causar perturbação e esforçar-se por manter a saúde mental.

Para Fonseca (2006, 2014), uma outra forma de responder à questão atrás enunciada é recorrendo à noção de *plasticidade* e às consequências da plasticidade nos processos adaptativos. Entrando em linha de conta com a noção de “ajustamento deve salientar-se o papel que uma organização comportamental flexível desempenha na adaptação individual, promovendo uma ajustada interação adaptativa pessoa-meio. Neste sentido, quanto maior a plasticidade, mais elevada será a capacidade de adaptação às circunstâncias; uma pessoa “plástica” (aqui tomada como resiliente...) será aquela que adotar um controlo comportamental flexível, o que pode ser avaliado através das atitudes que a pessoa idosa adota face ao que lhe está a suceder a nível biológico, social, relacional, etc.

Um dos principais obstáculos que as pessoas têm de enfrentar à medida que envelhecem tem a sua origem fora delas e chama-se estereótipos. Com efeito, quer se tenha mais ou menos idade e uma melhor ou pior aparência, é difícil escapar aos estereótipos negativos acerca do envelhecimento. Pior, o que muitas pessoas não têm consciência é que, frequentemente, ao invés de questionarem a sua validade, aceitam e assumem esses mesmos estereótipos muitos antes de se tornarem, de facto, “pessoas idosas”.

Algumas investigações mostram que a relevância pessoal dos estereótipos ligados ao envelhecimento pode, inclusivamente, ter impacto sobre a longevidade. Num estudo

longitudinal em que se seguiu durante várias décadas um grupo de 660 indivíduos residentes na comunidade com idade igual e superior a 50 anos, Levy et al. (2002) avaliaram a atitude face ao envelhecimento e à longevidade, cruzando essa atitude com medidas sociodemográficas (idade, género, raça, escolaridade e estatuto profissional), medidas de saúde (funcionalidade e saúde percebida), e sentimento de solidão. Os resultados mostraram que os indivíduos com uma atitude positiva relativamente ao seu próprio envelhecimento viveram, em média, mais sete anos e meio quando comparados com aqueles que apresentaram atitudes mais negativas. Aliás, a atitude face ao envelhecimento revelou maior influência sobre a longevidade do que qualquer outra das variáveis analisadas (idade, género, escolaridade e estatuto profissional, solidão e funcionalidade), parecendo desempenhar um papel mais importante do que variáveis de cariz físico (pressão arterial, colesterol), consumo de tabaco, peso e prática de exercício físico.

Na interpretação destes resultados, Levy et al. (2002) sugerem que a manutenção de atitudes e expectativas positivas face ao envelhecimento é suscetível de gerar um efeito em cascata: reduz o *stress* associado às mudanças inerentes ao avanço da idade, promove a resiliência no decurso do processo de envelhecimento e aumenta a longevidade.

Na verdade, conforme defende Fonseca (2014), trata-se, sobretudo, de criar um significado e uma identidade para a velhice, através da manutenção da competência no desempenho das atividades do dia-a-dia, encarando essa mesma competência como uma medida de saúde, e de bem-estar, que tem um papel fundamental na satisfação com a vida.

À medida que se envelhece, *ser capaz de* é um conceito essencial na criação de significado para a vida, e *o que fazemos* está intimamente ligado ao que somos. É indispensável que associado ao envelhecimento se reconheça a necessidade de uma abordagem em que a avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes se faça, essencialmente, em termos das atividades que elas são capazes de realizar, e que lhes transmitem um sentido de controlo sobre as suas vidas; “ter saúde” pode ser um facilitador ou uma barreira, mas não um determinante absoluto de bem-estar na velhice, pois variáveis como o estado civil, o local onde se vive, o rendimento disponível ou as relações familiares e sociais têm um papel fundamental na perceção de bem-estar.

Bibliografia

- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. M. (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D. & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Demakakos, P., Hacker, E., Gjonça, E. (2006). Perceptions of ageing. In Banks, J., Breeze, E., Lessof, C. & Nazroo, J. (Org), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. M. (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-178). Lisboa: Coisas de Ler.
- Gwyther, L. P., Resnick, B., & Roberto, K. A. (2011). *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes*. New York: Springer.
- Hayflick, L. (2000). The future of ageing. *Nature*, 408(6809), 267-269.
- Holliday, R. (2006). Aging is no longer an unsolved problem in biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1067(1), 1-9.

- Kotter-Gruhn, D., Kleinspehn, A., Gerstorf, D., Smith, J. (2009). Self-Perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 24*(3), 654-667.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley Jr, B. E., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of social issues, 61*(2), 241-266.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology, 83*(2), 261-270.
- Manciaux, M. (2003). Resiliencia y edad avanzada. In *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 103-110). Barcelona: Gedisa.
- Marques, S. (2016). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, S., & Lima, M. L. (2010). Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo. *Mind_Português, 1*(1), 13-21.
- Nelson, T. D. (Ed.). (2009). *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. New York: Psychology Press.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Tournier, P. (1997). *Aprendiendo a envejecer*. Barcelona: Clie.
- Wurtele, S. K. (2009). "Activities of older adults" survey: tapping into student views of the elderly. *Educational Gerontology, 35*(11), 1026-1031.

Solidão percebida por idosos utentes da unidade de cuidados de saúde primários da Covilhã

ROSÁRIO MARTINS^{1,4}

MAGDA GUERRA^{2,4}

ZAIDA AZEREDO^{3,4}

¹Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda

²Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu

³Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu e Instituto Superior de Estudos Interculturais Jean Piaget Viseu

⁴Research Unit in Education and Community Intervention (RECI)

zaida.reci@gmail.com

enviado a 19/01/2021 e aceite a 26/02/2021

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade as sociedades são obrigadas a repensar qual o papel do idoso no século XXI, o que infelizmente nem sempre se verifica, podendo surgir sentimentos de solidão com desajustamento social que urge combater.

Objetivo: Estudar a prevalência da solidão em idosos a frequentar uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) na Covilhã.

Metodologia: Foram estudados 100 idosos que frequentaram a UCSP no município da Covilhã (amostra de conveniência) e que aí residiam. Foi aplicado um questionário para a sua caracterização sociodemográfica e a escala Short Version of The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSS) para avaliação da solidão.

Resultados: Estudaram-se 100 residentes no município da Covilhã, com idades entre os 65 e 86 anos, predominando os grupos etários mais jovens e o sexo feminino (60,0%). Média de idades: 72.73±5.60 anos. 54,4% vive com o conjugue (também ele idoso) e 30% vive só. 50,0% diz passear com amigos ou familiares; 49,0% frequenta centros de convívio ou associações; 47,0% pratica outras atividades e 44,0% passeia sozinha ou trabalha na agricultura. Os inquiridos evidenciaram baixa perceção de solidão social, familiar ou romântica, bem como baixa solidão em termos globais. Não houve diferenças significativas entre os dois sexos. São os mais velhos e os que vivem sozinhos que tendem a perceber maior solidão, havendo mesmo diferenças significativas nas dimensões social e romântica.

Conclusões: Embora os idosos em estudo apresentem uma baixa perceção de solidão são os que vivem sós e os mais velhos, aqueles que mais têm esta perceção.

Seria interessante estender este estudo a outras regiões, bem como a outro tipo de população idosa que está a emergir, com maior literacia e com algum domínio das novas tecnologias

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Solidão.

Abstract

Introduction: With demographic ageing and increased longevity, societies are forced to rethink the role of the elderly in the 21st century, which unfortunately is not always the case, and feelings of loneliness and social maladjustment may arise, which must be urgently addressed.

Aim: To study the prevalence of loneliness in the elderly attending a Primary Health Care Unit (UCSP) in Covilhã.

Methodology: We studied 100 elderly people who attended the UCSP in the municipality of Covilhã (convenience sample) and lived there. It was applied a questionnaire for sociodemographic characterisation and the Short Version of The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA-S) for assessing loneliness.

Results: We studied 100 residents in the municipality of Covilhã, aged between 65 and 86 years, with a predominance of younger age groups and women (60.0%). Average age: 72.73 ± 5.60 years. 54.4% live with their spouse (who is also elderly) and 30% live alone. 50.0% say they walk with friends or family; 49.0% attend social centres or associations; 47.0% practice other activities and 44.0% walk alone or work in agriculture. Respondents showed a low perception of social, family, or romantic loneliness, as well as low loneliness in global terms. There were no significant differences between the two genders. Older people and those living alone tended to perceive greater loneliness, with significant differences in the social and romantic dimensions.

Conclusions: Although the elderly in this study have a low perception of loneliness, it is those who live alone and the older people who have the highest perception of loneliness.

It would be interesting to extend this study to other regions, as well as to another type of elderly population that is emerging, with higher literacy and some mastery of new technologies.

Keywords: Ageing; Elderly; Loneliness.

Introdução

Com o envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade as sociedades são obrigadas a repensar qual o papel do idoso no século XXI. Fernández-Ballesteros (2009) refere que o envelhecimento da população é a revolução demográfica mais importante na história da humanidade. Este tipo de envelhecimento é também algo de inédito na humanidade, pelo que obriga a novas investigações sobre envelhecimento, idosos, dinâmicas familiares, comportamentos sociais, e, serviços sociais e de saúde, entre outras.

Desta forma emerge um novo paradigma de pessoa idosa, com mais idade, mas contribuindo ativamente e de forma participativa para uma sociedade sempre em mudança. (Azeredo, 2011). Assim o processo de envelhecimento individual, não pode ser dissociado de um envelhecimento coletivo (envelhecimento demográfico) devendo a sociedade educar ao longo da vida toda a população, tendo em vista este novo paradigma, uma vez que o envelhecimento individual é um processo contínuo que se inicia com a concepção e dura até à morte.

Ter idade não é doença, porém é um fator irreversível que, embora diferencialmente, vai tirando capacidades ao ser humano. Ao longo de todo o ciclo vital é pois necessária uma adaptação, para que esta, quando atingida a idade de se ser idoso seja facilitadora de uma vida com bem-estar e qualidade de vida. Por outro lado, quanto mais um indivíduo desenvolver em jovem e ao longo da vida o potencial físico, psicológico e social, mais tardiamente, na ausência de doenças, se irão manifestar os sinais da passagem do tempo (Azeredo, 2011).

No século XXI ser idoso não significa ser velho, por isso o idoso tem aspirações a ser uma pessoa ativa e participativa, infelizmente nem sempre compreendidas pela sociedade onde está inserido. Surge assim a perceção de que aos olhos da sociedade é um inútil fomentando neste, sentimentos de solidão com desajustamento social que urge combater sob pena de trazer como consequência uma diminuição do seu bem-estar e qualidade de vida.

A solidão (diferente de isolamento) é frequentemente um sentimento negativo e angustiante em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas (Azeredo & Afonso, 2016).

Para Neto (2000, p. 322), a solidão é *uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos*. Efetivamente a solidão tende a surgir quando as expectativas que temos dos outros em relação a nós vão além da realidade.

Sempre na perspectiva das expectativas não alcançadas as causas para o surgimento da solidão são várias (p. ex., viuvez, reforma, isolamento, doença, etc.), podendo em grande parte dos casos, ser multifatorial (Neto, 2000; Martins & Guerra, 2019; Santos, 2008).

De acordo com o modelo relacional de solidão de Weiss (1973) a solidão é um sentimento e como tal a sua expressão é subjetiva. Por isso torna-se importante auscultar a opinião do próprio idoso sobre este sentimento, para que se possam planejar de forma participativa/democrática, ações que levem a um decréscimo da sua prevalência na comunidade.

Num inquérito de opinião realizado a uma população idosa de Viseu por Azeredo e Afonso (2016) quando estas perguntavam de que forma poderia ser combatida a solidão, os respondentes sugeriram várias formas entre quais fomentar o convívio entre idosos e intergeracional, realizar passeios e criar espaços de lazer; criar atividades de canto/ trabalhos manuais, dança, ginástica, etc., onde o convívio se possa estabelecer não de forma imposta, mas antes espontaneamente; a família ser uma família presente que os apoiasse física e emocionalmente foi também frequentemente citada (Azeredo & Afonso, 2016).

Embora a solidão não seja apenas apanágio dos idosos, é muito mais frequente neste grupo etário, sendo-o ainda mais, quando o idoso se encontra institucionalizado ou isolado.

Objetivo

Estudar a prevalência da solidão num grupo de idosos a frequentar uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) na Covilhã.

Material e Métodos

População

Para o estudo foram selecionados idosos de uma comunidade do interior de Portugal (Município da Covilhã). É um município inserido num concelho que tem um índice de envelhecimento elevado (2011- 192,3%) superior ao de Portugal (2011- 127,8%) que tem vindo a aumentar (1960-23,1% e 2001-140,1%) tal como a taxa de dependência de idosos (2001-29,0%; 2011-36,9%). Taxa de analfabetismo (2011-7,3%) sobretudo à custa do sexo feminino que também é maioritário na população acima dos 64 anos (2011: mulheres entre os 65-74 anos -55%; mulheres com 75 ou mais anos- 62%).

Foi estabelecida uma amostra de conveniência (N= 100) constituída por idosos que frequentaram a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) no município da Covilhã tendo a sua selecção sido aleatória, mas obedecendo aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: Ter 65 ou mais anos; possuir condições físicas e mentais para participar e, querer participar após ser devidamente informado dos objectivos da investigação.

Critérios de exclusão: Não residir no município; ter alterações físicas e psíquicas que o impedissem de participar

Instrumentos

Foi aplicado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para caracterizar os idosos sob o ponto de vista mental e neles detetar alterações cognitivas, que os impedissem de serem respondentes, tendo em atenção os critérios de inclusão e exclusão referenciados e o grau de escolaridade (analfabetos ≤ 15 pontos; de 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos), de acordo com a escala aferida para Portugal. Em média a sua aplicação demorou cerca de 15 minutos (Duque et al., s.d, p. 14).

Para avaliação da solidão foi utilizada a escala *Short Version of The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults* (SELSA-S) desenvolvida inicialmente com 37 itens por DiTommaso (1997) que posteriormente, estabeleceu uma versão: mais pequena, constituída por 15 itens DiTommaso (2004) e já aferida para Portugal (Fernandes & Neto, 2009, p. 9).

A escala SELSA-S é um instrumento multidimensional e viável, composto por 15 itens que avaliam 3 dimensões da solidão. Assim, a escala está subdividida em três subescalas: *solidão social*, *solidão familiar* e *solidão romântica* em que cada subescala contém 5 questões. Para cada pergunta, a resposta apresenta uma escala tipo *Likert* com gradientes que variam entre 1- *Totalmente em desacordo* e 7 - *Totalmente de acordo* com uma opção de resposta neutra *Indiferente*. A pontuação total resulta da soma das três subescalas. Assim os valores totais oscilam entre 15 e 105, sendo o valor médio 60 (DiTommaso, 2004). Quanto mais elevada for a pontuação obtida maior será a solidão sentida pelo idoso inquirido.

Foi ainda por nós elaborado um pequeno questionário que permitiu a caracterização sociodemográfica dos participantes e conhecer quais as suas ocupações. Este questionário foi por nós previamente testado para aferir linguagem e fazer eventuais correcções.

Procedimentos

Para a realização do estudo recorreremos de forma aleatória às pessoas idosas que frequentavam a UCSP do município da Covilhã.

Foram excluídos os idosos que através do MMSE obedeciam a critérios de exclusão.

Aos que obedeciam aos critérios de inclusão foram aplicados o questionário e a escala de SELSA-S.

A investigação foi feita em ambiente calmo, estando para o efeito reservada uma sala que permitisse confidencialidade e privacidade.

Na recolha de dados utilizámos, para além do questionário por nós elaborado e testado, instrumentos fidedignos e já validados para Portugal (MMSE e escala SELSA-S).

Considerações éticas

Durante a investigação foram respeitados todos os princípios éticos necessários. Assim foram solicitadas autorizações às entidades envolvidas, bem como para a aplicação da escala acima referida.

Após informar previamente os respondentes sobre os objetivos da investigação e lhes ter sido garantida a confidencialidade dos dados, e o respetivo anonimato, foi-lhes solicitado o seu consentimento (*consentimento informado*).

Análise dos resultados

Os inquiridos tinham idades compreendidas entre 65 e 86 anos, predominando os grupos etários mais jovens (67,0 %). Média de idades 72.73 ± 5.60 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos inquiridos por grupo etário

Grupo etário (anos)	n	%
65 – 69	33	33.0
70 – 74	34	34.0
75 – 79	18	18.0
80 – 84	12	12.0
85 – 89	3	3.0

A maioria (60.0%) é do sexo feminino. 62,0% é casada e 33,0% viúva.

Setenta e cinco por cento (75.0%) vive em casa própria e 22,0% em casa alugada. A maior parte (96,0 %) está reformada. A maior parte (54,0 %) vive com o conjugue (também ele idoso) e 30% vive só (cf. tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos inquiridos por coabitação

Coabitação	N	%
Sozinho	30	30.0
Cônjuge	54	54.0
Filho(a)	14	14.0
Cônjuge e Filho(a)	0	0.0
Outro	2	2.0
Total	100	100,0

O grau de instrução é baixo, pois 81% dos idosos inquiridos possui o 1º ciclo ou menos (cf. tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos pela escolaridade

Escolaridade	N	%
Sabe ler e escrever mas não tem o 1º Ciclo	31	31.0
1º Ciclo	50	50.0
2º Ciclo	9	9.0
3º Ciclo	8	8.0
Ensino Secundário	2	2.0
Ensino Superior	0	0
Total	100	100,0

Relativamente às atividades de ocupação diária dos idosos verificamos que 50.0% dos idosos passeia com amigos ou familiares, 49.0% frequenta centros de convívio ou associações, 47.0% pratica outras atividades e 44.0% passeia sozinha ou trabalha na agricultura (cf. tabela 4)

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos por ocupação

Ocupação	Município Covilhã	
	n	%
Vê TV/Ouve rádio		
Sim	42	42.0
Não	58	58.0
Lê livros, jornais ou revistas		
Sim	43	43.0
Não	57	57.0
Passeia sozinho		
Sim	44	44.0
Não	56	56.0
Passeia com amigos/familiares		
Sim	50	50.0
Não	50	50.0
Trabalha na agricultura		
Sim	44	44.0
Não	56	56.0
Frequenta centros de convívio/associações		
Sim	49	49.0
Não	51	51.0
Outras		
Sim	47	47.0
Não	53	53.0

Relativamente à situação clínica a maior parte (52,0%) dos idosos considera –se saudável , apesar de 52.0% afirmar sofrer de diabetes, 34.0% ser hipertensos, 28.0% ter problemas de incontinência urinária, 2.0% sofrer de Parkinson, 9.0% de depressão, 22.0% de artroses e 10.0% afirmar sofrer de outras doenças. 78.0% relata ter diminuição da acuidade visual havendo mesmo 72.0% que usa óculos/lentes. Também 33.0% refere diminuição da acuidade auditiva havendo 9.0% que usa aparelho auditivo. Cinquenta e sete por cento (57,0%) dos idosos inquiridos toma medicação para dormir; 86,0% nunca esteve hospitalizado; 89.0% não deu nenhuma queda no último ano e 93.0% não utiliza meios auxiliares de marcha.

A aplicação da escala SELSA-S permitiu-nos avaliar a percepção subjetiva de solidão que os idosos têm. Assim, tendo presente que cada dimensão era expressa numa escala compreendida entre 5 e 35 pontos cujo ponto central era 20 pontos, podemos afirmar, pela análise dos valores médios e medianos, que os idosos evidenciaram baixa percepção de solidão social, familiar ou romântica. Em termos globais, a escala de avaliação poderia variar entre 15 e 105 pontos, pelo que também nesta situação os idosos percecionaram uma baixa solidão.

Tabela 5. Percepção subjetiva de Solidão (SELSA-S)

Percepção subjetiva de solidão	M	Mdn	DP	Min	Máx	p*
Dimensão social	17.45	17.50	5.82	6.00	30.00	0.010
Dimensão familiar	12.72	11.00	8.05	5.00	34.00	0.000
Global	48.46	45.50	15.22	23.00	86.00	0.009

Nesta percepção não houve diferenças significativas entre os dois sexos, embora o sexo feminino apresentasse esta percepção mais elevada na dimensão romântica

A idade está significativamente correlacionada com a percepção subjetiva de solidão na dimensão romântica e no global. Podemos ainda afirmar que, nos idosos inquiridos são os mais velhos que tendem a perceber maior solidão. O mesmo se passando relativamente à coabitação. Assim são os idosos que vivem sós que percebem maior solidão, havendo mesmo diferenças significativas nas dimensões social e romântica.

Esta percepção não é influenciada pela escolaridade.

Discussão

O facto de ser uma amostra de conveniência, não permite generalizar os dados para o município da Covilhã, porém permite-nos ter a noção de como estes idosos percebem a solidão.

Em uma vasta literatura é afirmado que os idosos sofrem muito mais solidão do que as pessoas de outros grupos etários, porém nesta amostra esta não foi muito elevada. Isto pode dever-se ao facto de predominarem os idosos dos grupos mais jovens e daqueles que vivem acompanhados, bem como haver uma alta percentagem (49%) que frequenta centros de convívio e de, apesar de reformados trabalharem na agricultura e/ou praticarem outras atividades. Este facto também pode explicar a baixa prevalência de depressões na população em estudo.

Num estudo realizado por Azeredo & Afonso (2016) em Viseu, em que se solicitava aos idosos medidas para combater a solidão foi sugerido que os passeios/ convívios, bem como atividades coletivas de lazer e de desenvolvimento, eram muito importantes, bem como uma família presente, isto é, uma família que fosse de encontro às expectativas e necessidades dos idosos.

Fernandes y Neto (2009) citam a conclusão de um estudo, realizado por Russel e seus colaboradores (1984) em que ... *as medidas de solidão social e emocional estão ligadas, respetivamente, à falta de amizade e de relações íntimas e que a solidão social e emocional partilhava um núcleo comum de mal-estar...* (p. 325).

Neto (2000) afirma que a ausência de relações interpessoais, a falta de amizade e as relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias na pessoa idosa são reveladoras de maior solidão.

Algumas das condições favorecedoras de solidão social identificadas por Drennan et al. (2008) são: a idade mais avançada, o pior estado de saúde e a ausência de contacto com amigos.

Para Fonseca e Paúl (2006) a percepção subjetiva de solidão aumenta com o avançar da idade e com a baixa escolaridade. Porém a baixa escolaridade também pode ser um fator modificador de expectativas para com a vida e com a vida de relação.

No entanto Rubio (2011), citado por Jiménez et al. (2013), revela que 25% dos idosos que têm elevada percepção subjetiva de solidão possuem escolaridade média a superior e, 45% dos idosos que referem apenas saber ler e escrever também confirmam ter elevada percepção subjetiva de solidão.

Para autores como Ermida (1999), Fonseca e Paúl (2004) e Weiss (1973), a baixa escolaridade, a diminuição ou ausência de relações interpessoais com a família e amigos, as relações sociais desadequadas ou a ausência de relação íntima são fatores preditivos da solidão e comprometem o equilíbrio físico, psicológico e afetivo da pessoa idosa, podendo originar depressões graves e consequentemente suicídio.

Na nossa amostra as pessoas a viverem sós (sobretudo os divorciados e viúvos) apresentam maior frequência de solidão, tendo-se revelado diferenças estatisticamente significativas na dimensão romântica e no global.

Estes dados estão de acordo com o estudo referenciado por Triadó (2001) em que os idosos casados apresentam melhor estado de saúde e menor solidão. Neste âmbito Jiménez et al., 2013 proferem que a solidão está associada ao estado civil. Neto (2000) refere que a percepção subjetiva de solidão é maior nas pessoas não casadas. Hawkley (2008) e Demakakos (2006) citados por (Jiménez et al., 2013) afirmam que os idosos viúvos, separados ou divorciados apresentam maior percepção de solidão do que os casados, mas, o mesmo não se verifica nos idosos que nunca foram casados. Um estudo realizado por Azeredo e Afonso (2016) vai nesse sentido.

Num estudo efetuado por Silva (2009) os idosos viúvos apresentam maior percepção subjetiva de solidão comparativamente com os idosos casados. Em divergência com o nosso estudo Neto (2000) refere que em investigações recentes, a propensão geral encontrada é para a solidão diminuir com a idade, em que as pessoas mais idosas têm as classificações mais baixas de solidão mas, por outro lado, refere que a percepção subjetiva de solidão é maior nas pessoas não casadas, nas mulheres viúvas e divorciadas do que nas solteiras.

Segundo Di Tomaso (2004) o isolamento social retrata a falta de amigos e relações sociais, a solidão familiar reflete a falta de um ambiente familiar que apoia a pessoa, e a solidão romântica caracteriza-se pela falta de um relacionamento amoroso íntimo.

No presente estudo, apesar de os idosos terem patologias há uma percentagem elevada que diz ser saudável. Efetivamente há uma diferença entre *sentir-se doente (illness)* e *estar doente (disease)* que é influenciada pelo bem-estar psicológico e a manutenção de uma vida de relação social. O facto de alguns idosos sofrerem de algumas patologias crónicas como a HTA, diabetes e osteoartroses, entre outras e sentirem-se saudáveis, pode também estar relacionada com a cronicidade da doença e a crença de que é própria de um envelhecimento, tendo assim, havido uma adaptação à situação clínica fazendo esta(s) já parte integrante do mundo do idoso.

No estudo de Barbeiro (2004) em idosos quando questionados acerca dos grandes problemas de saúde, 96.3% refere ser a solidão, falta de assistência e abandono.

A diminuição da capacidade funcional pode manifestar-se sob a forma de depressão, ansiedade, isolamento social e solidão (Guiomar, 2012), porém 93,0% não utiliza meios auxiliares de marcha.

Para Salvador-Carulla et al. (2004) a percepção do estado de saúde é pior nas pessoas idosas que estão sozinhas.

Conclusões

A aplicação da escala SELSA-S permitiu-nos avaliar a percepção subjetiva de solidão nos idosos em estudo e calcular os resultados pelo que podemos afirmar, pela análise dos valores médios e medianos, que os idosos evidenciaram baixa percepção de solidão social, familiar ou romântica.

Este facto talvez se deva à baixa escolaridade dos respondentes, mas sobretudo por em grande percentagem, serem idosos ativos, que ainda trabalham na agricultura, frequentam centros de convívio/ associações e passeiam com amigos/ familiares, condições estas que favorecem o combate à solidão / isolamento (Azeredo & Afonso, 2016).

Assim este estudo sobre solidão deveria prosseguir, envolvendo idosos confinados ao seu domicílio ou internados em instituições na comunidade e/ou com algum grau de dependência ou perda de autonomia.

Conforme Neto e Barros (2001) afirmam, as causas da solidão podem ser diversas (viuvez, reforma, discriminação social, ninho vazio, pobreza...) e podem afetar a vida das pessoas a nível da saúde mental e física que pode afetar a qualidade de vida da pessoa idosa. Estes autores consideram a solidão como um “indicador importante da qualidade de vida” (Neto & Barros, 2001 p. 84).

Num estudo efetuado por Saez Narro et al. (1993) as pessoas idosas foram inquiridas acerca dos problemas, ou dificuldades mais relevantes para as faixas etárias mais velhas, tendo sido a solidão a que obteve maior percentagem de respostas.

As dificuldades de acesso à informação oral e escrita, devidas a diversas razões, entre as quais citamos a baixa escolaridade, a inabilidade para usar as TICs e a falta de mobilidade, contribuem para que as pessoas idosas tenham maior percepção de solidão (Freitas, 2011). No entanto a utilização da televisão e o convívio que ainda existe em algumas zonas do interior do país parecem atenuar os constrangimentos acima assinalados e, evitar uma elevação na prevalência da solidão em idosos.

Para se poder ter uma noção mais exata deste problema socio-sanitário que é o isolamento/ solidão em idosos, era importante que este estudo se estendesse a outras regiões do país, bem como a outro tipo de população idosa que está a emergir, com maior literacia e com algum domínio das novas tecnologias, porém com maiores expectativas em relação à sua participação na sociedade e à sua imagem social.

Também será interessante estudar neste grupo emergente até que ponto as novas tecnologias, nomeadamente as de comunicação podem diminuir sentimentos de solidão.

O efeito da migração e da globalização na solidão dos idosos são temas, também hoje, bastante pertinentes aos quais se juntam as modificações estruturais da família. Sendo a Covilhã um município do interior com elevada emigração e elevado índice de envelhecimento, seria interessante, em posteriores estudos, explorar estas vertentes, bem como estudar o impacto da

migração nas famílias com idosos ou apenas constituídas por idosos, bem como o regresso do emigrante (agora idoso) e sua integração/ participação na sociedade portuguesa.

Todas estas questões emergentes vão obrigar a novas intervenções comunitárias que devem ser planeadas localmente com os idosos, mas para aumentar a sua eficácia há necessidade de obter indicadores epidemiológicos e definir quais as estratégias a utilizar.

De acordo com Quaresma et al. (2004), para minimizar ao máximo a perceção de solidão, deve-se utilizar estratégias que contemplem: uma reestruturação familiar, uma redefinição de funções, a adaptação a novos hábitos de vida, e, mudanças na forma de sociabilidade e convivência com a pessoa idosa.

Bibliografia

- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Azeredo, Z., & Afonso, M.A. (2016). Solidão na perspectiva do idoso Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(2), 313-324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Barbeiro, A. P. (2004). Necessidades de saúde do idoso: Necessidades sentidas e promoção da saúde do idoso. Tese de mestrado em ciências de enfermagem. Universidade Do Porto - Instituto De Ciências Biomédicas De Abel Salazar. Porto. Fonte: <http://hdl.handle.net/10216/9585>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- DiTommaso, E. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1) 99-119. 1m <http://dx.doi.org/10.1177/0013164403258450>
- Drennan, J., Treacy, M. P., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. (2008). Support networks of older people living in the community. *International Journal of Older People Nursing*, 3(4), 234-242. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00135.x>
- Ermida, J. G. (1999). Processo de envelhecimento. In M. A. Costa, J. X. Agreda, J. G. Ermida, M. P. Cordeiro, M. T. Verríssimo, & E. I. Grácio (Eds.). *O idoso - problemas e realidades* (1ª ed) (pp. 43-50). Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Fernandes, H. J. (2007). Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança. Dissertação do Mestrado em Psicologia do Idoso. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto.
- Fernandes, H., & Neto, F. (2009). Adaptação portuguesa da escala de solidão social e emocional (SELSA-S). *Psicologia Educação Cultura*, 13(1) 7-31.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Casinello, M. D., Bravo, M. D., Martínez, M. Á., Nicolás, J. D., López, P. M., & Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22 (4) 641-647. <http://www.psicothema.com/pdf/3779.pdf>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh, P. R. (1975). Mini Mental State. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e passagem à reforma. *Psicologia, Saúde e Foenças*, (1), 17-29.
- Fonseca, A. M., & Paúl, M. C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Loyola.
- Freitas, P. C. (junho de 2011). Solidão em Idosos - Percepção em Função da Rede Social. *Tese de mestrado. Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Braga. Faculdade De Ciências Sociais*. Braga. <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>
- Guiomar, V. C. (2012). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *Mestrado em Psicologia da saúde. Instituto Politécnico de Beja*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf>
- Jiménez, J. L., Gallego, M. M., Villa, E. H., & Echeverri, Á. Q. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Revista de Medicina da Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia*, 32 (1) 9-19.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2004). *Geriatría Clínica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number, Lda.
- Martins, M., & Guerra, M. (2019). The subjective perception of solitude by the elderly person. *Journal of Aging & Innovation*, 8(3): 62-76.
- Neto F. (2000). *Psicologia Social* (vol. 3). Lisboa: Universidade Aberta.
- Osório, A. R; Pinto, F. C. (2007). *Las personas mayores*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In M. C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia. Tese de doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Fonte: <http://hdl.handle.net/10400.12/1668>
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e organizacionais, Lda.
- Paúl, M. C., & Ribeiro, O. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinazo, S. (2007). Relaciones Sociales. In C. Triadó, & P. Villar (Coord.), *Psicología de la Vejez* (pp. 253-285). Madrid: Alianza.
- Pinto, A. M. (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In A. M. Pinto, A.M. Pinto, A. B. Rendas, M. A. Botelho, A. A. Santos, & Grazina, M. M. (Eds.), *Envelhecer vivendo* (pp. 11-29). Coimbra: Quarteto.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). *O Sentido das Idades da Vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Saez N.N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Melendez, J., & Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, 12, 129-152.
- Salvador-Carulla, L., Sánchez, A. C., & Cabo-Soler, J. R. (2004). *Longevidad. tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana, S. A.
- Santos, A. F. (2008). Qualidade de vida e solidão na terceira idade. *Monografia. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de ciências Humanas e Sociais*. Porto. Fonte: Universidade Fermamdo Pessoa.
- Savikko, R., Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares envelhecimento*, 3, 71-88.
- Silva, S. G. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. *Tese de mestrado em Psicologia clinica e da saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Tur, C. T. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos. Revista de Educación*, (4), 119-133.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge.

Violência contra a população idosa: Uma análise da associação com a incapacidade funcional no contexto brasileiro

WANDERSON COSTA BOMFIM

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz-MG, Instituto René

wandersoncb10@gmail.com

enviado a 20/01/2021 e aceite a 26/02/2021

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre violência no contexto intrafamiliar e a incapacidade funcional por atividades básicas de vida diária (ABVD), em idosos com 60 anos ou mais, para o Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e explicativo. Utilizou-se de dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Nos modelos realizados foi empregada a regressão logística binária. **Resultados:** Ao inserir os fatores socioeconômicos (modelo 2) idosos que sofreram violência intrafamiliar tiveram uma probabilidade 75% maior de ter incapacidade por ABVD (OR,1,75, IC95%, 1,20-2,56). No modelo completo, (modelo 3), a probabilidade de incapacidade por ABVD foi 56% maior para aqueles que sofreram violência por filhos e netos em comparação a aqueles que não sofreram (OR, 1,56; IC95%, 1,02-2,40). **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a violência sofrida por idosos com 60 anos ou mais está associada com a incapacidade funcional. A violência contra a população idosa é um sério problema de saúde pública, que merece a atenção e ênfase dos gestores e formuladores de políticas.

Palavras-chave: violência intrafamiliar; idoso; incapacidade funcional.

Abstract

Objective: To analyse the association between violence within the intrafamily context and functional disability for basic activities of daily living (BADL), in elderly people aged 60 years or older, for Brazil. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, and explanatory study. Data from the Longitudinal Study of Health of the Elderly Brazilians (ELSI-Brazil) was used. Binary logistic regression was used in the models performed. **Results:** When inserting the socioeconomic factors (model 2) elderly people who experienced violence within the intrafamily context were 75% more likely to have BADL disability (OR, 1.75, 95% CI, 1.20-2.56). In the complete model (model 3), the probability of BADL disability was 56% higher for those who experienced violence by children and grandchildren compared to those who did not (OR, 1.56; 95% CI, 1.02-2, 40). **Conclusion:** This study has showed that the violence endured by elderly people aged 60 and over is associated with functional disability. Violence against the elderly population is a serious public health problem, which deserves the attention and emphasis from managers and policy makers.

Keywords: intrafamily violence; old man; disability.

Introdução

Países de alta, média e baixa renda vêm passando, cada um em seu tempo e ritmo, por um processo de envelhecimento populacional (Lee, 2003). Essas mudanças geram novas demandas e desafios para as sociedades (Minayo, 2012). Muitos problemas vêm surgindo concomitantemente com essas transformações. A violência está entre eles, estabelecendo-se como um grande desafio a ser enfrentado.

A violência contra a população envelhecida é um dos grandes problemas de saúde pública e sociais na atualidade, possuindo repercussões em distintos aspectos da saúde e a violação dos

direitos humanos estabelecidos (Kulkarni, 2012; Organização Mundial Da Saúde, 2013a, 2013b; Tokuç et al., 2010; Vachher & Sharma, 2010).

Dados apontam que um em cada seis idosos já sofreu algum tipo de violência, uma situação vivenciada em países de alta e também de baixa renda. O mesmo estudo ainda aponta que os principais tipos de violência cometidas em formas de abuso foram abusos psicológicos (11,6%), financeiros (6,8%), negligência (4,2%), abusos físicos (2,6%) ou abusos sexuais (0,9%). Ademais, destacaram a possibilidade de aumento da violência em decorrência do processo de envelhecimento da população (Yan et al., 2017).

Dentre os distintos tipos de violência, estudos apontam para a elevada exposição à violência no contexto familiar, em especial a violência sofrida por mulheres causada especialmente por seus parceiros. Dados apontam que entre 13% e 32% das mulheres de países pertencentes à União Europeia sofreram este tipo de violência em 2014 (European Union, 2014). Outro estudo descreveu que 30% das mulheres em todo o mundo estão expostas à violência física e / ou sexual por seus maridos ou parceiros (Organização Mundial Da Saúde, 2014). Estudos evidenciam que uma em cada três mulheres é ou foi vítima de violência doméstica ao redor do mundo (Krug et al., 2002). Apesar de ser um problema visto também em países de alta renda, parte da literatura aponta para uma maior prevalência em países de média e baixa renda, como o Brasil (Garcia-Moreno et al., 2006; Schraiber et al., 2007; Umubyeyi et al., 2014). Para além da violência cometida por cônjuge, a literatura ressalta que os filhos estão entre os principais agressores, principalmente filhos homens, seguidos das filhas mulheres, noras e dos genros (Minayo, 2005; 2008; Pinto et al., 2013).

A violência sofrida, principalmente no contexto familiar, está associada a diversos resultados de saúde, físicos e mentais. Uma vasta literatura no contexto internacional busca evidenciar a relação desse tipo de violência com distintos aspectos das condições de saúde da população idosa (Babu & Kar, 2009; Canadian Women'sfoundation, 2011; Ellsberg et al., 2008; Oram et al., 2016; Organização Mundial Da Saúde, 2013a, 2013c; Salom et al., 2015; Satyanarayana et al., 2015).

É inegável a importante relação entre violência e as condições de saúde da população idosa. Entretanto, há poucos estudos que tenham esta abordagem, principalmente no que tange aspectos associados à incapacidade funcional como variável que represente as condições de saúde. O presente estudo busca preencher este espaço existente na literatura. Ademais, diante de um cenário de acelerado envelhecimento da população brasileira, é fundamental a análise de fatores que possam influenciar na saúde da população mais envelhecida, que se encontra, em muitos contextos, em vulnerabilidade.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre violência no contexto intrafamiliar e a incapacidade funcional por atividades básicas de vida diária (ABVD), em idosos com 60 anos ou mais, para o Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e explicativo. Utilizou-se de dados do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Esta base de dados se refere a uma pesquisa de caráter longitudinal. Todavia, até o presente momento possui apenas uma onda de coleta de dados, feita entre em 2015 e 2016, tendo, portanto, um caráter transversal. O ELSI-

Brasil é uma pesquisa com representatividade para pessoas com 50 anos ou mais para o país e suas grandes regiões (Lima-Costa et al., 2018).

Neste estudo foram considerados idosos, e usados como população alvo àqueles indivíduos com 60 anos ou mais, seguindo o que é estabelecido no Brasil por meio do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

O desfecho se refere a incapacidade funcional, mensurada por meio das atividades básicas de vida diária (ABVD). Ela foi utilizada de forma dicotomizada, pois a intenção foi mensurar a associação e o efeito da solidão na saúde, levando em consideração a saúde como boa ou não boa, não objetivando a determinação em vários níveis distintos de saúde. Para as ABVD foram utilizadas seis perguntas referentes a dificuldade na realização de distintas atividades (andar de um cômodo ao outro, vestir-se, tomar banho, comer, deitar e/ou levantar da cama e usar o banheiro).

As ABVD estão associadas a capacidade física do indivíduo, medindo a capacidade do respondente de realizar atividades diárias com ou sem ajuda (Avlund & Holstein, 1998; Bravell et al., 2011). Em cada variável havia as seguintes opções de respostas: Não tem dificuldade (faz a atividade sem esforço); Tem pequena dificuldade (só faz a atividade com algum esforço); Tem grande dificuldade (só faz a atividade com muito esforço, mas consegue fazer sozinho) Não consegue (só faz a atividade com a ajuda de outra pessoa). Os indivíduos foram considerados incapazes aqueles que responderam que apresentavam algum grau de dificuldade, seja pequeno, grande ou se não conseguia realizar a atividade em questão.

A variável explicativa de interesse se refere à violência intrafamiliar, baseando-se nos casos cometidos por filhos(as) ou netos(as). A pergunta dessa variável foi: “Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) Sr(a) vivenciou alguma violência sofrida pelos seus filhos ou netos (assalto, roubo, agressão física, tentativa de morte)? “. Trata-se também de uma variável dicotômica, classificada em “sofreu ou não violência”.

Foram utilizadas também outras variáveis para controlar possíveis efeitos confundidores. No que tange as variáveis demográficas e socioeconômicas serão utilizados a idade (60 a 65; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80+), sexo (feminino e masculino); situação conjugal (casado(a)/união consensual/mora junto; solteiro(a); divorciado(a)/separado(a); viúvo(a)); escolaridade (sem instrução; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior/pós graduação), cor/raça (branco; preto; pardo).

Variáveis associadas às condições de saúde também foram utilizadas. Algumas doenças crônicas foram utilizadas, baseando-se na seguinte forma de se perguntar: “Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem”. As doenças crônicas utilizadas foram: depressão; hipertensão, diabetes, câncer, problemas de coluna, insuficiência renal crônica e doença cardiovascular. A variável referente a doenças cardiovasculares foi construída com base em outras quatro doenças (infarto, angina, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC)). Foi utilizada também a percepção do estado de saúde (Muito boa ou excelente e boa; Regular; Ruim e Muito ruim). O quesito dessa questão foi: “Em geral, como o Sr(a) avalia a sua saúde?”. Ademais, foi utilizada uma variável referente à posse de plano de saúde (possui; não possui).

Análise estatística

Os resultados foram mostrados em termos relativos. A análise univariada dos dados foi baseada em testes qui-quadrado de *Pearson* para verificar a independência das variáveis e, conseqüentemente, a associação com o desfecho em questão. As variáveis que foram consideradas independentes, de maneira estatisticamente significativa, foram aquelas que tiveram valor do teste de associação igual ou inferior a 0,05. Aquelas que apresentaram associações significativas nestas análises foram incorporadas nos modelos de regressão na análise multivariada. Nos modelos realizados foi empregada a regressão logística binária. Foram construídos três modelos. O modelo 1 incorpora-se apenas a variável de violência intrafamiliar. O modelo 2 incorpora variáveis demográficas e socioeconômicas. O modelo 3 é o modelo completo, com as variáveis anteriormente citadas e as variáveis de condições de saúde. As análises levaram em consideração a amostragem complexa da base de dados, utilizando-se do programa estatístico *Stata*, versão 14.

Aspetos éticos

A pesquisa ELSI-Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo no. 886.754).

Resultados

Os resultados descritivos, tabela de frequência cruzada e p-valores dos testes de associação estão descritos na tabela 1. Cerca de 6% dos idosos com 60 anos ou mais declararam que ter sofrido violência intrafamiliar, cometidas por filhos ou netos. As análises dos testes de associação mostraram que há diferenças estatisticamente significativas, de incapacidade por ABVD entre aqueles que sofreram violência em relação aos que não sofreram (p -valor=0,003).

Os resultados das regressões estão descritos na tabela 2. O modelo1 evidenciou a associação estatisticamente significativa da violência intrafamiliar com as ABVD nos idosos. Aqueles que sofreram esse tipo de violência tiveram uma probabilidade 66% maior de incapacidade funcional por ABVD do que aqueles que não sofreram (OR, 1,66; IC95%, 1,18-2,33). Ao inserir os fatores socioeconômicos (modelo 2) a associação permaneceu significativa, apresentando um leve aumento do seu efeito. Idosos que sofreram violência intrafamiliar tiveram uma probabilidade 75% maior de ter incapacidade por ABVD (OR,1,75, IC95%, 1,20-2,56). No modelo completo, (modelo 3), a associação permaneceu estatisticamente significativa novamente, apesar de uma redução do efeito na incorporação das variáveis de condições de saúde. A probabilidade de incapacidade por ABVD foi 56% maior para aqueles que sofreram violência por filhos e netos em comparação a aqueles que não sofreram (OR, 1,56; IC95%, 1,02-2,40).

Tabela 1. Caracterização da população, frequências relativas e teste de associação, ELSI-Brasil, 2015-2016

Variáveis	Total %	ABVD		p-valor
		% Não	% Sim	
Violência intrafamiliar				0,003
Não	94,21	85,06	14,94	
Sim	5,79	77,42	22,58	
Sexo				0,005
Mulher	56,0	79,7	20,3	
Homem	44,0	83,7	16,3	
Idade				0,000
60-64	31,47	86,5	13,5	
65-69	25,26	85,2	14,9	
70-74	16,5	84,2	15,8	
75-79	13,23	76,4	23,6	
80 e mais	13,54	64,5	35,5	
Estado Civil				0,000
Solteiro	9,1	85,33	14,67	
Casado/amasiado/união estável	57,8	83,34	16,66	
Divorciado(a) ou separado(a)	9,5	81,7	18,3	
Viúvo(a)	23,6	75,28	24,72	
Escolaridade				0,000
Sem Instrução	19,0	91,7	8,3	
Fundamental Completo	60,2	73,0	27,0	
Médio Completo	13,2	81,3	18,7	
Superior ou mais	7,6	89,0	11,0	
Cor/raça				0,4803
Branca	44,8	82,4	17,6	
Preta	10,3	81,4	18,6	
Parda	42,0	81,5	18,5	
Amarela	1,3	71,1	28,9	
Indígena	1,7	84,3	15,7	
Reside acompanhado				0,6353
Não	12,5	82,0	18,0	
sim	87,5	81,4	18,6	
Hipertensão Arterial				0,000
Não	38,7	85,2	14,9	
Sim	61,3	79,2	20,8	
Diabetes				0,000
Não	81,1	82,9	17,1	
Sim	18,9	75,3	24,7	
Câncer				0,021
Não	93,3	82,0	18,0	
Sim	6,7	74,6	25,4	
Doença cardiovascular				0,000

Variáveis	Total %	ABVD		p-valor
		% Não	% Sim	
Não	80,5	84,6	15,4	
Sim	19,5	68,5	31,5	
Problemas de coluna				0,000
Não	58,2	85,99	14,01	
Sim	41,8	75,3	24,7	
Depressão				0,000
Não	82,5	84,05	15,95	
Sim	17,6	69,55	30,45	
Autopercepção do estado de saúde				0,000
Muito boa/boa	89,5	10,5		
Regular	89,5	10,5		
Ruim/Muito ruim	53,5	46,5		
Plano de saúde				0,051
Não	72,7	80,6	19,4	
Sim	27,3	83,9	16,1	
Tabagismo				0,358
Nunca	45,9	82,1	17,9	
Fuma ou já fumou	54,1	80,9	19,1	
Frequência de álcool				0,000
Nunca	76,4	78,8	21,2	
Menos que uma vez ao mês	4,8	84,4	15,6	
Mais que uma vez ao mês	18,8	91,7	8,3	

Fonte: ELSI-Brasil, 2015-2016.

Discussão

O presente estudo buscou analisar a associação entre violência intrafamiliar e a incapacidade funcional por ABVD. Os resultados apontaram para uma associação significativa, mesmo após os controles por fatores socioeconômicos e condições de saúde. Ao inserir os fatores socioeconômicos (modelo 2) idosos que sofreram violência intrafamiliar tiveram uma probabilidade 75% maior de ter incapacidade por ABVD (OR,1,75, IC95%, 1,20-2,56). No modelo completo, (modelo 3), a probabilidade de incapacidade por ABVD foi 56% maior para aqueles que sofreram violência por filhos e netos em comparação a aqueles que não sofreram (OR, 1,56; IC95%, 1,02-2,40).

A prevalência de violência sofrida pela pessoa idosa no presente estudo foi inferior à vista em outros. Todavia, ressaltam-se as diferenças entre os estudos na maneira de coletar a informação e dos agentes que cometem a violência (Krug et al., 2002; Organização Mundial Da Saúde, 2014; Radkiewicz & Korzeniowski, 2017). Um estudo feito para o contexto da Índia evidenciou uma prevalência de violência contra a pessoa idosa semelhante, de 6%, contudo, a referência era de maus tratos ocorridos no mês anterior e não se tratava de violência intrafamiliar (Sathya et al., 2020).

A violência contra a pessoa idosa, como um todo, acarreta em distintas consequências físicas e mentais. As distintas formas de violência, em especial os maus tratos de ordem física, podem

acarretar em incapacidades para esse grupo populacional (Rodrigues et al., 2017). Há também estudos que mostram a relação inversa, ou seja, idosos que possuem incapacidade funcional possuem maiores chances de sofrer algum tipo de agressão, como evidenciado no estudo realizado para a Índia, que ressaltou que homens idosos com mais de duas deficiências tiveram 1,85 vezes (IC 95%: 1,23, 2,77, $p < 0,003$) maior chance de sofrer maus-tratos. Já as mulheres tiveram uma chance 3,16 vezes maior (IC: 2,22, 4,49, $p < 0,001$) (Sathya et al., 2020).

Uma parte da literatura também destaca a relação entre violência com transtornos e doenças mentais. Parte dessa literatura possuiu uma ênfase nas agressões sofridas pelas mulheres idosas. Os resultados da pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas (2013) evidenciaram que aquelas mulheres expostas à violência cometida por parceiro íntimo tinha duas vezes mais chances de sofrer depressão. Kumar et al. (2005) mostraram que 40% das mulheres indianas que sofreram algum tipo de abuso cometido por parceiro íntimo tiveram doença mental grave, incluindo a depressão. Outras doenças e transtornos mentais estão bastantes associados à violência sofrida pelas mulheres como, por exemplo, síndrome de estresse pós-traumático, ansiedade e baixa autoestima (Organização Mundial Da Saúde, 2013c; Dutton et al, 2005).

A violência contra a pessoa idosa é, em muitos contextos, presenciada por indivíduos que apresentam atitudes permissivas e de indiferentes, favorecendo que a prática se perpetue (Radkiewicz & Korzeniowski, 2017). O registro da violência contra o idoso é fundamental para a diminuição e maior controle desse problema. Entretanto, muitas situações de violência sofridas no contexto familiar não são notificadas, em partes, pela proximidade da vítima como seu agressor, circunstâncias de dependência e medo (Guimarães et al., 2018; Mascarenhas et al., 2012; Valadares & Souza, 2010;).

Para a proteção dessa população em relação a este e a outros tipos de circunstâncias com potencial de influenciar na qualidade de vida e nas condições de saúde dessa população, foram estabelecidos marcos legais como a Constituição Federal, Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, que estabelecem o papel do estado e também da família na sua proteção. Todavia, como mencionado, a violência contra essa população está muito presente no próprio contexto familiar, que deveria moralmente e legalmente oferecer as melhores condições de vida para seus familiares mais envelhecidos (Oliveira et al., 2012).

As instituições e profissionais de saúde também tem um papel muito importante que merece ser ressaltado. Os profissionais têm, por lei, a obrigação de comunicar os casos de abusos que tiverem conhecimento. Para além da questão da comunicação, os profissionais devem buscar entender, diagnosticar e prevenir as causas do problema, não se limitando ao cuidado das lesões decorrentes da violência (Guimarães et al., 2018; Saliba et al., 2007). Entretanto, ressalta-se a necessidade de ações intersetoriais, não ficando a cargo de apenas um grupo específico de profissionais o combate desse problema. É essencial também o entendimento das limitações e dificuldades do cotidiano de muitos profissionais de saúde como, sobrecarga de atribuições e à formação inadequada, gerando barreiras para lidar de forma mais eficiente com essa questão (Porto et al., 2014).

Este estudo traz importantes contribuições para a literatura, colaborando para o maior entendimento da violência sofrida por pessoas idosas e sua relação com as condições de saúde, mensurada pela incapacidade funcional. Trata-se, até o presente momento, do único estudo

que mensura tal relação com representatividade nacional. Entretanto, há limitações que devem ser ressaltadas. Como se trata de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações causais entre as variáveis explicativas e o desfecho. Como mencionado anteriormente, a violência pode ocorrer pela condição de saúde do idoso. No que diz respeito a variável explicativa, o aspecto temporal se refere apenas aos últimos 12 meses, um período de tempo que talvez possa influenciar na magnitude do efeito. Ademais, a variável relacionada à violência sofrida por filho(a) ou neto(a) pode ter um viés relacionado ao medo ou algum outro sentimento que possa ter influenciado na resposta dos idosos. Portanto, como destacado na literatura, a informação sobre violência no contexto familiar tende a ser subnotificada (Guimarães et al., 2018; Office of National Statistics, 2013).

Conclusão

O presente estudo demonstrou que a violência sofrida por idosos com 60 anos ou mais está associada com a incapacidade funcional, mesmo após controles por fatores sociodemográficos e condições de saúde. Os dados transversais não permitem estabelecer a relação causal, no entanto, a associação foi observada e é evidenciada pela literatura, destacando a relevância dessas relações e a necessidade de ações.

A violência contra a população idosa é um sério problema de saúde pública, que merece a atenção e ênfase dos gestores e formuladores de políticas. Diante do envelhecimento da população que a sociedade brasileira vem passando, um processo acelerado, que já resultou em profundas transformações da estrutura etária populacional, a violência contra esses indivíduos deve ser combatida, diante de sua capacidade de influenciar nas condições de saúde e de vida daqueles que foram expostos a ela.

Bibliografia

- Avlund, K., & Holstein, B. E. (1998). Functional ability among elderly people in three service settings: The discriminatory power of a new functional ability scale. *European Journal of Epidemiology*, 14(8), 783–790. <https://doi.org/10.1023/a:1007508724943>
- Babu, B. V. & Kar, S. K. (2009). Domestic violence against women in eastern India: A population-based study on prevalence and related issues. *BioMed Central Public Health*. 129(9). doi:10.1186/1471-2458-9-129
- Bravell, M. E., Zarit, S. H., & Johansson, B. (2011). Self-reported activities of daily living and performance-based functional ability: A study of congruence among the oldest old. *European Journal of Ageing*, 8(3), 199–209. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0192-6>
- Canadian Women's Foundation. (2011). Report on violence against women, mental health and substance use. Acesso em: (http://www.bcsth.ca/sites/default/files/BCSTH%20CWF%20Report_Final_2011.pdf) Accessed 15.01.21
- Dutton, M.A., Kaltman, S., Goodman, L.A., Weinfurt, K., Vankos, N. (2005). Patterns of Intimate partner violence: Correlates and outcomes. *Violence and Victims*, 20(5):483–497. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16248486>
- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., Garcia-Moreno, C (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371(9619):1165–1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- European Union. Agency for Fundamental Rights (FRA) (2014). Violence against women: An EU-wide survey. Luxembourg: Publication office of the European Union.
- Garcia-Moreno, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*. 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Guimarães APS., Górios, C, Rodrigues, CL, & Armond, JE. (2018). Notificação de violência intrafamiliar contra a mulher idosa na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(1), 88-94. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.160213>

Tabela 2. Resultados dos modelos de regressão da associação entre violência intrafamiliar e ABVD, em idoso com 60 anos ou mais, ELSI-Brasil, 2015-2016

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Violência intrafamiliar.Vs Não									
Sim	1,66	(1,18-2,33)	0,004	1,75	(1,20-2,56)	0,004	1,56	(1,02-2,40)	0,041
Sexo. Vs Mulher									
Homem				0,78	(0,62-0,99)	0,043	0,95	(0,74-1,21)	0,655
Idade. Vs 60-64									
65-69				0,98	(0,70-1,38)	0,925	0,98	(0,69-1,38)	0,902
70-74				1,1	(0,75-1,61)	0,624	1,08	(0,71-1,66)	0,714
75-79				1,57	(1,09-2,26)	0,015	1,49	(1,01-2,20)	0,044
80 e mais				2,14	(1,46-3,12)	0,000	2,13	(1,38-3,29)	0,001
Estado Civil. Vs solteiro									
Casado/amasiado/união estável				1,96	(1,20-3,18)	0,007	1,93	(1,17-3,19)	0,01
Divorciado(a) ou separado(a)				2,52	(1,52-4,17)	0,00	2,59	(1,52-4,43)	0,001
Viúvo(a)				2,01	(1,22-3,30)	0,006	2,17	(1,27-3,71)	0,005
Escolaridade. Vs. Superior									
Sem Instrução				2,47	(1,20-3,18)	0,002	1,58	(0,87-2,87)	0,131
Fundamental Completo				1,85	(1,52-4,16)	0,018	1,24	(0,74-2,09)	0,407
Médio Completo				1,01	(1,22-3,30)	0,979	0,80	(0,41-1,58)	0,519
Hipertensão Arterial.Vs.Não									
Sim							1,15	(0,95-1,39)	0,156
Diabetes.Vs.Não									
Sim							1,31	(1,05-1,64)	0,016
Câncer.Vs.Não									
Sim							1,37	(0,80-2,33)	0,249

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Doença cardiovascular.Vs.Não									
Sim							1,53	(1,25-1,88)	0,000
Problemas de coluna.Vs.Não									
Sim							1,73	(1,39-2,16)	0,000
Depressão.Vs.Não									
Sim							1,4	(1,08-1,82)	0,010
Autopercepção do estado de saúde.Vs.Regular									
Muito boa/boa							0,50	(0,40-0,67)	0,000
Ruim/Muito ruim							3,12	(2,31-4,22)	0,000
Frequência de álcool. Vs nunca									
Menos que uma vez ao mês							1,22	(0,75-1,98)	0,432
Mais que uma vez ao mês							0,66	(0,48-0,92)	0,014

Fonte: ELSI-Brasil, 2015-2016.

- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339) 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Kumar, S., Jeyaseelan, L., Suresh, S., & Ahuja, R. C. (2005). Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 62–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.62>
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4):167-190. <https://doi.org/10.1257/089533003772034943>
- Lima-Costa, M.F., de Andrade, F.B., de Souza, P.R.B. Jr., Neri, A.L., Duarte, Y.A.O., Castro-Costa E., de Oliveira, C. (2018) The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology* 187(7), 1345-1353. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>
- Mascarenhas, M.D.M., Andrade, S. S.C.A., Neves, A.C. M., Pedrosa, A. A. G., Silva, M. M.A, & Malta, D.C. (2012) Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(9), 2331-41. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>
- Minayo, M. C. S. (2005) Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 29(1): 55-63. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.1-009>
- Minayo, M. C. S. (2008). Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In T. Born (Ed.), *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa* (pp.38-45). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Minayo, M. C. S.; Souza, E. R.; Paula, D. R. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2709-2718. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600010>
- Office of National Statistics. (2013). Focus on Violence Crime and Sexual Offences, 2011/12. Office of National Statistics.
- Oliveira, M., Gomes, A., Amaral, C., & Santos, L. (2012). Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(3), 555-566. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300016>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L.M. (2016). Violence against women and mental health. *The Lancet*, 4(2), 159-170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Organização Mundial Da Saúde –OMS (2013a). Violence against women: Global picture health response. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research, World Health.
- Organização Mundial Da Saúde –OMS (2013b). Violence against women: The health sector responds. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research, World Health.
- Organização Mundial Da Saúde –OMS (2013c). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. (ISBN:978-92-4-156462-5. Accessed 4.dez. 2020).
- Pinto, F.N.F.R., Barham, E.J & Albuquerque, P.P. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 1159-1181.
- Porto, R.T. S & Bispo Júnior, J.P, & Lima, E.C. (2014). Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: Atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 24(3), 787-807. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300007>
- Radkiewicz, P., & Korzeniowski, K. (2017). Justification and Indifference: Diverse Permissive Attitudes Toward Witnessed Violence Against the Elderly and Disabled. *Journal Interpersonal Violence*, 32(24), 3797-3821. <https://doi.org/10.1177/0886260515603974>
- Rodrigues R., Monteiro E., Santos A., Pontes M., Fohn J., Bolina A., et al. (2017). Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(4), 783-791. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>
- Salom, C.L., Williams, G., Najman, J.M., Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug And Alcohol Dependence*, 151, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.011>
- Saliba, O., Garbin, C., Garbin, A., & Dossi, A.P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista De Saúde Pública*, 41(3), 472-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
- Sathya, T., Premkumar, R. (2020). Association of functional limitations and disability with elder abuse in India: A cross-sectional study. *BioMed Central Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01619-3>
- Satyanarayana, V.A.; Chandra, P.S, Vaddiparti K. (2015). Mental health consequences of violence against women and girls. *Current Opinion in Psychiatry*. 28(5), 350-6. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>
- Schraiber, L.B. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 41(5), 797-807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
- Sin, C., Hedges, A., Cook, C., Mguni, N. & Comber, N. (2009). Disabled people's experiences of targeted violence and hostility. Office for Public Management, Equality and Human Rights Commission. https://www.hatecrimescotland.org/wp/wp-content/uploads/2014/08/EHRC-Research-Report-on-Disabled-Peoples_Experiences-of-Targeted-Violence-2009.pdf

- Tokuç, B., Ekuklu, G., Avcioglu, S. (2010). Domestic violence against married women in Edirne. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(5), 832–847. <https://doi.org/10.1177/0886260509336960>
- Umubyeyi, A., Mogren, I., Ntaganira, J., & Krantz, G. (2014). Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. *BioMedical Psychiatry*, 14(1), 315-320. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0315-7>
- Vachher, A. S., & Sharma, A. K. (2010) Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine*, 35, 403–405. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.69266>
- Valadares, F. C., & Souza, E. R. (2010). Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2763-2774. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600014>
- Yan E., Chan K.L., & Tiwari A. (2014) A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 199-219. <https://doi.org/10.1177/1524838014555033>

Resgate de memórias a partir de manifestações artísticas: A experiência de um grupo de idosas

ROSAMARIA RODRIGUES GARCIA¹

LETÍCIA BEATRIZ SILVA DOS SANTOS²

LUCIANA DE CARVALHO ZUZARTE²

¹Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Stricto Sensu Inovação no Ensino Superior em Saúde

²Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes

rosamaria.garcia@prof.uscs.edu.br

enviado a 22/01/2021 e aceite a 14/02/2021

Resumo

Introdução: O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas devido à diminuição da reserva funcional, como alterações cognitivas e de memória. **Objetivo:** relatar a experiência de um grupo de idosas no resgate de memórias a partir de manifestações artísticas. **Método:** Ao longo de quatro meses, idosas participaram de grupo de estimulação de memória através da arte e resgate de histórias pessoais. Foram aplicados Bateria Breve de Rastreio Cognitivo, 10-Point Cognitive Screener e questionário semi-estruturado antes e depois da intervenção. **Resultados:** Participaram 14 idosas com idade entre 63 e 82 anos, em 15 encontros. O teste 10-CS apresentou aumento de 22,2% com classificação “Normal” após a intervenção. Com relação à autopercepção de memória, 66,63% das idosas consideraram-na “Boa”, havendo melhora nesta classificação. Não foram obtidos resultados significativos na Bateria Breve de Rastreio Cognitivo após a intervenção. **Conclusão:** Devido ao tamanho reduzido da amostra, o presente estudo não apresentou valores significativos nas análises quantitativas realizadas, porém após análise qualitativa observou-se melhora da socialização entre as idosas, sensação de bem-estar e melhora da autopercepção de memória. O resgate de memórias a partir de manifestações artísticas é uma alternativa para estimulação em grupo de idosos.

Palavras-chave: memória afetiva; envelhecimento; arte; socialização.

Abstract

Introduction: Ageing causes physiological changes due to decreased functional reserve, such as cognitive and memory changes. **Objective:** to report the experience of a group of elderly women in recovering memories through artistic manifestations. **Method:** Over a period of four months, elderly women participated in a group that stimulated memory through art and the retrieval of personal stories. Brief Cognitive Screening Battery, 10-Point Cognitive Screener and semi-structured questionnaire were applied before and after the intervention. **Results:** 14 elderly women aged between 63 and 82 years participated in 15 meetings. The 10-CS test showed an increase of 22.2% with “Normal” classification after the intervention. Regarding self-perceived memory, 66.63% of the elderly women considered it “Good”, with an improvement in this classification. No significant results were obtained in the Brief Cognitive Screening Battery after the intervention. **Conclusion:** Due to the small sample size, this study did not present significant values in the quantitative analyses performed, however, after qualitative analysis, there was an improvement in socialization among the elderly women, a sense of well-being and an improvement in self-perceived memory. The retrieval of memories through artistic manifestations is an alternative for stimulation in a group of elderly people.

Keywords: affective memory; ageing; art; socialization.

Introdução

Segundo Bosi (1983), a velhice é uma categoria social. As sociedades organizam-se de acordo com sua cultura, estilos de vida, crenças religiosas, tempo histórico e determinações políticas. Todos envelhecem, o olhar para o envelhecimento, no entanto, varia de acordo com as diferentes organizações das sociedades (ILC, 2015; Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento e seus múltiplos aspectos revelam uma construção sobre a imagem da velhice que se perpetua: ser velho ainda é visto como algo a ser rejeitado (Freitas et al., 2017; Viana & Andrade, 2013). A pessoa idosa sofre preconceitos relacionados à sua idade, fortemente associados à invalidez e às incapacidades (Neri, 2014).

O olhar para a velhice era restrito ao biológico. A deterioração gradual do corpo contribuiu para a construção de estereótipos encontrados no imaginário da sociedade, formando uma visão de insignificância e peso social que o idoso carrega, seguindo o raciocínio de que se o velho não produz, logo, ele não faz nada, anulando assim sua história, suas experiências e sua autonomia (Uchôa et al., 2002).

O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas devido à diminuição da reserva funcional. Em relação à memória, há maior dificuldade de concentração, redução do tempo de percepção e compreensão de informação. Estas alterações podem acarretar pior percepção de saúde, uma vez que as lembranças estão relacionadas à construção da história e até das culturas (Freitas et al., 2017; Neri, 2014). Esses fatores são intimamente ligados à saúde mental, pois a constituição do sujeito se dá a partir de suas vivências.

A falta de socialização impacta diretamente na autoestima, na autoafirmação da expressão de sentimentos e na rede de apoio dos idosos (Ongaratto et al., 2016). O velho não se faz ouvir e muitas vezes também não é ouvido (Bosi, 1983). Esse cenário é agravado por falhas decorrentes do envelhecimento que prejudicam a funcionalidade dos idosos, o que leva à necessidade de uso de dispositivos que auxiliam na audição, na visão e no sistema motor, que pode causar impactos negativos para aqueles que não possuem acesso ou são aversos ao seu uso, comprometendo assim a comunicação (Bosi, 1983).

Considerando a Política de Envelhecimento Ativo, o idoso saudável não é apenas aquele que vive o processo de envelhecimento sem patologias ou limitações, mas sim o que possui oportunidades de aprendizado, participação social, saúde e segurança (Centro Internacional de Longevidade Brasil [ILC-BR], 2015).

As perdas decorrentes do envelhecimento podem levar a uma redução da adaptabilidade social, uma vez que há mudança da posição socioeconômica em virtude da aposentadoria, isolamento social e distanciamento de amigos e familiares devido às alterações físicas e cognitivas pelo avançar da idade e associadas às perdas e luto, levando à redução do suporte social (Freitas et al., 2017).

A arte pode proporcionar espaço para expressão da vida, ensinamentos, sofrimentos, alegrias, relatando as memórias de uma pessoa, grupo, povo, época ou cultura, independentemente da classe socioeconômica. Tem como objetivo unir conhecimentos e expressar opiniões, favorecendo a saúde física e mental, estimulando a socialização, independência e autonomia (Barbosa et al., 2017; Guedes et al., 2011; Serviço Social do Comércio [SESC], 2012).

Ao utilizar arte como instrumento de terapia, pode incentivar-se um processo criativo e revelador, que possibilita reconstruir imagens, emoções e sentimentos que o indivíduo possui de si próprio (Puffal & Becker Junior, 2009). Além disso, oportuniza estratégias de ação em saúde, gerando um ambiente acolhedor e de aprendizado (Campos et al., 2012). Nessa concepção, os exercícios artísticos foram escolhidos para o presente trabalho como método de resgate de lembranças, para atingir funções cognitivas de forma atrativa.

O verbo “lembrar” tem o sentido de recuperar conteúdos memorizados intencionalmente ou de situações, experiências e vivências que chegaram à memória de forma não proposital (Neri, 2014). A proposta do estudo foi materializar estes fragmentos de lembranças importantes em forma de arte, considerando o que o participante compartilha ao grupo, não havendo interesse em verificar a veracidade dos fatos narrados.

O objetivo primário da pesquisa foi avaliar a relação entre a memória e a cognição de idosas após intervenção em grupo para resgate de memórias através de atividades artísticas. O objetivo secundário da pesquisa foi identificar a expectativa das idosas em relação ao grupo e a percepção sobre os resultados da intervenção.

Método

Trata-se de pesquisa ação exploratória, que utiliza manifestações artísticas para estimular a cognição e a representação de memórias em um grupo de idosas encaminhados pela equipe multiprofissional de ambulatório especializado em geriatria e gerontologia, na cidade de São Paulo, no Brasil.

Foram incluídos na pesquisa idosas com 60 anos ou mais, sem alteração de memória ou com alteração de memória leve avaliada a partir da Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo (BBRC), desenvolvido no Brasil (Nitrini et al., 1994) e do 10-Point Cognitive Screener (10-CS), validado para o Brasil (Apolinario et al., 2016), que frequentam o ambulatório e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de Termo de Autorização do Uso de Imagem. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 21854619.7.0000.5469). Foram critérios de exclusão a presença de alteração de memória grave, diagnóstico de doença mental e/ou cognitiva que impossibilitasse o entendimento e realização das atividades, a recusa em participar da pesquisa e não assinatura do TCLE.

Foram utilizados para rastreamento cognitivo a BBRC e 10-CS, além de questionário semiestruturado, gravado e transcrito para avaliação qualitativa de memória e da percepção sobre o grupo antes e após a intervenção. Os instrumentos foram tabulados e analisados com o programa Microsoft Excel. Os dados sociodemográficos foram coletados, transcritos e tabulados.

O 10-CS consiste em quatro etapas: orientação, aprendizado, fluência verbal e evocação. A etapa de orientação contém três perguntas de orientação temporal e as respostas são pontuadas em 0 ou 1. O Aprendizado consiste em pedir que o idoso memorize três objetos (etapa não pontuada). Na etapa Fluência Verbal, o participante deve, durante um minuto, falar o máximo de animais que lembrar, sendo pontuado de 0 a 4. A última categoria consiste na evocação das palavras dos objetos memorizados na categoria Aprendizado. O teste é ajustado

de acordo com a escolaridade do participante, podendo ser acrescentados dois pontos àqueles que não tiveram educação formal, sendo o máximo de pontuação permitida de 10 pontos.

A BBRC consiste em 7 categorias de avaliação de memória e duas de avaliação de função executiva, nas quais, para fins de análise, só foi utilizada uma. Pede-se para que o participante observe uma cartela com 10 figuras por 30 segundos e depois fale as figuras que lembrar em 60 segundos. Esta ação é feita repetidamente para promover a aprendizagem e memorização. Entre a penúltima e a última etapa, aplica-se o teste de Fluência Verbal e depois pede-se que desenhe um relógio, com todos os números e ponteiros, marcando 2h45.

Após avaliação dos participantes interessados, foram realizados 15 encontros semanais, de 90 minutos cada, ao longo de 4 meses. A duração do grupo foi com o objetivo de haver tempo suficiente para o exercício ativo de memória e a execução de atividades que relacionem as lembranças com a arte, conforme Wilson e Ribeiro (2011).

Ao longo das sessões, os dados foram registrados em diário de campo. Os encontros temáticos envolveram memórias da infância, músicas, brincadeiras de infância, viagens, objetos com valor afetivo, e temas que surgiram por demanda espontânea do grupo. As atividades (apresentadas no Quadro 1) foram elaboradas de modo a introduzir, juntamente com o resgate de memórias, elementos artísticos como poesias, pinturas, colagens, musicalidade.

Os resultados qualitativos foram analisados e tabulados conforme a análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 1997), que consiste na categorização das falas. Para a análise da correlação entre variáveis foi utilizada a correlação de Pearson, representado por r . Segundo Callegari-Jacques (2004, p.90), considerando se $0,00 < r < 0,30$, existe correlação fraca linear; se $0,3 \leq r < 0,60$, existe correlação moderada linear; se $0,60 \leq r < 0,90$, existe forte correlação linear; se $0,90 \leq r < 1,00$, existe correlação linear muito forte.

Quadro 1. Encontros e seus respectivos temas, atividades realizadas e objetivos terapêuticos

Encontro	Atividade	Objetivo
1- Acolhimento	Atividade (ATIV) 1: Apresentação. ATIV 2: Informações gerais e lembrança de boas vindas. ATIV 3: Coleta de expectativas.	Apresentação e criação de vínculo, acolhimento e levantamento de expectativas.
2 - Fotos que contam histórias	ATIV 4: Relato de história a partir de fotografia com valor afetivo.	Conhecer histórias das participantes, sua rede de apoio social e estimular a memória afetiva.
3 - Fotos que contam histórias	ATIV 5: troca de histórias e fatos relacionados às imagens escolhidas. ATIV 6: As imagens são trocadas, observar o maior número de informações para resgate posterior em jogo.	Oportunizar espaço para compartilhar histórias, estimular memória e raciocínio.
4 - Paródia da Velhice	ATIV 7: Representações e significados da velhice. ATIV 8: Utilizar significados para gerar paródia sobre o envelhecimento.	Discutir envelhecimento, compartilhar ideias e sentimentos, estimular memória, raciocínio e incentivar a comunicação e expressão em público.
5 - Músicas que Lembram	ATIV 9: músicas que representam momentos importantes e contam histórias e sentimentos relacionados a estas músicas. ATIV 10: Representação musical artística (mímica, teatro ou dança).	Recordar momentos importantes por meio da musicalidade, conhecer mais a trajetória de cada um e estimular memória e expressividade.

Encontro	Atividade	Objetivo
6 - Objetos que falam	ATIV 11: contação de histórias e sentimentos relacionados à objetos com valor afetivo.	Recordar momentos importantes, histórias vividas, conhecer a trajetória e estimular a memória.
7 - Desenhos de Lembranças	ATIV 12: Continuação do encontro anterior com objetos. ATIV 13: Desenhos de etapas diferentes da vida (infância, fase adulta, velhice e futuro) e contem sobre o desenho.	Discutir diferenças, dificuldades e sentimentos, estimular a memória, raciocínio e habilidade motora.
8 - Artesanato	ATIV 14: Artesanato com jornais, criação de descanso de panela (Atividade que surgiu por meio de uma participante).	Possibilitar o protagonismo, estimular trabalho manual, raciocínio, criatividade e colaboração.
9 - Assim sou eu	ATIV 15: Construção de si mesmo a partir de recortes de revistas de partes do corpo. ATIV 16: Jogo de mímica (Demanda das participantes por brincadeiras de infância).	Trabalhar autoimagem, estimular habilidades motoras, raciocínio e memória.
10 - Poesias sobre o envelhecer	ATIV 17: "O que é arte?". ATIV 18: Poesias sobre envelhecimento. Atividade 19: Jogo "complete a frase", cada idoso acrescenta uma palavra em uma frase que deve ser continuada de acordo com o tema sugerido.	Discutir sobre o envelhecimento por meio de arte, estimular interesse pela arte em forma de poesia, discutir questões do envelhecimento e estimular a memória e raciocínio.
11 - Telefone sem fio de movimentos	ATIV 20: realizada em Parque. Em fila, telefone sem fio de movimentos corporais. ATIV 21: Jogo de tabuleiro, contendo vários tipos de memória, histórias e ações afetivas.	Oferecer atividades fora do espaço comum, estimular envelhecimento ativo, resgate de memórias e estimulação de raciocínio.
12 - Relembrando as atividades	ATIV 22: São exibidas e escolhidas fotos do grupo para confecção de livro, relembrando as atividades desenvolvidas.	Possibilitar a participação das idosas em livro que conta suas próprias histórias.
13 - Sabores que me lembro/ Indo às compras	ATIV 23: Idosas trazem receitas culinárias e contam memórias que a receita lhes traz. ATIV 24: Uma receita foi servida e idosas adivinham ingredientes. ATIV 25: Compras no supermercado com memorização dos itens de uma lista.	Conhecer receitas e histórias culinárias das idosas, estimular a memória olfativa e afetiva e dar dicas para estimulação cognitiva.
14 - Roleta de atividades	ATIV 26: Jogo de roleta. Cada casa da roleta continha atividade a ser realizada, envolvendo diferentes tipos de memória.	Socialização, fortalecimento de vínculo, resgate de histórias, estimulação de memória e raciocínio.
15 - Amigo secreto	ATIV 27: Confecção de porta retrato e troca em amigo secreto. ATIV 28: Encerramento do grupo com festa de confraternização.	Estimular socialização e habilidades motoras.

Resultados e Discussão

O grupo foi formado por idosas a partir de demanda espontânea e de convite em grupos de convivência do ambulatório. As atividades foram iniciadas com 34 participantes que, após avaliação, foram divididos, conforme critérios de inclusão da pesquisa. As participantes que não se encaixavam nos critérios para pesquisa formaram um grupo paralelo, ministrado pelas pesquisadoras. Das 24 idosas dentro dos critérios de seleção, 14 participaram do grupo até seu encerramento, sendo os resultados destas considerados nesta pesquisa.

As participantes eram todas mulheres, com idades entre 63 e 82 anos, a maioria (64,29%) na faixa etária de 70 a 79 anos. Em relação à escolaridade, 50% relataram de 1 a 4 anos de estudo e 50% das idosas possuíam renda familiar de até um salário mínimo.

A predominância do sexo feminino no grupo reflete o fenômeno da feminização da velhice (Almeida et al., 2015). Segundo dados do IBGE de 2018 (Perissé & Marli, 2019) as mulheres representam 56% da população idosa do país, maioria que se repete nos equipamentos de saúde. Conforme DataSUS (Brasil, 2015), em relação aos usuários cadastrados na Atenção Básica do SUS, a percentagem de mulheres acima de 60 anos é 31,42% maior que de homens idosos, evidenciando baixa adesão dos homens nos equipamentos de saúde em geral, que pode ser justificada pela tradição histórica da saúde da mulher estar associada à reprodução, enquanto o conceito de masculinidade foi construído em torno da ideia de que o homem precisa ser sempre forte e independente de cuidados (Botton et al., 2017).

A baixa escolaridade pode ser justificada por questões histórico-culturais, uma vez que, segundo relatos das participantes, muitas não puderam estudar ou por serem mulheres e terem seus papéis sociais de gênero delimitados a funções domiciliares e, com isso, a proibição dos pais em frequentarem a escola, ou pela dificuldade de acesso por morarem no interior e o acesso à educação ser limitado (Almeida et al., 2015).

Com relação ao 10-CS, observou-se um aumento de 22,2% de participantes com classificação “Normal” no resultado do 10-CS, com uma diminuição de 7,14% para 0% de participantes com classificação “Comprometimento Provável”.

Para uma análise mais adequada dos resultados da BBRC, foram feitos os cálculos de correlação, representada pela letra r , entre os domínios do instrumento e o nível de escolaridade, utilizando o coeficiente de Pearson. Não houve variabilidade entre as respostas na Percepção e na Nomeação. Não houve forte correlação linear entre alfabetização e as subcategorias do instrumento, ou seja, o nível de escolaridade não influenciou fortemente nos resultados obtidos. Apenas obteve-se uma correlação forte na reavaliação da fluência verbal, com r igual a 0,64.

Em estudo que buscou investigar se as queixas de memória possuem relação com a escolaridade (Paulo & Yassuda, 2010), 67 idosos foram subdivididos em três grupos de acordo com a escolaridade e foram aplicados instrumentos de avaliação de memória. Não houve forte correlação linear entre o nível de escolaridade das participantes e as subcategorias da BBRC, ou seja, a escolaridade não influenciou os resultados obtidos, corroborando os dados desta pesquisa.

De forma geral, é possível observar melhora nos resultados quantitativos do 10-CS, porém este dado não é suficiente para que se conclua uma melhora nos aspectos cognitivos das pacientes, uma vez que seria necessária uma avaliação neuropsicológica adequada para tal análise. Uma possível justificativa pode estar relacionada à aprendizagem do teste devido ao curto espaço de tempo entre as duas avaliações.

A análise quali-quantitativa foi realizada por meio do questionário semiestruturado aplicado antes e depois da intervenção, de forma a buscar a autopercepção acerca da memória (“Muito ruim”, “Ruim”, “Regular”, “Boa” ou “Ótima”). Além disso, foram transcritas falas que justificariam suas respostas.

Apesar de não ter havido mudanças percentuais nas categorias “Ótima”, “Ruim” e “Muito ruim”, observou-se que 66,63% classificaram a memória como “Boa” e 28,6% das respondentes classificaram a memória como “Regular”.

A correlação entre a autopercepção de memória e o nível de escolaridade antes e depois foi de 0,04 e 0,07, respectivamente, indicando uma correlação linear fraca, corroborando os resultados obtidos na correlação entre a BBRC e a escolaridade.

Ao longo dos encontros, as participantes eram incentivadas ao convívio em grupo e à escuta ao próximo, tornando a convivência em grupo mais acolhedora e reforçando a necessidade de ouvir e entender o compartilhamento das histórias e ideias, gerando auxílio mútuo, em ambiente propício e descontraído para novas relações sociais e ampliação de rede de apoio, corroborando Andrade et al., 2012; Pezavento & Ribeiro, 2013.

Segundo Correa e Justo (2010), os grupos promovem estímulo para adquirir maior autonomia, melhorar a autoestima, o humor e gerar inclusão social, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida, conforme o trecho abaixo:

Foi ótimo, eu tenho um problema que eu sou muito tímida, né, então eu to começando a me abrir mais assim, né, eu to conseguindo me comunicar mais com as pessoas - N., 82 anos

A sensação de bem estar foi mencionada por participantes. Segundo Pezavento e Ribeiro (2013), a sensação de bem estar está relacionada às redes de relações e suporte social, aumentando o nível de satisfação de convívio em sociedade. Corroborando Freitas et al. (2017), acredita-se que o estímulo ao convívio em grupo e os aprendizados obtidos estão relacionados aos relatos de sensação de bem-estar, conforme trechos a seguir:

Tem muita importância na minha vida, na minha convivência, no meu bem-estar, muito, pra mim vale tudo - I, 75 anos.

Ah, mudou bastante, eu chegava aí, eu não falava com ninguém, você me via sempre alegre não me via? mas meu coração estava sempre apertado, eu tinha vontade de chorar, mas eu olhava pra vocês, aí vinha minha risada, cê entendeu? então vocês fizeram uma coisa muito boa pra mim, e eu saía daqui alegre... - H.F., 76 anos.

A expressividade constitui a capacidade da pessoa idosa em se comunicar e trocar experiências, verbalizar suas vontades e desejos. Esta habilidade é importante para que se consiga maior interação grupal, além de possibilitar ao idoso o exercício de sua autonomia e independência.

Agora tô conseguindo mais, ficar menos nervosa, ansiosa, com medo de falar, esse grupo foi ótimo né... - M.A, 68 anos.

Paschoal (2017) indica que existem associações possíveis entre qualidade de vida percebida, bem estar subjetivo e competências sociocomportamentais como a competência social da pessoa em se relacionar com outras.

Agora eu converso muito...me perguntam às vezes ... ‘Porque você tá triste?’ eu respondo ‘Eu não estou triste’... é difícil puxar conversa, mas se puxar conversa comigo eu falo mais. - J.A, 74 anos.

Eu acho que pra ocupar o tempo, foi ótimo, ... eu tava sem nada mais pra fazer, aí pra mim foi ótimo ... eu acho que fazer amizade é tudo de bom - J.P., 64 anos

A cognição e a memória estão diretamente relacionadas às atividades do dia a dia. Segundo Montejo et al. (2012), a queixa de memória subjetiva pode surgir com a observação do desempenho individual no cotidiano, uma vez que é necessária para o desenvolvimento de ações simples, como o autocuidado. Assim, um adequado funcionamento cognitivo é importante para a manutenção da autonomia e independência, uma vez que a memória engloba diversas vertentes e funções, sejam executivas ou de armazenamento de informação (Yassuda & Abreu, 2006; Yassuda et al., 2006).

Com relação à autopercepção de memória, houve diminuição da frequência na categoria “regular” e o aumento da categoria “boa”. As participantes mostraram-se satisfeitas em relação à memória. Há falas que indicam percepção de melhoria da memória e diminuição de esquecimentos em atividades diárias:

Antes do grupo (...) eu tinha que parar pra lembrar o que eu ia fazer e depois não, eu não tô mais esquecendo tanto, é muito raro- M.A, 68 anos.

Eu não deixei mais o óculos na geladeira, ... por incrível que pareça, nunca mais eu me perdi, eu já saí de casa sem carro porque eu não sabia da chave, agora não aconteceu mais isso. - J.E, 64 anos.

A especificidade de um grupo de resgate de memórias se dá no sentido de que compartilhar histórias, possibilitou às idosas recordarem aspectos de sua vida esquecidos ao longo do tempo:

“É bom que a gente ouve as histórias e acaba lembrando de pessoas e de coisas da nossa vida que a gente nem lembrava mais” - J.E, 64 anos.

Uma vez que as lembranças dos velhos não são agregadas de valor social, a memória, enquanto formadora de identidade, quando encontra espaço para ser ouvida e compartilhada, possibilita o sentimento de pertença a um grupo (Correa & Justo, 2010). Oferecer ambiente em que histórias são contadas, refeitas e representadas contribuiu para que o grupo não fosse só um grupo de contação de histórias, mas também (e principalmente) um momento de encontro e criação.

No primeiro encontro, foram coletadas as expectativas em relação ao grupo e à intervenção. Ao serem submetidas à análise de conteúdo, as falas das participantes distribuíram-se em quatro categorias: Aprendizado, Socialização, Memória e Expressividade. Obteve-se 42,86% das respostas relacionadas ao Aprendizado, ou seja, as idosas esperavam que, com o grupo, pudessem aprender coisas novas e diferentes.

A aprendizagem é um dos domínios que podem ser afetados pela perda cognitiva (ILC, 2015), sendo estratégia para compensar as perdas que acontecem no curso de vida (Lamont et al., 2016), já que possibilita o desenvolvimento de novas habilidades, de convivência e de formas de enfrentar situações decorrentes do envelhecimento.

A segunda categoria com mais respostas foi a de memória com 35,71%. Conforme relato, identificaram-se queixas de esquecimento em relação às atividades diárias:

Eu espero que durante esse curso eu lembre mais das coisas, exemplo: guardo alguma coisa e depois não lembro de onde guardei, espero que seja útil para minha memória - J., 64 anos

Além de preocupação de que o esquecimento atrapalhe o andamento das atividades:

Espero melhorar minha memória porque sou uma pessoa ativa, gosto de interagir com as amigas, por isso me tornei voluntária da informática e esquecer me preocupa muito - M.S, 77 anos

A queixa pela perda de memória é algo amplamente discutido. A procura por um grupo, intervenção que auxilie no tardar da perda de memória pelas idosas pode ser justificada pelo medo de adquirir demência, já que, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2010), a cada 3 segundos, uma pessoa desenvolve demência e o principal fator de risco é o avançar da idade.

Houve 21,43% de respostas com temática de Socialização. As relações sociais são essenciais para um envelhecimento bem-sucedido (Santos et al., 2019). A mudança no perfil sociodemográfico no Brasil acarreta mudança nas configurações familiares, lares unipessoais, cada vez menos filhos, escassez de rede de apoio, com menos pessoas na família disponíveis para o suporte social, além do desafio de inserção do idoso na era digital (Santos et al., 2019). Em função destes fatores, a busca por maior socialização se justifica pela necessidade de interação social inerente ao ser humano e que se intensifica na velhice.

É um grupo muito bom, o que eu preciso é ter muitos amigos e a memória ficar boa - H.F., 76 anos

Por fim, a Expressividade se apresenta como expectativa das idosas de perder a timidez. Segundo Santos et al. (2019), a comunicação é definida pela troca de informações entre os indivíduos, um fator determinante para o desenvolvimento e o estabelecimento de relações, influenciando a qualidade de vida do idoso.

Ao relacionar as expectativas das participantes com as avaliações finais sobre o grupo, é possível apontar que, além de atingir todas as categorias de expectativas, a avaliação final demonstrou benefícios na saúde emocional e no aumento de atividades diárias.

Os relatos mostram que as atividades do grupo favoreceram o bom entrosamento, ao compartilhar histórias e elaborar materiais em conjunto. A arte possibilita a expressão e liberação de afetos, favorecendo a comunicação e os potenciais criativos (Guedes et al., 2011). A diversidade de atividades possibilitou o desenvolvimento de diferentes habilidades, seja de estimulação motora com atividades de artesanato, capacidade de abstração por meio de desenhos, seja pela estimulação cognitiva, por meio da música e recordações de momentos e sentimentos aflorados pelo som.

O depoimento de M.T, 73 anos, evidencia a possibilidade de criação de laços afetivos entre as participantes do grupo e, com isso, ampliar sua rede de apoio social:

Espero união, alegria com todas pessoas e aprender juntas coisas novas e diferentes - Antes

Muito bom, todo mundo junto sabe, eu gostei muito.... eu não tinha né, sozinha... Sabe quando a gente perde todo mundo? Você tá sozinha é fogo. - Depois

Em relação à memória, as intervenções alcançaram as expectativas, uma vez que os relatos após o grupo mostram melhora na autopercepção de memória, como o relato de G., 72 anos:

Acho que vai melhorar a memória, espero que não falte ninguém - Antes

Mudou tudo, a gente fica com a memória 'mais boa', vai gravando as coisas que foram faladas, o que a gente viu, grava as colegas, grava vocês, é muito bom. - Depois

Uma hipótese para justificar a melhora na autopercepção da memória parte da relação que os processos afetivos possuem com a memória. Como observado, as idosas estabeleceram vínculo de cuidado, carinho e afeto tanto entre si, quanto com as pesquisadoras.

Observou-se troca de conselhos, aprendizados, receitas e objetos. O ambiente foi propício para que se criasse uma integração social e afetiva. A vivência de momentos que proporcionam alegrias, trocas e socialização pode afetar o sistema cognitivo em diferentes níveis (Pinto, 1998).

Envelhecer envolve vivenciar alterações no corpo, na mente e no meio ambiente. As experiências e histórias vividas vão construindo o indivíduo, alterando seus comportamentos, emoções e o corpo físico (Puffal & Becker Junior, 2009). Acompanhada do estereótipo de que todo o idoso possui doenças crônicas, a velhice pode provocar um fenômeno de fragmentação de autoimagem, sem que haja percepção de imagem igualmente valorizada de si mesmo (Santos et al., 2019).

Eu não sou tão idosa assim pra não fazer minhas coisas ainda, eu só me digo idosa quando vou no espelho, que na minha memória eu não sou tão velha assim. J.A, 74 anos.

Velho é sempre o outro, alguém do qual não nos reconhecemos, distanciando a imagem da velhice diante de si, transformando em atribuição estranha, corroborando as falas a seguir:

Ser idosa é aquelas pessoas que não aguentam mais fazer nada, não consegue nem andar - J.A, 74 anos.

O indivíduo determina uma relação de afastamento do seu eu sofredor, nomeando-o em terceira pessoa, fragmentando partes do corpo como se fosse outro (Santos et al., 2019).

...depois dos 30 parece que eu fiquei mais meio aérea assim, porque a cabeça foge, não funciona mais, a mente foge. - H.A., 75 anos

Assim, essa fase da vida pode carregar consigo frustrações e desconforto de autoimagem. Trata-se do "silêncio perturbador", concomitante a uma vontade de demonstração de diferentes sentimentos, sonhos, desejos e inquietudes, devido à falta de espaço para fala e visibilidade que os idosos podem apresentar (Puffal & Becker Junior, 2009).

tem que ter paciência pra chegar nessa fase que você não pode mais fazer suas coisas - J.E., 64 anos.

Ligada à autoimagem, a autoestima é considerada uma avaliação da pessoa sobre o próprio valor, dependente da percepção de si mesma, englobando dois aspectos: o sentimento de competência pessoal e o sentimento de valor pessoal (Freire, 2002).

Com relação à percepção sobre o que é ser idoso, na avaliação inicial, foram atribuídas as categorias saúde (7,14%), experiência (35,71%), adversidades (42,86%), dependência (7,14%),

privilégio (14,29%) e respeito (7,14%). Na reavaliação, foram atribuídas as categorias saúde (7,14%), experiência (42,86%), adversidades (14,29%). Foram acrescentadas as categorias indiferente (21,43%), ser ativo (7,14%) e aceitação (7,14%). Não apareceram as categorias dependência, privilégio e respeito.

Nota-se que houve diferença na autoimagem, com opiniões de que ser idoso é ter experiências, ser ativo, ser aceito e não necessariamente relacionar essa terminologia às dificuldades e limitações, mostrando que ao longo do grupo, a ideia foi transformada e reconstruída.

A expressão artística, a socialização, a convivência, podem levar indivíduos a se redescobrirem com maior propriedade, sendo a arte instrumento para reconstrução de vida, através da pintura, da música e outras ferramentas, utilizadas durante os encontros e desenvolvidas nas atividades, com intuito de evidenciar o idoso e sua própria história. A arte tem importante papel social, facilita a expressão de sensações, sentimentos, imagem de si e o mundo interior, possibilitando o contato e entendimento dessas emoções (Puffal & Becker Junior, 2009).

Corroborando a literatura estudada (Guedes et al., 2011; Puffal & Becker Junior, 2009), evidenciou-se que as atividades com arte podem fortalecer a autoimagem do idoso e a socialização, minimizando eventuais impactos decorrentes do envelhecimento.

Considerações Finais

Observou-se melhora da autopercepção de memória das idosas, através da estimulação cognitiva por meio da arte, socialização e resgate de memórias. A arte mostrou-se uma importante ferramenta acolhedora, de troca de experiências e de reafirmação de identidade.

A amostra estudada foi reduzida, o que levou a valores não significativos nos testes quantitativos aplicados. O estudo se propôs a fazer uma análise qualitativa dos resultados obtidos ao longo do grupo, que tinha como objetivo o resgate e compartilhamento de histórias de uma forma mais estreita e pessoal, sendo assim, se a amostra fosse ampliada esta premissa seria comprometida.

As expectativas das idosas foram analisadas e suas demandas atendidas através das atividades. Houve melhora da expressividade, comunicação, sensação de bem-estar e criação de novos laços. Novos estudos de seguimento, com amostras maiores, devem ser realizados para ratificar os benefícios da arte no resgate de memórias na população idosa.

Bibliografia

- Almeida, A. V., Tavares Mafra, S. C., da Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 14(1), 115 - 131. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>
- Andrade, T.P., Mendonça, B.P.C.K., Lima, D.C., Alfenas, I.C., & Bonolo, P.F. (2012). Projeto Conviver: Estímulo à Convivência entre Idosos do Catete, Ouro Preto - MG, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 81(36), (1, Supl. 1), 81-85.
- Apolinario, D., Lichtenthaler, D.G., Magaldi, R. M., Soares, A.T., Busse, A.I., Amaral, J.R., Jacob-Filho, W., & Brucki, S.M. (2016). Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 4-12.
- Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). (2010). Número de pacientes deve aumentar nos próximos vinte anos [Internet]. São Paulo: ABRAZ; 2010. Disponível em: www.abraz.com.br

- Barbosa, D.O.L., Brito, J.D.S., Soares, A.P.B.S., Coelho, M.M.F., & Barbosa, R.G.B.. (2017). Teatro como uma ferramenta tecnológica para a promoção da saúde dos idosos. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional*, 9(3), 2228-2233.
- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. [S. l.]: Edições 70. ISBN 972-44-0898-1.
- Bosi, E. (1983). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 1.ed. São Paulo: T.A. Queiroz.
- Botton, A., Cúnico, S.D., & Strey, M.N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(1), 55-68.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>
- Callegari-Jacques, S.M. (2004). *Bioestatísticos Princípios e Aplicações*, ARTMED São Paulo.
- Campos, C.N.A., Santos, L.C., Moura, M.R., Aquino, J.M., & Monteiro, E.M.L.M. (2012). Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. *Escola Anna Nery*, 16(3), 588-596.
- Correa, M.R. & Justo, J.S. (2010). Oficinas de psicologia: memória e experiência narrativa com idosos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. Londrina, 1(2): 74-82.
- Freire, S.A. (2002). A personalidade e o self na velhice. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X. & Gorzoni, M. L. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X. & Gorzoni, M. L. (2017). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guedes, M.H.M., Guedes, H.M., & Almeida, M.E.F. (2011). Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 731-742.
- ILC - Centro Internacional de Longevidade – Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Elphos.
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2017). Social Support and Attitudes to Aging in Later Life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 109–125. <https://doi.org/10.1177/0091415016668351>
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(2), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.021>
- Neri, A.L. (2014). *Palavras-chave em gerontologia*. 4.ed. São Paulo: Alínea.
- Nitrini, R., Lefèvre, B.H., Mathias, S.C., Caramelli, P., Carrilho, P.E.M., Sauaia, N., Massad, E., Takiguti, C., Silva, I.O., Porto, C.S., Magila, M.C., & Scaff, M.. (1994). Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(4), 457-465. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000400001>
- Ongaratto, G.L., Graziotin, J.B.D.D., & Scortegagna, S.A. (2016). Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 12-20.
- Paschoal, S.M.P. (2017). Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X. & Gorzoni, M. L.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paulo, D.L.V. & Yassuda, M.S. (2010). The relation between memory complaints in the elderly and education, cognitive performance, and symptoms of depression and anxiety. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, 37(1), 23-26.
- Perissé, C., & Marli, M. (2019). Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. *Revista Retratos [Internet]*.
- Pinto, A.C. (1998). O impacto das emoções na memória: Alguns temas em análise. *Psicologia, Educação e Cultura*, Porto, 2(4), 215-240.
- Puffal, D.C., & Becker Junior, B. (2009). Arteterapia: favorecendo a autopercepção na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 6(1), 136-145. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.161>
- Santos, P.A., Heidemann, I.T.S.B., Marçal, C.C.B., & Arakawa-Belaunde, A.M.. (2019). A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiology - Communication Research*, 24(e2058). <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>
- Santos, W.J., Giacomini, K.C., & Firmo, J.O.A.. (2019). Alteridade do corpo do velho: estranhamento e dor na Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4275-4284. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.26342017>
- SESC – Serviço Social do Comércio (2012). Estudos sobre o envelhecimento. *A terceira idade*, São Paulo, 23(55), 7-18.
- Schneider, R.H., & Irigaray, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos em psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.
- Uchôa, E, Firmo, J. O. A, & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Envelhecimento e Saúde: Experiência e construção cultural. In: Minayo, M.C.S., & Coimbra Jr, C.E.A. (Org.) (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz.
- Viana, H.B., & Andrade, J.S.S. (2013). Fotografia e imagem corporal na maturidade. *Revista Kairós*, 16(4), 103-123.
- Pezavento, K., & Ribeiro, F. (2018). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Pesquisa Em Psicologia - Anuais eletrônicos*, 95-102. https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/pp_ae/article/view/19151

- Wilson, B.A. & Ribeiro, C. (2011). Reabilitação da memória: integrando teoria e prática. 1.ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Yassuda, M. S., & Abreu, V. P. S (2006). Avaliação cognitiva. In Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Eds) (2006), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Yassuda, M.S., Batistoni, S.S.T., Fortes, A.G., & Neri, A.L.. (2006). Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 470-481. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300016>

Envelhecer na perspectiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso

CARLA RAMOS¹

KATHERINE GIL¹

MARTA SOUSA¹

PATRÍCIA FERNANDES¹

RUBINA TEIXEIRA¹

ANA LÚCIA FARIA^{1,2}

¹Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira

²NOVA-LINCS, Universidade da Madeira

carlaramosgy1976@gmail.com

enviado a 25/01/2021 e aceite a 15/02/2021

Resumo

Atualmente, o autocuidado, a prevenção na saúde e a melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo, têm levantado várias questões no que diz respeito à saúde no envelhecimento, pois a esperança média de vida aumentou, e com isso surgiu a necessidade de melhorar os cuidados nesta faixa etária. Com o avanço da tecnologia e com o aumento da literacia digital junto das pessoas mais velhas, vão surgindo novos métodos para manter ou melhorar a saúde mental nesta população.

Este trabalho pretende refletir sobre o idoso e a sua saúde mental, sendo que esta temática será abordada num contexto universal e, de forma sintetizada, também no contexto da Região Autónoma da Madeira. Iremos debruçar-nos sobre o envelhecimento, em contexto social, na promoção de saúde, qualidade de vida e alterações psicológicas e neurológicas no idoso, como por exemplo aquelas provocadas pelos quadros demenciais.

Palavras-chave: Idosos; Saúde Mental; Qualidade de Vida; Demência.

Abstract

Nowadays, self-care, health prevention, and improving the quality of life of each individual have raised several issues concerning health in ageing, as the average life expectancy has increased, and with this arose the need to improve care in this age group.

With the advancement of technology and the increase in digital literacy among older people, new methods are emerging to maintain or improve mental health in said population.

This work aims to reflect on the elderly and their mental health, and this theme will be addressed in a general context and in the context of the Autonomous Region of Madeira (*Região Autónoma da Madeira* (RAM)). We will focus on ageing, in a social context, in health promotion, quality of life, and psychological and neurological changes in the elderly, such as those caused by dementia.

Keywords: Elderly; Mental health; Quality of life; Dementia.

1. Introdução

Na atualidade, ser idoso é uma realidade distinta, pois os padrões atuais centram-se cada vez mais no contributo das pessoas da terceira idade na sociedade, proporcionando-lhes

oportunidades para que estes se sintam realizados e ao mesmo tempo ativo (Carmo, 2002, apud Teixeira, 2017).

A autora afirma que o envelhecimento é um efeito natural da sociedade, sendo fundamental encontrar respostas, com finalidade de que os idosos não percam qualidade de vida. É importante conceder à população envelhecida a livre escolha na sua perspectiva de vida, apesar de que, quando nos referimos a idosos, a autonomia é um ponto essencial que devemos ter em atenção, pois alguns têm certas debilidades, dificuldades e, por vezes, precisam de assistência e apoio constante. (Ribeirinho, 2005; Teixeira, 2017). O envelhecimento origina diversos desafios à população mais velha, que segundo a autora, é um processo diferencial e não um estado, que vivido da melhor forma, pode ajudar a ter uma longevidade maior, considerando que cada pessoa apresenta três idades diferentes, a social, a psicológica e a biológica (Teixeira, 2017).

Envelhecimento não é sinônimo de Demência. No entanto, especialmente quando os estilos de vida saudável não são postos em prática, podem surgir alterações neurológicas, como Déficit de Cognitivo Ligeiro (DCL) e Demência. De modo a evitar estas patologias do cérebro, para além de uma vida saudável, é importante que exista estimulação cognitiva o mais frequentemente possível. Para além de ter uma vida social ativa, ler e resolver problemas, existem várias técnicas e terapias não farmacológicas de estimulação e reabilitação cognitiva.

Com esta revisão de leitura pretendemos demonstrar a importância da qualidade de vida, da promoção da saúde e da estimulação cognitiva através de terapias não farmacológicas, nos idosos. A metodologia utilizada foi maioritariamente de pesquisa num motor de busca de artigos, sites de instituições, livros e teses.

2. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p.13) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (Ribeiro et al., 2009). A ideia central do envelhecimento ativo é que a população se mantenha bem física, social e mentalmente ao longo da vida, de forma a prolongar a produtividade, a esperança de vida saudável e a qualidade de vida na terceira idade (Pereira, 2012; Teixeira 2017).

A saúde mental, fatores psicológicos, apoio social, promoção da saúde e prevenção de doenças, hábitos de vida saudável e educação, são alguns fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento ativo.

2.1. Bem-Estar Psicológico

O bem-estar divide-se em duas partes: a satisfação com a vida e o equilíbrio psicológico, que abrange o funcionamento cognitivo mais complexo. São fatores do sentimento de bem-estar psicológico, a interação entre as condições e oportunidades de vida, a maneira como correspondem às próprias exigências pessoais e sociais e a forma como cada indivíduo organiza o conhecimento pessoal ou sobre os outros (Keyes et al., 2002; Cardiga, 2016).

O estudo do bem-estar psicológico é importante para entendermos o seu impacto na terceira idade. Por um lado, o bem-estar psicológico proporciona um melhor envelhecimento, pois existe uma maximização de ganho e, por consequência, a minimização de perdas (Baltes & Baltes, 1990, apud Cardiga, 2016).

2.2. Suporte Social

No envelhecimento tem sido essencial destacar a importância das redes de suporte na terceira idade. É normalmente nesta fase, que devemos ter mais consideração pelas dificuldades que os idosos têm ao tentar estabelecer relações com o outro, principalmente com pessoas com quem não se identificam. (Cordo, 2001, apud Cardiga, 2016). É fundamental ajudar e incentivar os idosos a manterem os seus laços sociais, quer seja a nível familiar, ou mesmo a nível da sua aproximação à comunidade. Deste modo, estamos a diminuir a ideia de que a terceira idade está apenas ligada ao abandono e ao isolamento (Araújo & Melo, 2011, apud Cardiga, 2016).

O suporte social é extremamente essencial durante o envelhecimento, pois este influencia fortemente o bem-estar psicológico.

3. Diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças mentais

Os limites conceituais entre prevenção e promoção da saúde ainda geram controvérsias na literatura especializada e diferentes interpretações por muitos profissionais da área, que desconhecem o real significado desses termos (Heidmann et al., 2006). Não é possível a promoção da saúde sem uma política de prevenção, através da educação do idoso para a saúde, e ainda de todos os agentes gerontológicos.

A promoção da saúde visa capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua própria saúde; valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde levando a tomar medidas que não se dirigem a uma determinada doença, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar de uma forma geral (Paradigma Salutogénico).

Por outro lado, a prevenção da doença tem como objetivo a diminuição dos riscos de surgimento de problemas, avaliados conforme os níveis de exposição ao risco (universal, seletiva e indicada) e o tratamento foca-se no atendimento assistencial, breve ou prolongado, àqueles que possuem um diagnóstico de uma doença mental (Abreu, 2012). Na perspetiva tradicional da saúde mental, a prevenção primária tem como objetivo a redução da ocorrência de novos casos e é destinada à população exposta a fatores de risco, mas que ainda não têm a doença. A prevenção secundária é focada nos sujeitos que já apresentam sinais iniciais da doença, enquanto que, prevenção terciária está direcionada aos que já possuem um diagnóstico, tendo como objetivo reduzir as suas consequências (Abreu, 2012; Murta, 2014).

Tanto os programas de promoção como as estratégias de prevenção têm como alvo interferir nos chamados “determinantes de Saúde Mental” ou, mais vulgarmente, nos fatores de risco e nos fatores protetores. Ambos podem ser de natureza individual, familiar, ambiental ou socioeconómica. Para alcançarmos a longevidade não é suficiente a pessoa ter hábitos de vida saudáveis, claro que isso vem a ser muito importante, mas é de igual importância ter uma mente saudável.

São exemplo de formas para manter uma saúde mental preservada:

- **Melhorar a nutrição:** tem como efeitos um desenvolvimento cognitivo saudável; melhoria do rendimento escolar e redução do risco de doenças mentais;
- **Melhorar as condições de habitação:** demonstrou-se que melhores condições de habitação melhoram os índices de saúde física e mental;

- **Melhorar o acesso à educação:** verificou-se que medidas a este nível levam a maior proteção contra doenças mentais, através da melhoria das competências sociais, intelectuais e emocionais;
- **Reduzir insegurança económica:** a insegurança económica é um fator de *stress* e de forma arrastada pode levar a aumento do consumo de substâncias, maior risco de depressão e de suicídio;
- **Ter uma vida social ativa:** interagir com outras pessoas, (inclusive de forma virtual) previne a perda de memória.
- **Dormir e meditar:** um bom sono e descanso mantém alto o nível das energias, melhoram o humor, fortalecem a imunidade e combatem a acumulação de substâncias relacionadas com o aparecimento da doença de Alzheimer. Meditar é, por exemplo, uma forma de ajudar a gerir o *stress*.

Para melhorar a Saúde Mental em geral, é necessário investir em programas de promoção e prevenção. A diminuída atenção à população idosa pode estar relacionada à questão de preconceito de idade em decorrência de uma posição capitalista da sociedade que reforçou, por muitos anos, atitudes discriminatórias e de exclusão da população idosa, privilegiando os mais jovens em razão do seu potencial produtivo e de vida útil (Xavier, 2012). Além disso, as crenças de que a saúde física é o principal determinante da qualidade de vida de adultos mais velhos, percepção tradicional do modelo biomédico, podem limitar o potencial de ações desenvolvidas para esta população (Flaherty-Robb & Bennett, 2003), inclusive na perspectiva de implementação de uma abordagem ecológica (Richard et al., 2012). Desse modo, percebe-se a necessidade de romper com paradigmas obsoletos para que o idoso seja, de fato, inserido na agenda sobre ações de prevenção e promoção da saúde mental.

4. Qualidade de vida no idoso

A definição de qualidade de vida proposta pelo Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), engloba três características fundamentais: a “subjetividade “ (porque a realidade objetiva que conta é a que é percebida pela perspectiva do indivíduo), a “multidimensionalidade” (pois a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões ou domínios: físico, psicológico e social) e a “bipolaridade” (abarca os elementos positivos e negativos relacionados com a qualidade de vida), (Fleck, 2006).

A qualidade de vida na velhice é um dos fatores que têm grande influência na longevidade.

Nesta ordem de ideias, é de relevar que uma das condições para que haja um aumento na esperança média de vida nesta fase do ciclo vital é de que todos os determinantes sociais da saúde sejam correspondidos de modo eficiente.

Atualmente, verifica-se um elevado número de idosos na RAM e os investigadores perspetivam que no futuro a população será maioritariamente envelhecida, isto é, será provável que idosos vivam com idosos, criando-se assim uma situação de maior vulnerabilidade (Instituto de Administração da Saúde, 2018). É de destacar que outro aspeto inerente à qualidade de vida é o envelhecimento ativo e saudável, pois garante a vitalidade e resiliência perante a doença e as circunstâncias da vida. Deste modo, importa referir que quanto maior for a capacidade de autonomia e independência maior será a satisfação dos idosos em relação à posição que assumem na vida. Por outro lado, o conceito de qualidade de vida é indissociável do conceito de

saúde e assim sendo define-se que o grau de preservação do bem-estar físico, social e mental é interdependente das condições que lhes forneceram e as que detêm no presente momento, sendo o estilo de vida equilibrado essencial (Andrade, 2011).

Consequentemente surge a necessidade de criação de programas assistenciais e de apoio à geriatria com o intuito de garantir a comodidade dos idosos no quotidiano. Neste sentido, salienta-se que geriatria é direcionada para os mais velhos, agindo de acordo com as necessidades individuais e visando atingir determinados objetivos, tais como, a preservação e a recuperação da independência e da autonomia funcional das pessoas idosas, contribuindo para o prolongar da vida e o otimizar da qualidade de vida.

Portanto, verifica-se que o envelhecimento tem impacto em diversos domínios (comportamentais, ambientais e sociais) que interferem no bem-estar e saúde do idoso. A psicoterapia é outra alternativa para o tratamento de problemas relacionados com qualidade de vida da saúde mental auxiliando na adaptação do indivíduo a esta nova fase de sua vida, contribuindo para que ele compreenda as mudanças que estão ocorrendo com ele, encontre alternativas para lidar com elas, conseguindo ainda solucionar conflitos e reconstruir crenças estabelecidas em momentos passados, conquistando maior autoconfiança e melhorando a sua autoestima (Janiro, 2016).

Segundo o estudo de Andrade (2011) constatou-se uma avaliação dos idosos no que diz respeito à qualidade de vida e os resultados foram os seguintes: que a predominância (51%) incide na resposta em que a qualidade vida é avaliada como sendo nem boa, nem má. Por outro lado, a segunda percentagem mais elevada (37,4%) afirmam possuir uma boa qualidade de vida.

5. Principais alterações neurológicas no envelhecimento

O défice cognitivo é, “fundamentalmente perda de neurónios substituídos por tecido glial, a diminuição do débito sanguíneo, com conseqüente diminuição da extração da glicose e do transporte do oxigénio e a diminuição de neuromodeladores que condicionam a lentificação dos processos mentais, alterações da memória, da atenção, da concentração, da inteligência e pensamento.” (Martins, 2003).

O DCL é considerado quando existem perdas de memória ou de cognição ligeira, no entanto, superior ao expectável para a sua idade. Não obstante, este défice por não influenciar diretamente a vida do indivíduo, e por não ser considerado muito grave, não é tratado como Demência. Este pode surgir por perda de células cerebrais ou patologias neurodegenerativas, que sucedem com a idade. Com estilos de vida mais sedentários e pouco saudáveis podem aparecer outros tipos de demência, nomeadamente, causados por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio-Encefálicos, tumores cerebrais, depressão, alcoolismo (*Medical News Today; Cleveland Clinic*, apud CUF, 2020). As demências, por sua vez, descrevem "Os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais" (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Durante a pesquisa para este trabalho foram-nos surgindo inúmeras causas para o aparecimento de demência numa pessoa mais velha, por conseguinte e segundo Ballesteros (2004) “existiendo más de 55 causas de demência”. Em Portugal as mais comuns são:

- Demência por Doença de Alzheimer, onde esta é caracterizada por uma doença degenerativa e progressiva, causada pela redução acelerada de células no cérebro (Associação Alzheimer Portugal (s.d.);
- Demência vascular causada pela falta de fluxo sanguíneo no cérebro, isto é, só é considerada demência no caso de existir alterações no domínio cognitivo (Associação Alzheimer Portugal, s.d.);
- Doença de Parkinson, que resulta da redução dos níveis de Dopamina no cérebro e por conseguinte, na morte cerebral das células que a produzem (*Medical News Today; Cleveland Clinic*, apud CUF, 2020);
- Demência de Corpos de Lewy, que é também causada pela degeneração e morte celular, mas neste caso, devido a presença de corpos esféricos anormais, designadas por corpos de Lewy (Neto, 2005);
- Demência frontotemporal, provocada por lesões nos lobos frontais e temporais, que alteram a forma de um indivíduo se comportar e comunicar, sendo que estes podem se traduzir em sujeitos desinibidos ou apáticos, comparativamente ao pré-demência (Neto, 2005);
- Demência provocada pelo álcool (Síndrome de Korsakoff), ocorre pela deficiência de tiamina, geralmente associada ao uso crônico de álcool, causando graves problemas de memória (Neto, 2005).

5.1. Métodos de avaliação e diagnóstico

Numa pesquisa exaustiva foram encontrados inúmeros algoritmos, exames ou testes de diagnóstico dos défices cognitivos no idoso, nomeadamente na sua independência, socialização e no que é entendido pela qualidade de vida de cada um.

Um exame de diagnóstico serve para o profissional de saúde compreender em que “estado” a saúde do utente se encontra. Embora tenhamos mencionado que alguns idosos envelhecem de forma saudável, já aqui comprovamos que uma grande parte dos mesmos apresenta algum défice cognitivo, seja ele ligeiro, avançado ou degenerativo. Para obter essas informações é necessário realizar testes e exames para avaliar os diferentes parâmetros supramencionados.

Sejam os défices de cognição no idoso mais ou menos evidentes, o profissional de saúde faz uma avaliação de rastreio cognitivo com o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), (Folstein, et al., 1975). Este exame pode ser realizado numa consulta de rotina sem que o utente compreenda que está a ser avaliado nesse sentido, uma vez que o declínio cognitivo permanece um estigma para muitos utentes mais velhos. O MMSE foi desenvolvido na década de 70 com o propósito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva (Santana, 2016). É um teste breve com cerca de trinta questões com pontuação de 0, quando o utente não foi capaz de responder corretamente ou 1, quando responde corretamente. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que quanto mais baixa for a classificação, maior défice que o indivíduo apresenta. Este teste atende a seis domínios cognitivos, sendo esses: orientação espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Fonseca & Medeiros, 2019). Este teste é uma ferramenta de rápido acesso a qualquer profissional de saúde, não obstante, pode ser influenciado tendo em conta a idade do utente e habilitações literárias. Assim sendo, o MMSE é

mais sensível para diagnosticar a doença de Alzheimer e a doença por Corpos de Lewy (Santana, 2016).

Outro exame também utilizado para rastreio breve é o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) (Nasreddine, et al., 2005). Enquanto o MMSE avalia mais concretamente a memória e é efetuado por meio de questionário, este avalia, através da execução de diferentes tarefas, outras funções, como por exemplo, função executiva, capacidade visual e espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação (Fonseca & Medeiros, 2019).

O *Clinical Dementia Rating* (CDR) (Morris, 1993) para além de avaliar a cognição e o comportamento, avalia também, a realização de atividades de vida diária, consoante as limitações cognitivas. Este instrumento está dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, resolução de problemas, interação com o meio, atividades no lar ou de lazer e autocuidado. Contrariamente aos exames anteriormente mencionados, o CDR não tem pontuação, pois é avaliado consoante as atividades anteriormente desempenhadas pelo indivíduo. No entanto, cada uma das seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave), exceto a categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5. A classificação final do CDR é obtida pela análise dessas classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris (1993).

Existem, ainda, inúmeras ferramentas com diferentes métodos de abordagem para diferentes alterações cognitivas, como por exemplo:

- *Confusion Assessment method-CAM* (Inouye et al.,1990), que avalia a confusão no utente;
- A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-ADAS (Mohs et al., 1983);
- *Geriatric Depression Scale-GDS* (Yesavage, 1988) que avalia a sintomatologia depressiva.

Não menos importante estão outras escalas que não foram mencionadas nesta revisão, como por exemplo escalas que medem a solidão, qualidade de vida, medição de dor, independência e capacidade de autonomia. No entanto, todas elas têm um papel muito importante na vida do indivíduo, pois, a saúde mental está inteiramente relacionada com o meio envolvente e com os estilos de vida de cada um.

5.2. Estimulação Cognitiva

Estudos recentes, demonstram que as estatísticas relativas à população da RAM revelam uma tendência crescente da população mais envelhecida, sendo que, já em 2019, a proporção de jovens (13,1%) é inferior à proporção da população idosa (17,0%). Em consequência, nos últimos anos, o índice de envelhecimento aumentou de 105,3 em 2015 para 129,5 em 2019 (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2019). Tendo em conta estes registos, houve a necessidade de os profissionais de saúde desta área especificarem e aprimorarem a prestação de cuidados ao paciente idoso, pois é de máxima importância que se mantenha uma abordagem centrada na qualidade de vida, garantindo a manutenção da independência do idoso (Vieira, 2018).

A cognição está diretamente relacionada com as capacidades de pensar, perceber e compreender tudo o que nos rodeia, permitindo assim, a interação do ser humano com o mundo. As funções da cognição, por sua vez, integram as capacidades da memória, a linguagem, a atenção e as funções executivas (habilidades cognitivas para controlar as nossas emoções e ações) (Pinheiro, 2020).

A estimulação cognitiva tem vindo a apresentar melhorias funcionais, bem como, diminuição dos efeitos de doenças degenerativas, levando a uma melhor qualidade de vida do idoso (Faria & Badia, 2015). A Estimulação Cognitiva poderá ser aplicada em grupo ou individualmente. A primeira, é dirigida a um grupo em que as dificuldades ou perda cognitiva são semelhantes, tendo em conta que a promoção de saúde mental e prevenção da perda cognitiva são os objetivos chave. Neste caso, os exercícios são semelhantes para todos, o que pode dificultar a progressão de algum dos membros do grupo. A Estimulação Cognitiva Individual é uma estimulação adequada e personalizada à pessoa, tendo em conta que este mesmo idoso apresenta disfuncionalidade na sua rotina diária. Os objetivos e atividades dependem sempre de uma avaliação cognitiva prévia e da predisposição do idoso a quem se aplica esta estimulação cognitiva. A prática de estimulação cognitiva ajuda a minimizar a possibilidade de institucionalização dos idosos. É de salientar que a realização de atividades esporádicas não são tão eficazes e só oferecem benefícios a curto-prazo (João et al., 2005; Santana et al., 2008).

5.3. Terapias farmacológicas e não farmacológicas

No tratamento da demência é muito comum o uso das terapias farmacológicas, que servem para dar continuidade ao bom funcionamento do cérebro. O paciente muitas vezes considera que o melhor tratamento passa pelo uso de medicamentos, por serem mais rápidos, práticos e eficazes, no entanto, estes podem provocar reações adversas, nomeadamente: hipotensão grave, arritmias cardíacas e priapismo (American Psychiatric Association [APA], 2014). É de salientar que as terapias farmacológicas anti-demenciais apenas são eficazes durante um limitado período de tempo (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Deste modo, surgiram terapias não farmacológicas baseadas na estimulação cognitiva. Estas terapias são implementadas pelos profissionais de saúde em diferentes instituições da RAM. A estimulação está relacionada com a plasticidade cerebral (processo adaptativo do cérebro), que por sua vez melhora e preserva o desempenho da memória, raciocínio e atenção (Krasmer, 1971). Exemplos de terapias não farmacológicas são: a orientação para a realidade (Rebolo, s.d.), aromaterapia, sala de Snoezelen, exercícios cognitivos em papel-e-lápis, atividade física, jogos em realidade virtual, música, artes plásticas, reminiscência, terapia da validação, entre outras (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Tradicionalmente, são utilizados métodos mais simples, nomeadamente papel-e-lápis e artes plásticas, sendo que as atividades são, quase invariavelmente, iguais para todos. Não obstante, não existem dois indivíduos iguais, o sistema neurológico de cada um funciona de maneira diferente no que diz respeito a reações provocadas por cheiro, sabores, sons, imagens e toques. Como tal, é necessário adaptar a cada um os métodos utilizados, assim como o seu conteúdo. Nos últimos anos, com o aparecimento das novas tecnologias, algumas instituições, pacientes e cuidadores passaram a utilizar também plataformas de estimulação cognitiva, nomeadamente

o *Cogweb* (Cruz, et al., 2014), *Lumosity* (Lumos Labs), *Rehacom* (Schulze & Weber, 1992), entre outros.

Na RAM já existem algumas instituições que utilizam estes métodos de estimulação cognitiva baseados em tecnologias, nomeadamente o Serviço Regional de Saúde, a Casa de Saúde Câmara Pestana, a Casa de Saúde São João de Deus e alguns lares. Estas instituições trabalham em parceria com o NeuroRehabLab, situado na Universidade da Madeira. Este laboratório desenvolveu várias plataformas destinadas a pessoas com necessidades específicas, nomeadamente os idosos. Alguns exemplos são: *NeuroRehabLab Task Generator*; *REh@City* (Paulino et al., 2019; Faria et al., 2020); *Musiquence* (Ferreira et al., 2019); entre outros.

A música facilita e promove a comunicação, relação, aprendizagem, mobilidade, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Associação Portuguesa de Musicoterapia, s.d.; Almeida, 2013). Na RAM o *Musiquence* é utilizado como uma ferramenta de estimulação cognitiva que funciona através de técnicas de interação entre humano-computador, que não só utiliza a música, mas também os aromas. É através da música que os utentes conseguem compreender se estão ou não a cumprir com os objetivos. São lançadas várias tarefas e o mesmo tem que se aproximar do resultado correto. O utente apercebe-se do erro porque a música fica distorcida a cada vez que existe algo errado, assim que é corrigido a música volta ao normal. A música utilizada é popular e vai de encontro aos gostos da população mais velha, está adaptada à região onde o utente viveu grande parte da sua vida. Esta interação auxilia o utente a reavivar a memória de atividades anteriormente efetuadas, nomeadamente na sua juventude (Ferreira et al., 2019). A realização de tarefas diárias como, por exemplo, comprar bens essenciais ou deslocar-se ao multibanco, para uma pessoa com algum défice cognitivo, pode requerer algum esforço. O *NeuroRehabLab* desenvolveu também o *Task Generator* e a *Reh@city* onde são criadas atividades adaptadas ao perfil cognitivo do utente.

Na RAM podemos encontrar ainda salas de *Snoezelen*. Esta favorece os estímulos sensoriais através de combinação de música, sons, luz, tato e aromas. Aqui o ambiente é seguro, promovendo o autocontrole, autonomia, descoberta e exploração, bem como efeitos terapêuticos positivos. O Centro de Dia para pessoas com doença de Alzheimer, localizado em São Martinho possui uma sala *Snoezelen* para este efeito.

6. Conclusão

Na terceira idade é importante perceber o impacto do bem-estar psicológico, pois este oferece um melhor envelhecimento. Não obstante, também é importante que os idosos mantenham uma vida social ativa de forma a que estes não se sintam isolados.

Importa referir que o envelhecimento se caracteriza por ser uma fase da vida que apresenta um elevado grau de vulnerabilidade e, deste modo, procuramos relevar o papel crucial que a especialidade de geriatria assume na vida dos idosos. Outros aspetos abordados foram a autonomia e a independência, pois, são dois valores significativos para que o idoso revele satisfação com a vida.

O envelhecimento é uma consequência natural do ser humano. Ao longo do tempo, temos vindo a constatar um aumento da esperança média de vida, e com isto um consequente aumento no surgimento das doenças degenerativas, nomeadamente as demências. Tendo em

conta esta situação, torna-se imprescindível que se promova a estimulação cognitiva nos mais velhos.

Em suma, através da pesquisa efetuada conclui-se que as terapêuticas não farmacológicas têm efeitos positivos e multidimensionais nas pessoas mais velhas, funcionando como complementares às terapias farmacológicas.

Bibliografia

- Abreu, S. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e especialistas da área*. [Tese de mestrado. Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11952>
- Almeida, A. S., & da Silva, M. R. (2013). Os efeitos das atividades musicais como modalidade alternativa de cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 2 (01), 13-20. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/406>
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade, M. G. F. D. (2011). *Qualidade de vida e depressão na pessoa idosa institucionalizada* [Tese de mestrado. Universidade da Madeira]. DigitUMa Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira <http://hdl.handle.net/10400.13/652>
- Associação Alzheimer Portugal (s.d.). O que é a Demência? <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia (s.d.). O que é a Musicoterapia?. <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-gwvmm>
- Ballesteros, S. (2004). Gerontología un saber multidisciplinar. Universitas.
- Cardiga, A. A. (2016). *A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. [Tese de mestrado. Universidade Lusófona]. ReCiL - Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/7463>
- Carmo, H. (2002). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Universidade Aberta
- Cruz, V. T., Pais, J., Alves, I., Ruano, L., Mateus, C., Barreto, R., Bento V., Colunas M., Rocha N., & Coutinho P. (2014). Web-based cognitive training: patient adherence and intensity of treatment in an outpatient memory clinic. *Journal of medical Internet research*, 16 (5), e122. <http://doi.org/10.2196/jmir.3377>
- CUF (2020). *Demência*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/demencia>
- Direção Regional de Estatística da Madeira (2019). Estatísticas Demográficas da Região Autónoma da Madeira 2019. <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografia-pt/demografia-emfoco-pt/send/61-demografia-emfoco/12815-em-foco-2019.html>
- Faria, A. L., & Badia, S. B. I. (2015, October). Development and evaluation of a web-based cognitive task generator for personalized cognitive training: a proof-of-concept study with stroke patients. In *Proceedings of the 3rd 2015 Workshop on ICTs for improving Patients Rehabilitation Research Techniques (REHAB '15)* (pp. 1-4). Association for Computing Machinery (ACM). <https://doi.org/10.1145/2838944.2838945>
- Faria, A. L., Pinho, M. S., & i Badia, S. B. (2020). A comparison of two personalization and adaptive cognitive rehabilitation approaches: a randomized controlled trial with chronic stroke patients. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17 (1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00691-5>
- Ferreira, L. D. A., Cavaco, S., & i Badia, S. B. (2019, June). Musiquence: a framework to customize music and reminiscence cognitive stimulation activities for the dementia population. In *2019 5th Experiment International Conference* (exp. at'19) (pp. 359-364). IEEE. <https://doi.org/10.1109/EXPAT.2019.8876575>
- Flaherty-Robb, M. K., & Bennett, J. A. (2003). Issues affecting the health of older citizens: Meeting the challenges. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12795628/>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12 (3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20 (3), 711-725. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313>
- Fleck, M. P. A. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*. 27 (2), 5-13.
- Heidmann, I., Almeida, M.C., Boehs, A., Wosny, A. & Montecelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto*, 15 (2), 352-358. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- Instituto de Administração da Saúde (2018, outubro 28). População madeirense cada vez mais envelhecida. <https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/comunicacao-social/recortes-de-imprensa/5172-populacao-madeirense-cada-vez-mais-envelhecida>

- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113 (12), 941-948. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>
- Janiro, A. C. (2016) O idoso na psicoterapia. *Psicologia acessível*. <https://psicologiaacessivel.net/2016/02/18/o-idoso-na-psicoterapia>
- João, A. F., Sampaio, A. A. Z., Santigo, E. A., Cardoso, R. C. & Dias, R. C. (2005). Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos sobre envelhecimento*, 8 (3), 397-410. <https://www.rbgg.com.br/arquivos/edicoes/TSE%208-3.pdf>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Krasner, L. (1971). Behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 22, 483-532. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.22.020171.002411>
- Lumos Labs (s.d.). *Lumosity*. <https://www.lumosity.com/pt/about>
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27, 67-73. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%c3%bade.pdf>
- Mohs, R. C., Rosen, W. G., & Davis, K. L. (1983). The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacology bulletin*, 19 (3), 448-450. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6635122/>
- Morris, J. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, 43 (11), 2412-2414. <https://doi.org/10.1212/WNL.43.11.2412-a>
- Murta, G. S. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: Conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34 (2), 318-329. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Neto, J., G. Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psicologia Clínica*, 32 (3), 119-130. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Neuroinova (s.d.). COGWEB. <https://cogweb.pt/>
- NeuroRehabLab (s.d.). <https://neurorehabilitation.m-iti.org/tools/en>
- NeuroRehabLab Task Generator (s.d.). <https://neurorehabilitation.m-iti.org/TaskGenerator>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Paulino, T., Faria, A. L., & i Badia, S. B. (2019, June). Reh@ City v2. 0: a comprehensive virtual reality cognitive training system based on personalized and adaptive simulations of activities of daily living. In *2019 5th Experiment International Conference (exp. at'19)* (pp. 292-297). IEEE. <https://doi.org/10.1109/EXPAT.2019.8876539>
- Pereira, F. (Coord.) (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Psico & Soma. <http://hdl.handle.net/10198/8887>
- Pinheiro, P. (2020). Estimulação Cognitiva. *Centro Colibri*. <https://centrocolibri.pt/2020/04/28/estimulacao-cognitiva>
- Rebolo, M. (s.d.). Terapia de orientação para a realidade. *NeuroSer cuidar, apoiar, inovar*. <http://neuroser.pt/2016/03/01/terapia-de-orientacao-para-a-realidade>
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, Fabrino Bretas, A. P. & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14 (3), 501-509. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300011>
- Ribeirinho, C. (2005). Envelhecimento e Políticas Sociais. In C. M. Ribeirinho, *Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio* (pp. 63-99). [Tese de mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais de Lisboa]. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Leblanc, M. E., & Trudel, M. (2012). Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults: An Exercise in Navigating the Headwinds. *Journal of Applied Gerontology*, 31 (1), 101-125. <https://doi.org/10.1177%2F0733464810382526>
- Santana, J. (2008). Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. *Anais–IX Seminário O lazer em debate*, Imprensa Universitária da UFMG, 309-316.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (4), 240-248. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Schulze, F., & Weber, P. (1992). Origins of RehaCom. *RehaCom*. <https://www.rehacom.co.uk/origins-of-rehacom>

- Teixeira, É. M. S. (2017). *A Importância da Universidade Sénior para um envelhecimento ativo: Universidade Sénior de Machico um estudo de caso na RAM*. [Tese de mestrado. Universidade da Madeira]. DigitUMa Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira <http://hdl.handle.net/10400.15/1807>
- Vieira, M. S. M. (2018). *Modelos em uso em assistência a idosos: Traçado para a intervenção do enfermeiro de reabilitação*. [Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/25779>
- Xavier, B. F. (2012). Um estudo sobre ações sociais do estado brasileiro direcionadas ao idoso e a contribuição do IFRN alusiva a essa temática. *Hollos*, 2, 275-283. <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2012.686>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17 (1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Aspectos multidisciplinares sobre o envelhecimento de pessoas transfemininas

MELISSA SALINAS RUIZ

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

m__salinas@hotmail.com

enviado a 25/01/2021 e aceite a 22/03/2021

Resumo

Nos estudos sobre velhice, durante um longo período não se levaram em consideração os marcadores sociais, acreditando-se ser o envelhecimento um processo unívoco. Atualmente, essa perspectiva não se justifica, sabendo-se da importância de ter em vista os marcadores sociais na sociologia da velhice (Debert, 1997). Em razão do exposto, o presente trabalho discute aspectos referentes ao envelhecimento de pessoas transfemininas. Utiliza esse termo para abarcar travestis, mulheres transexuais e demais identidades transgêneras femininas. A proposta se justifica no parco debate acerca de transgeneridade nas análises de gênero da gerontologia e se estrutura em três tópicos. No primeiro, discute gênero, cisnorma e transgressão com base em Bento (2006, 2017), Bonassi (2017), Butler (2004). A seguir, comenta acerca do recorte de gênero na sociologia da velhice a partir de Alves (2016), Barros (2006) e Debert (1997). Por fim, fala especificamente da velhice transfeminina, recorrendo a Siqueira (2004), Amaral (2007) e Almeida (2018). Conclui que é necessário expandir o recorte de estudo da transgeneridade na sociologia da velhice, dadas as especificidades dessa população e a vulnerabilidade em que se encontra no Brasil.

Palavras-chave: Transgeneridade; Gênero; Envelhecimento.

Abstract

For a long time, studies on old age have not considered social markers, believing ageing to be a univocal process. Currently, this perspective is not justified, knowing the importance of taking into account the social markers in the sociology of old age (Debert, 1997). In view of the above, this paper discusses aspects related to the ageing of transfemale people. It uses this term to encompass transvestites, transsexual women and other female transgender identities. This proposal is justified by the scarce debate about transgeneriness in the gender analyses of gerontology and is structured in three topics. In the first, it discusses gender, cisnorm and transgression based on Bento (2006, 2017), Bonassi (2017), Butler (2004). Next, it comments on the gender cut in the sociology of old age on Alves (2016), Barros (2006) and Debert (1997). Finally, it talks specifically of transfemale old age, in which Siqueira (2004), Amaral (2007) and Antunes (2010) resort. It concludes that it is necessary to expand the study of transgeneriness in the sociology of old age, given the specificities of this population and the vulnerability in which they find themselves in Brazil.

Keywords: Transgenerity; Gender; Ageing.

Introdução

A princípio, a gerontologia acreditava não ser importante levar em consideração marcadores sociais ao estudar a velhice, uma vez que esta seria uma experiência similar a todos os grupos sociais, independentemente de suas especificidades.

Contudo, teóricos como Debert (1997) e Motta (1997) ressaltam a necessidade de abarcar características como raça, classe social e gênero nas análises, pois a experiência da velhice em muito diverge para cada grupo social. As cargas múltiplas mencionadas por Creenshaw (2002) influem na maneira em que se vivencia o envelhecer, perspectiva que se relaciona à de Debert

(1997) quando afirma que a mulher idosa experimenta dupla vulnerabilidade devido a sua idade e gênero.

Essas pesquisas, entretanto, tendem a pensar o gênero sem ter em conta as identidades transgêneras, assim denominadas pois contrariam o gênero que lhes foi socialmente imposto. Compreendendo o gênero e a sexualidade como performativos, isto é, moldados e direcionados pelas expectativas sociais de gênero (Butler, 2004) constata-se que aqueles que performam seu gênero contrariando as normas vigentes na sociedade ocidental contemporânea sofrem segregação. Desse modo, investigar o envelhecimento de mulheres torna necessário enfatizar se o objeto da análise são mulheres cisgêneras ou transgêneras, uma vez que estas sofrem opressões específicas e que influenciam seu envelhecer.

Em razão do exposto, neste trabalho problematizamos a velhice dos corpos transfemininos, termo que abrange travestis, mulheres trans, assim como demais manifestações femininas cis divergentes. Para tanto, recorreremos a Bento (2006; 2017), Bonassi (2017) e Butler (2004) a fim de discutir sobre gênero, normatividade e transfeminilidade. Logo, amparamo-nos em Alves (2016), Barros (2006) e Debert (1997) para refletir sobre gerontologia e as transformações sofridas pelos estudos da velhice. Finalmente, comentamos as peculiaridades da velhice transfeminina no Brasil tomando por base os dados da Associação Nacional de Transexuais e Travestis (ANTRA, 2019), bem como os trabalhos de Antunes (2010) e Siqueira (2004).

Corpos Transfemininos: gênero, transgressão e cisnormatividade

O prefixo “trans” é utilizado para indicar aquilo que atravessa, que transpõe barreiras e limites. Na contemporaneidade, o gênero e sexualidade podem ser problematizados como fronteiras, posto que há rígidas expectativas sociais que direcionam os corpos a performances de gênero e sexuais específicas. O indivíduo deve ser heterossexual e se enquadrar no gênero feminino ou masculino, mutuamente excludentes. Ainda, quem atribui gênero ao sujeito é a sociedade, antes mesmo de seu nascimento, quando o denomina “homem” ou “mulher” adotando parâmetros exclusivamente genitais (Butler, 2004). Nesse sentido, as performances que subvertem esses padrões de gênero são compreendidas como “trans” (Stryker, 2017).

O termo “transexualpsíquico” foi cunhado pelo sexólogo alemão Magnus Hirschfeld em 1910, do qual parte o uso desse prefixo. Porém, os estudos de gênero, *queer* e a atuação política de pessoas trans, passam a questionar o discurso médico que surge com Hirschfeld, produzindo seus próprios saberes a respeito de corporalidade, gênero e sexualidade. Nesse âmbito, estudiosos como Butler (2004), Preciado (2018) e, no Brasil, Bento (2006) teorizam acerca da naturalização das experiências trans e de sua pluralidade, ressaltando a rígida normatividade de gênero da sociedade. O prefixo “trans” é ressignificado, o que se observa na crescente importância de identidades como a travesti e na criação de terminologias mais inclusivas, como o termo transvestigênera, cunhado por Indianare Siqueira (2016).

Complementarmente, o crescente uso da expressão “cisgênero”, utilizado para designar os corpos que se conformam com seu gênero socialmente imposto, deve-se à atuação da comunidade trans, quem pretende denaturalizar o corpo cis, usualmente percebido como “padrão”. Portanto, “ao substituir as palavras mulher biológica por mulher cisgênera se opera um deslizamento do discurso na medida em que não mais se evoca a naturalidade, mas sim se faz uso de um conceito próprio do transfeminismo” (Bonassi, 2017, p. 27).

O recorte de gênero com ênfase nas distintas experiências de pessoas cis e trans é fundamental nas análises de cunho antropológico e sociológico, dada a divergência com que são tratadas em sociedades como a brasileira. Considerado o país que mais mata pessoas trans, a transfobia que impera no Brasil vulnerabiliza essa população, impactando diretamente em seu acesso a direitos fundamentais e fazendo com que sua expectativa de vida seja de apenas 35 anos (ANTRA, 2019).

Entendida como a violência – física, institucional ou simbólica – direcionada a transgêneros (Lanz, 2014) a transfobia atinge principalmente pessoas transfemininas. Embora caiba ressaltar a dificuldade em obter dados precisos acerca de transfobia devido à ausência de fontes oficiais, os dados produzidos pela ANTRA (2019) indicam que a maior parte das vítimas são travestis e transmulheres. Bento (2017) atribui esse fenômeno ao machismo, responsável pelo desprezo a tudo que é feminino, o qual vitimiza mulheres cis e trans.

Nesse paradigma, ponderamos que os estudos sobre a velhice devem incluir o recorte da transgeneridade em suas abordagens, sobretudo em razão da reduzida expectativa de vida dessa população, o que denota uma temporalidade particular, na qual o envelhecimento não é percebido como etapa inerente à vida (Almeida, 2018). Desse modo, a fim de adentrar as peculiaridades da velhice transfeminina, apresentaremos no seguinte tópico um breve panorama sobre as discussões de gênero na gerontologia, expondo algumas de suas problemáticas contemporâneas para, no terceiro tópico, situá-las frente ao marcador social da transgeneridade.

Envelhecimento e Gênero

Sobre o vínculo entre as pesquisas gerontológicas brasileiras e o recorte de gênero, Alves pontua que:

A tradição de estudos sobre velhice nas ciências sociais brasileiras, especialmente a tradição antropológica, incorporou desde sua emergência como área de conhecimento a perspectiva de gênero e de classe social. As principais investigações produzidas nesse campo evidenciaram a importância de pensar essas dimensões de forma articulada (2016, p. 48, tradução nossa).³

Acerca do envelhecimento feminino, Barros (2006, p. 127) aponta que a primeira metade do século XX foi responsável pela disseminação de um modelo de envelhecer que valorizava a submissão da mulher às figuras masculinas, bem como a exaltação do serviço doméstico. As décadas seguintes, no entanto, trouxeram a problematização desse modelo, questionamento influenciado pelo crescimento do feminismo, o qual repercutiu na transformação da mentalidade de mulheres velhas. Conseqüentemente, o discurso da terceira idade impregna as narrativas dessas mulheres, em que expressam criticidade quando confrontadas com seu passado e realidade. Passam a ser cada vez mais estimados valores como autonomia, independência, etc, construindo-se categorias que abarquem aqueles que desejem escapar às concepções tradicionais de velhice (Antunes, 2010).

³La tradición de estudios sobre vejez en las ciencias sociales brasileñas, sobre todo la tradición antropológica, incorporó desde su emergencia como área de conocimiento las perspectivas de género y de clase social. Las principales investigaciones producidas en ese campo evidenciaron la importancia de pensar esas dimensiones en forma articulada.

Para Siqueira (2004, p. 91), “refletir sobre a relação entre gênero e envelhecimento é considerar, sobretudo, formas distintas de se pensar e viver a velhice, discutindo a ideia de homogeneidade em relação ao processo de envelhecimento”. Partindo disso, evidencia-se “a heterogeneidade de experiências de envelhecimento, apontando a coexistência de diferentes padrões de periodização das fases da vida” (Barros, 2006, pp. 118-119).

No mesmo sentido, Debert (1997, p.7) comenta que o momento pós-moderno “operaria uma desconstrução do curso da vida”. Contudo, essas novas concepções sobre a vida e sua cronologia não significam que tenha deixado de se pensar e estruturar a sociedade adotando parâmetros etários. O que ocorre é a ressignificação do que se entende por “juventude”, a qual passa a expressar não somente uma etapa de vida. Torna-se um valor, algo a ser perseguido e almejado, independentemente da idade. Na explicação de Vera:

[...] a velhice e a morte são percebidas não apenas como uma adversidade pessoal, mas também como uma forma de fracasso moral, pelo qual se espera que toda pessoa responsável que não se abandone à usura do tempo e que lute para continuar jovem e sã (2016, p.3, tradução nossa).⁴

A discussão a respeito da valorização da juventude e do conseqüente estigma decorrente do corpo velho é especialmente relevante para analisar a relação da mulher com o envelhecimento. Quanto a isso, Hakim (2012) e Goldenberg (2008) propõem os conceitos de capital erótico e capital corporal, respectivamente, a fim de explicar a importância social do “corpo belo” para as mulheres. Optamos por relacioná-los pois ambos tratam de corpo, sexualidade, conjugalidade e status social, repercutindo, principalmente, na velhice feminina. Segundo as autoras, a capacidade de atrair o sexo oposto é um relevante mecanismo de obtenção de status social e que diminui na idade avançada. Falando especificamente do Brasil, Goldenberg (2008, p. 57) afirma que o envelhecimento do corpo é particularmente estigmatizante para a mulher brasileira, posto que a sociedade brasileira percebe no “corpo jovem, magro, sexy e em boa forma” um importante capital.

Esses trabalhos se aliam ao viés analítico que relaciona gênero, velhice e sexualidade, perspectiva que vem ganhando importância e adeptos. Nos dizeres de Vera (2016, p. 13, tradução nossa) “também a sociologia do gênero, unida a crescente sexualização e sensualização da vida social [...] são âmbitos nos quais se enquadram os novos olhares sobre a velhice⁵.” Similarmente, Alves exprime que

[...] é possível considerar que se trata de um campo de estudos dinâmico e consistente. As investigações, embora com enfoques diferentes, estão interconectadas, de forma que os estudos sobre família e trabalho se articulam com o tema da sociabilidade e do corpo. Estes, por sua vez, remetem aos estudos sobre sexualidade (2016, p. 63, tradução nossa).⁶

⁴[...] la vejez y la muerte que son percibidas no sólo como una adversidad personal sino también como un cierto fracaso moral, por lo que se espera de toda persona responsable que no se abandone a la usura del tiempo y que luche denodadamente por conservarse joven y sana.

⁵También la sociología del género, unida a la creciente sexualización y sensualización de la vida social [...] son ámbitos en los que enmarcar esa ‘nueva’ mirada sobre la vejez.

⁶Es posible considerar que se trata de un campo de estudios dinámico y consistente. Las investigaciones, si bien con enfoques diferentes, están interconectadas, de forma que estudios sobre familia y trabajo se articulan con el tema de la sociabilidad y del cuerpo. Esos, a su vez, remiten a estudios sobre sexualidad.

Embora a autora frise que “gênero” e “velhice” são conceitos que possuam uma rica história recente, sendo tratados no Brasil desde as primeiras abordagens teóricas sobre a velhice, as análises que articulam ambos marcadores tendem a negligenciar a questão trans. Portanto, no seguinte tópico discutiremos a respeito de questões referentes ao envelhecimento transfeminino, salientando suas especificidades.

Velhice Transfeminina

As problemáticas que perpassam a velhice trans divergem daquelas vivenciadas pelas pessoas cisgêneras – em que a temporalidade é marcada por uma cronologia linear, fortemente generificada – pois, “o percurso biográfico de pessoas que vivem a transexualidade não necessariamente segue essa lógica” (Almeida, 2018, p. 92). Em consequência, discutir a o envelhecimento trans implica abarcar temporalidades outras, menos marcadas pela “temporalidade reprodutiva”(ibid., p.69).

Para fins analíticos, selecionamos quatro eixos em torno dos quais centrar nossa análise, sendo eles: a) trabalho e estabilidade financeira; b) corpo e saúde; c) corpo, relações afetivas e sexuais; d) transfobia. Enfatizamos que essa classificação cumpre apenas fins didáticos, não devendo ser ignorado o modo em que os temas se entremeiam na vivência dos indivíduos.

Segundo a ANTRA (2019), mais de 90 % da população transfeminina se prostitui. Dessa maneira, pensar seu envelhecimento deve levar em consideração que a maioria delas não possui plano de aposentadoria – dado o caráter não regulamentado da prostituição – recaindo exclusivamente sobre elas a responsabilidade pelas finanças destinadas a seu sustento na velhice.

Debert (1997) menciona a reprivatização da velhice como uma tendência contemporânea pela qual se individualiza o cuidado na terceira idade, perspectiva influenciada pela valorização dos ideais de terceira idade e que gera um modelo de idoso que aproveita a vida (Locatelli & Cavedon, 2011). Observamos que a velhice transfeminina potencializa essa individualização, uma vez que a trajetória de vida de mulheres trans, usualmente, ocorre às margens do cuidado estatal, sendo negligenciadas por este. O difícil acesso à educação faz com que sejam pouco qualificadas, implicando em pouca empregabilidade e levando-as ao trabalho informal ou à prostituição (ANTRA, 2019).

No Brasil, o sistema abolicionista permite, em tese, a prostituição (Alves, 2014). Entretanto, a não regulamentação faz com que haja uma perseguição velada às trabalhadoras sexuais, as quais sofrem agressões por parte da polícia, clientes e, inclusive, de outras prostitutas (Pelúcio, 2007). As precárias condições de trabalho fazem com que os rendimentos sejam baixos, dificultando um planejamento futuro para a velhice. Ainda, dada a importância da beleza “na construção do corpo da prostituta no exercício de sua profissão” (Aranha, 2018, p. 43), envelhecer se faz problemático devido às mudanças corporais que acarreta. Nas palavras de Motta:

O natural processo de envelhecimento e fragilização do corpo – fragilização que não é só para o trabalho – a que se contrapõe um modelo social desenvolvido de beleza jovem, propiciou uma construção cultural que resultou numa estética da recusa e do medo (1997, p. 5)

Falamos sobre “corpo e saúde” na velhice transfeminina pois há peculiaridades que não perpassam as experiências de mulheres cisgêneras. Além do forte vínculo entre trabalho sexual, transfeminilidade e aparência – gerando perdas relevantes para aquelas que não conseguem envelhecer preservando um padrão estético tido como atraente – somam-se questões referentes às intervenções corporais, muitas vezes realizadas com o auxílio de “bombadeiras”.

Cabral (2012) explica que são chamadas de bombadeiras as mulheres – cis ou trans – que aplicam silicone industrial nos corpos de transmulheres e travestis para deixá-los mais voluptuosos e femininos. Esse composto, entretanto, é tóxico e prejudicial à saúde, podendo causar graves complicações e, inclusive, levar à morte. Apesar dos perigos, seu uso é frequente dentro da comunidade, motivado pelo pouco acesso ao sistema de saúde. Similarmente, a dificuldade em obter serviços de saúde leva essa população a se hormonizar por conta própria, o que também acarreta riscos.

Desse modo, pensar a velhice da população transfeminina implica ter em conta esses aspectos específicos. Sobretudo, pois, de acordo a Siqueira (2004, p. 110), “a aplicação de hormônios é contínua até o momento de se atingir os objetivos com relação à fabricação de um corpo feminino” e “se elas sentem a necessidade de retoques, esses são rapidamente providenciados” (ibid.).

Dando continuidade, consideramos que pensar as relações afetivas e sexuais de transmulheres e travestis implica a maximização de uma solidão exposta por autoras como Moira (2018) e Amaral (2017). Esta recorre a bell hooks (2000) para pensar a afetividade dessa população, partindo da premissa da autora acerca da solidão da mulher negra. Consequentemente, faz paralelo entre ambas vivências, uma vez que corpos transfemininos “mesmo que construam idealizações, não costumam construir expectativas no que se refere ao amor, e menos ainda, às chances de serem amadas” (Amaral, 2017, p. 146). Nessa perspectiva, Kulick (2008) comenta o caráter fugaz das relações afetivas das travestis às quais entrevista. Segundo o autor, o elemento financeiro acaba desempenhando um relevante papel nessas relações, fazendo com que as travestis se façam responsáveis pelo sustento de seus companheiros e que estejam constantemente sujeitas a perde-los para alguém que dê a eles mais presentes.

Embora não desejemos generalizar, negando a possibilidade de afeto na vida de transmulheres e travestis, a frequência com que se menciona a solidão transfeminina em estudos da área nos leva a refletir acerca de como ela repercute em seu envelhecimento. Partindo de investigações como as de Salgado (2002) e Lopes et al. (2010) – teóricos que relacionam o sentimento de solidão em mulheres idosas ao fato de grande parte delas se encontrarem viúvas – acreditamos que é alta a probabilidade de mulheres trans e travestis manifestarem sensações similares dada a ausência de vínculo amoroso.

A respeito da velhice transfeminina, Siqueira (2004) comenta que suas entrevistadas, mesmo as que ainda mantêm relacionamentos amorosos e sexuais, sofrem influência das representações que possuem acerca do que é ser uma mulher idosa. Relatos sobre a diminuição da frequência sexual, associados à crença em uma moralidade típica de uma mulher mais velha, influem no modo como experienciam suas sexualidades.

Adicionalmente, as marcas que o envelhecimento imprime em seus corpos faz com que acionem recursos como maquiagem, roupas e perucas na busca de conservar a beleza e aquilo

que julgam ser uma boa aparência. Se Locatelli (2011, p. 53) constata que “a velhice corresponde a um julgamento social”, Siqueira (2004, p. 111) expõe que na população transfeminina esse julgamento “é mais realçado entre as mais velhas, existindo uma cobrança acentuada quanto a isso, com relação às mais jovens.”

O último tópico sob o qual nos debruçamos, denominado “transfobia”, diz respeito a violências às quais pessoas transfemininas se encontram extremamente sujeitas no Brasil. Perpassando todos os momentos de sua vida, a transfobia reduz drasticamente a expectativa de vida dessa população. Nesse seguimento, Nogueira (2013, p. 86) relata que “segundo as próprias travestis, um dos maiores desafios para suas vidas é a violência. Muitas travestis são mortas ainda jovens, o que faz com que as mais velhas pouco transitem, principalmente pelos espaços prostitutivos onde a violência é mais presente”.

Compreendendo a importância dos espaços de prostituição nas cartografias transfemininas (Kulick, 2008; Pelúcio, 2007; Siqueira, 2004), privar-se desses locais ocasiona a perda de relevantes ambientes de sociabilidade, posto que as redes formadas durante o exercício da prostituição incluem amigas, mães e madrinhas (Cabral, 2012), assim como clientes e namorados.

Durante sua vida, travestis e mulheres trans são forçadas a realizar uma gestão da violência. Por essa razão, muitas vezes andam armadas com facas ou canivetes, motivo pelo qual, afirmam, foi se difundindo a crença de que são violentas (Antunes, 2010). Complementam que a violência social que sofrem é muito mais grave e constante do que qualquer agressão realizada por elas. “Alegam que muitas vezes são violentas para se defender da violência que sofrem por serem invisíveis” (ibid., p.262)

A prova dessa invisibilidade se dá na ausência de dados oficiais acerca dessa população (ANTRA, 2019). Atualmente, é pelo trabalho de coletivos trans – como a ANTRA – que se tem conhecimento da gravidade da transfobia. No mesmo sentido, uma das entrevistadas de Antunes (2010, p. 158) expõe que “o que não é comum de ser visto, as pessoas estranham! Quando começarmos a ver mais as travestis nas ruas de bengala, com seus namorados passeando e sentados na praça será natural!”.

A ciência da baixa expectativa de vida transfeminina gera um certo status para aquelas que chegam à velhice. Status, contudo, que está condicionado a possuírem uma vida dentro dos moldes “socialmente aceitáveis”, sem doenças decorrentes dos anos da prostituição, hormonização e intervenções corporais, tampouco vícios em álcool ou drogas. Em suma, as representações positivas da velhice tendem a se vincular às expectativas sociais em relação ao que é próprio de uma “senhora de respeito” (ibid.), com a ressalva de que apontar tendências não implica que travestis e transmulheres idosas sempre compartilhem das mesmas crenças.

Em razão disso, Siqueira (2004) conclui que é cabível falar em uma dupla marginalização da população trans idosa pois, mesmo quando possuem representações positivas acerca do envelhecimento, ainda enfrentam inúmeras adversidades. Torna-se necessário “criar a política, por que isso faz com que as pessoas se afirmem enquanto travestis, assumam a sua travestilidade durante toda a sua existência, e não precisem em certo período parar de assumir aquela travestilidade” (Antunes, 2010, p. 158). Essa fala, ouvida por Antunes no decorrer de sua pesquisa, denota a centralidade do combate à transfobia para um envelhecimento digno.

A influência da violência nas trajetórias de vida transfemininas também é frisada por Nogueira:

Embora as travestis reivindiquem uma linearidade acerca dos processos de envelhecimento e da velhice, as realidades de muitas fogem à regra, pois todos estes elementos são agenciados cotidianamente pela violência, pela exposição, pelo modo como as relações são instituídas e rompidas no circuito familiar e, principalmente, como elas reelaboram seus itinerários sociais e corporais (Nogueira, 2013, p. 86)

As questões apresentadas neste trabalho são apenas algumas das problemáticas que surgem ao refletir sobre a velhice transfeminina. Pelo exposto, constatamos que, embora existam pontos de aproximação, o envelhecimento cisfeminino difere do transfeminino, pelo qual enfatizamos a relevância de abarcar a transgeneridade nos estudos gerontológicos, sobretudo os que focam nas discussões de gênero. Adicionalmente, compreendemos que a proliferação de debates acerca de identidades trans contribui para subverter o quadro de opressões vivenciada por esses indivíduos no Brasil, motivo pelo qual defendemos o interesse social na expansão desse viés de pesquisa.

Considerações finais

Enfatizando a importância de levar em consideração o marcador social da transgeneridade nas pesquisas gerontológicas, este trabalho apresentou alguns pontos de destaque pelos quais começamos a discutir a velhice transfeminina. Para tanto, discorreu acerca do surgimento dos termos “transexual” e “trans” e de suas ressignificações, frisando a influência dos estudos de gênero, *queer* e do ativismo para poder compreender a sociedade como cisnormativa.

Logo, foi apresentado um breve panorama dos estudos gerontológicos que trabalham as questões de gênero, pelo qual demonstramos no terceiro tópico que os aspectos da velhice transfeminina são significativamente diferentes aos da velhice cisgênera feminina. Apresentamos e analisamos quatro itens concernentes à velhice transfeminina, pelos quais pretendemos fornecer um panorama geral, do qual se pode partir a fim de realizar investigações mais aprofundadas.

A peculiar situação de vulnerabilidade a qual a população transgênera brasileira é submetida reveste de importância estudos que tratem de questões pertinentes à realidade trans. Constatamos que gerontofobia, machismo e transfobia são elementos que se articulam na velhice transfeminina, levando-nos a crer que há a maximização da reprivatização da velhice mencionada por Debert (1997), uma vez que carecem de qualquer proteção estatal. Ainda, tratar do envelhecimento de mulheres trans e travestis nos apresenta temporalidades outras, não marcadas pelo reprodutivismo, conforme enfatiza Almeida (2018). Compreendemos que essas temporalidades *queer* vão ao encontro de uma sociedade pós-moderna, onde cada vez mais há ciência da peculiaridade com que os indivíduos experienciam o envelhecer.

Bibliografia

Almeida, A. S. (2018). Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo *transexualizador* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFG. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8505/5/Disserta%20a7%20c3%a3o%20-%20Anderson%20Santos%20Almeida%20-%20202018.pdf>

- Alves, F. L. (2014). Pós-mulher: corpo, gênero e sedução. Curitiba: Champagnant.
- Alves, A. M. (2016). Vejez y Género en la Antropología Brasileña. *RASP – Research on Ageing and Social Policy*, 4(1), 46-68. <http://doi.org/10.17583/rasp.2016.1722>
- Amaral, M. S. (2017). Te desafio a me amar: desejo, afeto e a coragem da verdade na experiência dos homens que assumem relacionamentos com as travestis e mulheres trans [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180425>
- Antunes, P. P. S. (2010). *Travestis envelhecem?* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações da PUC-SP. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12364>
- Aranha, F. K. B. (2018). *Cultura da beleza: prostituição, corpo e práticas educativas* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional UFC. http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39419/1/2018_tese_fkbaranha.pdf
- Associação Nacional de Transexuais e Travestis. (2019). Dossiê assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018.
- Barros, M. M. L. (2006). Trajetória de estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (52), 109-132.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo*. Garamond.
- Bonassi, B. (2017) *Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/182706/349130.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Cabral, J. V. (2012). *Geografía travesti: cuerpos, sexualidad y migraciones de travestis brasileñas (Rio de Janeiro-Barcelona)* [Tese de Doutorado, Universidad de Barcelona]. Centro de Documentación y Recursos Pedagógicos. <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26834.pdf>
- Creenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Goldenberg, M. (2008). Corpo e envelhecimento na sociedade brasileira. *Revista da Associação Brasileira de Estudos de Pesquisas em Moda*, 2(2), 56-61. <https://doi.org/10.26563/dobras.v2i2.379>
- Hakim, C. (2012). *El capital erótico: El poder de fascinar a los demás*. Madrid: Debate.
- Hooks, B. (2000). Vivendo de amor. In White, E. (Org.), *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola.
- Kulick, D. (2008). *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lanz, L. (2014). *O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná]. Biblioteca Digital: Teses e Dissertações. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/36800>
- Locatelli, P. A. P. C. & Cavedon, N. R. (2011). As gurias: exercício etnográfico realizado com mulheres idosas praticantes de hidroginástica. *Ciências sociais em perspectiva*, 10(18), 45-61. <https://doi.org/10.5935/rcsp.v10i18.5098>
- Lopes, R., Lopes, M. T., e Câmara, V. (2010). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 373-381. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.362>
- Moira, A. (2018). *E se eu fosse pura*. São Paulo: Hoo Editora.
- Motta, A. B. da. (1997). Palavras e convivência – idosos hoje. *Revista Estudos Feministas*, 5(1). <https://doi.org/10.1590/%25x>
- Nogueira, F. J. de S. (2013). “Mariconas”: itinerários da velhice travesti, (des)montagens e (in)visibilidades [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório Institucional da UFPB. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7314/1/arquivototal.pdf>
- Pelúcio, L. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti o modelo preventivo da aids* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional UFSCar <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/1399/TeseLP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Preciado, P.B. (2018). *Testojunkie: sexo drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. n-1 edições.
- Salgado, S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 7-19. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4716>
- Siqueira, M. S. (2004). *Sou senhora: um estudo antropológico sobre travestis na velhice* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da UFSC. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/87032>
- Siqueira, I. (2016). Que a liberdade ensine pessoas. Entrevista com Indianara Siqueira. *Concinnitas*, 1 (28), 411-426.
- Stryker, S. (2017). *Transgender History: the roots of today's revolution*. Berkeley.

Simbolismo e vida sexual dos homens idosos amazônidas

ALICE ALVES MENEZES PONCE DE LEÃO
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

aliceponce@ufam.edu.br

enviado a 25/01/2021 e aceite a 26/02/2021

Resumo

A preocupação com o vigor sexual sempre suscitou a busca por artifícios que potencializassem a disposição para o sexo. Antes da criação do Viagra e de outros estimulantes sexuais farmacológicos, existem plantas com propriedades estimulantes capazes de contribuir para a melhora do bem-estar físico e, conseqüentemente, na disposição para o sexo. A mistura das folhas e das raízes dessas plantas, infundadas e ingeridas diariamente em forma de garrafadas, atuam como fitoterápicos que prometem o prolongamento da vida sexual dos homens idosos. A garrafada é expressão da curanderia indígena, cujo poder não se limita, apenas, à potencialização do vigor sexual. Na cidade de Parintins, no estado do Amazonas, os idosos acreditam que a garrafada se constitui, também, enquanto um elixir de cura capaz de imunizá-los contra os perigos do sexo, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Este trabalho discute acerca do poder da garrafada na vida sexual dos homens idosos de Parintins com foco na fenomenologia do seu poder de cura contra a mulher libertina que se submete ao ato sexual com um idoso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e de campo realizada na cidade de Parintins com homens idosos. Conclui-se que a manutenção da vida sexual dos idosos dessa cidade está inscrita dentro de um sistema simbólico de práticas relacionadas ao poder sobrenatural da curanderia indígena que reafirma a masculinidade patriarcal.

Palavras-chave: Velhice; Masculinidade; Sexualidade.

Abstract

The concern with sexual vigour has always prompted the search for artifices to enhance the disposition for sex. Before the creation of Viagra and other pharmacological sexual stimulants, there were plants with stimulant properties capable of contributing to an improvement in physical well-being and, consequently, in the disposition for sex. The mixture of the leaves and roots of these plants infused and ingested daily in the form of a "garrafada", act as herbal medicines that promise to extend the sexual life of elderly men. The "garrafada" is an expression of indigenous curanderia, whose power is not limited only to the enhancement of sexual vigour. In the city of Parintins, in the state of Amazonas, the elderly believe that the "garrafada" is also a healing elixir capable of immunizing them against the dangers of sex, such as Sexually Transmitted Diseases (STDs). This paper discusses the power of the "garrafada" in the sexual life of the elderly men of Parintins, focusing on the phenomenology of its healing power against the libertine woman who submits herself to sexual intercourse with an elderly man. This is a qualitative, bibliographical, and field research carried out in the city of Parintins with elderly men. It is concluded that the maintenance of the sexual life of the elderly in this city is inscribed within a symbolic system of practices related to the supernatural power of indigenous healing that reaffirms patriarchal masculinity.

Keywords: Old age; Masculinity; Sexuality.

1. Introdução

A sexualidade é um tema amplo e complexo que aciona elementos simbólicos para a sua manifestação. Esses elementos residem no plano da subjetividade e da liberdade do indivíduo, permitindo com que a sexualidade se expresse de múltiplas formas, podendo manifestar-se por meio do corpo em suas diversas zonas erógenas, e/ou da corporeidade, através das múltiplas

formas como o indivíduo se expressa no mundo, nas formas de andar, de se vestir, de falar, de comportar-se.

Nesse entendimento, a sexualidade não encontra limites para a sua realização, podendo ser ressignificada ao longo da vida, seja porque o desejo não se esgota com o avançar da idade, seja em razão de a sexualidade ser uma construção sócio-histórica (Bozon, 2004), cujo sentido se ampliou a partir dos avanços dos movimentos feministas, que contribuíram para entendê-la enquanto uma fonte de prazer e de realização do indivíduo.

Ainda assim, a sexualidade é concebida no primado da genitalidade, por isso, para muitos, reduz-se ao sexo. O sexo é uma dimensão da sexualidade, mas a sexualidade não se reduz à atividade sexual. Ao reduzir a sexualidade à atividade sexual, empobrecemos o seu sentido ao centrar o seu exercício no coito. Por conta disso, cria-se uma série de interditos sociais que restringe o exercício da sexualidade às pessoas jovens, com atributos físicos considerados sexualmente atraentes e com a finalidade de reprodução. Como as pessoas idosas não contemplam mais esses requisitos, pressupõe-se que elas já estejam dispensadas de viver a sexualidade, devendo, então, conformar-se em serem apenas bons avôs e boas avós.

A velhice do tempo contemporâneo não se conforma à anulação do ser. As pessoas estão envelhecendo com qualidade de vida e, por isso, não estão dispostas a renunciar o que sempre fizeram ao longo da vida, como continuarem vivendo a sexualidade, e inclusive, mantendo a atividade sexual. Os órgãos sexuais das pessoas idosas sofrem alterações biofisiológicas ao longo do processo de envelhecimento, trazendo implicações que impactam diretamente na atividade sexual, como a disfunção erétil, no caso dos homens, e o estreitamento e a secura vaginal nas mulheres (PASCUAL, 2002). Mas, esses fatores não condenam as pessoas idosas a abrirem mão da atividade sexual, contudo demandam a criação de novos investimentos no campo da sexualidade a fim de estimular o corpo para o exercício do sexo.

Um dos investimentos mais conhecidos para recuperar o vigor sexual é o Viagra. O Viagra é um estimulante sexual farmacológico que promete acionar a potência sexual masculina após alguns minutos de ingestão de um comprimido. Como qualquer medicamento, ele oferece contraindicações que, nesse caso, podem culminar no risco de infarto cardiovascular. Além disso, o Viagra surge como reforço à ideia de genitalização da sexualidade à medida que se compromete em propiciar unicamente a penetração.

Antes do Viagra, sempre existiram outros artifícios naturais que eram procurados por quem desejava potencializar o vigor sexual ou por quem tinha problemas de disfunção erétil. Os artifícios naturais se fundamentam em sistemas simbólicos para a comprovação de sua eficácia. Como exemplo, podemos citar as bebidas infusionadas a partir de raízes, folhas e troncos de árvores com propriedades estimulantes que se propõem propiciar um bem-estar geral e, conseqüentemente, melhorar a disposição para o sexo. Em outros casos, existem amuletos que servem como estratégia de sedução e fidelização do (a) parceiro (a) sexual. Diferente do Viagra, esses artifícios não têm resposta imediata porque dependem da fé e do uso costumeiro do indivíduo.

O que importa destacar é que esses artifícios, sejam eles farmacológicos ou não, preocupam-se com a potência sexual masculina, como se o sentido da sexualidade se diluísse na penetração. Isso porque, historicamente, o prazer e o desejo eram prerrogativas dos homens enquanto as mulheres deveriam encarar o sexo como um dever matrimonial absterido de qualquer interesse.

A atividade sexual para os homens não é exercida apenas com a finalidade de sentir prazer, ela é, também, uma das formas de testificação da masculinidade, como forma de provar a virilidade enquanto um dos atributos centrais de ser homem. Privar o homem da atividade sexual é decretar a falência do gênero masculino, significa afeminá-lo, por isso, a velhice é sentida com muito mais resistência pelos homens porque as implicações biofisiológicas desse momento da vida colocam em xeque a sustentação da masculinidade patriarcal, uma vez que atingem o vigor físico e sexual.

Em virtude disso, a sexualidade não pode ser entendida desvinculada do contexto das relações de gênero, pois homens e mulheres atribuem importâncias diferentes ao sentido do prazer, especialmente quando atingem à velhice. Pelo fato de os homens terem sido acostumados ao longo de toda a vida a terem desejo e ereção de forma concomitante e rápida, quando chegam à velhice, desejo e ereção não caminham mais paralelamente implicando a necessidade de percorrerem caminhos mais profundos para desencadear a estimulação peniana, se, de fato, eles quiserem manter a atividade sexual com foco no coito.

Na cidade de Parintins, localizada no interior do Amazonas, um dos caminhos percorridos pelos homens idosos para continuarem sexualmente ativos é a ingestão da garrafada. A garrafada é um composto líquido que contém a infusão de raízes, troncos de árvores e folhas da Amazônia que possuem propriedades estimulantes. Esta bebida é feita com base nos conhecimentos milenares dos povos indígenas que habitam a região. As garrafadas possuem efeito holístico, ou seja, prometem melhorar a disposição física, resultando, como consequência, na melhora do vigor sexual, por isso, não é considerada um estimulante sexual, haja vista que não contribui para propiciar de imediato a ereção, mas, com o uso contínuo, os idosos garantem que houve uma queda dos episódios de disfunção sexual (Ponce de Leão, 2018).

A garrafada não é uma alternativa escolhida aleatoriamente pelos homens idosos para a manutenção da vida sexual. Trata-se de uma escolha justificada, primeiro, em razão do medo dos efeitos colaterais do Viagra, e segundo, em virtude de a garrafada conter propriedades capazes de contribuir para a melhora e a cura de algumas doenças. Como os idosos que fizeram parte desta pesquisa não fazem uso do preservativo sexual masculino por terem receio de perder a ereção, utilizam a garrafada como anuência ao sexo desprotegido, uma vez que acreditam que esta bebida atua como um depurativo capaz de preveni-los de qualquer contaminação por infecção ou doença sexualmente transmissível, inclusive a AIDS.

É nesse sentido que este trabalho se propõe discutir acerca do poder da garrafada na vida sexual dos homens idosos de Parintins - Amazonas, com foco na fenomenologia do seu poder simbólico na potencialização do vigor sexual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e de campo realizada em Parintins com vinte homens idosos. Para preservar a identidade dos sujeitos entrevistados, optou-se por nomeá-los por nomes de pássaros. Esta pesquisa está inserida no contexto maior da tese de doutoramento da autora¹. Conclui-se que a manutenção da vida sexual dos homens idosos de Parintins está inscrita dentro de um sistema simbólico de práticas relacionadas ao poder sobrenatural da curanderia indígena que reforça a masculinidade patriarcal.

¹Sexo e Sexualidade na velhice: práticas transgressoras e negociadas no contexto amazônico. Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, 2018.

2. A garrafada como artifício simbólico da vida sexual

Os artifícios que os homens idosos encontram para manter a vida sexual ativa não servem, somente, para levar ao coito, mas, também, para se prevenirem dos perigos do sexo. A atividade sexual ao mesmo tempo em que se constitui como fonte de prazer e de realização para os homens idosos, pode desembocar em perigos capazes de comprometer a vida por meio da contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). É na curanderia que os idosos de Parintins encontram o elixir que contribui para a purificação do organismo fazendo com que o corpo tenha saúde para realizar a atividade sexual e, depois, purificando-o das impurezas promíscuas trazidas pela parceira sexual.

De acordo com Trindade (2013), as práticas de curanderia em Parintins sobrevivem da tradição dos saberes derivados da cultura indígena. Essas práticas implicam na utilização de ervas e técnicas que podem ou não ser aliadas ao emprego de rezas e benzições para obterem eficácia. Nas enfermidades mais simples de se tratar, dispensa-se o ritual espiritual. Esse tipo de curanderia também é conhecida como medicina tradicional, pois se apoia na utilização de folhas, raízes, cascas de árvores e flores para fazer infusões que servem para ingerir, tomar banho e se aciar².

As garrafadas são exemplos de compostos feitos a partir das plantas que existem na floresta atuando como fortificante para o organismo a partir das propriedades naturais do material utilizado. Essas bebidas são consumidas, principalmente, pelos idosos que acreditam serem capazes de curar todas as doenças do mundo, além de dar vigor físico e sexual, conforme explicam Nonato et al. (2016, p. 207):

As garrafadas são feitas com a finalidade de dar ânimo, curar doenças (como o câncer) e também como estimulante sexual. É geralmente feita por quem tem conhecimento, não, apenas, da benzição, mas principalmente por quem tem conhecimento dos efeitos das plantas medicinais. Essas plantas que possuem efeitos curativos e calmantes estão a acesso de todas as pessoas da comunidade, como os idosos. O conhecimento científico das propriedades das plantas é desconhecido a esses homens idosos, mas todos sabem os seus efeitos quando fervidos e transformados em chás.

Diferente do Viagra, que atua como “um vaso dilatador que facilita e ajuda a manter a ereção (não é um afrodisíaco aumentando a libido e o desejo sexual)” (Brigeiro & Maksud, 2009, p. 80), pois age dentro de alguns minutos após a ingestão do medicamento, a garrafada não propicia diretamente a ereção, mas revigora a saúde do corpo como um depurativo do sangue podendo culminar, como consequência, na disposição para o sexo. Para Sabiá (70 anos), que prepara, vende e consome as garrafadas, “se você parar de tomar, você sente que fica mais devagar um pouco. Tem que tomar todo dia. Se tiver outras doenças, vai embora” (Ponce de Leão, 2018).

Sabiá (70 anos) aprendeu a preparar as garrafadas com o seu pai, com o avô e o bisavô que faziam para consumir. Quando se mudou para Parintins, conheceu um velho índio por ocasião de uma enfermidade que sentiu atribuída por um banho que tomou e que não lhe fez bem para o corpo porque a “água deveria estar com reumatismo” (Ponce de Leão, 2018). Então, o velho

²Se aciar também concerne a tomar banho, mas, geralmente, é empregado no Amazonas no sentido de um meio banho rápido só para lavar as partes íntimas ou, então, no sentido de ficar sentado, nu, dentro de uma bacia para lavar as partes íntimas, especialmente em casos de problemas vaginais ou hemorroidas.

índio foi para a mata, voltou com algumas plantas e lhe ensinou para quê servia cada uma e como preparar as combinações para se livrar de qualquer tipo de doença.

Dessa forma, Sabiá acredita que o Pai Eterno, Deus, deixou na natureza a cura para todas as doenças do mundo através das plantas, conforme explicita no rótulo da garrafada que ele vende:

**PLANTAS QUE CURAM TODAS AS DOENÇAS DO MUNDO,
QUANDO O PAI ETERNO CRIOU O MUNDO, DEIXOU ESSAS
PLANTAS PARA O HOMEM SE LIVRAR DAS GRANDES EPIDEMIAS
E AS ENFERMIDADES CRUÉIS. SÃO ELAS:**
*Sara-Tudo, Sara-Cura-Mirá, Marapuamã, Mirantan, Cumarú, Sucupira,
Amapá, Quina da Mata, Abotá, Andiroba, Guaraná, Caju-Açu, Oichí,
Ipê, Copaiba, Aroeira, Unha-de-Gato, Itaúba, Pratudo, Mururê, Socubá.*
*Essas curam: Diabetes, Colesterol, Reumatismo, Dores Musculares, Febre,
Dor de Cabeça, Próstata, Câncer, Asma, Tuberculose, AIDS e qualquer doença.*
A Potência do homem vai a mil, o dorminhoco acorda e levanta a procura
de alguma coisa, pode botar Fé, que eu garanto com certeza.

Figura 3. Rótulo da Garrafada

As propriedades terapêuticas das plantas citadas no rótulo são apontadas como anti-inflamatórias que servem, inclusive, para melhorar a libido e a disfunção sexual. O apelo sexual contido na frase “a potência do homem vai a mil, o dorminhoco acorda e levanta a procura de alguma coisa, pode botar fé, que eu garanto com certeza”, é empregado como estratégia comercial que o idoso utiliza para dar credibilidade ao produto a partir da ilustração do próprio exemplo de disposição para o sexo.

Na credence popular, os recursos da floresta são utilizados como estratégias milagrosas contra os males que se apoderam do corpo humano, incluindo as perdas naturais decorrentes da ação do tempo, como o declínio da potência sexual. Para isso, os homens idosos se apoiam na ajuda da natureza para fundamentar as suas invenções que servem para potencializar o uso do guaraná, da marapuama e do mirantã, que, por si só, possuem propriedades que propiciam o vigor viril.

Rodrigues et al. (2008) apontam que as garrafadas encontradas nos mercados populares do Brasil pretendem intensificar ou reavivar a atuação sexual masculina. Como afrodisíaco natural e tradicional, a garrafada apresenta uma perspectiva holística, que se propõe primeiramente como multifuncional atuando, também, como energético capaz de propiciar um bem-estar geral. Para esse autor,

Além de ser apresentada como afrodisíaco, a maca (um vegetal) aparece com o poder, entre muitos outros, de sanar fadiga, de restabelecer a fertilidade, de reequilibrar os hormônios femininos, de estimular a produção de leite materno, de melhorar o fluxo sanguíneo e de regularizar as funções do organismo como um todo. Na mesma linha, mais do que estimulante sexual, o guaraná pretende aperfeiçoar o sistema cardiorrespiratório, promovendo a oxigenação mais abundante das células. Promete diminuir o cansaço físico e mental mantendo a pessoa ativa e disposta. Anuncia-se como estimulante e excitante de efeito geral. Promovendo a melhora do humor, o guaraná diminui a depressão, elevando o moral psicológico e recuperando o estado de ânimo. Segundo as descrições

encontradas, estes frutos mantem os intestinos regulados e combate às cólicas. Atua como verdadeiro “elixir da juventude” (Rodrigues, 2008, p. 100).

Os elementos da natureza são dispostos dentro de um sistema simbólico de crenças que atuam no sentido de organização da vida e das práticas sociais. No campo da sexualidade, não são somente as plantas que prometem a restauração da potência sexual e a possibilidade de atrair relacionamentos por meio dos banhos de flores e folhas de árvores. Existem, ainda, amuletos feitos a partir dos órgãos sexuais de animais representados no mundo mítico como sedutores e encantadores sexuais, como os botos³, que são utilizados por quem deseja atrair sexualmente alguém e manter a pessoa em um relacionamento afetivo prolongado.

O perfume da bota é feito da vagina do próprio animal que é colocada dentro do frasco na intenção de as mulheres atraírem sexualmente os homens que desejam, assim como para os homens existem frascos com álcool contendo o pênis do boto para atrair mulheres e um outro amuleto chamado “cajila”, que é o olho do animal, carregado no bolso ou escondido dentro do chapéu do homem, que serve para atrair a caça, a pesca, os bons negócios e os amores. Fraxe (2004, p. 340) observa que a associação do animal à ordem da libido se justifica não só pelo poder sobrenatural atribuído ao boto, mas também em decorrência de que os seus órgãos sexuais se assemelham aos da espécie humana, segundo relatos de quem teve relação sexual com a espécie e que, por isso, o pênis e a vagina do animal servem de “amuleto propiciador de sedução e aventuras sexuais”.

Nos mercados populares das cidades de Belém e Manaus, encontram-se barracas que vendem toda a sorte desses artifícios a quem procura conquistar o amor de alguém e ser bem-aventurado nas paixões, cuja eficácia se sustenta na aura mítica que envolve os elementos da floresta e das águas. As orientações de uso são prescritas por curandeiros nos rótulos dos produtos e orientadas pelos vendedores das barracas que vendem desde raízes e xaropes que prometem desde a cura de problemas respiratórios, intestinais, cardíacos até doenças crônicas que a medicina erudita ainda não encontrou a cura, como o câncer e a AIDS, até porções para quem quer conquistar marido/esposa alheio (a), para quem foi traído pelo parceiro, segurar relacionamento, dentre outros.

A procura por afrodisíacos para a melhora do desempenho sexual ou da impotência sexual data de muito tempo. Del Priore (2001) explica que o medo da impotência levava os homens a recorrerem aos afrodisíacos naturais, como as garrafadas à base de catuaba que eram feitas à base dos conhecimentos fitoterápicos dos tupi-guaranis. Acreditava-se que a impotência sexual era obra de feitiço de benzedeiros, curandeiros e bruxas e era tão grave que poderia causar a anulação do casamento. Por isso, “buscava-se, então, toda a sorte de simpatia, remédio analógico ou mezinha milagrosa capaz de combater um mal capaz de ameaçar a função de homens e mulheres sobre a face da Terra” (Ibidem, pp. 110-111). Com o passar do tempo, a fé nas rezas e benzeduras serviram para fortalecer a crença na eficácia desses remédios naturais.

A impotência sexual se configura como uma questão perturbadora para os homens, pois afronta diretamente a sustentação da masculinidade que se edificou, principalmente, em torno da capacidade de penetrar sexualmente uma mulher. O problema passa a ser associado às causas orgânicas do envelhecimento que anula o homem e estabelece, no lugar, o homem idoso

³O boto é um animal à semelhança de um golfinho que vive nos rios da Amazônia.

enquanto sujeito assexuado, rebaixado em sua condição de gênero, equiparado, portanto, à mulher velha em termos de decrepitude.

A equação funciona de forma que enquanto o homem permanece sexualmente ativo, ele nega a velhice, mas a partir do momento em que ele se torna impossibilitado de fazer sexo, a velhice se torna, finalmente, uma realidade para ele simbolizando um ritual de encerramento da condição humana carnal. Nesse sentido, Bourdieu (2016, p. 34) afirma que “o ato sexual é pensado em função do primado da masculinidade”. Assim, para os homens idosos, não praticar mais sexo é ser excluído do universo masculino, é assinar definitivamente a sentença de inutilidade, como demonstra Canário (62 anos),

Eu acho que nem homem eu vou mais me sentir porque o prazer da vida do homem é o sexo. Ele pode ter tudo, mas se ele não tiver o sexo, ele não tem nada. Ele não é mais nem tão homem, ele não é mais homem [quando para de fazer sexo]. Pode ter dinheiro, pode ter riqueza, pode ter tudo, mas se não tem sexo, para quê tanta coisa se não tem o mais importante, que é o sexo? (Ponce de Leão, 2018).

A atividade sexual é enaltecida como uma importante fonte de felicidade e de realização pessoal para o sujeito desde que se realize no primado da ereção e da penetração. É nesse sentido que o Viagra surge na cena pública como restaurador de sonhos capaz de “trazer de novo à ativa os velhos senhores sexualmente aposentados” (Rodrigues et al., 2008, p. 87) através de um simples comprimido. A promessa de eficácia do Viagra propôs a abolição do termo “impotência sexual” – à medida que remete à ideia de fracasso masculino – pela substituição por “disfunção sexual”, pois tenta-se fazer acreditar que a dificuldade de ereção se trata de um problema pontual, localizado e de fácil resolução.

Mas, o Viagra é um medicamento como outro qualquer que necessita ser administrado mediante prescrição médica, pois apresenta efeitos colaterais que podem comprometer o funcionamento do sistema cardiovascular, não podendo, portanto, ser consumido sempre que o homem sentir vontade de fazer sexo, pois pode acarretar risco de morte.

Além disso, o Viagra é a denúncia da impotência sexual dos homens idosos. Ao recorrerem ao medicamento, os idosos se sentenciam à inutilidade sexual por dependerem de ajuda para continuarem sendo homem quando a valorização da virilidade deve ser honrada por se manter natural como sempre foi ao longo da vida. Canário (62 anos) se orgulha de sua virilidade na idade que tem ao negar a necessidade de utilização do Viagra. Para ele, a sua potência sexual é suficiente para satisfazer a si próprio e à esposa, justificando assim:

A minha mulher tem 57 anos. Se eu tomar Viagra, eu vou dar duas, três fudas na noite, eu sei lá se ela vai aguentar também! Eu sei que a mulher não é assim, também, só para abrir as pernas, não. Eu vou fazer isso tudinho e ela vai ter prazer só uma vez no sexo, só naquela hora, e depois, só para me servir? Então, nós vamos continuar sem Viagra (Ponce de Leão, 2018).

O relato deste homem disfarça o próprio medo de tentar remediar a deficiência de sua virilidade sacrificando a sua vida por causa disso. Ao transferir o seu medo para a fraqueza sexual da esposa, Canário tenta salvar a sua honra inferiorizando a mulher pela degradação do seu corpo considerado mais fraco por ele embora ela seja mais jovem. De acordo com Pascual (2002), da mesma forma que a disfunção erétil não se constitui como impedimento para a

manutenção da vida sexual na velhice, as alterações hormonais por que passam o corpo feminino na idade avançada não se constituem como barreiras para a consumação do ato sexual, principalmente se a mulher ainda sentir desejo sexual.

Ora, a mulher velha encontra menos obstáculos para a consumação do ato sexual do que o homem idoso. Enquanto ele depende da ereção para a consumação da prática do sexo, a mulher precisa, apenas, estar relaxada para que a penetração sexual ocorra sem muito incômodo e essa possibilidade se estende até à velhice, ainda que a velha esteja propensa à secura vaginal em razão de problemas hormonais. O poder sexual da mulher até idade avançada assusta Canário, que para se eximir de sua impotência sexual, desqualifica a esposa como fraca e incapaz.

Aos cinquenta e sete anos de idade, a esposa de Canário não sofre com a falta de vigor sexual. Embora a mulher precise de uma estimulação maior para ser excitada sexualmente, ela gasta um tempo menor do que o homem para se reestabelecer após o ato sexual, ao contrário do homem, que se prepara mais rápido para o coito tão logo a ereção peniana seja ativada, mas, em contrapartida, demora mais tempo para conseguir uma nova ereção, que a torna ainda mais retardada por ocasião da velhice ou de problemas de saúde que podem desembocar na disfunção erétil. Mas, a mulher, não. Ela não só é capaz de permanecer sexualmente ativa até o final da vida, salvo em casos de problemas de saúde que comprometam a saúde sexual, como também é capaz de produzir mais orgasmos do que o homem em uma única relação sexual, diferente dele que só tem capacidade de ejacular uma vez a cada ato sexual. Esse fenômeno se dá, de acordo com Abreu (2015, pp. 102-103) em virtude de que,

No homem, existe uma sensação de inevitabilidade ejaculatória, seguida da ejaculação do sêmen propriamente dita. Na mulher, ocorrem contrações da parede do terço inferior da vagina. Em ambos, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente. Na última fase ou de resolução ocorre o relaxamento muscular e bem-estar geral. Roveratti (2002) assinala que durante esta fase, os homens são fisiologicamente refratários a outra ereção e outro orgasmo por um período variável de tempo. Em contrapartida, as mulheres podem ser capazes de responder a uma estimulação adicional quase que imediatamente. Saffioti (2004) indica que o prazer do orgasmo é registrado em apenas um ponto do cérebro masculino, ou seja, o septum. Nas mulheres, são três os pontos em que esse registro ocorre: septum, hipotálamo e amígdala. Dir-se-ia que as mulheres desfrutam da triplicação do poder do orgasmo.

A estratégia de Canário de acusar a esposa de não aguentar a sua potência sexual, caso ele faça a ingestão de estimulantes sexuais, trata-se, portanto, de uma fuga que ele encontra para justificar o medo que ele sente do poder sexual que a mulher mantém até a velhice capaz de sujeitá-lo à desmoralização de sua masculinidade pela possibilidade de ela trocá-lo por um outro homem com um vigor viril mais juvenil que a satisfaça sexualmente, já que o marido idoso não consegue mais dar conta. Por isso, ele se utiliza não só do preconceito de gênero, como se a mulher não tivesse sexualidade autônoma, mas também emprega o preconceito de idade como se ela tivesse prazo de validade sexual que vence com o tempo, tudo isso como forma de justificar a sua impotência sexual e o medo de morrer ao arriscar a sua vida recorrendo aos estimulantes sexuais para se manter viril.

A disfunção do pênis destitui o sujeito de sua condição masculina, pois é o elemento diferenciador do feminino, o qual lhe permite a sensação de domínio e superioridade em relação ao sexo feminino.

Como a fonte de prazer masculina se concentrou na genitalidade, logo, a privação da atividade sexual retira do homem o sentido de valorização social masculina. Sem a funcionalidade do pênis, o gênero é mortificado, por isso, não vale mais a pena permanecer vivo estando “morto”, no sentido de disfuncionalidade erétil. Para Sabiá (70 anos), “o dia que o meu pinto não levantar mais, que eu não conseguir comer uma mulher, vou pedir a Deus que me tire dessa vida. Porque, o que eu quero mais se eu ver uma mulher bonita e não der conta? Tô maluco, será?” (Ponce de Leão, 2018).

A masculinidade patriarcal erigida e sustentada no princípio masculino impôs prazo de validade ao homem ao não considerar as perdas naturais que o corpo enfrenta com o passar do tempo. O dever de afirmar em toda e em qualquer circunstância a virilidade representa muito mais do que a habilitação da potência sexual se constituindo como um símbolo de honra (Bourdieu, 2016). O falo murcho, mole, sem vigor ressoa em uma masculinidade frouxa, desmoralizada, que inutiliza o homem, por isso, é melhor “cair morto antes que isso aconteça” (Beija-Flor, 77 anos, Ponce de Leão, 2018).

Ao condicionar a vigência da masculinidade à funcionalidade do falo, é possível dizer que a masculinidade patriarcal imprime marcas de autoviolência no homem pelo fato de ele não conseguir mais atender aos requisitos que dele se espera, como se manter sexualmente ativo. Nesse sentido, Castro (2018, p. 91) considera que “a busca de aprovação a partir dos parâmetros da masculinidade hegemônica leva os homens a um processo constante de frustração por não ser possível atingir os padrões impostos por esta visão de masculinidade”.

A prática do sexo na vida dos homens idosos ganha o estatuto de centralidade como forma de assegurar a sustentação da masculinidade na velhice. Para Nolasco (1993), o trabalho e o sexo são as atividades sinalizadoras do ser homem. Mas, o sexo, para os homens idosos, assume a função privilegiada para legitimar a masculinidade. Isso porque a masculinidade patriarcal se estabelece na superioridade masculina a partir do poder viril do falo que deprecia a mulher como inferior e frágil destinando-lhe o lugar da subalternidade.

3. Considerações Finais

A fenomenologia da garrafada na vida sexual dos homens idosos que vivem em uma cidade da Amazônia é compreendida como um elixir que cura tudo, desde as limitações biofisiológicas da velhice.

Dos apontamentos discutidos neste texto, podemos chegar a conclusão de que o poder simbólico atribuído à garrafada reside no imaginário dos homens que vivem no contexto amazônico. As garrafadas se configuram no rito da pajelança indígena, que consiste em um tipo de curanderia que parte da compreensão de que a floresta contém fontes medicinais capazes de restaurar o bem-estar físico do homem.

Os homens idosos que se utilizam da garrafada com o propósito de melhorar o vigor sexual, o que se percebe é que eles logram êxito nem tanto pelo “poder” da garrafada, mas porque aprendem a redimensionar a sexualidade investindo mais tempo nas carícias preliminares como forma de serem estimulados sexualmente até conseguirem obter ereção sexual para possibilitar

o coito, o que não acontecia durante as suas juventudes e maturidades em razão da resposta mais rápida à estimulação sexual.

Sendo assim, podemos entender que o tema da sexualidade na velhice é permeado por elementos simbólicos e de conflitos, diferente do que se lê em várias literaturas românticas sobre o tema. Pelo exposto, depreende-se que a necessidade de manter a virilidade na idade avançada é uma prova de masculinidade no competitivo universo dos homens, nem que, para isso, se sustente a sexualidade por meio de uma discursividade justificada apenas no imaginário dos homens idosos.

4. Bibliografia

- Abreu, J. C. (2015). *Dor e entrelaçamento dos corpos*. São Paulo: All Print Editora.
- Bourdieu, P. (2016). *A dominação masculina* (3ª Ed.). Rio de Janeiro: BestBolso.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FVG.
- Brigeiro, M. & Maksud, I. (2009). Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Revista Estudos Feministas*, 17 (1).
- Debert, G. G., & Brigeiro, M. (2012). Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(80), 37-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092012000300003>
- Castro, R. G (2018). *Redimindo masculinidades: Representações e significados de masculinidades e violência na perspectiva de uma teologia pastoral amazônica*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Del Priore, M. (2001). Homens e mulheres: o imaginário sobre a esterilidade na América portuguesa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8(1), 99-112. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200005>.
- Fraxe, T. J. P (2004). *Cultura cabocla-ribeirinha: mitos, lendas e transculturalidade*. São Paulo: Annablume.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Nolasco, S. (1993). *O mito da masculinidade*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Nonato, A. A. M. P. L., Alves, E. N., & Filho, S. A. (2016). Entre o rural e o urbano: modos de viver a velhice em Parintins. *Revista Eletrônica Mutações*, 7(13), 195-209.
- Pascual, C. P. (2002). *A sexualidade do idoso vista com novo olhar*. São Paulo: Edições Loyola.
- Ponce de Leão, A. A. M. (2018). *Sexo e sexualidade na velhice: práticas transgressoras e negociadas no contexto amazônico*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Amazonas.
- Rodrigues, J. C., Toledo, M. L., & Leite, S. (2008). Disfunção erétil: comunicação e significação. *Alceu*, 8(16), 86-107.
- Trindade, D. C. (2013). *As benzedoras de Parintins: práticas, rezas e simpatias*. Manaus: Edua.
- UCHÔA, Jane (2012). Viagens da Floresta. In: Revista Biografia. Disponível em: <http://sociedadedospoetasamigos.blogspot.com>

Envelhecimento e pandemia: Vivências e evidências da intervenção em contexto institucional

MADALENA ABREU

Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava

madalenabreu95@gmail.com

enviado a 26/01/2021 e aceite a 22/02/2021

Resumo

O envelhecimento representa um conjunto de transformações únicas para cada indivíduo e corresponde a uma etapa desafiante para a pessoa idosa, assim como, para as abordagens multidisciplinares, ao nível da intervenção. Objetiva-se apresentar vivências institucionais, inerentes ao processo de contingência, imposto pela COVID-19 e medidas para satisfação de necessidades dos idosos, bem como, avaliar a sintomatologia depressiva de utentes integrados nas respostas sociais: Lar de Idosos, Residência para Idosos e Centro de Dia do Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava. Para além da implementação do plano de contingência e de técnicas de observação dos acontecimentos, avaliaram-se 30 utentes com a *Geriatric Depression Scale*. A integração em instituições, que garantam a satisfação das necessidades que, muitas vezes, os idosos carecem, implica um processo singular de adaptação e ajustamento a uma nova realidade. A situação pandémica constitui-se um novo desafio, que implicou a mobilização de estratégias individuais e multidisciplinares, a nível institucional, para responder às necessidades emergentes, considerando que a população idosa é o principal grupo de risco. Do estudo realizado, verificou-se que a sintomatologia depressiva foi identificada em níveis ligeiros e requer posterior avaliação. Para corresponder às novas exigências da situação pandémica e às necessidades deste público-alvo, são apresentadas estratégias para garantir o bem-estar subjetivo e psicológico da pessoa idosa, em contexto institucional.

Palavras-chave: envelhecimento; COVID-19; pessoa idosa; sintomatologia depressiva; plano de contingência.

Abstract

Ageing represents a set of unique transformations for each individual and corresponds to a challenging stage for the elderly person, as well as for multidisciplinary approaches to intervention. The objective is to present institutional experiences, inherent to the contingency process, imposed by COVID-19 and measures to meet the needs of the elderly, as well as to evaluate the depressive symptoms of users in Nursing Home, Residence for the Elderly and Parish Social Centre of *São Bento da Ribeira Brava*. In addition to the implementation of the contingency plan and techniques for observing events, 30 users were evaluated with the Geriatric Depression Scale. The integration in institutions, which guarantee the satisfaction of the needs that the elderly often lack, implies a singular process of adaptation and adjustment to a new reality. The pandemic poses a new challenge, which implied the mobilisation of individual and multidisciplinary strategies at an institutional level, to respond to emerging needs, considering that the elderly population is the main risk group. From the study carried out, it was found that depressive symptoms were identified at mild levels and require further evaluation. To meet the new demands of the pandemic and the needs of this target group, strategies are presented to ensure the subjective and psychological well-being of the elderly in an institutional context.

Keywords: Ageing; COVID-19; elderly person; depressive symptoms; contingency plan.

1. Introdução

É possível olhar o envelhecimento como um conjunto de progressivos momentos de transformação. Estas transformações desenvolvem-se a partir de aspetos idiossincráticos

(história de vida, fatores biogenéticos, desenvolvimento) e outras questões mais nomotéticas, associadas ao processo de desenvolvimento, com aspetos comuns nas principais alterações e dificuldades que, mais tarde ou mais cedo, tendem a surgir (Fonseca, 2010; Furstenberg, 2002). O processo de envelhecimento associa-se à criação de uma nova imagem pessoal, distinta da fase tida em vida adulta, o que acarreta os seus singulares desafios (Fonseca, 2010).

A um nível psicológico, é possível verificar um conjunto de adaptações e ajustamentos aos desafios e mudanças que surgem, de forma individual. Importa considerar as diferenças individuais neste processo, pois são vários os fatores que influenciam o desenvolvimento psicológico no idoso, desde as características biológicas às psicológicas e as sociais (Fonseca, 2005, 2010). Dentro das várias mudanças, que podem surgir, podemos distinguir as que acontecem a um nível físico. Segundo Assis (2004), são frequentes as dificuldades de locomoção, surgimento de doenças relacionadas com o envelhecimento, perda de autonomia na realização das suas tarefas diárias. Isso associado à solidão e incapacidade das famílias prestarem os cuidados, leva à procura de soluções que garantam a satisfação das necessidades básicas (e.g. serviços de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, internamento em Lar).

Ao nível social, a rede de contatos, muitas vezes associada à profissão e a um envolvimento mais ativo na sociedade, vê-se diminuída ou modificada, pois, quando o idoso começa a envolver-se em outras atividades (e.g. admissão em Centro de Dia, Residência para Idosos, Lar, ou até, em atividades de lazer na comunidade, e seio familiar) as redes tendem a alterar-se, mas continuam a existir, surgindo novos contactos e relações interpessoais positivas (Bessa & Silva, 2008; Zimmerman, 2000).

Refletindo agora sobre mudanças, a um nível cognitivo e emocional, o declínio cognitivo, o surgimento de quadros de demência, são questões frequentes. Também os desafios emocionais, relacionados com perdas de pessoas significativas, perdas de capacidades, dificuldade de gestão emocional, associada a todas as mudanças e desafios que surgem, acarretam alterações dos estados emocionais e o surgimento de sintomatologia depressiva e ansiosa (Apóstolo et al., 2011; Fonseca, 2010; Lerner, 2002).

O conceito de *Lar de Idosos* tende a associar-se a determinados preconceitos e estereótipos, quer pelo estado físico e mental “adoecido”, em que se acredita que os residentes estejam, quer pelos cuidados pouco personalizados e respeitadores da individualidade e vontades dos mesmos (Pimentel, 2001). Na admissão, é notória, por vezes, a existência desses preconceitos, da parte dos utentes e famílias, assistindo-se à quebra dos mesmos com a realidade vivida, no dia a dia. Apesar disso, o surgimento e respetiva gestão dos medos, assim como, a adaptação a um novo contexto, são necessários e envolvem disponibilidade pessoal do utente, assim como, das famílias e equipa prestadora de cuidados, sendo, portanto, um desafio sistémico (Lemos, 2005). Este processo de adaptação, a uma nova rotina e a uma dinâmica de funcionamento de toda uma Instituição, acarreta normativos momentos de crise, por vezes, acompanhados por estados de ansiedade e humor instável (Costa, 2002). Ainda que, o ambiente institucional procure oferecer uma base segura, adaptando-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, o processo de adaptação deve considerar o tempo individual de cada pessoa (Talerico, 2004). Em todas as fases do desenvolvimento vivemos e identificamos diferentes desafios e mudanças. Para serem ultrapassados com sucesso implica aprendizagens, adaptações e esforços pessoais, assim como, suporte do meio em que a pessoa está inserida (Fonseca, 2006). A

intervenção psicológica tem um papel importante nestes períodos cruciais de mudança e adaptação a um novo contexto, bem como, no acompanhamento de outras dificuldades e desafios, associados a esta faixa etária. Alguns exemplos são as complicações ao nível de doença física, relação com os familiares ou perdas de pessoas significativas (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015).

O Centro Social e Paroquial de São Bento é uma instituição particular de solidariedade social. A instituição inclui várias respostas sociais distintas e instituídas através de acordos de cooperação/gestão com o instituto de Segurança Social da Madeira (ISSM, IP-RAM). As várias respostas sociais são: Lar de Idosos, Residência para Idosos, 2 Centros de Dia (C. Dia de São bento e C. Dia do Campanário), 3 Centros de Convívio (C. C. do Campanário; C.C. Da Serra de Água; C. C. da Furna), Serviço de Ajuda Domiciliária, Apoio Social da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados e Casa de Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.

A COVID-19 surgiu e prevaleceu com grande impacto social e psicológico na Região Autónoma da Madeira, em 2020. Tal implicou, desde cedo, a mobilização de estratégias e recursos pessoais e sociais para enfrentar esta nova realidade, sobre a qual sabíamos tão pouco (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2020). Como referido, a pessoa idosa enfrenta, pelas suas características e avançar da idade, um conjunto de desafios (Fonseca, 2010), o mesmo acontecendo, naturalmente, com a pessoa idosa institucionalizada que apesar de algumas diferenças vive igualmente esta fase pandémica, com receios pelo desconhecido (Brooks, 2020; Fiorillo & Gorwood, 2020; OPP, 2020).

Face ao exposto, a partilha de experiências de gestão e de suporte à pessoa idosa, no contexto de acolhimento, representa uma mais-valia, sobretudo para comunicar e promover métodos facilitadores da intervenção, nesta realidade, ou em situações futuras idênticas. Deste modo, no Centro Social e Paroquial de São Bento, ao longo do tempo, implementou-se uma série de estratégias de comunicação e de suporte face à situação pandémica. A partilha de informação fidedigna e de suporte, com conteúdo verdadeiro, ou ainda estratégias de escuta e suporte, com base na compreensão da interpretação da pessoa idosa e da sua vivência têm-se revelado essenciais na promoção da resiliência, da confiança e da autonomia das pessoas em instituições de acolhimento (OPP, 2020).

Entre os conceitos expostos e debatidos, a COVID-19 trouxe desafios acrescidos para a gestão do bem-estar e promoção da autonomia de idosos, em contexto de acolhimento, contínuo ou temporário (Fiorillo & Gorwood, 2020). Deste modo, a partilha de estratégias e conhecimentos, bem como, de sentimentos e de pensamentos decorrentes desses processos de gestão, representam uma mais-valia. Isto quer para o entendimento do fenómeno em si, quer para auxiliar a prestação de cuidados necessários, ao longo do processo, que compreende o início da vacinação das populações mais vulneráveis ao vírus, como é a faixa etária mais idosa e os prestadores de cuidados.

No contexto de pandemia, o Centro Social e Paroquial e São Bento seguiu as diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde, Serviço de Saúde da RAM e Instituto de Segurança Social IP- RAM, com intuito de prevenir o contágio e proteger os idosos. Entre as várias medidas de prevenção adotadas, ao nível do funcionamento, onde se poderiam elencar inúmeros procedimentos de segurança, como a aquisição de equipamentos e produtos de desinfeção,

como também medidas de confinamento, que alteraram a dinâmica institucional e o dia a dia dos idosos.

O objetivo geral do presente trabalho é o de apresentar vivências inerentes ao processo de contingência imposto pela COVID-19 e medidas para satisfação de necessidades da pessoa idosa, refletindo sobre fatores de sintomatologia depressiva de utentes acolhidos em Lar de Idosos, Residência para idosos e Centro de Dia, à luz do modelo de intervenção do Centro Social e Paroquial de São Bento. Para o efeito, refletimos, primeiramente, sobre algumas medidas implementadas, no âmbito do plano de contingência da Instituição, face à propagação do vírus Sars-Cov-2. Em segundo lugar, apresentam-se dados descritivos das medidas de resposta às necessidades, limitadas pelas contingências pandémicas e alguns segmentos de discurso. Por último, reflete-se sobre a testagem psicológica a um grupo de utentes da Instituição.

2. Método

2.1. Amostra

O estudo realizado, de cariz qualitativo, descritivo, transversal, com recurso à observação e testagem psicométrica, incluiu a participação de 69 pessoas (7 do sexo masculino e 62 do sexo feminino), com idades compreendidas 53 e 100 anos ($M=81.99$ anos). Estas pessoas estavam integradas em três respostas sociais de acolhimento de idosos (Centros de Dia, Lar e Residência para Idosos), tendo definido como critério de inclusão os que mantinham preservada a capacidade de resposta autónoma e orientada. Em termos da avaliação psicométrica, foram testadas 30 pessoas, das três respostas sociais da Instituição (i.e., Lar de Idosos, Residência para Idosos e Centro de Dia), com idades compreendidas entre os 53 e 100 anos ($M=80.6$ anos).

2.2. Materiais

Plano de Contingência à COVID-19: Com base nas orientações normativas das autoridades de saúde (Direção Geral de Saúde, Serviço de Saúde da RAM) e Instituto de Segurança Social IP-RAM), elaborou-se um plano de contingência para prevenir e conter a entrada e propagação do vírus em ambiente institucional.

Geriatric Depression Scale (GDS): Foi utilizada a versão de 30 itens (Yesavage et al., 1982; Pocinho et al., 2009; Veríssimo, 1998). Esta é uma escala de autoavaliação, com duas alternativas de resposta, tendo em consideração, o modo como a pessoa idosa se tem sentido na última semana. Atribui-se 1 ponto para a resposta sim e 0 pontos para a resposta não. Na cotação da GDS, deve-se observar que os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 devem ser invertidos. Ou seja, uma resposta “Não” corresponde a um ponto. Para os restantes itens é atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. A cotação final corresponde ao somatório das respostas aos 30 itens. Relativamente, às versões reduzidas de 15, de 10 e de 5 itens os procedimentos são os mesmos, tendo em conta, os itens que as constituem. A avaliação clínica da depressão, segundo as orientações teóricas da GDS, define-se em categorias de ausência de sintomas depressivos (0-10 pontos), depressão ligeira (11-20 pontos) e depressão severa (21-30), como sugere a literatura (Veríssimo, 1998; Yesavage et al., 1982). A aplicação do instrumento decorreu de forma intuitiva, sendo aceite pelos idosos e sem necessidade de explicações adicionais significativas.

2.3. Procedimentos

Foram cumpridas as questões relacionadas com a preservação do sigilo e proteção da identidade dos utentes. A fase de observação decorre de um procedimento diário, orientador da tomada de decisão para a melhoria progressiva dos procedimentos internos de cuidado aos idosos. Para avaliação psicológica, ao nível da sintomatologia depressiva, foram garantidas as condições logísticas para a avaliação, tendo sido adotados os procedimentos de administração de consentimento informado e esclarecido sobre a recolha de dados. Foi garantido um *setting* de atendimento adequado, com privacidade e condições (i.e., temperatura, conforto, segurança, suporte informativo), por forma a garantir uma experiência com menor risco de dano possível para os participantes.

3. Resultados

Face ao primeiro objetivo, procede-se à narrativa da observação e acompanhamento das dinâmicas, em função das contingências, determinadas pela necessidade de contenção e propagação do vírus Sars-Cov-2. Na fase inicial do período pandémico, procurou-se partilhar informações verdadeiras, estabelecendo um suporte baseado na empatia e no cuidado. O objetivo foi o de sensibilizar para o fenómeno, transmitindo conteúdo real do que se estava a passar, apesar de que, as informações que existiam, apesar de muitas, diziam pouco, dada a imprevisibilidade da propagação do vírus, nas primeiras semanas. Após as iniciais notícias da situação delicada que o mundo enfrentava, outra das primeiras condicionantes, na experiência diária, verbalizada pelos utentes, derivou de sentimentos de medo, estranheza e preocupação, dado o impacto causado pelo uso dos equipamentos necessários e os materiais de proteção. Outro aspeto, foi o de lidar com as primeiras medidas de contingência, a aprendizagem e cumprimento do distanciamento entre utentes, em todas as atividades, limitação do número de visitantes e gradual restrição de visitas, a restrição do contacto físico, com familiares, perda dos abraços. De seguida, apresentam-se alguns segmentos de discurso comuns decorrentes deste período inicial:

“Tanta coisa nas notícias, já não percebo nada!”

“Estamos todos doentes?”

“Nunca vi nada assim na minha vida.”

“Estamos aqui presos, que nem podemos ir à Igreja/ missa.”

“Isso já chegou aqui? Mata?”

“Não sabia que era assim tão mau.”

“Pensava que era só lá fora.”

“Que bicho tão mau.”

“Eu sou velhinha, mas nunca vi doença tão triste.”

Esta situação, sobremaneira, afetou também a equipa de trabalho, pois as expressões de medo foram naturais e ainda o são, quer pela possibilidade de contágio não apenas a si, enquanto pessoa e profissional, mas sobretudo às pessoas significativas, entre os quais, utentes

e familiares. Sem conseguirmos prever datas, soluções, e fim do fenómeno, bombardeados por informações e notícias, que rastreamos a sua chegada (dentro do possível) aos idosos, para que, obtivessem informações fidedignas, procuramos manter a nossa dinâmica de trabalho e oferecer suporte emocional, continuando a desenvolver atividades lúdicas, de estimulação cognitiva, a recorrer ao exercício físico, à música, e adaptando-se a esta realidade, um degrau de cada vez (OPP, 2020). Não obstante, expressaram-se sentimentos e discursos nesta dimensão, tais como:

“Deus me livre de contaminar alguém.”

“Ando sempre com medo.”

“Parece que todos os cuidados são poucos.”

“Tenho medo pela minha família.”

“Também sou uma pessoa de risco.”

A gestão emocional, necessária para enfrentar esta situação pandémica, revela-se algo desafiante, em termos de trabalho multidisciplinar, dado o surgimento de informações diárias, agravantes, necessidade de novas adaptações, aliada aos sinais de cansaço e desesperança. Daqui surgem, muitas vezes, na ótica da pessoa idosa, as naturais preocupações com a sua saúde pessoal, dos seus entes queridos e dos próprios trabalhadores, que lhes prestam cuidados (OPP 2020). A vivência desta nova realidade, obrigou a mudanças ao nível de uma maior distância física, entre idosos, trabalhadores e familiares, que apesar de ter um carácter protetor, assume também, um impacto negativo, para além das referidas preocupações, carência, sentimento de baixo suporte, a adaptação a novas rotinas e a esta problemática desconhecida (Brooks et al., 2020) como exemplificam os seguintes segmentos de discurso:

“Não se fala em outra coisa, só notícias tristes.”

“Eu preocupo-me com os meus filhos, saem todos os dias para trabalhar.”

“Não se vê fim para isto.”

De seguida, responde-se ao segundo objetivo, reportando as medidas adotadas, perante as situações críticas identificadas, no sentido de colmatar as necessidades dos idosos, garantindo a continuidade dos cuidados, para a promoção da autonomia e preservação do bem-estar dos utentes. Assim, identificou-se como principal área afetada as *relações familiares*, dada a impossibilidade de ocorrerem visitas e saídas da Instituição, desde março de 2020 - à exceção da deslocação a serviços de saúde. A perda do contacto físico e limitação das saídas e entradas na Instituição (e.g., a ida a casa nas festividades, nos aniversários, ou ainda os contactos sociais com a comunidade em eventos festivos), mostrou ser um aspeto, que acarreta muito sofrimento e que foi de difícil compreensão na ótica dos utentes:

“A minha família vinha sempre no dia do meu aniversário.”

“Íamos sempre beber um café à esplanada e agora não se pode.”

“Tenho saudades dos meus netos.”

“O fim de semana é o mais difícil.”

“Já não me lembro da última vez que vi o meu filho.”

“Vocês [os trabalhadores] vão todos os dias para casa, estão com os vossos.”

Esta evidência levou à urgência de criar alternativas, recorrendo-se a um maior uso das novas tecnologias, com a realização de videochamadas, procedendo-se à aquisição de *tablets*, que permitissem realizar videochamadas, com um maior número de utentes (Newman & Zainal, 2020). A aplicação desta medida, permitiu atenuar o efeito negativo da ausência de contacto com a família, promovendo um maior estado de bem-estar e de presença familiar, nas interações mantidas. Por outro lado, foram também adquiridos *softwares* de estimulação física, cognitiva e social, como o *SiosLife* e *Reh@city*, que denotaram grande adesão (Faria et al., 2016). Com os idosos detentores de *smartphones*, situação cada vez mais usual, foi realizado, pela Equipa da Ocupação, treino para utilização autónoma, na realização de videochamadas, chamadas de voz e *WhatsApp*. Apresentam-se alguns segmentos de discurso nos contactos mantidos, com os familiares, que revelam alegria pelo contacto, partilha de medos e preocupações, entre outras:

“Que saudades tinha de te ver, meu/minha filho(a)/ neto(a)...”

“Como estão as coisas?”

“Hoje vi o meu neto na internet.”

“Vocês estão bem de saúde?”

“É bom ver o meu filho (a).”

Outra necessidade essencial é a preservação do *bem-estar social, físico e mental* dos nossos utentes, relacionada com a garantia da manutenção de rotinas diárias, a partir das potencialidades de um trabalho multidisciplinar. As sentidas quebras de *autonomia* e o confinamento, nas unidades residenciais, foi gerador de pensamentos do género “estou preso/a” e de não satisfação de vontades e desejos. Estes sentimentos foram mais frequentes na Residência para Idosos, destinada a utentes com mais autonomia. Assim, a impossibilidade de realizar caminhadas, idas ao cabeleireiro, à mercearia, o impedimento, no geral, de saírem da unidade residencial, foi percebido muito negativamente. O *suporte emocional* implicou a necessidade da intervenção de um profissional na área da Psicologia, cujo trabalho estivesse direccionado para corresponder às necessidades dos utentes em cada etapa desta nova realidade. Seguem alguns exemplos dos habituais constrangimentos verbalizados:

“Eu vejo as pessoas a andar na rua, a fazer a sua vida.”

“Toda a gente faz a sua vida, só nós não podemos sair.”

“Todos os dias fazia a minha caminhada!”

“Eu ouço o sino da igreja e as pessoas a descer a rua, só nós não podemos ir à missa.”

“Eu fazia as minhas compras, agora temos de pedir tudo... [dizia uma idosa, emocionada].”

“Será que isto nunca mais acaba?”

“Isto é muita confusão para a minha cabeça.”

Selecionaram-se e adaptaram-se as principais atividades ocupacionais, com ligação afetiva aos utentes, que já vinham sendo implementadas (e.g., atividades musicais, desportivas/exercício físico, envolvimento na vida religiosa), sendo garantidas à distância, com recurso à tecnologia (*tablets*, computadores e televisão). Procurou-se assim, diversificar, desenvolver e aplicar novos materiais de estimulação cognitiva, assim como, ir ao encontro dos gostos pessoais, recurso a jogos lúdicos, mais tradicionais, o que se revelou importante para manter o envolvimento e atividade dos utentes, promovendo a autonomia face às dificuldades vivenciadas. Na resposta social, Residência para Idosos, pela questão de maior impacto da quebra na autonomia, na rotina diária e no bem-estar dos utentes, procurou-se aumentar o tempo despendido pelos profissionais da Equipa da Ocupação, na unidade, a fim de oferecer mais suporte emocional e realizar um maior número de atividades, com o grupo de idosos, mantendo uma rotina preenchida. Adicionalmente, e alargando-se aos utentes de Lar, a perda dos “mimos familiares”, como exemplo, alguns bens alimentares, no caso das pessoas idosas da Residência, acresceram-se aos produtos, que autonomamente tinham capacidade de adquirir e que, ali viam essa necessidade negada, causando desesperança, sentimento de limitação da autonomia e sofrimento. Nestas situações procurou-se recolher, semanalmente, junto dos idosos, os bens que pretendiam adquirir e a Instituição procurou colmatar estas necessidades individuais, minimizando o impacto negativo do mesmo. Ao nível do suporte emocional, procedeu-se ao acompanhamento psicológico individual de utentes, realização de um trabalho adaptado às circunstâncias e diferentes fases deste período pandémico, correspondente às necessidades individuais de cada um. Foram realizadas, sempre que necessário, sessões de esclarecimento, partilha de informações importantes, contando com o esclarecimento de dúvidas, receios sentidos, e procurando traduzir os mesmos em informações fidedignas, claras e que ajudassem a vivenciar todas estas novidades de forma mais tranquila e com maior ajustamento emocional.

Na prossecução do terceiro objetivo, apesar de todos os esforços para corresponder às necessidades dos utentes, foram notórios estados de ansiedade e de humor distímico, por vezes, mais patentes, tendo em conta as agravantes identificadas neste processo (Fiorillo & Gorwood, 2020). Marcadamente, identifica-se mais frequente humor distímico, associado à desesperança de que “as coisas voltem ao normal” (Brooks et al., 2020), pelo que, se optou por desenvolver uma avaliação de sintomatologia depressiva. Posto isto, a tabela 1 exhibe os casos distribuídos, segundo as categorias da GDS para diagnóstico do grau de severidade de sintomatologia depressiva geriátrica. Dos participantes, 15 pessoas apresentaram resultados indicativos de ausência de sintomatologia depressiva (50%). Dos restantes, 14 pessoas (46,7%) apresentaram sintomas, enquadrados num grau de sintomatologia ligeira para depressão, verificando-se um caso (3,3%) de sintomatologia severa.

Tabela 1. Levantamento descritivo da sintomatologia depressiva

	Ausência	Ligeira	Severa
Casos estudados	15	14	1

4. Conclusões

Face aos objetivos de apresentar uma narrativa assente na observação processual dos principais e significativos desafios impostos pelas medidas de contingência, adotadas, no âmbito da contenção à pandemia por COVID-19, passamos a descrever as principais conclusões.

Aliado ao processo de envelhecimento, a exposição às medidas impostas pela pandemia provocada pela propagação do vírus Sars-Cov-2, desde meados de março de 2020, na Região Autónoma da Madeira, trouxeram uma realidade complexa e novos desafios a um contexto, já por si, especial em termos de acompanhamento e promoção da autonomia e da dignidade da pessoa humana, na velhice. Perante isto, a incerteza, o medo e o sofrimento, derivado das contingências e da realidade vivenciada trouxeram, por um lado, constrangimentos, mas, por outro lado, desafios e estímulos à capacidade de resiliência, tanto das pessoas idosas, como das equipas multidisciplinares de intervenção. Estas verificaram-se, sobretudo, na preocupação de garantir informações fidedignas, com vista a uma sensibilização assertiva para a problemática em causa. Procurou-se também, manter as atividades ocupacionais e de estimulação cognitiva, gerindo as limitações impostas, pelas necessidades do uso de equipamentos de proteção individual e do distanciamento físico e procurando responder às necessidades de suporte emocional.

As medidas adotadas para colmatar os constrangimentos do confinamento, que os utentes estiveram expostos, foram gradualmente ajustadas, às principais dificuldades e necessidades avaliadas, e de acordo com as diretrizes do Serviços de Saúde. Os benefícios podem ser apresentados, a partir do estabelecimento de proximidade e maior frequência de contactos, entre utentes e familiares, que estão mais longe ou afastados fisicamente. Procurou-se, gradualmente, aumentar a frequência das videochamadas e promover a autonomia dos idosos, no uso do *tablet* e computador, incentivando a realização de forma autónoma de videochamadas e até, utilizar o mesmo de forma mais ocupacional, para recurso a jogos, redes sociais e ferramentas de estimulação cognitiva (Almeida et al., 2019). Estes recursos que inicialmente causaram estranheza hoje são amplamente utilizados e têm se revelado aliciantes para os idosos.

Ao nível da promoção do bem-estar social, físico e mental dos utentes, com a manutenção das rotinas e atividades diárias possíveis, a adaptação de algumas atividades, ao contexto de COVID-19 (i.e. garantir o distanciamento, recurso a outros espaços da Instituição, criar grupos mais pequenos nas atividades), foi outro dos desafios, que revelam a importância de um trabalho multidisciplinar, articulado e orientado para o suporte aos utentes. A prestação de suporte emocional, através de estratégias de intervenção psicológica (OPP, 2020), procurou corresponder às necessidades específicas de cada etapa, adaptando-se e realizando, sempre que necessário, sessões de esclarecimento, partilha de dados importantes, esclarecimentos de dúvidas, gestão do stress, medo e outras emoções desagradáveis. A procura por garantir meios de sensibilização e de suporte fidedignos, claros e de ajuda, permitiu que os utentes se adaptassem à nova realidade de forma mais positiva.

Quanto à testagem psicológica, importa considerar que 50% dos utentes avaliados, apesar das condicionantes, impostas pelas medidas de contingência, mantinham um humor eutímico e respostas resilientes às suas dificuldades. Estes são aspetos positivos e que se associa às diferenças individuais dos utentes como maior resiliência, estratégias eficazes de regulação

emocional e maior envolvimento em atividades positivas. Estes fatores pessoais beneficiaram ainda, dos esforços de toda a equipa de trabalho, na tentativa de manter uma rotina preenchida e diversificada, junto dos utentes, assim como, estratégias alternativas, que colmatam algumas condicionantes. Por observação, descreve-se uma progressiva adaptação às condicionantes e às alternativas encontradas (criação de dinâmicas e atividades), para colmatar as principais áreas prejudicadas (contacto com a comunidade e com as famílias). De acrescentar que, apesar da presença de alguma sintomatologia depressiva, nos utentes, este resultado seria expectável, considerando as atuais adversidades. Tal reforça a necessidade de dar continuidade aos esforços realizados para colmatar as condicionantes sentidas pelos nossos utentes, sendo promotores da manutenção da saúde mental dos mesmos. Ao nível da sintomatologia depressiva, espera-se manter um acompanhamento longitudinal, no sentido de compreender a evolução dos estados sintomatológicos, tendo em consideração, os momentos do processo de contenção do vírus até garantir imunidade de grupo.

Em suma, a realidade, decorrente do fenómeno COVID-19, associada aos esforços e adaptações necessárias para garantir um equilíbrio, entre necessidades de contingência e necessidades da pessoa idosa, originaram experiências e desafios fundamentais para garantir respostas sustentáveis. Estas foram resultado de um conjunto de esforços de toda uma equipa, que procurou escutar, compreender e responder às necessidades individuais dos utentes e das suas famílias. As técnicas e estratégias adotadas revelaram-se oportunas e promotoras da satisfação das necessidades dos idosos a vários níveis, desde as questões da promoção da autonomia, do bem-estar físico, social e mental, assim como, da manutenção das relações familiares e com as equipas ocupacionais, através da manutenção, ao máximo, das rotinas diárias. A capacidade de adaptação e de resiliência dos idosos, associadas a estados naturais de maior ansiedade e de sofrimento são aspetos importantes e demonstrativos de que as pessoas, nestas faixas etárias, conseguem atingir níveis de realização e de adaptação face à adversidade.

Em termos de implicações práticas, espera-se contribuir para a partilha de conhecimento para as Instituições prestadoras de serviços de apoio à pessoa idosa. Os resultados poderão ser importantes para medir o impacto das políticas de cuidado adotadas, assim como, para compreender o efeito decorrente da situação que os idosos, em contexto de acolhimento em Lar e noutras respostas sociais, têm vindo a vivenciar. Este pode ainda, extrapolar para outras situações de catástrofe idênticas, que venham a limitar, no futuro, a autonomia da pessoa idosa, nestes contextos.

Bibliografia

- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 193-201. <https://doi.org/doi.org/10.12707/RIII11104>
- Assis, M. (2004). Aspectos sociais do envelhecimento. In A.L. Saldanha & Caldas, C.P (Coord.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (2ª ed). Rio de Janeiro: Interciência.
- Bessa, M. E., Silva, M. J. (2008) Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis*, 17(2), 258-265.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Faria, A. L., Pinho, M. S., & i Badia, S. B. (2016, janeiro). Do papel-e-lápis à realidade virtual: Uma nova abordagem para reabilitação cognitiva personalizada. Apresentado no 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Lisboa.

- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- Fonseca, A. M. (2006). Transição e adaptação à reforma em Portugal. *Psychologica*, 42, 45-70.
- Fonseca, A. M., (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: Imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55(1), 1-24. <https://doi.org/doi.org/10.2190/3H62-78VR-6D9D-PLMH>
- Fiorillo, A, & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), 1-2. <https://doi.org/doi.10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Lemos, M. (2005). *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas*. Lisboa: Fundação Oriente.
- Lerner, R. (2002). *Concepts and theories of human development* (3ª ed). Mahwah: Erlbaum.
- Newman, M. G., & Zainal, N. H. (2020). The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public Health*, 5(1), 12-13.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Recomendações para a intervenção psicológica nas estruturas residenciais para pessoas idosas: Material de apoio*. Lisboa: OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento*. Lisboa: OPP.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pocinho, M. T. S. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236. <https://doi.org/doi.org/10.1080/07317110802678680>
- Talerico, K. A. (2004). Relocation to a Long-Term Care Facility: Working With Patients and Families Before, During, and After. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(3), 10-16.
- Veríssimo, M. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de Depressão Geriátrica*. Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto: Porto.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Treino cognitivo com recurso a novas tecnologias: Um estudo em contexto psiquiátrico

LILIANA TEIXEIRA¹

RUTE FERREIRA¹

JOANA CÂMARA^{1,2,3}

¹Casa de Saúde Câmara Pestana (CSCP)

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE/UC)

³NeuroRehabLab da NOVA Laboratory for Computer Science and Informatics (NOVA LINCS)

sr.psicologia2.cscp@irmashospitais.pt

enviado a 15/02/2021 e aceite a 03/03/2021

Resumo

Introdução: As perturbações do desenvolvimento intelectual (PDI) e as patologias psiquiátricas afetam o funcionamento cognitivo. Estas patologias estão associadas a um risco acrescido para desenvolver síndromes demenciais na idade avançada. Como tal, a implementação de intervenções baseadas no treino cognitivo representa uma estratégia importante de promoção do envelhecimento cognitivo saudável e de manutenção das capacidades cognitivas no contexto das PDI e das patologias psiquiátricas. O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto do projeto “Ginásio da Mente”, o qual consiste numa intervenção de treino cognitivo implementada através do *tablet*, numa amostra de pessoas com PDI e patologia psiquiátrica, em regime de internamento psiquiátrico.

Método: Neste estudo, foram incluídas 10 participantes. O projeto “Ginásio da Mente” compreendeu 50 sessões de treino cognitivo em grupo. As participantes foram submetidas a uma avaliação com o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e os subtestes Código e Pesquisa de Símbolos, em três momentos diferentes: inicial, intermédio e final.

Resultados: De acordo com as análises estatísticas realizadas, as participantes apenas apresentaram melhorias na tarefa de emparelhamento do subteste Código, sendo esta melhoria estatisticamente significativa no momento da avaliação intermédia.

Discussão e conclusão: O treino cognitivo através do *tablet* conduz a melhorias significativas na velocidade de processamento. A ausência de diferenças significativas nos demais domínios deve-se, em grande parte, a questões metodológicas. No entanto, consideramos que a implementação de intervenções baseadas no treino cognitivo junto de populações vulneráveis poderá contribuir para o envelhecimento cognitivo saudável.

Palavras-chave: Perturbação do desenvolvimento intelectual; Patologia psiquiátrica; Treino cognitivo; Tecnologias da informação e comunicação; Envelhecimento cognitivo saudável.

Abstract

Introduction: Intellectual developmental disorders and psychiatric disorders compromise cognitive functioning. These disorders are associated with a higher risk for late-life dementia. Therefore, cognitive training interventions represent an important strategy to promote healthy cognitive ageing and maintain cognitive functioning in the context of these clinical conditions. This study aimed to assess the impact of the project “*Ginásio da Mente*” (Mind Gym), which consists of a tablet-based cognitive training intervention, in a sample of patients with intellectual developmental disorders and psychiatric disorders, in psychiatric inpatient care.

Method: 10 participants fulfilled the inclusion criteria. The “*Ginásio da Mente*” project comprised 50 group cognitive training sessions. All participants were assessed with the Montreal Cognitive Assessment

(MoCA), the Digit Symbol and the Symbol Search, at three different moments: initial, intermediate and final.

Results: According to the statistical analyses, there were only significant improvements in the Digit Symbol's pairing optional task at the intermediate assessment moment.

Discussion and conclusion: Tablet-based cognitive training leads to significant improvements in processing speed. We believe that the absence of significant differences in the remaining assessed domains is mostly related to methodological issues. The implementation of cognitive training interventions in vulnerable clinical populations can contribute to healthy cognitive ageing.

Keywords: Intellectual developmental disorder; Psychiatric disorder; Cognitive training; Information and communications technologies; Healthy cognitive ageing.

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com mais de 60 anos na população duplicará até 2050 e estima-se que abranja cerca de 2 bilhões de pessoas (Whiteford et al., 2013 cit in. Bonnechère et al., 2020). Como tal, a OMS sugeriu que prevenir o declínio cognitivo e a demência é uma prioridade global de saúde mental.

O declínio cognitivo é uma consequência comum de vários quadros clínicos psiquiátricos, tais como a esquizofrenia, a perturbação afetiva bipolar e a perturbação depressiva major (Tuulio-Henriksson et al., 2011). No contexto destes quadros, verificam-se frequentemente alterações cognitivas de natureza atencional, mnésica e executiva que interferem significativamente com a capacidade funcional. As patologias psiquiátricas configuram um fator de risco acrescido para o desenvolvimento de demência (Silva et al., 2018). O mesmo se verifica na PDI. Segundo Strydom et al. (2013) os adultos com PDI apresentam uma maior probabilidade de desenvolver uma síndrome demencial na idade avançada, quando comparados com a população em geral.

As intervenções de cariz cognitivo, de que são exemplo o treino cognitivo, visam contribuir para a preservação e melhoria das funções cognitivas de vários grupos clínicos (pessoas com patologias do neurodesenvolvimento, neurológicas e psiquiátricas) e não clínicos (adultos saudáveis) (Sherman et al., 2017). O treino cognitivo envolve a prática repetida de um conjunto de tarefas especificamente dirigidas para o treino de determinadas funções cognitivas, designadamente a atenção, a memória, a linguagem e as funções executivas (Clare et al., 2004). Esta técnica pode ser realizada individualmente ou em grupo, podendo as tarefas ser apresentadas em formato papel-e-lápis ou em formato computadorizado. A evidência científica atual sugere que as intervenções de treino cognitivo podem ser eficazes na melhoria do funcionamento cognitivo de pessoas com diferentes quadros clínicos neurológicos e psiquiátricos (Keshavan et al., 2014). O treino cognitivo tem também uma aplicabilidade nas perturbações do neurodesenvolvimento, como é o caso das PDI, visto que as capacidades cognitivas estão significativamente afetadas desde o início da vida e, no decurso do processo de envelhecimento, tendem a deteriorar-se (Keshavan et al., 2014).

O papel dos jogos nos cuidados de saúde tem sido cada vez mais evidente ao longo dos anos. Jogos que inicialmente eram vistos apenas como meios de entretenimento, hoje podem ser vistos como uma ferramenta de trabalho terapêutico. O termo "Jogos sérios" foi primeiramente utilizado em 1970 por Clark Abt (Rocha et al., 2015). Os jogos sérios são utilizados numa perspetiva mais séria e responsável, pois tratam-se de jogos com um propósito bem definido. Segundo Michael e Chen (2002) estes jogos não têm como objetivo principal o entretenimento.

Zyda (2005) refere que o entretenimento é o elemento de partida, mas é a componente pedagógica que possibilita a aprendizagem e que caracteriza os jogos sérios. Atualmente os jogos sérios são utilizados como ferramentas importantes em várias áreas, como a educação e a saúde, nomeadamente na psicoterapia (Yusof et al., 2014) e na psicoeducação (Fitzgerald, et al. 2020).

Os avanços ao nível da ciência e da tecnologia permitiram aumentar a facilidade de informatizar intervenções cognitivas tradicionais. As intervenções cognitivas computadorizadas têm várias vantagens sobre as intervenções tradicionais, designadamente: a administração uniforme dos estímulos; a avaliação automática em tempo real e a comparação de desempenhos; a presença de elementos motivadores e *feedback* imediato; a relação custo-eficácia; a possibilidade de oferecer uma abordagem flexível e personalizada; e a facilidade de implementação (Manca et al., 2021). Assim, os jogos sérios interativos podem desempenhar um papel importante no treino cognitivo. Até agora, muitos destes jogos foram implementados através dos *tablets*, os quais representam uma solução económica e *user-friendly* (Faria et al., 2016, 2020; Manca et al., 2021).

O número de programas de treino cognitivo disponíveis tem vindo a aumentar, havendo cada vez maior necessidade de proceder a uma avaliação da sua eficácia. Ao longo dos anos têm surgido alguns estudos experimentais que investigam o uso de *softwares* de treino cognitivo. Por exemplo, Preiss et al. (2013) mensuraram o impacto do treino cognitivo na atenção e funções executivas de pessoas com depressão unipolar ou bipolar. Quando comparado com o grupo de controlo, o grupo do treino cognitivo demonstrou melhorias significativas ao nível da depressão (menores níveis deste tipo de sintomatologia) e do funcionamento cognitivo (atenção, memória de trabalho e funções executivas). Mohammadi et al. (2014) e Iwata et al. (2017) avaliaram a efetividade de programas computadorizados de treino cognitivo na promoção do funcionamento cognitivo de pessoas com esquizofrenia. Os resultados do primeiro estudo mostraram que as pessoas com esquizofrenia apresentaram melhorias na atenção, memória prospetiva e memória de trabalho. No segundo estudo, os benefícios do treino cognitivo foram visíveis ao nível da atenção, velocidade de processamento, fluência verbal e das funções executivas.

Na mesma linha, Biagianti et al. (2017) realizaram sessões de treino cognitivo em computador e em *iPads* com pessoas com esquizofrenia, e investigaram a presença de diferenças nos ganhos cognitivos. Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas ao nível da resolução de problemas, aprendizagem e memória verbal, independentemente do dispositivo utilizado. Os autores concluíram que o treino cognitivo através de *iPads* é viável, uma vez que as pessoas que usaram estes dispositivos portáteis tiveram os mesmos ganhos que as que concluíram o programa num computador fixo.

McDonnell et al. (2017) analisaram a eficácia de onze aplicações de treino cognitivo em diferentes domínios cognitivos (i.e., atenção, perceção, velocidade de processamento, memória, linguagem e função executiva) na população em geral e em subgrupos clínicos da população. Contudo, os autores concluíram que não existe evidência científica suficiente para recomendar determinadas aplicações para fins de treino cognitivo, em virtude de vários fatores, entre eles a variabilidade das aplicações e das características da população geral e da população clínica (McDonnell et al., 2017).

Tetlow e Edwards (2017) levaram a cabo uma revisão sistemática de literatura sobre os efeitos de programas de treino cognitivo computadorizados no envelhecimento normal. Os autores identificaram que o treino cognitivo apresenta efeitos pequenos a moderados para os domínios da atenção, velocidade de processamento e da memória visuoespacial, mas não para a atenção nem para as capacidades visuoespaciais. Nestes estudos os autores constataram que, com a intervenção a longo prazo, os participantes melhoraram significativamente as suas capacidades mnésicas, em contraste com as intervenções a curto-prazo.

Por sua vez, Bonnechère et al. (2020) realizaram uma meta-análise para avaliar o impacto do treino cognitivo computadorizado na função cognitiva de adultos mais velhos (idade superior a 60 anos) com envelhecimento normativo. Foram encontradas melhorias estatisticamente significativas na velocidade de processamento, memória de trabalho, função executiva e memória verbal.

No geral, os estudos mencionados demonstraram que estes programas de treino cognitivo potenciam as competências cognitivas alvo de treino. Assim, no presente estudo pretendemos dinamizar sessões de treino cognitivo em grupo através do *tablet* e avaliar o seu impacto no funcionamento cognitivo das utentes da Casa de Saúde Câmara Pestana (CSCP).

2. Método

2.1 Participantes

As participantes deste estudo são utentes da CSCP em regime de internamento. As utentes encontram-se inseridas em duas unidades pertencentes à área de intervenção da deficiência intelectual. Saliente-se, contudo, que as utentes integradas nestas unidades não apresentam única e exclusivamente diagnóstico de PDI, podendo ter um diagnóstico psiquiátrico (p. ex., esquizofrenia paranóide, perturbação depressiva recorrente). O processo de seleção das utentes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: (1) índice de velocidade de processamento superior a 51, avaliado através dos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS - III) (Wechsler, 2008); (2) Pontuações superiores a 10 na última avaliação de rastreio cognitivo, com recurso à versão portuguesa do *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM); (3) disponibilidade e motivação para integrar um projeto de intervenção em grupo; e (4) capacidade para beneficiar de uma intervenção cognitiva com recurso a *tablets*.

2.2 Instrumentos

A medida de avaliação principal foi a versão portuguesa do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). O MoCA consiste numa prova de rastreio cognitivo breve que avalia diferentes domínios cognitivos. Como medidas de avaliação secundária, utilizamos os subtestes Código e Pesquisa de Símbolos (WAIS- III) para avaliar a velocidade de processamento (Wechsler, 2008). As utentes foram submetidas a três momentos de avaliação diferentes, designadamente: avaliação inicial, avaliação intermédia e avaliação final.

2.3 Intervenção

Com o intuito de promover as capacidades cognitivas, mediante a implementação de intervenções mais dinâmicas, prazerosas e motivadoras, desenvolvemos o projeto “Ginásio da Mente”. Este projeto consiste na dinamização de sessões de treino cognitivo, em formato de grupo, com recurso a novas tecnologias, mais especificamente aos *tablets*. Foram instaladas aplicações comerciais de treino cognitivo, disponíveis gratuitamente na *Google Play Store*. Cada aplicação está especificamente orientada para o treino de um determinado domínio cognitivo e contempla um total de 30 níveis de treino cognitivo para cada tarefa. Como tal, apesar de o projeto ser dinamizado em formato de grupo, toda a intervenção foi individualizada, pois cada utente teve o seu próprio *tablet* e realizou a sua sessão de acordo com o seu desempenho. Na tabela 1 identificamos algumas das tarefas realizadas de acordo com o domínio cognitivo a intervir. Na maior parte das vezes são necessárias diversas funções cognitivas em simultâneo para resolver determinadas tarefas. Nas primeiras sessões de treino cognitivo em grupo, utilizaram-se aplicações direcionadas para o treino da atenção e da memória. À medida que as utentes ganharam confiança e desenvolveram competência na realização das tarefas mais simples, foram avançando nos níveis de dificuldade e também foram introduzidos novos domínios de treino cognitivo, como o raciocínio e a coordenação. Relativamente à progressão da dificuldade, cada utente apenas avançava para o nível seguinte após concluir o nível anterior com uma taxa de sucesso que variava entre 60-70%. A maioria das utentes alcançou o nível 10 de dificuldade, dada a crescente exigência das tarefas. Importa referir que as utentes com nível de escolaridade superior conseguiram alcançar o nível 20 de dificuldade.

Tabela 1. Exemplos de tarefas realizadas nas aplicações de treino cognitivo, distribuídas por domínio cognitivo

Domínio cognitivo	Exemplos de tarefas realizadas
Atenção	Labirintos; Pesquisa de palavras; Associação de cores e palavras; Identificação de diferenças, de objetos e do elemento intruso; Completamento de imagens.
Memória	Pesquisa de pares de cartões; Repetição de sequências; Evitamento de obstáculos e identificação do caminho certo; Memorização de números, padrões e de listas; Associação de objetos; Memorização de imagens; Tarefas de memória de trabalho.
Raciocínio	Sequências numéricas; Operações simples de raciocínio matemático; Quebra-cabeças lógicos; Tarefas de planeamento.
Coordenação	Tarefas de lateralidade; Coordenação bimanual de elementos; Seleção de elementos corretos; Resolução de labirintos utilizando o giroscópio.

2.4 Procedimentos

A presente intervenção incluiu 10 utentes, provenientes de duas unidades da área de intervenção da deficiência intelectual. Como tal, os nossos grupos de utentes foram compostos por pessoas com PDI e com patologias psiquiátricas. Foram organizados dois grupos de treino cognitivo, cada um deles composto por cinco utentes. Uma das utentes teve de ser excluída da intervenção por motivos de agravamento da sua condição clínica, tendo a nossa amostra final ficado reduzida a 9 utentes. Ambos os grupos de utentes realizaram um total de 50 sessões, com uma periodicidade bissemanal e uma duração de 40 minutos. Numa primeira fase do projeto, foram realizadas 20 sessões, seguidas de nove semanas de suspensão devido à implementação

do plano de contingência no contexto de pandemia de COVID-19. Numa segunda fase do projeto, e após este período, retomamos as intervenções e dinamizamos as 30 sessões em falta. Todo o processo desde a avaliação inicial à avaliação final foi realizado num intervalo temporal de 38 semanas, cerca de nove meses, como esquematizado na figura 1.

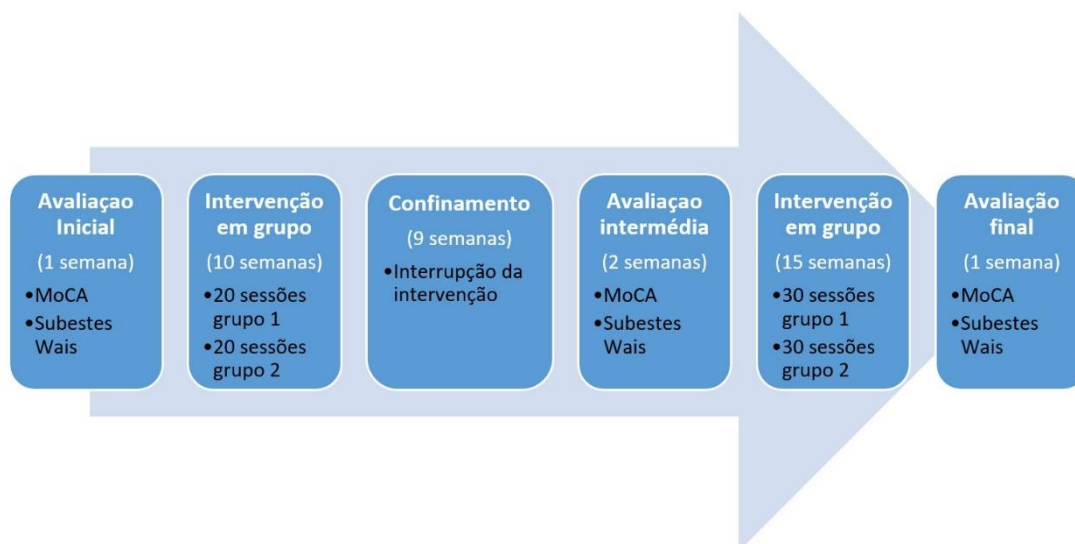


Figura 1. Etapas do procedimento

2.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada através da versão 26.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Recorremos à estatística descritiva, mais especificamente a medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil) para caracterizar a população clínica (p. ex., idade e duração do internamento) e o seu desempenho nas diferentes medidas de avaliação. Em face da reduzida dimensão da amostra, utilizamos estatística não-paramétrica (teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas) para averiguar a presença de diferenças no desempenho das participantes, nos três momentos de avaliação. Considerámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de $p \leq 0.05$.

3. Resultados

3.1 Amostra

A amostra final do presente estudo é composta por nove utentes. No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra, as idades das utentes estão compreendidas entre 29 e 76 anos ($M=48.78$; $DP=14.66$). A maioria das utentes apresenta o 1º ciclo. O tempo médio de internamento é de 26 anos, com uma duração mínima de 7 anos e uma duração máxima de 57 anos. Quanto ao envolvimento em atividades ocupacionais, o grupo de utentes adere mais à educação física, à alfabetização e a outras intervenções da CSCP (p. ex., o projeto “Música para os meus ouvidos”, intervenção psicomotora em meio aquático e fisioterapia). Do ponto de vista clínico, a maioria das utentes apresenta um diagnóstico de PDI com níveis de severidade

distintos, i.e., três utentes apresentam PDI ligeira, duas PDI moderada e uma apresenta PDI profunda. Os dados sociodemográficos e clínicos das pessoas assistidas que integraram o projeto “Ginásio da Mente” estão disponíveis na tabela 2.

Tabela 2. Dados sociodemográficos e clínicos das utentes (N=9)

Variáveis	M±DP; n (%)
Idade	48.78±14.66
Escolaridade	
Iliteracia	3 (33.33%)
1º ciclo	4 (44.44 %)
> 1º ciclo	2 (22.22 %)
Envolvimento em atividades da CSCP	
Alfabetização	5 (55.56%)
Educação física	8 (88.89%)
Atividades ocupacionais	4 (44.44%)
Tarefas da unidade	2 (22.22%)
Participação em outros projetos	5 (55.56%)
Tempo de internamento	26.89±15.33
Diagnóstico	
PDI	6 (66.67%)
Esquizofrenia paranoide	2 (22.22%)
Perturbação depressiva recorrente	1 (11.11%)

Nota: M=Média; DP=Desvio-padrão; n=Dimensão da amostra.

3.2 Medida de avaliação principal

3.2.1 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – função cognitiva geral

A tabela 3 ilustra os resultados obtidos no MoCA. De acordo com a análise estatística efetuada através do teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do MoCA, nem nas pontuações obtidas nos sete subdomínios que compõem esta prova de rastreio cognitivo ($p \geq .05$). Não obstante, verifica-se um aumento da pontuação total do MoCA, desde a avaliação inicial até à avaliação final, compatível com uma melhoria da função cognitiva geral. Ao nível dos subdomínios do MoCA, o grupo de utentes apenas apresenta um ligeiro incremento das pontuações nos subdomínios da memória e orientação, a qual poderá ser sugestiva de ganhos nestes subdomínios.

Tabela 3. Pontuações obtidas no MoCA, representadas através da mediana e do intervalo interquartil, nos três momentos de avaliação

	Avaliação Inicial (N=9)	Avaliação intermédia (N=9)	Avaliação final (N=9)
MoCA total	5 (10)	9 (6.5)	8 (9)
Visuoespacial/executivo	1 (2)	1 (1.5)	1 (2.5)
Nomeação	2 (.50)	2 (1)	2 (1)
Atenção	0 (1.5)	0 (1.5)	0 (.5)
Linguagem	0 (.5)	0 (0)	0 (0)
Abstração	0 (0)	0 (0)	0 (1)
Memória	0 (2.5)	0 (0)	1 (3)
Orientação	3 (2)	5 (2)	5 (3)

3.3 Medidas de avaliação secundárias

3.3.1 Código e Pesquisa de Símbolos – velocidade de processamento

Os resultados obtidos nos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos podem ser consultados na tabela 4. De acordo com o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, apenas foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas nas pontuações obtidas no ensaio de emparelhamento do subteste Código, no segundo momento de avaliação (i.e., avaliação intermédia). Este resultado sugere que o grupo de utentes apresenta melhorias no seu desempenho (Ensaio de emparelhamento: $W=6.400$; $p=.041$). No que diz respeito aos restantes resultados, embora não existam diferenças significativas, é possível observar que o desempenho do grupo de utentes no subteste de Código tende a declinar, desde a avaliação inicial até à avaliação final. Por sua vez, no ensaio de memória livre do subteste Código, verifica-se um aumento da pontuação obtida no terceiro momento de avaliação, o qual reflete uma melhoria do desempenho. Relativamente ao subteste Pesquisa de Símbolos, o desempenho das utentes melhora no terceiro momento. Para finalizar, as utentes apresentam ainda um incremento do índice de velocidade de processamento, visível a partir da avaliação intermédia.

Tabela 4. Pontuações obtidas nos subtestes Código e Pesquisa de Símbolos (WAIS-III), representadas através da mediana e do intervalo interquartil, nos três momentos de avaliação. As diferenças significativas são identificadas pelo asterisco (*)

	Avaliação inicial (N=9)	Avaliação intermédia (N=9)	Avaliação final (N=9)
Código	12 (13)	10 (16)	10 (19.5)
Memória livre	3 (4)	3 (6)	4.5 (6.5)
Emparelhamento	0 (2.5)	4 (11)*	3 (7.5)
Pesquisa de símbolos	2 (8)	4 (4)	4 (3)
Índice de velocidade de processamento (IVP)	60 (11.5)	63 (10.5)	63 (13)

Nota: * $p \leq .05$

4. Discussão

O treino cognitivo representa uma intervenção promissora na melhoria das capacidades cognitivas e na mitigação do ritmo do declínio cognitivo associado ao envelhecimento. A implementação deste tipo de intervenção junto de população clínica psiquiátrica e com perturbações do neurodesenvolvimento, de que são exemplo as PDI, poderá conduzir a ganhos importantes nos domínios da atenção, memória e funções executivas, bem como à manutenção destas capacidades cognitivas (Biagianni et al., 2017; McDonnell et al., 2017). A utilização de novas tecnologias para fins de treino cognitivo apresenta algumas vantagens, comparativamente com os métodos tradicionais (papel-e-lápis), entre elas a existência de tarefas mais dinâmicas e interativas; a presença de *feedback* imediato e de fatores de jogo que promovem o envolvimento e a motivação dos participantes; e a monitorização do desempenho dos participantes através da criação de gráficos e sistematização dos resultados do treino cognitivo (Faria et al., 2016, 2020; Manca et al., 2021). Saliente-se, no entanto, que o nível de evidência para o treino cognitivo ainda continua a ser baixo a moderado, em grande medida por questões metodológicas, tais como, reduzida dimensão da amostra, variabilidade das populações clínicas, do conteúdo e estrutura do treino cognitivo, e de medidas de avaliação da sua efetividade (McDonnell et al., 2017).

No presente estudo, apenas identificámos diferenças estatisticamente significativas na tarefa opcional do subteste Código – a tarefa de emparelhamento -, no momento da avaliação intermédia. O impacto do treino cognitivo na velocidade de processamento está relativamente bem documentado na literatura científica, tal como poderá ser observado nos estudos de Bonnechère et al. (2020), Tetlow e Edwards (2017) e McDonnell et al. (2017). Apesar da ausência de diferenças significativas nos restantes domínios avaliados, as utentes que integraram o projeto “Ginásio da Mente” revelaram um melhor desempenho no MoCA (pontuação total, subdomínios da memória e da orientação) e nos subtestes que avaliam a velocidade de processamento. A avaliação do impacto deste projeto foi também feita com recurso aos resultados obtidos nas aplicações utilizadas. Embora não tenhamos feito uma descrição do desempenho das utentes nas diferentes aplicações, julgamos pertinente tecer alguns comentários a este respeito. Através da consulta dos resultados obtidos nas aplicações de treino cognitivo, verificamos que, de um modo geral, as utentes apresentaram uma evolução positiva nos domínios cognitivos intervencionados. A maioria das utentes manteve ou melhorou o seu desempenho nas tarefas de atenção, memória, raciocínio e coordenação. Estes resultados corroboram, em certa medida, a literatura existente sobre o impacto favorável do treino cognitivo (convencional e com recurso a novas tecnologias), em diferentes populações (Preiss et al., 2013; Mohammadi et al., 2014; Tetlow & Edwards, 2017). Do ponto de vista qualitativo, o projeto “Ginásio da Mente” foi bem recebido pelas utentes, as quais se mostraram motivadas e satisfeitas no decurso das sessões. Julgamos que a não identificação de diferenças significativas nos domínios cognitivos mensurados após o projeto “Ginásio da Mente”, deve-se, em grande medida, a questões de ordem metodológica (p. ex., reduzida dimensão da amostra, ausência de um grupo de controlo, interrupção das sessões devido à pandemia de COVID-19, inconsistência na participação das sessões de treino cognitivo em grupo). Estas questões serão detalhadas nas limitações.

4.1 Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações de caráter metodológico que poderão ter contribuído para os resultados obtidos. Do ponto de vista da implementação do treino cognitivo, inicialmente estavam previstas 25 sessões bissemanais, seguidas de um período de avaliação e de interrupção das sessões por duas semanas, após o qual pretendíamos retomar o projeto e concluir as 25 sessões em falta. No entanto, devido ao contexto pandémico não foi possível retomar o projeto tão prontamente quanto era desejável, em virtude da necessidade de reorganização dos serviços e das unidades de internamento. Por este motivo, o projeto sofreu uma reestruturação. As utentes deixaram de desempenhar atividades ocupacionais e a sua circulação ficou limitada à unidade de origem. Consideramos que esta mudança abrupta das suas rotinas poderá ter esbatido, em grande medida, os resultados obtidos até à data. Neste intervalo de tempo em que as sessões de treino cognitivo ficaram suspensas, podemos especular que possíveis ganhos decorrentes da intervenção se tenham perdido. Outra limitação importante remete para o número de sessões de treino cognitivo estipuladas. Não obstante estarem previstas 50 sessões de treino cognitivo por grupo, não foi possível cumprir esse objetivo; cada utente participou no mínimo em 45 sessões e, no máximo, em 48 sessões, por motivos de sobreposição das sessões com consultas médicas. Sempre que as utentes se deslocavam a consultas médicas no exterior tinham de cumprir 14 dias de isolamento profilático, o que as impedia de participar nas sessões de treino cognitivo em grupo agendadas. Adicionalmente, a reduzida dimensão da amostra (N=9), bem como a ausência de um grupo de controlo e a heterogeneidade sociodemográfica e clínica, não nos permitiu tecer considerações sólidas acerca do efetivo impacto do projeto “Ginásio da Mente”. No que toca à heterogeneidade clínica da amostra, importa frisar que, no caso concreto das utentes com PDI de idade avançada, não foi possível excluir a presença de síndromes demenciais concomitantes, em face da ausência de informação de cariz diagnóstico. Contudo, podemos assumir que, uma vez que a PDI representa um fator de risco adicional para o desenvolvimento de demência na idade avançada, algumas das utentes integradas no projeto poderão apresentar uma síndrome demencial que, aliada à perturbação do neurodesenvolvimento de base, agudiza o seu prognóstico. Quisemos inovar e adaptar as intervenções às novas tecnologias, o que também nos limitou na medida em que foram poucas as utentes que apresentaram capacidade para beneficiar das mesmas. Adicionalmente, no processo de intervenção, foi necessário excluir uma participante por agravamento da sua situação clínica, o qual motivou uma transferência de unidade. Após estabilização clínica da utente, as sessões retomaram em formato individual. A nível da avaliação do impacto da intervenção de treino cognitivo com recurso a novas tecnologias, poderíamos ter utilizado medidas de avaliação do humor (p. ex., sintomatologia ansiosa e depressiva) e da qualidade de vida, a par das medidas de natureza cognitiva.

5. Conclusão

Apesar de no projeto “Ginásio da Mente” apenas se terem detetado diferenças significativas numa tarefa de velocidade de processamento (momento da avaliação intermédia), consideramos que o projeto foi benéfico para as utentes e que houve uma evolução das pontuações obtidas em alguns dos domínios avaliados e no desempenho nas próprias tarefas das aplicações utilizadas. A implementação de projetos desta natureza junto de população

clínica suscetível a processos de envelhecimento cognitivo patológicos, parece contribuir para a promoção das capacidades cognitivas e consequente atenuação do ritmo do declínio cognitivo. Adicionalmente, neste contexto pandémico particularmente desfavorável, iniciativas deste cariz revestem-se de uma importância acrescida. Afinal, a dinamização de atividades em grupo, independentemente do seu propósito, facilita a comunicação e a interação social, contribuindo assim para a promoção da saúde mental. Em estudos futuros, deverá ter-se em conta as limitações elencadas, por forma a ser possível melhor avaliar o impacto do treino cognitivo implementado através de novas tecnologias.

6. Bibliografia

- Biagiante B, Fisher M, Howard L, Rowlands A, Vinogradov S, Woolley J. (2017). Feasibility and preliminary efficacy of remotely delivering cognitive training to people with schizophrenia using tablets. *Schizophrenia Research Cognition*, 10:7-14. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2017.07.003>
- Bonnechère, B., Langley C., & Sahakian B. J. (2020). The use of commercial computerised cognitive games in older adults: a meta-analysis. *Scientific Reports* 10, 15276. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72281-3>
- Clare, L. & Woods, B. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 14(4), 385-401. <http://dx.doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Faria, A. L., Andrade, A., Soares, L., & i Badia, S. B. (2016). Benefits of virtual reality based cognitive rehabilitation through simulated activities of daily living: a randomized controlled trial with stroke patients. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12984-016-0204-z>
- Faria, A. L., Pinho, M. S., & i Badia, S. B. (2020). A comparison of two personalization and adaptive cognitive rehabilitation approaches: a randomized controlled trial with chronic stroke patients. *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00691-5>
- Fitzgerald, M., & Ratcliffe, G. (2020). Serious Games, Gamification, and Serious Mental Illness: A Scoping Review. *Psychiatric Services*, 71(2), 170–183. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800567>
- Iwata K, Matsuda Y, Sato S, et al. (2017). Efficacy of cognitive rehabilitation using computer software with individuals living with schizophrenia: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1):4-11. <https://doi.org/10.1037/prj0000232>
- Kempnich, C. L., Wong, D., Georgiou-Karistianis, N., & Stout, J. C. (2017). Feasibility and Efficacy of Brief Computerized Training to Improve Emotion Recognition in Premanifest and Early-Symptomatic Huntington's Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(4), 314-321. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000145>
- Keshavan, M. S., Vinogradov, S., Rumsey, J., Sherrill, J., & Wagner, A. (2014). Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *The American Journal of Psychiatry*, 171(5), 510-522. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081075>
- Manca, M., Paternò, F., Santoro, C., Zedda, E., Braschi, C., Franco, R., Sale, A. (2021). The impact of serious games with humanoid robots on mild cognitive impairment older adults. *International Journal of Human-Computer Studies*. 145, 102509. <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2020.102509>
- McDonnell, A., Agius, M., & Zaytseva, Y. (2017). Is there an optimal cognitive application to be used for cognitive remediation in clinical psychiatric practice?. *Psychiatria Danubina*, 29 (3), 319–326.
- Michael, D. & Chen, S. (2006). *Serious Games: Games That Educate, Train, and Inform*. Boston: Thomson Course Technology PTR.
- Mohammadi, M. R., Keshavarzi, Z., & Talepasand, S. (2014). The effectiveness of computerized cognitive rehabilitation training program in improving cognitive abilities of schizophrenia clients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(4), 209-215.
- Preiss, M., Shatil, E., Cermáková, R., Cimermanová, D., & Ram, I. (2013). Personalized cognitive training in unipolar and bipolar disorder: a study of cognitive functioning. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 108. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00108>
- Rocha, R., Reis, L. P., Rego, P. A., & Moreira, P. M. (2015, June). Serious games for cognitive rehabilitation: Forms of interaction and social dimension. Paper presented at 2015 IEEE 10th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), (pp. 1-6), Aveiro, Portugal. <https://doi.org/10.1109/CISTI.2015.7170501>
- Sardi, L., Idri, A., & Fernández-Alemán, J. L. (2017). A systematic review of gamification in e-Health. *Journal of Biomedical Informatics*, 71, 31-48. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2017.05.011>
- Savulich, G., Thorp, E., Piercy, T., Peterson, K. A., Pickard, J. D., & Sahakian, B. J. (2019). Improvements in Attention Following Cognitive Training With the Novel "Decoder" Game on an iPad. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 2. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00002>

- Sherman, D. S., Mauser, J., Nuno, M., & Sherzai, D. (2017). The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychology review*, 27(4), 440–484. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9363-3>
- Silva, J., Goncalves-Pereira, M., Xavier, M., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2013). Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 177-186.
- Strydom, A., Chan, T., King, M., Hassiotis, A., & Livingston, G. (2013). Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(6), 1881-1885. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.021>
- Tetlow, A. M., & Edwards, J. D. (2017). Systematic literature review and meta-analysis of commercially available computerized cognitive training among older adults. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1(4), 559-575. <https://doi.org/10.1007/s41465-017-0051-2>
- Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Isometsä, E., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2011). Cognitive functioning in severe psychiatric disorders: a general population study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(6), 447–456. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0186-y>
- Yusof, N., Mohd Rias, R., & Yusoff, E. H. (2014, August 12 – 15). Serious games in mental health treatment: Review of literature. Paper presented at Knowledge Management International Conference (KMICe), Malaysia. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/301653488_Serious_Games_in_Mental_Health_Treatment_Review_of_Literature
- Zhang, M., Ying, J., Song, G., Fung, D. S., & Smith, H. (2018). Gamified cognitive bias modification interventions for psychiatric disorders. *JMIR Mental Health*, 5(4), e11640. <https://doi.org/10.2196/11640>
- Zyda, M. (2005). From visual simulation to virtual reality to games. *Computer*, 38(9), 25-32. <https://doi.org/10.1109/MC.2005.297>

Impacto de um programa de estimulação cognitiva na comunicação e cognição: Um estudo com pessoas com demência institucionalizadas

JOANA CÂMARA^{1,2}

MARIA VÂNIA SILVA NUNES^{3,4}

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE/UC)

²NeuroRehabLab da NOVA Laboratory for Computer Science and Informatics (NOVA LINCS)

³Universidade Católica Portuguesa de Lisboa- Instituto de Ciências da Saúde

⁴Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

joana.camara@m-iti.org

enviado a 15/02/2021 e aceite a 03/03/2021

Resumo

Introdução: As demências conduzem a uma deterioração cognitiva e comportamental progressiva e irreversível. Atualmente o programa de estimulação cognitiva *Making a Difference*, mais conhecido por *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), é uma intervenção não-farmacológica baseada na evidência científica que é implementada na demência ligeira e moderada. O CST é reconhecido pelos seus benefícios na comunicação, interação social, cognição e qualidade de vida. Com este estudo pretendemos avaliar o impacto da versão portuguesa do CST na comunicação e cognição de idosos com demência institucionalizados.

Metodologia: 48 pessoas com demência foram distribuídas aleatoriamente pelos grupos experimental (N=28) e de controlo (N=20). Ao primeiro grupo foi aplicado o CST enquanto o segundo realizou as atividades habituais da instituição onde estava inserido. Todos os participantes foram alvo de uma avaliação neuropsicológica pré e pós-intervenção.

Resultados: No momento pós-intervenção apenas o grupo experimental demonstrou melhorias significativas na comunicação, mais especificamente nos seguintes domínios: a) conversação e b) consciência e conhecimento.

Conclusão: No presente estudo foi possível confirmar a eficácia da versão portuguesa do programa CST na comunicação, mostrando a importância de considerar esta dimensão, usualmente desconsiderada nas avaliações neuropsicológicas, como um *outcome* relevante de programas de intervenção cognitiva, particularmente daqueles com uma abordagem psicossocial como é o caso do CST.

Palavras-chave: Demência; Estimulação Cognitiva; *Cognitive Stimulation Therapy*; Comunicação; Cognição.

Abstract

Introduction: Dementia leads to progressive and irreversible cognitive and behavioural deterioration. Currently, the cognitive stimulation programme *Making a Difference*, mostly known as *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), is an evidence-based non-pharmacological intervention applied in mild to moderate stages of dementia. CST is widely known for its benefits in communication, social interaction, cognition and quality of life. This study aimed to assess the impact of the Portuguese version of the CST program on the communication and cognition of institutionalised older people with dementia.

Methods: 48 people with dementia were randomly assigned to the experimental (N=28) and control groups (N=20). The first group underwent CST and the second received usual care. Neuropsychological assessments were conducted at pre and post-intervention.

Results: At post-intervention, only the experimental group showed significant improvements in communication, more specifically in the following domains: a) conversation, and b) awareness and knowledge.

Conclusion: This study confirmed the effectiveness of the Portuguese version of the CST in communication. This dimension is not typically considered as a relevant output of cognitive stimulation programmes. Our results stress the importance of considering this dimension, particularly when evaluating the impact of programmes with a psychosocial approach such as CST.

Keywords: Dementia; Cognitive Stimulation; Cognitive Stimulation Therapy; Communication; Cognition.

1. Introdução

Nas últimas décadas, temos assistido ao célere envelhecimento demográfico da população. As melhores condições de vida e os progressos na área da saúde, conducentes a uma maior qualidade dos serviços de saúde prestados, têm contribuído para o aumento da longevidade da população idosa¹. Sabemos que as patologias neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, com destaque para as demências, são mais prováveis em idades avançadas. De acordo com os dados do relatório de 2017 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prevalência de demência nos 36 países que constituem a OCDE é de 18.7 milhões (i.e., 1 em cada 69 pessoas tem demência). A *Alzheimer's Association* (2018) estima que atualmente existam 50 milhões de casos de demência em todo o mundo, com tendência para esta incidência triplicar até 2050.

À semelhança do que sucede à escala global, o envelhecimento demográfico no contexto português é uma realidade cada vez mais presente e corroborada pelos números: contabiliza-se um total de 2 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, prevendo-se que, entre 2015 e 2080, este número aumente para 2.8 milhões e que o índice de envelhecimento duplique – por cada 100 jovens existirão 317 idosos (Gonçalves-Pereira et al., 2016; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017). Previsivelmente, tal irá conduzir ao aumento do número de pessoas com demência. Na falta de estudos epidemiológicos em Portugal, restam-nos as projeções da *Alzheimer Europe* e da OCDE. Segundo estimativas da *Alzheimer Europe* (2013), em 2012 havia 182.527 casos de demência em Portugal (cerca de 1.71% da população total), com maior incidência no sexo feminino e entre a sétima e oitava décadas de vida. Mais recentemente, o relatório de 2017 da OCDE indica que Portugal é o quarto país com maior prevalência de casos de demência entre os países que integram a OCDE (19.9 em cada 1000 habitantes). As projeções para o ano de 2037 são alarmantes, visto que se prevê que a prevalência dos casos de demência aumente para 32,5 (OECD, 2017).

A demência consiste numa síndrome clínica que abarca uma miríade de patologias, dotadas de uma etiologia e apresentação clínica heterogéneas, com uma instalação insidiosa e conduzem a um declínio gradativo e irreversível da cognição e da funcionalidade (Branco, Ruano & Cruz, 2017; Prince et al., 2013). Além do comprometimento dos domínios previamente referidos, a demência acarreta prejuízos ao nível da comunicação e interação social, que se afiguram como obstáculos à autoexpressão e à inclusão social, e são suscetíveis de agravar e acelerar as trajetórias de declínio e, por isso, precipitar a institucionalização precoce (Albuquerque et al., 2016; Cove et al., 2014; Woodward, 2013). A par dos enormes custos do

¹Este trabalho recupera reflexões da dissertação de mestrado da primeira autora. Esta dissertação foi desenvolvida na Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do mestrado em Neuropsicologia.

ponto de vista individual e familiar, a demência acarreta ainda um impacto socioeconómico significativo nas sociedades atuais (*Alzheimer's Association*, 2018). Por conseguinte, é primordial investir em tratamentos eficazes e, simultaneamente, acessíveis. Embora a terapêutica farmacológica constitua a primeira linha de intervenção na demência, os benefícios sintomáticos são considerados modestos e a sua duração e aplicabilidade limitadas (Spector et al., 2008). Como forma de diversificar e complementar a intervenção terapêutica no quadro da demência, através da disponibilização de abordagens alternativas, verificou-se ao longo dos últimos anos um grande investimento em intervenções não farmacológicas, de que são exemplo o treino cognitivo, a reabilitação cognitiva e a estimulação cognitiva (Clare & Woods, 2004). No âmbito das várias intervenções não farmacológicas vocacionadas para a demência, a estimulação cognitiva é aquela que tem apresentado evidências mais consistentes dos seus benefícios, tanto do ponto de vista cognitivo, quanto social, com tradução na qualidade de vida dos doentes (Woods et al., 2012).

Entre os diversos programas de estimulação cognitiva existentes, o programa *Making a Difference*, mais conhecido por *Cognitive Stimulation Therapy* (CST), é atualmente o mais investigado e difundido internacionalmente, reunindo evidências da sua eficácia na demência ligeira e moderada (Aguirre et al., 2013; Wong et al., 2017). O CST é uma intervenção de cariz psicossocial, com origem na terapia de orientação para a realidade e particularmente influenciada pelo trabalho de Breuil et al. (1994) sobre estimulação cognitiva na demência, que hoje é reconhecida pelo seu impacto positivo na cognição, funcionamento social e qualidade de vida das pessoas com demência. O CST é a única intervenção não farmacológica recomendada pelo governo do Reino Unido para o tratamento da demência ligeira e moderada (Spector et al., 2011). Organismos de saúde internacionais, como a *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), a *Social Care Institute for Excellence* (SCIE) e a *Alzheimer's Disease International*, propõem o CST como prática *standard* nos estádios ligeiro a moderado de qualquer tipo de demência, adiantando que o mesmo deve ser implementado numa perspetiva de complementaridade com a terapêutica farmacológica, em face do carácter cumulativo dos seus benefícios (Chapman et al., 2004; Onder et al., 2005; Orrell et al., 2014; Prince et al., 2011; Prince et al., 2013). Atualmente, o CST encontra-se adaptado para diferentes países (Portugal, Holanda, Espanha, Japão, Itália) e vários contextos de aplicação (lares de idosos, centros de dia).

Vários estudos quantitativos e qualitativos corroboram o impacto positivo do CST na cognição, comunicação (p. ex., iniciativa para principiar uma conversa dentro e fora do grupo e maior clareza aquando das conversações) e qualidade de vida dos participantes com demência, apesar de os resultados nem sempre serem consistentes no que respeita ao humor, comportamento e à funcionalidade (Aguirre et al., 2013; Martínez-Moreno et al., 2016; Middelstadt et al., 2016; Spector et al., 2003; Spector et al., 2011; Spector et al., 2001). No caso específico do estudo de validação do CST para a população portuguesa, o grupo que foi submetido ao CST apresentou melhorias significativas na cognição, comunicação, funcionalidade e na severidade da demência (Alvares-Pereira et al., 2020). Contudo, os autores não identificaram melhorias significativas na qualidade de vida, depressão e ansiedade. Inúmeros estudos debruçaram-se especificamente sobre a influência do CST na cognição e identificaram sobretudo melhorias no domínio da linguagem, em especial na compreensão auditiva de ordens, linguagem oral e discurso (p. ex., descrição de figuras), seguindo-se a

memória (p. ex., memória verbal episódica e memória visual) e a orientação, com ausência de resultados positivos na memória de trabalho, flexibilidade mental e praxias (Capotosto et al., 2017; Hall et al., 2013; Spector et al., 2010). As aquisições no domínio da linguagem têm sido relacionadas com o enfoque do CST na comunicação verbal e com a sua organização temática (p. ex., atividades como a associação de palavras, sopas de letras e categorização de objetos) (Spector et al., 2008). Adicionalmente, a dinâmica de grupo, geradora de oportunidades de debate através, por exemplo, da discussão de temas da atualidade, catalisadores da partilha de perspectivas e opiniões, assim como da reflexão em torno do que é partilhado, aliada a tarefas estimulantes da linguagem, parece conduzir à preservação, ou até melhoria, desta função (Hall et al., 2013). Neste sentido, os ganhos no domínio da linguagem, possivelmente derivados do ambiente de aprendizagem “ótimo”, podem ser responsáveis por progressos em áreas mais latas como o humor (p. ex., menores níveis de ansiedade e depressão) e a qualidade de vida (p. ex., bem-estar e sentimentos de pertença) dos participantes (Capotosto et al., 2017; Chapman et al., 2004; Rai et al., 2018; Spector et al., 2003). Uma evidência que vem atribuir relevo ao ambiente de partilha e troca de ideias, potenciador da comunicação e interação social, que é gerado na EC de grupo, provém do estudo de Orrell et al. (2017). Os autores constataram que, após a aplicação de um programa de EC em formato individual – o CSTi –, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos ao nível da cognição (*Alzheimer’s Disease Assessment Scale – Cognitive Sub-scale* (ADAS-Cog)), qualidade de vida (*Quality of Life – Alzheimer’s Disease Scale* (QoL-AD)), AVDs (*Bristol Activities of Daily Living Scale*), depressão (*Geriatric Depression Scale*) e sintomas psicológicos e comportamentais (*Neuropsychiatric Inventory*). Estes resultados dão-nos alguma margem para especular que a estimulação cognitiva em grupo, precisamente pelo seu grande enfoque na comunicação verbal e interação social, pode eventualmente estar na origem da eficácia do programa em medidas cognitivas e não cognitivas.

O objetivo do presente estudo consiste em avaliar o impacto do programa CST na comunicação e cognição.

2. Métodos

2.1 Participantes

A amostra foi obtida mediante um procedimento de amostragem não probabilística, isto é, recorreremos a uma amostra por conveniência recolhida em estruturas residenciais para idosos (lares de idosos). A amostra foi recolhida no âmbito do processo mais vasto de validação do CST para a população portuguesa já concluído (Alvares-Pereira, Silva-Nunes & Spector (2020)). Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão para o presente estudo:

Critérios de inclusão: a) pontuação entre 10 e 24 no *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975); b) capacidades de comunicação (expressão e compreensão) garantidas pela obtenção de uma pontuação de 0 ou 1 nas perguntas 12 e 13 da *Clifton Assessment Procedures of Elderly – Behaviour Rating Scale* (CAPE-BRS) (Pattie & Gilleard, 1979); e c) capacidades visuais e auditivas suficientes para participar no grupo e usufruir do material disponível.

CrITÉRIOS de exclusão: a) incapacidades físicas graves impeditivas da sua participação no programa; b) diagnóstico de deficiência intelectual; e c) comportamentos agressivos e disruptivos.

No total, 61 pessoas cumpriram os critérios de inclusão para a participação no estudo. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos experimental (N=31) e de controlo (N=30).

2.2 Instrumentos de avaliação

2.2.1. Holden Communication Scale - Comunicação

A HCS (Holden & Woods, 1995) consiste numa escala de autorrelato, preenchida pelo/a cuidador/a da pessoa com demência, que avalia a comunicação e o comportamento social. A versão inglesa da escala foi-nos cedida pela investigadora Benedicte Sørensen Strøm. Realizamos a tradução da HCS para o português. Seguidamente, a versão portuguesa final foi submetida a retroversão por especialistas na língua inglesa. Esta escala é composta por 12 itens organizados por três domínios diferentes: a) conversação, b) consciência e conhecimento e c) comunicação. Cada domínio é avaliado por meio de uma escala de tipo *Likert* com quatro níveis. A pontuação da escala varia entre 0 e 48, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o declínio na comunicação. Os autores originais da escala propõem os seguintes pontos de corte: defeito ligeiro (≤ 15 pontos), defeito moderado (15-24 pontos) e defeito severo (≥ 25 pontos).

2.2.2 Alzheimer's Disease Assessment Scale (Cognitive Sub-scale) - Função cognitiva

A ADAS-Cog (Rose et al., 1984; versão portuguesa de Guerreiro et al., 2008) é uma bateria de avaliação do funcionamento cognitivo direcionada para pessoas com demência. Esta bateria contempla 11 subtestes, designadamente: evocação de palavras, nomeação de objetos e de dedos, compreensão de ordens, capacidade construtiva, praxia ideativa, orientação, reconhecimento de palavras, recordação das instruções da prova, linguagem oral, dificuldade em encontrar as palavras no discurso espontâneo e compreensão da linguagem oral. Pontuações superiores nesta escala, correspondem a maiores níveis de deterioração cognitiva.

2.3 Intervenção

O CST é um programa de estimulação cognitiva multidomínio, composto por 14 sessões com diferentes temáticas (cf. tabela 1). Os grupos de estimulação cognitiva são habitualmente constituídos por cinco a sete elementos. São dinamizadas duas sessões por semana, cuja duração apresenta 45 minutos, no decurso de sete semanas. Cada sessão apresenta dois níveis de dificuldade (A e B) que podem ser adotados de acordo com as características dos participantes. Todas as sessões apresentam a mesma estrutura: 1) introdução (dar as boas vindas, indicar o nome do grupo, cantar a canção do grupo, momento de orientação para a realidade através de pistas implícitas patentes no quadro de orientação e discussão de uma notícia da atualidade); 2) atividade principal (p. ex., jogos físicos, alimentos, sons, infância); e 3) conclusão (agradecer a participação, recapitular a sessão, adiantar o conteúdo da próxima sessão e despedir-se) (Spector et al., 2001; Woods et al., 2012). Este programa foi adaptado para

a população portuguesa por Alvares-Pereira, Sousa e Nunes (2020) e a sua validação clínica foi levada a cabo por Alvares-Pereira, Silva-Nunes e Spector (2020).

Tabela 1. Temas das atividades principais das sessões do CST

Sessão	Atividade principal
1	Jogos físicos
2	Sons
3	Infância
4	Alimentos
5	Assuntos da atualidade
6	Rostos/locais
7	Associação de palavras
8	Criatividade
9	Categorização de objetos
10	Orientação
11	Uso de dinheiro
12	Jogos de números
13	Jogos de letras
14	Jogos em equipa

2.4 Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Estavam identificadas um conjunto de instituições tendo sido a recolha da presente amostra feita em quatro delas. Antes de as avaliações principiarem os participantes receberam um consentimento informado, o qual todos assinaram, que, não só continha elementos informativos sobre o estudo, mas também garantia a natureza voluntária, anónima e confidencial da sua participação. As sessões de avaliação neuropsicológica ocorreram nas instalações das instituições supramencionadas. Como forma de garantir o carácter duplamente cego deste estudo, as avaliações e a dinamização dos grupos foram realizadas por diferentes investigadores integrados no projeto e devidamente treinados para o efeito. Após a primeira fase de avaliação, um investigador cego ao processo de avaliação distribuiu os participantes aleatoriamente pelos grupos experimental e de controlo, sendo que o primeiro grupo integrou o CST e o segundo, uma vez que não foi objeto de qualquer intervenção, realizou as atividades habituais da instituição (p. ex., atividades básicas de vida diária, algumas atividades instrumentais de vida diária e atividades ocupacionais dinamizadas pelo animador sociocultural). As sessões de estimulação cognitiva ocorreram bissemanalmente em salas de atividades pertencentes às instituições supramencionadas, ao longo de sete semanas, tendo cada sessão uma duração prevista de 45 a 60 minutos. Findado o programa CST, procedeu-se à reavaliação dos participantes e dos respetivos prestadores de cuidados, a qual foi, sempre que possível, efetuada pelo mesmo investigador que levou a cabo a avaliação pré-intervenção.

2.5 Análise estatística

Utilizámos a versão 25.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para fazer a análise estatística. Recorremos à estatística descritiva, em concreto a medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão). A normalidade e a homogeneidade de variâncias foram analisadas com recurso aos testes de *Shapiro-Wilk* e de

Levene, respetivamente. Para averiguar a uniformidade dos grupos relativamente às características demográficas e psicométricas (na fase pré-intervenção), recorreremos a testes qui-quadrado (variáveis sexo e escolaridade) e *T Student* para amostras independentes (variáveis idade, comunicação e cognição). A análise das diferenças dentro de cada grupo foi realizada através de testes *t Student* para amostras emparelhadas e do teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. Já para analisar as diferenças entre grupos, recorreremos a testes *T Student* para amostras independentes e de *Mann-Whitney*. Considerámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de $p \leq 0.05$.

3. Resultados

3.1 Amostra

As características demográficas dos participantes estão representadas na tabela 2. Dos 61 participantes incluídos, 13 tiveram de ser excluídos das análises (2 por falecimento e 11 por recusarem realizar as avaliações pós-intervenção). A amostra final é composta por 48 participantes, 45 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com uma idade média de 83.40 anos (DP=7.28; Min=67; Máx=96). Quase todos os participantes têm habilitações literárias, com exceção de 3, sendo que 27 apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade, 12 entre 5 a 9 anos e 6 mais de 10 anos.

Tabela 2. Características demográficas da amostra (N=48)

Variáveis	Grupo experimental (N=28)	Grupo de controlo (N=20)
Sexo [N (%)]		
Feminino	26 (54.2%)	19 (39.6%)
Masculino	2 (4.2%)	1 (2.1%)
Escolaridade [N (%)]		
Analfabetos	2 (4.2%)	1 (2.1%)
1-4 anos	12 (25%)	15 (31.3%)
5-9 anos	8 (16.7%)	4 (8.3%)
≥10 anos	6 (12.5%)	0
Idade (M±DP)	82.71±6.87	84.35±7.91

Nota: N=Dimensão da amostra; M=Média; DP=Desvio-padrão.

O grupo experimental é constituído por 28 participantes, dos quais 26 são do sexo feminino (54.2%) e 2 do sexo masculino (4.2%), com uma idade média de 82.71 anos (DP=6.87). Relativamente ao nível de escolaridade, a par dos 2 participantes iletrados (4.2%), 12 apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade (25%), 8 entre 5 a 9 anos (16.7%) e 6 apresentam mais de 10 anos de escolaridade (12.5%). Por sua vez, ao grupo de controlo pertencem 20 participantes, 19 do sexo feminino (39.6%) e 1 do sexo masculino (2.1%), com uma idade média de 84.35 anos (DP=7.91). No que concerne à escolaridade, 15 participantes apresentam entre 1 a 4 anos de escolaridade (31.3%) e 4 participantes entre 5 a 9 anos de escolaridade (8.3%), havendo apenas 1 participante que é iletrado (2.1%).

De acordo com as análises estatísticas realizadas, os dois grupos de participantes não diferem quanto às variáveis sociodemográficas, designadamente o sexo ($\chi^2(1)=.091$, $p=.762$), a escolaridade ($\chi^2(1)=6.857$; $p=.077$) e a idade ($t(46)=-.764$; $p=.449$).

3.2 Medidas de avaliação

No momento pré-intervenção, as análises estatísticas realizadas permitiram-nos confirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicométricas, pelo que, em consonância com o que constatámos em termos das características demográficas, ambos os grupos são uniformes quanto à comunicação (HCS: $t(46)=-1.366$; $p=.179$) e à função cognitiva (ADAS-Cog: $t(46)=-1.860$; $p=.069$).

A tabela 3 ilustra o desempenho dos participantes de ambos os grupos na HCS e na ADAS-Cog. Relativamente à HCS, verificamos que apenas o grupo experimental apresentou melhorias estatisticamente significativas na comunicação, na fase pós-intervenção. Tais melhorias na comunicação foram particularmente visíveis nos seguintes domínios da HCS: conversação (itens humor e prazer) e consciência e conhecimento (itens orientação, conhecimento geral e capacidade para se envolver em jogos). Por sua vez, o grupo de controlo apresentou um ligeiro agravamento das capacidades de comunicação que não é estatisticamente significativo. Não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível da comunicação ($U=237.000$; $p=.367$; potência de teste=.47).

Já no que toca à ADAS-Cog, as análises do desempenho de cada um dos grupos de participantes, da fase pré para a fase pós-intervenção, não permitiram identificar diferenças significativas dentro de cada grupo. Não obstante, verificamos que o grupo experimental apresentou uma ligeira redução da pontuação média da ADAS-Cog, a qual é compatível com uma ligeira melhoria na função cognitiva. Por sua vez, o grupo de controlo demonstrou um aumento na pontuação média da ADAS-Cog que reflete um declínio da função cognitiva. Adicionalmente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na função cognitiva ($t(46)=-1.79$; $p=.080$; potência de teste=.52).

Tabela 3. Pontuações nas escalas HCS e ADAS-Cog, nos dois momentos de avaliação

Variável	Grupo	Pré	Pós	Diferença dentro do grupo	Diferença entre grupos
		M (DP)	M (DP)	<i>p-value</i>	<i>p-value</i>
HCS	GE	11.82 (6.92)	8.50 (7.69)	<i>p</i>=.016	<i>p</i> =.367
	GC	15.15 (9.99)	16.60 (13.93)	<i>p</i> =.615	
ADAS-Cog	GE	22.39 (8.13)	22.00 (9.28)	<i>p</i> =.738	<i>p</i> =.080
	GC	27.40 (10.52)	30.25 (13.93)	<i>p</i> =.056	

Nota: M=Média; DP=Desvio-padrão; Diferenças dentro dos grupos: Teste de Wilcoxon e teste T Student para amostras emparelhadas; Diferenças entre grupos: Teste de Mann-Whitney e teste T student para amostras independentes

4. Discussão

A elevada incidência e prevalência de demência nas sociedades modernas motivou o desenvolvimento de intervenções psicossociais que almejam retardar o ritmo da deterioração cognitiva, comportamental e funcional, otimizar as capacidades prevalentes e assegurar oportunidades para a comunicação e interação social, com tradução na qualidade de vida dos doentes. O programa CST é, precisamente, uma dessas intervenções, cuja sustentação científica tem garantido a proliferação e implementação das suas práticas a nível internacional. Neste estudo visámos avaliar o impacto da versão portuguesa do CST na comunicação e cognição de idosos com demência em contexto institucional.

4.1 Impacto do programa CST na comunicação e na cognição

Em relação à comunicação, constatámos que o grupo experimental melhorou significativamente na fase pós-intervenção. Comparando ambos os grupos, não foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas. Não obstante, verificámos que o grupo experimental apresentou uma melhoria de 3.32 pontos na pontuação total da HCS, que se traduziu em progressos nos itens prazer e humor, que configuram o domínio conversação, e nos itens orientação, conhecimento geral e capacidade de se envolver em jogos, os quais integram o domínio consciência e conhecimento. Pelo contrário, o grupo de controlo demonstrou um agravamento de 1.45 pontos na pontuação total da escala, que não foi considerado significativo.

Em conformidade com Spector et al. (2010) e Spector et al. (2011), o programa CST em formato de grupo promove momentos dedicados à discussão de temas de vária ordem e partilha de opiniões/experiências com tendência a se generalizarem para os contextos de vida real, desembocando numa maior iniciativa para principiar conversações e participar em atividades. Aliás, este programa destaca-se dos demais programas de estimulação cognitiva pelo grande enfoque na comunicação e interação social, reunindo consenso na literatura sobre o seu impacto benéfico nestes domínios (p. ex., Hall et al., 2013; Spector et al., 2003). De acordo com Alavares-Pereira et al. (2020), a versão portuguesa do CST conduz a melhorias significativas na esfera da comunicação. As revisões de Aguirre et al. (2013) e de Woods et al. (2012) mostram que a estimulação cognitiva é responsável por melhorias significativas na comunicação e no comportamento social de pessoas com demência ligeira e moderada. Na mesma linha, Capotosto et al. (2017) constataram uma evolução significativa na capacidade narrativa que reforça a perspetiva defendida por Hall et al. (2013), de que a ênfase do programa na comunicação verbal tem um efeito protetor e promotor do repertório de competências de comunicação. Em contrapartida, em outros estudos, a falta de resultados significativos na comunicação é prontamente relacionada com limitações de cariz metodológico (p. ex., reduzida dimensão da amostra ou pouca fidedignidade da avaliação das capacidades de comunicação por parte dos cuidadores em contexto institucional, devido à frequente rotatividade (implicativa de menos oportunidades para observar e acompanhar os doentes, assim como de identificar progressos) (Spector et al., 2001; Spector et al., 2008).

No que toca à função cognitiva geral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dentro de cada grupo, bem como entre grupos. Importa salientar, todavia, que, após o CST, o grupo experimental não revelou deterioração adicional na função cognitiva – diminuiu 0.39 pontos na pontuação global da ADAS-Cog, o que representa uma reduzida

melhoria no seu desempenho –, ao contrário do grupo de controlo, que manifestou um incremento marginalmente significativo de 2.85 pontos na ADAS-Cog, sugestivo de agravamento no domínio cognitivo.

Na literatura, as melhorias na cognição, conseqüentes à administração de programas de estimulação cognitiva, estão amplamente documentadas (p. ex., Breuil et al., 1994; e Woods, Aguirre et al., 2012), não obstante também se verificar o inverso (cf. Cove et al., 2014; e et al., 2001). No estudo de validação do CST para a população portuguesa, verificaram-se melhorias na função cognitiva geral, em concreto na evocação de palavras e na capacidade construtiva. Os 15 *randomized controlled trials* (RCT) incluídos na revisão de Aguirre et al. (2013) confirmam o contributo dos grupos de estimulação cognitiva para as aquisições no plano cognitivo, medidas pelo MMSE e ADAS-Cog. Contudo, o cariz progressivo e irreversível das demências impõe necessariamente limites à magnitude das eventuais melhorias no domínio cognitivo, visto que a deterioração da cognição é uma inevitabilidade. Nesta ótica, um dos principais eixos de atuação dos programas de estimulação cognitiva reside na manutenção das capacidades cognitivas por via da dinamização de atividades estimulantes e simultaneamente exequíveis, suscetíveis de fomentar oportunidades de potenciação dos recursos cognitivos remanescentes. Assim, tal como ilustrado em Wong et al. (2017), resultados sugestivos de uma ligeira melhoria das capacidades cognitivas (p. ex., diminuição de 0.50 pontos na ADAS-Cog; $t=0.62$; $p=.54$) ou sua estabilização, embora desprovidos de significância estatística, devem ser encarados positivamente. A ausência de diferenças entre grupos na cognição pode, em alternativa, ser explicada pela reduzida sensibilidade de instrumentos como o MMSE e ADAS-Cog para detetar mudanças em participantes com demência ligeira e, tendencialmente, com melhor estado cognitivo, devido a efeitos de teto (Cove et al., 2014), ou pelo facto de as melhorias na cognição, mensuradas pelos instrumentos previamente referenciados, serem mais prováveis em indivíduos mais velhos, especialmente naqueles com idades superiores a 82 anos (Aguirre et al., 2013).

4.3 Limitações

O presente estudo apresenta várias limitações que poderão estar na origem dos resultados obtidos. A reduzida dimensão da amostra e, por conseguinte, a baixa potência dos testes estatísticos utilizados, representa uma das principais limitações. Considerando especificamente a potência dos testes, esta esteve sempre abaixo de 80%; tal está associado a uma maior probabilidade de erro de tipo II (Loureiro, & Gameiro, 2011; Marôco, 2014). Outra limitação remete para o facto de nem sempre ter sido possível garantir que fosse o mesmo cuidador a realizar a avaliação da comunicação. A impossibilidade de garantir a presença do mesmo cuidador nos dois momentos de avaliação compromete a objetividade da perceção de eventuais mudanças no comportamento das pessoas com demência, designadamente por falta de termos comparativos uniformes e precisos entre momentos. Por fim, os dois últimos motivos que podem ter contribuído para a ausência de diferenças entre os grupos estão relacionados com a comparência dos participantes do grupo experimental às sessões de estimulação cognitiva e com o *timing* das reavaliações. Por um lado, a comparência dos participantes do grupo experimental às sessões de estimulação cognitiva foi alvo de alguma flutuação, por razões de saúde ou saída da instituição, pelo que nem todos completaram as 14 sessões do programa. Por

outro lado, nem sempre foi possível garantir que a reavaliação dos participantes começasse no *timing* inicialmente estipulado – uma semana após a conclusão do programa –, em face de condicionantes institucionais e/ou por indisponibilidade dos psicólogos destacados para efetuar as avaliações, pelo que neste hiato temporal alguns dos ganhos experienciados pelo grupo experimental poderão ter-se esbatido.

4.4 Sugestões para estudos futuros

No seguimento das limitações supramencionadas faremos algumas recomendações para estudos futuros. Em estudos futuros o nível de severidade da demência poderá configurar um critério de inclusão do estudo, passível de permitir a constituição de grupos homogêneos de estimulação cognitiva (i.e., grupos semelhantes em termos de declínio cognitivo e funcional). Tal irá, conseqüentemente, facilitar a implementação da intervenção cognitiva. Como resultado principal destacaríamos a necessidade de investir na avaliação da comunicação, por tratar-se de um domínio pouco explorado e especialmente relevante no âmbito dos programas de estimulação cognitiva, recorrendo também à mensuração objetiva das capacidades de comunicação, através da aplicação de instrumentos que contemplem itens relacionados com as dimensões verbal e não-verbal da comunicação. A par da ADAS-Cog, propomos que o MMSE, ao invés de atuar somente como critério de inclusão, seja aplicado nos dois momentos, de forma a disponibilizar um elemento adicional de avaliação breve da função cognitiva. Adicionalmente, poder-se-á futuramente averiguar a influência das variáveis sociodemográficas na resposta dos participantes à versão portuguesa do programa CST, para que possamos melhor compreender quais são as variáveis que estão associadas a uma resposta mais favorável a este programa.

5. Conclusões

As síndromes demenciais representam causas importantes de morbilidade e mortalidade entre a população idosa, cujo impacto se faz sentir ao nível a múltiplos níveis (p. ex., pessoal, social e familiar). A par da afeção cognitiva e comportamental experienciada pelas pessoas com síndromes demenciais, o declínio das competências comunicativas poderá exacerbar os défices pré-existentes e limitar as oportunidades de interação e participação social, conduzindo a um maior agravamento da sua qualidade de vida. Neste quadro, a estimulação cognitiva tem contribuído para a redução do ritmo do declínio das capacidades de natureza cognitiva e comunicativa através da criação de um ambiente de aprendizagem, pautado pela interação social, que incentiva as pessoas com demência a participar em atividades polivalentes, concebidas para recrutar várias funções nervosas superiores, e em discussões de grupo, que apelam à mobilização do repertório de competências de comunicação.

No presente estudo verificámos que, na sequência do programa CST, o grupo experimental apresentou melhorias na comunicação na fase pós-intervenção. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de acumulação e produção adicional de pesquisa no âmbito do programa CST para a população portuguesa, facilitada pela sua validação, tanto no domínio da verificação e mensuração da sua eficácia em diferentes parâmetros, quanto, eventualmente, da afinação e calibragem sociocultural da versão portuguesa do programa à medida que vai sendo ganha experiência na sua aplicação mais disseminada.

6. Bibliografia

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(3), 284-290. <https://doi.org/10.1002/gps.3823>
- Albuquerque, E., Esteves, P. S., & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (Coord.). *Saúde mental das pessoas mais velhas*, (pp.309-320). Lisboa: LIDEL.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Abrams, R. C., & Shamolan, C. A. (1988). Brain changes in geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(3), 157-161. <https://doi.org/10.1002/gps.930030303>
- Alvares Pereira, G., Sousa, I., & Nunes, M. V. S. (2020). Cultural adaptation of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for Portuguese people with dementia. *Clinical Gerontologist*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1821857>
- Alvares-Pereira, G., Silva-Nunes, M. V., & Spector, A. (2020). Validation of the cognitive stimulation therapy (CST) program for people with dementia in Portugal. *Aging & Mental Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1836473>
- Alzheimer Europe (2013). The prevalence of dementia in Europe. Consultado a 8 de Outubro em <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Countrycomparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>
- Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001>
- Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.001>
- Bárrios, H., Verdelho, A., Narciso, S., Gonçalves-Pereira, M., Logsdon, R., & De Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with cognitive impairment: validation of the Quality of Life–Alzheimer's Disease scale in Portugal.
- Branco, M., Ruano, L., & Cruz, V. T. (2017). *Manual de apoio ao diagnóstico de demências*. Lisboa: Edições Parsifal.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A., ... & Boller, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217. <https://doi.org/10.1002/gps.930090306>
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., ... & Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331-340. <https://doi.org/10.1002/gps.4521>
- Chapman, S. B., Weiner, M. F., Rackley, A., Hynan, L. S., & Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1149-1163. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004\)085](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004)085)
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Cove, J., Jacobi, N., Donovan, H., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2014). Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2143–2150. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S66232>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., da Silva, J. A., de Almeida, M. C., Fernandes, A., ... & Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.002>
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2007). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer. In Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coord.). *Escala e Testes na demência*, (pp.38-53). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Hall, L., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 479-489. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001822>
- Holden, U., & Woods, R. T. (1995). *Positive approaches to dementia care* (3rd Ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções da população residente em Portugal. Consultado a 3 de Abril em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-519.
- Martínez-Moreno, M., Cerulla, N., Chico, G., Quintana, M., & Garolera, M. (2016). Comparison of neuropsychological and functional outcomes in Alzheimer's disease patients with good or bad response

- to a cognitive stimulation treatment: a retrospective analysis. *International Psychogeriatrics*, 11(28), 1821–1833. <https://doi.org/10.1017/S104161021600123X>
- Middelstadt, J., Folkerts, A., Blawath, S., & Kalbe, E. (2016). Cognitive Stimulation for People with Dementia in Long-Term Care Facilities: Baseline Cognitive Level Predicts Cognitive Gains, Moderated by Depression. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54, 253–268. <https://doi.org/10.3233/JAD-160181>
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., Frisoni, G. B., Bartorelli, L., Carbone, G., ... & Bernabei, R. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 450-455. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.450>
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A., & Orrell, M. (2015). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 293-298. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148130>
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., ... & Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 454-461. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.137414>
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., ... & Pearson, S. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 14(3), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer's Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007>
- Rai, H., Yates, L., & Orrell, M. (2018). Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.010>
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.11.1356>
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39-49. <https://doi.org/10.1080/13607869956424>
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., Orrell, M (2001). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212. <https://doi.org/10.1080/09602010143000068>
- Spector, A., Gardner, C., & Orrell, M. (2011). Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: Views from participants, their carers and group facilitators. *Aging & Mental Health*, 15(8), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.586622>
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Spector, A., Woods, B., & Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-757. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.5.751>
- Vieira, C. R., Lopes, R. P., & Vieira, O. M. (2007). Escala Cornell para a Depressão na Demência. In Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Coord.). *Escalas e Testes na demência* (2ªEd.), (pp.70-71). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Wong, G. H., Yek, O. P., Zhang, A. Y., Lum, T. Y., & Spector, A. (2018). Cultural adaptation of cognitive stimulation therapy (CST) for Chinese people with dementia: multicentre pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(6), 841-848. <https://doi.org/10.1002/gps.4663>
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database System Review*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2007). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging and Mental Health*, 10(3), 219-226.
- Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 877-885.

Cognitive function in healthy aging – A theoretical overview on the effects of cognitive training combined with Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)

MÓNICA SPÍNOLA

NOVA LINS

monica.spinola@m-iti.org

enviado a 18/03/2021 e aceite a 05/04/2021

Resumo

Nas últimas décadas, e como consequência do aumento progressivo da esperança de vida, diversos estudos se têm focado na população idosas e, em específico, no envelhecimento cerebral e respetivas consequências no funcionamento cognitivo. Mesmo no envelhecimento saudável, existe uma série de alterações cognitivas que se podem traduzir em perdas ao nível da funcionalidade. É urgente investigar formas de atenuar os efeitos do envelhecimento na função cognitiva e manter a autonomia da população idosa.

O treino cognitivo (TC) consiste numa técnica que visa a restauração, reorganização ou compensação das perdas cognitivas, promovendo a manutenção da funcionalidade e mitigando o declínio cognitivo. Por outro lado, a estimulação elétrica transcraniana (EET) emerge enquanto técnica não-invasiva de neuromodulação, que pode causar um impacto positivo no funcionamento cognitivo, através do envio de corrente elétrica de baixa intensidade para o crânio. Ainda que exista já evidência da eficácia destas técnicas, estão ainda pouco exploradas e aplicadas em Portugal. A presente revisão teórica visa explorar de que forma a aplicação combinada destas duas técnicas pode melhorar o funcionamento cognitivo no envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Treino cognitivo; Estimulação elétrica transcraniana; EET; Envelhecimento saudável.

Abstract

In recent decades, and as a consequence of the progressive increase of lifespan, several studies have been focusing on the elderly population and specifically on brain ageing and its consequences on cognitive functioning. Even in healthy ageing, there is a series of cognitive changes, which may result in functional losses. It is urgent to investigate ways of attenuating the effects of ageing on cognitive function and maintain the autonomy of the elderly population.

Cognitive training (CT) is a technique aimed at restoring, reorganizing or compensating cognitive losses, promoting the maintenance of functionality and delaying cognitive decline. On the other hand, Transcranial electrical stimulation (TES) emerges as a non-invasive neuromodulation technique that can have a positive impact on cognitive functioning, by sending a low-intensity electrical current to the skull. Although there is already evidence of the effectiveness of these techniques, they are still poorly explored and applied in Portugal. This theoretical overview aims to explore how the combined application of these two techniques can enhance cognitive function in healthy ageing.

Keywords: Cognitive training; Transcranial direct current stimulation; tDCS; Healthy ageing.

Background

a) Healthy aging

It is known that the world's elderly population is fast and uncontrollably growing and the lifespan is quickly increasing. Herewith, there comes the need to augment human cognitive span and to promote the preservation of cognitive function until more advanced ages so that the

ability of making informed decisions and living independently is maintained (Chapman et al., 2013).

This way, the term “Successful aging” emerges. Successful aging is, according to Rowe and Kahn (1997), defined in three essential parts and the relationship among them: low probability of disease/disease-related disability; high cognitive and physical function capacity; and active engagement with life. Over the years, this definition has been studied and adapted, considering the several findings on this field (e.g., Baltes & Baltes, 1990; Depp & Jeste, 2006 as cited in Martin et al., 2014). Martin et al. (2014), through a review of literature, have found that the most recent and integrative one considers as main components to a “Successful aging” physical functioning, cognitive functioning, life satisfaction/well-being, social/productive engagement, presence/absence of illness, longevity, self-rated health, personality, environment/finances and self-rated successful aging. As cognitive function remains as a significant part of successful aging, being consistent over the several approaches, self-perception emerges on the most recent one as a significant factor to the subjects’ well-being. This suggests that the subjects’ perception of its condition may influence the condition itself.

The “Successful aging” theory is actually consistent with the different models of quality of life (QoL). For example, the “Global Model of Quality of Life” (Felce & Perry, 1993, 1995, as cited in Vilar et al., 2016), which serves as a foundation to the World Health Organization model (WHOQOL Group, 1995), enhances the role of the subjects’ self-perception of well-being, as this well-being evolves both objective and subjective dimensions such as the physical condition, social, material and emotional well-being, personal development and the involvement on significant activities. The similarity of these approaches suggests that a successful aging and quality of life have a direct influence on each other. Additionally, this subjective new dimension, that appears on the most recent definition of “Successful aging”, can be seen as a core point of interest when allied to objective measures. However, to consider the individual’s self-perception there comes the need to ensure its’ cognitive integrity in a way that allows the information obtained to be considered as valid (Vilar et al., 2016).

b) Cognitive changes in healthy aging

As we know, aging is a gradual and inevitable process that occurs differently in each person and is perceived by each person differently. Even in the absence of a diagnosed dementia, evidence shows continuous age- related cognitive declines (Cappell et al., 2010; Cepeda et al., 2001; Kennedy et al., 2009; Mahncke et al., 2006; Mattay et al., 2006, as cited in Chapman et al., 2013) and concomitant brain losses of white matter integrity and functional connectivity, more visible in frontal and temporal networks (Cappell et al. 2010; Hafkemeijer et al. 2012; Kennedy et al. 2009, as cited in Chapman et al., 2013).

Commonly, people over 60 years old report cognitive difficulties, especially in memory (Ávila & de Campos Bottino, 2006). However, brain modifications associated to the aging process are usually combined with vision and hearing changes and generate alterations on the other main mental/cognitive functions such as language, executive and visuospatial functions, even in the absence of neurological diseases. In fact, older adults need much more time to learn new information, to remember it and even to do everyday tasks (Yassuda et al., 2011).

This aging process and its consequent cognitive changes are highly influenced by different endogenous and exogenous factors. It is known that about 50% of cognitive variability in the elderly may be explained by genetic factors and about 30% of that variability can be explained by their educational level. Besides, healthy elder people who frequently perform mental stimulating activities show better performance in cognitive tests and less longitudinal decline. Additionally, factors as personality and humor do have an influence on cognitive changes. For example, depression is associated to self-perceived insufficiencies and performance deficits in memory tasks. Also, elder people with specialized knowledge about the aging process tend to develop compensatory strategies, that allows them to deal with their cognitive losses, maintaining a high-performance level. In addition, social and cultural environment, cognitive training practice, gender, racial and ethnic differences are also influence factors on cognitive changes due to aging (Cancela, 2007).

Once memory decline is one of the main and first complaints manifested by elder people, especially short-term memory (STM), it becomes extremely important referring that this type of memory is responsible for both maintenance and processing of information and it does suffer from changes caused by the aging process. As people get older, it becomes more difficult to execute mental calculation, problem resolution and the mental organization of the tasks that need to be accomplished (Yassuda et al., 2011).

Besides that, some classes of long-term memory (LTM) also reveal changes duo the aging process as it becomes more difficult to codify new information, mainly when it involves retaining details about the physical and temporal context (Yassuda et al., 2011). LTM is divided in two large classes: implicit (non-declarative) memory and explicit (declarative) memory, which includes semantic memory and episodic memory. Implicit memory refers to procedural memory and the Perceptual Representation System (supporting priming effects and classical and operant conditioning). Explicit memory refers to the conscious process of recalling information, whether it refers to general facts and knowledge (semantic memory) or information about personal experiences and their temporal and spatial contexts (episodic memory) (Tromp et al., 2015).

Studies show that episodic memory is the most sensitive to the aging process, being the first memory system to show decline both in normal and pathological aging. Once general knowledge and vocabulary are well preserved in normal aging, semantic memory seems to be immune to some of the effects of the aging process. In contrast, episodic memory, whose function is sustained by a vast cerebral network such as the frontal system, parietal cortex, cerebellum, thalamus and the cingulate gyrus, seems to be highly affected by aging (Tromp et al., 2015). Episodic memory performance progressively declines from middle age to old age (Nyberg et al., 2003). Older people experience losses in information processing, which becomes less efficient and both episodic encoding and retrieval processes are impaired. For example, elderly tend to suffer from difficulties in recalling the encoded context and stored information in a detailed way, sometimes exhibiting false recognitions (Tromp et al., 2015).

Regarding to language, elder healthy people tend to use various words in substitution of an adjective or a target noun; to describe the function of the object or its features instead of naming it; and to have difficulties in comprehension and production of complex sentences and organizing their speech. However, this kind of difficulties do not prevent the performance of daily, social and occupational activities (Yassuda et al., 2011).

It is also verified that up to approximately 60 years there is an increase of performance in skills related to the accumulation of past processing (e.g., vocabulary tasks, lexical knowledge, oral production and fluency, general knowledge about the world), associated with semantic memory concepts and crystallized intelligence. However, there is a decrease in performance on tasks that require attentional focus and transformation of information at the moment of the evaluation, associated with tasks of episodic memory and working memory (fluid intelligence) (e.g., general sequential reasoning, induction, quantitative reasoning, speed of reasoning) (Strauss et al., 2006; Yassuda et al., 2011). In fact, Manard and colleagues (2014) consider that these alterations on fluid intelligence (particularly on speed of reasoning) may be on the basis of the decline in proactive control abilities that older adults reveal.

In what concerns to executive function, it is associated to abilities as the formulation of a goal, the planning, and the execution of tasks efficiently and the ability to evaluate and correct these actions. For example, in daily tasks, it shows up in actions as estimating time, alternating between tasks, ordinate actions and to control impulses and inadequate actions. In general, healthy elderly do not present significant changes in the essential functions to daily activities and maintenance of autonomy, and only once again there is some slowness and possible use of external aids (such as lists, schedules, alarms) (Yassuda et al., 2011). However, studies have revealed a significant hippocampal shrinkage in people in their mid-50s and an estimated average decline of about 5% of the prefrontal cortex per decade after the age of 20, associated with the degradation of the executive function (Tromp et al., 2015).

As far as visuospatial functions are concerned, they are generally preserved in healthy elderly people who, in the absence of significant visual changes, usually have a good orientation of the physical space, both inside and outside the home (Yassuda et al., 2011).

In what concerns to attentional processes, Lezak and colleagues (2012) considered that attention span, similarly to short-term memory and working memory, is a limited capacity. According to McDowd and Birren (1990) older adult's attentional resources are reduced and may influence the execution of cognitive processes. Craik and Byrd (1982) and Mather and Carstensen (2005) considered that age-related changes occurred mainly in situations where attention must be intensively focused, especially in presence of interferences and distractions or when needed a large amount of attentional resources, and due to the need of high degree cognitive control required on those situations. However, attentional processes can refer to several types of attention: 1. attention switching – ability of monitoring two or more stimuli alternately – can be slightly reduced due to generalized decrease of processing-speed (Hartley & Little, 1999); 2. sustained attention – ability of maintaining performance on a task for an extended period – seems to be relatively well preserved; 3. Selective attention – ability of filtering and focusing on the relevant information from all information given by environment – seems to be affected by aging, being this decline related to the efficiency of inhibitory processes (Zacks & Hasher, 1994).

In addition, the so-called "normal" aging of the brain may be accompanied by mental changes that are superimposable to those found in incipient dementia, leading to differential diagnosis problems (such as in Mild Cognitive Impairment and early stages of dementia, especially Alzheimer's disease). Although neuropsychological, pathological, and consensus neuroimaging criteria are currently established for the differentiation between normal and pathological, brain

aging, and its alterations continue to raise diagnostic problems in cases of mild cognitive deficits (Damasceno, 1999).

The changes described as characteristic of aging appear as causes of cognitive deficits observed as natural, for example, forgetfulness of recent facts, difficulties of calculation and changes of attention. Many times, the loss itself can only be observed if the patient requires more of his memory than the ordinary, that is, individuals with an established routine, without great need of intellectual activity, tend to detect the loss later (Nordon et al., 2009).

However, cognitive loss may also be due to other causes, such as stroke, head trauma, metabolic encephalopathy, infection, acute confusion, dementia, alcoholism, hypothyroidism, cancer and even the use of medications (such as anxiolytics, antipsychotics, tricyclic antidepressants, hypnotics, antihistamines, among others) (Nordon et al., 2009).

For example, considering Alzheimer's Disease, it is known as the most common form of dementia and affects both cognitive (specially memory and executive functions) and behavioral domains (Cavallo et al., 2016). Initially it causes alterations mainly on memory domain, evolving to other cognitive functions such as language, visuospatial abilities, and executive functions, leading progressively to total dependency (Albuquerque et al., 2016). Even though patients with this pathology gradually lose their decision-making ability, World Health Organization's recommendations for cognitive interventions with these patients aims to promote an active role of the subject in decision-making as well as in participating and defining aims for that intervention (Clare, 2008, as cited in Silva, 2016a). Thus, even in the presence of pathology, cognitive interventions such as cognitive training have proven to have an important role on promoting the patient's wellbeing.

From a healthcare perspective, there is a major concern within the aging population and its higher prevalence of age-related impairment in cognitive function. This highlights the requirement of the development of strategies in attempt to maintain or enhance cognitive functions. There comes the need of a quick, effective and low-cost identification of solutions to delay cognitive decline caused by the aging process (Kueider et al., 2012).

c) Cognitive Training (CT)

The most that our brain is involved in intellectual activities, the more plasticity it will have and slower will be the process of presenting symptomatologic losses (Nordon et al., 2009). Actually, studies have shown that there is a significant potential to alter trajectories of cognitive decline on healthy aging. However, the definition of the intervention process may become difficult once older population is characterized as diversified and heterogeneous. The way that the aging process affects individuals is related to a group of complex biological, psychological and environmental variables and the interaction between them (Silva, 2016a).

Once cognitive losses are implemented, there comes the need to use a rehabilitative intervention. Rehabilitation is the process that aims to habilitate the patient to function in an adequately and appropriate way. It requires the evolvment of both professional and patient so that the second one achieves the optimum level of functioning (Wilson, 1999). Thus, Skeel and Edwards (2009) define three types of rehabilitation: restoration (restore lost abilities); reorganization (substitution of lost abilities for preserved abilities); and behavioral compensation (use of strategies to augment existent abilities). The type of rehabilitation

technique applied must consider the deterioration level as well as the as the aims of that interventional process.

Therefore, CT, as a restoration psychological intervention, aims to improve cognition in subjects with cognitive impairment (Willis et al., 2006). Its programs focus on the process or functions that show impairment in the target population besides building up remaining capacities and strengths (Belleville et al., 2006). This way, rehabilitation process can involve the use of intern strategies (aiming the optimization of residual functions and/or replacement of impaired functions) and extern strategies (aiming the compensation of lost functions) (Silva, 2016b). It has been defined in four operationalized criteria: 1. repeated practice; 2. focus on tasks with an inherent problem; 3. use of standardized tasks; 4. target specific cognitive domains (Gates & Valenzuela, 2010). In what concerns to evaluating the efficiency of the rehabilitation process, Hampstead et al. (2014, as cited in Silva, 2016a), reached some parameters that can be considered: neuropsychological measures, self-report, external informant and ecological measures.

CT aims to cause cognitive improvement in specific domains, using a restorative or rehearsal-based approach. It has been shown that CT interventions have effective results concerning the enhancement of cognition and daily functions both in healthy and clinical patients (Willis et al., 2006).

Considering healthy adults samples, Willis et al. (2006) showed that cognitive training tasks can improve cognitive function up to 5 years from the beginning of the intervention, causing better performance on specifically trained abilities, when applied to independent, well-functioning subjects. Ball et al. (2002) confirm this conclusion once their results support the effectiveness and durability of cognitive training on target cognitive functions.

When considering a clinical sample, Belleville et al. (2006) showed that CT, including delayed list recall and face-name association tasks, can improve episodic memory tasks when applied to subjects with mild cognitive impairment. Also, referring to patients with “No Alzheimer’s Disease”, Kueider et al. (2012) found that classical CT tasks improve reaction time, processing speed, working memory, executive function, memory, visual spatial ability, and attention in subjects older than 55 years old. These authors differ two types of CT: computerized (including neuropsychological software programs and videogames) and classical CT, that consist in pen-and-paper exercises. Computerized CT had a positive impact on cognitive performance and visual spatial abilities when using neuropsychological software programs and enhanced reaction time, processing speed, executive function and global cognition when using videogames. These computerized CT tasks seem to be a good alternative to classical tasks, once they allow the realization of more specific intervention, considering the subject’s individual need. Its administration has lower costs and does not demand a face to face intervention. However, older subjects may not feel comfortable performing this type of tasks, once they may not be familiarized with this type of technology. However, as times are changing, in a near future our elder population will be comfortable using computerized techniques, once technology is being more and more used in our daily routine.

One example of a computerized cognitive training platform is COGWEB. COGWEB is an online platform, developed by Portuguese researchers, that allows the implementation of personalized cognitive training programs decided by a professional. Its aim is to address the major needs

identified in memory clinic settings and its exercises involve training several cognitive functions. Even though only 66% of the participants had used a computer before, all of them made positive reviews about the platform (Cruz et al., 2013; Cruz et al., 2014).

Another example of computerized cognitive training is RehaCom[®]. RehaCom[®] is a computer-based program that includes several exercises of attention, concentration, memory, perception and daily living activities and different levels to each of them, being appropriate to different rehabilitation phases. It allows the patient to do an independent training as it provides all the instructions necessary and monitors the patient's performance giving feedback and selecting the following levels. Also, it is available in several languages and has been considered ecologically valid as its tasks are similar to real life context tasks (HASOMED, 2012).

Although both COGWEB and RehaCom[®] platforms are available in the Portuguese language, there were found no validation studies for this population.

d) Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS)

Transcranial electrical stimulations, including tDCS, are non-invasive brain stimulation (NIBS) techniques that are mostly used for central nervous system excitability's modulation. The tDCS' main mechanism of action is a subthreshold modulation of neuronal membrane potentials, causing the alter of cortical excitability and activity dependent on the current flow direction through the target neurons (Woods et al., 2016). These techniques have been tested as approaches to improve or maintain cognitive performance both in healthy (Zimmerman & Hummel, 2010) and clinical populations (Demirtas-Tatlidede et al., 2013). Over time, there have been evidences of favorable motor and cognitive behavioral effects, once these techniques have an influence on behavior by facilitating or inhibiting neural activity (Hummel & Cohen, 2006; Reis, Schambra, Cohen et al., 2009, as cited in Martins et al., 2017).

tDCS technique has been considered as having a promising capacity in the increasing of learning and cognition for the development of enhanced therapeutic interventions (Martin et al., 2014). There is strong evidence that NIBS techniques can be used to modulate cognitive functioning both in healthy and neurologic and psychiatric disorders (Martins et al., 2017). Literature shows that tDCS induces significant changes in cortical plasticity (Simis et al., 2013, as cited in Martins et al., 2017) and its results are quite favorable in what respects to cognitive function in healthy older adults (Martins et al., 2017).

In what concerns to memory processes, when comparing Sham stimulation and NIBS, literature supports positive results in increasing memory performance (Martins et al., 2017). Anodal tDCS is an active stimulation and Sham is an inactive form of stimulation used to control the placebo effect. However, there might be an influence of the education level on the effects of tDCS, has Berryhill and Jones (2012, cited in Martins et al., 2017) found that this technique was only beneficial in subjects with more education. Besides, the effects of tDCS may be influenced by the location of the stimulation. Although Ross et. al (2011, cited in Martins et al., 2017) found similar results in older and younger adults, the lateralization of the effect showed differences on those two groups, suggesting that the lateralization of processes such as encoding and retrieval may be associated with aging. These investigators found that only tDCS applied over the left regions increased the retrieval process in older adults.

e) Combined appliance of CT and tDCS

One hypothesized method for improving CT's results is its combination with tDCS. This technique enhances synaptic strength in neuronal pathways that are activated by CT, amplifying the effects of training. Behind the link between CT and tDCS is the principle that an "endogenous" activation (CT) and an "exogenous" neuromodulation (tDCS) will facilitate the activation of neuronal networks which sub serve cognitive functions (Elmasry, Loo, & Martin, 2015).

There is preliminary evidence that suggests that tDCS may transfer these effects to non-trained tasks in some domains as working memory, cognitive control, approximate number sense and arithmetic processing (Elmasry et al., 2015). When synaptic interconnections are strengthened by the interaction between cognitive activity (due do CT and tDCS) and training-based reinforcement, further enlargement of the cortical representation within the activated neuronal network will be allowed, therefore promoting generalization to non-trained tasks (Elmasry et al., 2015).

In fact, it has been proved that the simultaneous use tDCS and CT may augment the subjects' performance on cognitive trained tasks in different cognitive functions, both in healthy and clinical samples (Elmasry et al., 2015).

Stephens and Berryhill (2016) designed a study to evaluate if the combination of tDCS and working memory training improves performance on ecologically valid transfer measures administered in participants' homes. They verified that all the participants demonstrated improvement on trained tasks and that tDCS induced greater transfer gains after 1 month without contact. These gains were observed on standard far transfer tasks along with ecologically valid far transfer tasks. Their results highlight the translational value of the use of interventions based on tDCS in healthy older adults when attempting to maintain their cognitive function.

Also considering healthy older adults, Park and colleagues (2014) studied the long-term effects of tDCS of the bilateral prefrontal cortex combined with computer-assisted CT on working memory and cognitive function. In their study, there were two groups of participants: anodal and Sham. Both groups completed 10 sessions of computer-assisted CT combined with tDCS of the bilateral prefrontal cortex. The results demonstrated improvements on the accuracy of verbal working memory task and on the performance on the digit span forward test, having the effect last up to 4 weeks in verbal memory test. This way, the authors concluded that tDCS changes that altered the bilateral prefrontal excitability during computer-assisted CT may be a beneficial influence on age-related cognitive decrement.

When considering a clinical population, Penolazzi et al. (2015) carried out a case study of Alzheimer's disease with the aim of testing the cognitive effects of tDCS. The effects on cognitive performance were evaluated by the computerized tasks and by neuropsychological tests assessing global cognitive function. They found out that whereas the condition that combined transcranial direct current stimulation and cognitive training had little effects on computerized tasks, it induced stability on the patient's global cognitive functions, lasting approximately 3 months and these effects were not achieved with the Sham condition. They concluded that the synergetic use of transcranial direct current stimulation and computerized tasks of cognitive training appeared to slow down the cognitive decline of the patient.

f) Conclusion

The present study aimed to understand how the combined appliance of CT and tDCS can impact cognitive function in healthy aging. However, there is still a lack of studies reporting the combined use of these two techniques, especially with healthy older adults.

The results of the few studies analyzed are encouraging for the combined appliance of CT and tDCS, presenting tDCS as a way of enhancing the effects of CT and, therefore, potentiating its positive impact on cognitive functioning. Nevertheless, there is still a need for the creation of defined protocols, with stimulation parameters (such as strength, duration, and stimulation brain area), according to the goals of the intervention.

References

- Albuquerque, E., Esteves, P. S., & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Coord.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 309-320). Coimbra: Lidel.
- Ávila, R., & de Campos Bottino, C. M. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva [Cognitive changes update among elderly with depressive syndrome]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 316-320.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, É., & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 486-499. <https://doi.org/10.1159/000096316>
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento. Complemento ao diploma de Licenciatura*. Porto: Universidade Lusíada.
- Cavallo, M., Zanalda, E., Johnston, H., Bonansea, A., & Angilletta, C. (2016). Cognitive training in a large group of patients affected by early-stage Alzheimer's disease can have long-lasting effects: A case-control study. *Brain Impairment*, 17(2), 182-192. <https://doi.org/10.1017/brimp.2016.2>
- Chapman, S. B., Aslan, S., Spence, J. S., Hart Jr, J. J., Bartz, E. K., Didehbani, N.,... Lu, H. (2013). Neural mechanisms of brain plasticity with complex cognitive training in healthy seniors. *Cerebral Cortex*, 25(2), 396-405. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht234>
- Craik, F. I. M., & Byrd, M. (1982). Aging and cognitive deficits. The role of attentional resources. In F. I. M., Craik, & S. E. Trehub, *Aging and Cognitive Processes* (pp. 191-211). Plenum Press: New York.
- Cruz, V. T., Pais, J., Alves, I., Ruano, L., Mateus, C., Barreto, R.,... Coutinho, P. (2014). Web-based cognitive training: Patient adherence and intensity of treatment in an outpatient memory clinic. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.3377>
- Cruz, V. T., Pais, J., Bento, V., Mateus, C., Colunas, M., Alves, I.,... Rocha, N. P. (2013). A rehabilitation tool designed for intensive web-based cognitive training: Description and usability study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12). <https://doi.org/10.2196/resprot.2899>
- Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57(1), 78-83.
- Demirtas-Tatlidede, A., Vahabzadeh-Hagh, A. M., & Pascual-Leone, A. (2013). Can noninvasive brain stimulation enhance cognition in neuropsychiatric disorders?. *Neuropharmacology*, 64, 566-578.
- Elmasry, J., Loo, C., & Martin, D. (2015). A systematic review of transcranial electrical stimulation combined with cognitive training. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 33(3), 263-278.
- Gates, N., & Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 20-27. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0085-y>
- Hartley, A. A., & Little, D. M. (1999). Age-related differences and similarities in dual-task interference. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128(4), 416. <https://doi.org/10.1037//0096-3445.128.4.416>
- HASOMED/Hardware and Software for Medicine (2012). RehaCom 2012. Cognitive Rehabilitation. Magdeburg, Germany: HASOMED.
- Hummel, F., & Cohen, L. (2006). Non-invasive brain stimulation: a new strategy to improve neurorehabilitation after stroke?. *The Lancet Neurology*, 5(8), 708-712. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(06\)70525-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(06)70525-7)
- Kueider, A. M., Parisi, J. M., Gross, A. L., & Rebok, G. W. (2012). Computerized cognitive training with older adults: A systematic review. *PloS One*, 7(7), e40588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040588>
- Lemaire, P. (2016). *Cognitive aging: The role of strategies*. London: Psychology Press.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.) New York: Oxford University Press.
- Manard, M., Carabin, D., Jaspar, M., & Collette, F. (2014). Age-related decline in cognitive control: The role of fluid intelligence and processing speed. *BMC Neuroscience*, 15(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-15-7>

- Martin, D. M., Liu, R., Alonzo, A., Green, M., & Loo, C. K. (2014). Use of transcranial direct current stimulation (tDCS) to enhance cognitive training: Effect of timing of stimulation. *Experimental Brain Research*, 232(10), 3345-3351.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B., Willcox, D., & Poon, L. (2014). Defining successful aging: A tangible or elusive Concept?. *The Gerontologist*, 55(1), 14-25.
- Martins, A. R., Fregni, F., Simis, M., & Almeida, J. (2017). Neuromodulation as a cognitive enhancement strategy in healthy older adults: Promises and pitfalls. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 24(2), 158-185. <https://doi.org/10.1080/13825585.2016.1176986>
- Mather, M., & Carstensen, L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.08.005>
- McDowd, J. M., & Birren, J. E. (1990). Aging and attentional processes. *Handbook of the psychology of aging: Aging and attentional processes* (Cap.3, pp.222-233). United Kingdom: Academic Press Limited.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V., & Neto, V. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.
- Nyberg, L., Maitland, S., Rönnlund, M., Bäckman, L., Dixon, R., Wahlin, A., & Nilsson, L. (2003). Selective adult age differences in an age- invariant multifactor model of declarative memory. *Psychology and Aging*, 18(1), 149-160. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.1.149>
- Park, S. H., Seo, J. H., Kim, Y. H., & Ko, M. H. (2014). Long-term effects of transcranial direct current stimulation combined with computer- assisted cognitive training in healthy older adults. *Neuroreport*, 25(2), 122-126. <https://doi.org/10.1097/wnr.000000000000080>
- Penolazzi, B., Bergamaschi, S., Pastore, M., Villani, D., Sartori, G., & Mondini, S. (2015). Transcranial direct current stimulation and cognitive training in the rehabilitation of Alzheimer disease: A case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(6), 799-817. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.977301>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Silva, A. R. (2016a). Memory stimulation in mild Alzheimer disease: *The role of SenseCam to improve cognitive function and wellbeing*. Doctoral dissertation. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/UC.
- Silva, A. R. (2016b). Reabilitação neuropsicológica. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Coord.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 405-421). Coimbra: Lidel.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 9-33.
- Skeel, R. L., & Edwards, S. (2009). The assessment and rehabilitation of memory impairments. In B. Johnstone, & H. H. Stonnington (Eds.), *Rehabilitation of neuropsychological disorders: A practical guide for rehabilitation professionals* (2nd ed., pp. 47-73). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Stephens, J. A., & Berryhill, M. E. (2016). Older adults improve on everyday tasks after working memory training and neurostimulation. *Brain Stimulation*, 9(4), 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2016.04.001>
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Tromp, D., Dufour, A., Lithfous, S., Pebavle, T., & Després, O. (2015). Review: Episodic memory in normal aging and Alzheimer disease: Insights from imaging and behavioral studies. *Ageing Research Reviews*, 24(Part B), 232-262. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.08.006>
- Vilar, M., Sousa, L. B., Firmino, H., & Simões, M. R. (2016). Envelhecimento e qualidade de vida. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Coord.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19- 43). Coimbra: Lidel.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M.,... Wright, E. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 296(23), 2805-2814. <https://doi.org/10.1001/jama.296.23.2805>
- Wilson, B. A. (1999). *Case studies in neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Woods, A. J., Antal, A., Bikson, M., Boggio, P. S., Brunoni, A. R., Celnik, P.,... Knotkova, H. (2016). A technical guide to tDCS, and related non-invasive brain stimulation tools. *Clinical Neurophysiology*, 127(2), 1031-1048. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2015.11.012>
- Yassuda, M. S., Viel, T. A., Lima-Silva, T. B., & Albuquerque, M. S. (2011). Memória e envelhecimento: Aspectos cognitivos e biológicos. In E. V. Freitas, & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1477-1485). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Zacks, R. T., & Hasher, L. (1994). Directed ignoring: Inhibitory regulation of working memory. In D. Dagenbach & T. H. Carr (Eds.), *Inhibitory processes in attention, memory, and language* (pp. 241-264). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Zimmerman, M., & Hummel, F. C. (2010). Non-invasive brain stimulation: Enhancing motor and cognitive functions in healthy old subjects. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2, 149. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00149>

Preservação cognitiva em adultos idosos

ADELINDA ARAÚJO CANDEIAS

Universidade de Évora, Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano – Departamento de Ciências Médicas e da Saúde

aac@uevora.pt

enviado a 18/03/2021 e aceite a 05/04/2021

Resumo

Objetivo: Compreender a preservação das funções cognitivas e executivas em adultos idosos em função da prática de canto coral, da idade e da escolaridade

Método: Estudo transversal, quantitativo e correlacional com uma amostra de conveniência constituída por 40 adultos idosos (entre 65-90 anos), com e sem práticas de canto coral. Foi utilizado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para a avaliação das capacidades cognitivas. Realizou-se a comparação de médias entre grupos e as variáveis – nível de escolaridade, idade e os resultados do MMSE – bem como correlações entre estas. A finalizar analisámos o poder preditivo associado à prática coralista, à escolaridade e à idade nas capacidades cognitivas.

Resultados: Verificou-se, na comparação de médias efetuada que os indivíduos que mantém atividade de canto coral apresentam melhores resultados dos que os outros indivíduos. Com base nos resultados a escolaridade e a prática de canto coral emergem como preditores -importantes do funcionamento executivo e como fatores protetores da preservação da cognitiva.

Conclusão: Presume-se, então, que o desenvolvimento e a preservação cognitiva, estimulados pela escolaridade e pela prática de canto coral, constituem fatores de bem-estar cognitivo e qualidade de vida em adultos mais velhos.

Palavras-chave: Reserva cognitiva; Preservação cognitiva; Declínio cognitivo; Canto coral; Adultos idosos.

Abstract

Objective: To understand the predictive effect of the practice of choral singing on cognitive and executive skills in elderly adults.

Method: Cross-sectional, quantitative, and correlational study with a convenience sample of 40 elderly adults (aged 65-90 years), with and without choral singing practices. Mini-Mental State Examination (MMSE) was used to assess cognitive abilities. A comparison of means between groups and the variables - level of education, age, and MMSE results - was carried out, as well as correlations between them. Finally, we analysed the predictive power associated with choral practice, schooling, and age in cognitive abilities.

Results: It was found that elderly adults with choral singing practice presented better results than the other elderly adults. Based on the results, schooling and the practice of choral singing emerge as important predictors of executive functioning, as well as protective factors of cognitive preservation.

Conclusion: It is presumed, then, that cognitive development and preservation, stimulated by schooling and the practice of choral singing, are factors of cognitive well-being and quality of life in older people.

Keywords: Cognitive reserve; Cognitive preservation; Cognitive decline; Choral singing; Elderly adults.

1. Introdução

O envelhecimento saudável e com qualidade e bem-estar da população constitui um dos maiores desafios atuais. Portugal tem uma das populações mais envelhecidas do mundo e

prevê-se, um crescimento da população idosa relativamente ao total da população portuguesa, nas próximas décadas, desafiando-nos a estudar esta situação e os fatores que podem contribuir para uma intervenção direcionada para as necessidades da população (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017). Desta forma, embora a promoção do envelhecimento saudável em Portugal se encontre entre as linhas de ação, o estudo de práticas que estimulem o pleno bem-estar da pessoa idosa e permitam a total realização da sua dignidade tem ainda um longo caminho para percorrer.

Partimos do pressuposto que o processo de envelhecimento ocorre de forma diferente em cada indivíduo (Tucker-Drob & Salthouse, 2011), e pode ser moderado por diversos fatores (e.g., género, cultura, naturalidade, posses económicas) (VandenBos, 2015), surge a necessidade de investigar mais acerca da variabilidade individual e dos fatores que contribuem para a diferenciação individual na preservação da reserva cognitiva e do bem-estar na pessoa mais velha. Em geral, o envelhecimento da população aparece associado ao declínio das capacidades cognitivas, o que tem fomentado um incremento da investigação em termos das diferenças individuais e dos moderadores no processo de envelhecimento cognitivo, especialmente na última década. Esta necessidade de mudança advém da perceção por parte dos investigadores de que existem casos de pessoas cujas capacidades cognitivas diminuem rapidamente com o processo de envelhecimento, enquanto que noutras pessoas essas capacidades não diminuem. Como fator protetor do declínio cognitivo, a criatividade e a prática de atividades a esta relacionada demonstram poder intensificar aspetos como a eficácia e competência dos adultos idosos (Flood, & Phillips, 2007).

Destacamos um conjunto de estudos que têm vindo a apontar a importância de atividades quotidianas em alternativa aos fármacos (e.g., Carvalho, 2018), dando especial relevância aos potenciais efeitos associadas à criatividade quotidiana associada à expressão musical e o canto na preservação cognitiva e na manutenção da plasticidade cerebral (e.g., Herholz & Zatorre, 2012; Medeiros & Zanini, 2014).

Neste estudo analisaremos a relação entre a preservação cognitiva em pessoas mais velhas com uma prática continuada de canto em grupos corais. Presume-se, então, que esta prática, podendo estar associada à criatividade, possa estar relacionada com a preservação e integração das capacidades cognitivas dos indivíduos.

2. Preservação cognitiva versus declínio cognitivo

O Declínio Cognitivo (DC) constitui uma das problemáticas mais estudadas no âmbito dos processos de envelhecimento. O DC é definido como uma perda contínua das capacidades cognitivas e executivas (Giebel et al., 2015), que limita substancialmente o desempenho e ingresso em atividades da vida quotidiana, assim como o conforto e a longevidade da pessoa idosa (Irigaray et al., 2011). O declínio cognitivo ocorre para um diferente número de capacidades (e.g., memória, raciocínio, velocidade de processamento e visualização espacial), podendo começar no início da idade adulta em adultos saudáveis e sem qualquer tipo de doenças (Tucker-Drob & Salthouse, 2011). Os défices relacionados com a idade são visíveis em várias medidas e domínios do funcionamento cognitivo, surgindo assim a questão de se todos eles se devem a causas comuns que afetam diferentes funções ou se cada défice esta relacionado com um processo de desenvolvimento distinto, e assim, existindo diferentes causas

que afetam diferentes funções (Baltes & Lindenberger, 1997). Nesse sentido, quanto mais ‘exercitamos’ o nosso cérebro, menos propensos estamos a défices na memória, tanto de curta quanto de longa duração. Esta consequência deve-se à capacidade de reorganização neuronal - fenómeno descrito por Squire e Kandel (2003) como plasticidade cerebral - em resposta a cada nova experiência vivenciada ou adquirida pelo indivíduo, independentemente de sua faixa etária. O ambiente na qual se insere o indivíduo, representa uma peça fundamental da plasticidade cerebral, que nada mais é, que o elemento-chave da hipótese de Reserva Cognitiva, pois permite ao cérebro estar em constante mudança e adaptação, influenciando processos de aprendizagem e memória (Wang et al., 2017). É através de atividades de estimulação cognitiva, que se dá o aumento das ligações sinápticas, enquanto que nas atividades físicas, se melhoram os componentes não neuronais do cérebro (Wang et al., 2017), comprovando novamente a importância do estilo de vida como um todo. Estudos que recorreram a técnicas de neuroimagem, verificaram que pessoas com um alto nível de ocupação, educação, e ingresso constante em atividades de cariz social e físico, lidaram de melhor forma com os danos cerebrais causados pelo envelhecimento (e.g., Scarmeas & Yaakov, 2003; Scarmeas et al., 2011). Isto é, uma pessoa com uma reserva cognitiva suficientemente trabalhada, é capaz de suportar melhor uma neuropatologia, antes de atingir a fase em que os sintomas clínicos se manifestam (Mayordomo, Sales, & Meléndez, 2015). Embora a genética desempenhe um papel relevante, a exposição constante a fatores de aumento da reserva cognitiva ao longo de toda a vida, estão associados à redução do risco de demência nos idosos, mesmo entre sujeitos com predisposição genética para tal, comprovando que a relação entre o estilo de vida e as atividades praticadas e a preservação cognitiva em idosos, está sempre relacionada, independentemente dos fatores biológicos existentes.

Deste modo, além dos bons hábitos alimentares e de prática de exercício físico, o ingresso em atividades estimulantes de natureza cognitiva representa um importante passo a dar desde cedo, devendo o mesmo estender-se ao longo de todo o processo de desenvolvimento (Clare, 2017). Segundo Clare e colegas (2017), são de facto as atividades ligadas à cognição e à socialização, que parecem estar mais diretamente associadas à preservação cognitiva, pelo que investir nelas será altamente benéfico. De realçar aqui a importância do estilo de vida e da prática de atividades promotoras da reserva cognitiva ao longo do processo de desenvolvimento, de uma prática deliberada em continuidade que favoreça o desempenho.

O envolvimento em atividades de lazer e bem-estar, estimulantes cognitivamente, está associado a um fator protetor de quadros demenciais (Wang et al., 2013) e declínio cognitivo global, sendo que, de acordo com o estudo de Verghese et al. (2006), diferentes tipos de atividades atuam em diferentes domínios da cognição. As atividades de cariz mental que requerem mais raciocínio encontram-se associadas à linguagem, função executiva e cognição global; as atividades físicas atuam ao nível da linguagem e memória; e por fim, as atividades de cariz social, encontram-se novamente ligadas à função cognitiva global. Contudo, é o conjunto destes três tipos de atividade que originará a proteção mais eficaz a longo prazo contra o declínio cognitivo.

De entre as variadas hipóteses a partir das quais pode ser explicado o mecanismo através do qual a cognição é preservada com recurso às atividades de lazer, a hipótese da reserva cognitiva é uma mais relevante (Verghese et al., 2006). Verificou-se que em alguns idosos, embora exista

uma patologia cerebral considerável, pode não ser manifestada a sintomatologia típica da mesma (Opdebeek, Martyr & Clare, 2016).

Neste sentido, a reserva cognitiva, enquanto capacidade para otimizar ou maximizar o desempenho e bem-estar cognitivo será fomentada pelo uso diferencial das redes neuronais, e propiciará a utilização de estratégias cognitivas alternativas. Esta reserva apresenta especial relevância, não apenas no início dos quadros demenciais, mas também no decorrer do envelhecimento saudável, pois é esta que permite aos sujeitos, lidar de forma eficaz com os típicos problemas que advêm das alterações cerebrais (Opdebeek et al., 2016) podendo retardá-los e/ou minimizá-los.

As atividades associadas à expressão musical podem desempenhar uma função importante na preservação cognitiva e na plasticidade cerebral (Herholz & Zatorre, 2012). Chanda e Levitin (2013) sugerem que a atividade musical mobiliza quase todas as regiões do cérebro e quase todos os subsistemas neurais. Os diferentes aspetos da música são tratados por diversas regiões cerebrais. As várias dimensões de um som musical precisam ser analisadas para em seguida serem reunidas e formarem uma representação coerente daquilo que ouvimos e/ou expressamos. Os estudos acima apontados (e.g., Herholz & Zatorre, 2012; Chanda & Levitin, 2013) têm demonstrado o poder da música na preservação cognitiva em idosos, uma vez que após sessões com componente musical há uma estimulação de novos comportamentos, podendo despertar sentimentos, formas de expressão e/ou verbalizações.

No que diz respeito à prática do cante em grupos corais, como é o caso do nosso grupo-alvo, a atividade de expressão musical, considerada livre, e da comunicação através da sonoridade e dos movimentos, promovem o desenvolvimento e o fortalecimento de características da vida pessoal e social (Simões, 2020), que, por sua vez, podem influenciar positivamente o envelhecimento do idoso, uma vez que este será mais ativo e menos propenso a desenvolver um declínio cognitivo acentuado.

De entre os processos protetores da reserva cognitiva e do declínio cognitivo, a criatividade tem vindo progressivamente a ser apontada como promotor de melhorias significativas nas capacidades executivas, através da prática de atividades criativas, potencializando a conexão e comunicação entre os neurónios, reestruturando as funções executivas. O próprio processo criativo socorre-se de uma panóplia de processos cognitivos (e.g., Zhang & Niu, 2013). A criatividade pode mesmo constituir-se como um facilitador da resolução de problemas, quando as capacidades utilizadas habitualmente se encontram comprometidas devido a perdas cognitivas significativas (Palmiero et al., 2016). O pensamento criativo, ou divergente, como processo mental aberto, suscita a criação de múltiplas ideias ou respostas perante uma situação concreta, produzindo variabilidade assente em conhecimentos prévios (Cropley, 2006). Não existe criatividade sem conhecimento prévio e sem alicerces que suportem as “ideias criativas”. Entre o mero potencial criativo e o transcendente reside um processo mental aberto subjacente a todos os seres humanos, o processo criativo. A criatividade possibilita a extensão de novos horizontes, sugerindo uma expressão de identidade individual ou coletiva (Hennessey, & Amabile, 2010). Esta conceção aplica-se também aos adultos idosos que, ao dedicarem-se à prática de atividades criativas mostram uma melhoria significativa nas suas capacidades, bem como no seu envolvimento social (Dziala, 2016). As manifestações da flexibilidade de pensamento ou fluência de ideias sugerem que na idade mais avançada se atribui maior

relevância à descoberta e exploração dos recursos disponíveis. Como prática criativa, o canto coral tem vindo a ser uma atividade implementada em programas de atividade para adultos idosos (Simões, 2020). No presente estudo o canto em grupo, especificamente o *cante alentejano*, enquanto performance é considerado como um produto cultural e criativo em termos de originalidade, elaboração, aperfeiçoamento e atratividade, como se encontra plasmado no dossier UNESCO do cante alentejano constituindo-se como “um marcador de identidade local e regional, como um meio eficaz para cultivar a criatividade, para reforçar a coesão social, a diversidade cultural e a cooperação entre grupos e comunidades”, publicado na revista *a Tradição* (Pires, Lima & Barriga, 2015, 20).

Neste contexto, o presente estudo pretende analisar e compreender as diferenças ao nível do declínio cognitivo entre um grupo constituído por adultos idosos do sexo masculino praticantes de canto coral (com uma prática de pelo menos 10 anos, de acordo com o critério sugerido por Ericsson (2006), para se atingir a excelência num domínio) e outro sem esta prática no seu quotidiano.

3. Método

3.1. Participantes

Participaram voluntariamente neste estudo 40 adultos idosos do sexo masculino (N = 40; leque etário = 65 – 90; Média = 73.6, Desvio Padrão = 7.3, Mediana = 73), não institucionalizados, residentes na região portuguesa do Alentejo. Considerou-se o tipo de amostragem não-probabilística, intencional, de conveniência (Marôco, 2009). Na amostra foram considerados dois grupos: GA – idosos que exercem práticas contínuas (com incidência de pelo menos 2-3 dias por semana) e deliberadas de canto coral nos últimos dez anos (n = 20); e GB – idosos que não realizam/nem realizaram práticas estruturadas e continuadas no seu quotidiano.

Esta amostra foi organizada em função de três classes de idade. A primeira classe compreendeu idades entre os 65 e os 70 anos, a segunda entre os 71 e os 80 anos e por fim, a terceira entre os 81 e os 90 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra em função da Idade

Grupo	Classe de Idade	Frequência	Frequência Relativa
Grupo A	1	3	15
	2	12	60
	3	5	25
	Total	20	100
Grupo B	1	10	50
	2	6	30
	3	4	20
	Total	20	100

Os participantes foram, também, agrupados mediante os anos de escolaridade, em quatro classes, nomeadamente, a primeira dos 1 aos 4 anos, a segunda dos 5 aos 9, a terceira dos 10 aos 12 e a quarta dos 13 aos 17 anos de escolaridade (cf. tabela 2), verificando-se uma distribuição dos participantes pelas 4 classes em ambos os grupos.

Tabela 2. Distribuição da amostra em função da escolaridade

Grupo	Cl. Escolaridade	Frequência	Frequência Relativa
Grupo A	1	13	65
	2	6	30
	3	--	--
	4	1	5
	Total	20	100
Grupo B	1	6	30
	2	9	45
	3	3	15
	4	2	10
	Total	20	100

3.2. Instrumentos

3.2.1 Mini-Mental State Examination (MMSE)

O instrumento utilizado foi o *Mini-Mental State Examination*, que avalia as capacidades cognitivas dos indivíduos, permitindo a comparação de médias entre os grupos. Esta prova foi desenvolvida por Folstein et al. (1975) com o objetivo de avaliar as alterações cognitivas, sobretudo em pessoas idosas, de um modo fácil e com curta duração. A adaptação para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994) compõe-se de 30 questões que se dividem em seis esferas de avaliação: 1. Orientação – constituída por 10 questões; 2. Retenção – constituída por 3 itens; 3. Atenção e Cálculo – constituída por 5 itens; 4. Evocação – constituída por 3 itens; 5. Linguagem – constituída por 5 alíneas; 6. Habilidade Construtiva – constituída por 1 item de cópia de um desenho.

A pontuação no MMSE varia entre um máximo de 30 pontos e um mínimo de 0 pontos, tendo em conta os seguintes valores funcionais como referência para ponto de corte (Morgado et al., 2009):

0-2 anos de escolaridade: 22 pontos;

3-6 anos de escolaridade: 24 pontos;

≥ 7 anos de escolaridade: 27 pontos.

Neste estudo, a pontuação e respetiva cotação foi elaborada tendo em conta os seguintes códigos: OrientaG – pontuação geral da esfera de Orientação; RetG – pontuação geral da esfera Retenção; AtCalcG – pontuação geral da esfera; EvocaG – pontuação geral da esfera; LingAG pontuação da alínea a) da esfera Linguagem; LingBG – pontuação da alínea b) da esfera Linguagem; LingCG – pontuação da alínea c) na esfera; LingDG – pontuação da alínea d) da

esfera Linguagem; LingEG – pontuação da alínea e) da esfera Linguagem; Desenho – pontuação da esfera Habilidade Construtiva.

Este instrumento foi aplicado conjuntamente com um breve questionário sociodemográfico, em que se incluiu também a recolha da informação relativa à escolaridade do indivíduo participante de modo a classificar corretamente o seu desempenho na prova (Oliveira et al., 2018).

3.3. Procedimento

Este estudo do tipo quantitativo correlacional transversal (Lund, 2005), desenrolou-se de acordo com os preceitos éticos e deontológicos da recolha individual de dados, garantindo a informação sobre os objetivos do estudo aos indivíduos participantes, assim como o anonimato e a confidencialidade dos dados através da solicitação do Consentimento Informado (Locke, 2014).

Foi aplicado um questionário sociodemográfico para obter informações relevantes para a cotação do MMSE quanto às habilitações literárias e à idade do sujeito. A organização dos grupos (A e B) surgiu tendo em consideração a prática ou não prática de atividades de continuidade (prática deliberada de canto coral há pelo menos há 10 anos) no quotidiano dos indivíduos. A aplicação do MMSE foi realizada em privado, em locais familiares aos participantes e sob a forma de entrevista.

Por fim, procedeu-se à análise estatística dos dados, com recurso ao *IBM SPSS Statistics 24.0 for Windows* (adiante SPSS) para a análise estatística de comparação de médias, recorrendo ao teste *T*, e correlações de *Pearson* entre as variáveis consideradas e aos estudos de regressão.

4. Resultados

Para compreender se as práticas de canto coral dos indivíduos estão relacionadas com níveis mais positivos de preservação cognitiva foram efetuadas uma comparação de médias e uma análise de correlações das variáveis – classe de escolaridade, classe etária e pontuação do MMSE.

A comparação de médias entre os indivíduos de cada um dos grupos (Grupo A e Grupo B), demonstrou que o Grupo A ($M = 25.75$, $DP = 3.88$) apresentou desempenho superior em relação ao Grupo B ($M = 22.40$, $DP = 4.58$), revelando-se esta diferença estatisticamente significativa ($t(38) = 2,50$, $p = .017$) (cf. tabela 3).

Tabela 3. Análise das diferenças de médias nos resultados globais do MMSE

Grupo	N	M	DP	t	gl	Sig.
Grupo A	20	25.75	3.88	2.50	38	0.017
Grupo B	20	22.40	4.58		37	0.017

Realizou-se também uma comparação de médias entre os grupos (A e B) relativa a cada item da prova (MMSE), onde se destacam os valores superiores e significativos para o Grupo A, nas seguintes: AtCalcG ($t(38) = 2.79$; $p = .008$), EvocaG ($t(38) = 4.42$; $p = .000$), LingBG ($t(38) = 3.20$; $p = .003$), LingCG ($t(38) = 3.85$; $p = .000$). Verifica-se, ainda que em LingDG., os participantes do

Grupo B ($t(38) = -2.85$; $p = .007$) apresentaram um resultado superior e significativo em relação ao Grupo A (cf. tabela 4).

Tabela 4. Análise das diferenças de médias nas esferas do MMSE

Variável	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	T	gl	Sig.
OrientaG	Grupo A	20	9.25	0.91	-0.59	38.00	.559
	Grupo B	20	9.40	0.68		35.18	.559
RetG	Grupo A	20	2.70	0.92	0.20	38.00	.846
	Grupo B	20	2.65	0.67		34.69	.846
AtCalcG	Grupo A	20	4.15	1.66	2.79	38.00	.008
	Grupo B	20	2.60	1.85		37.59	.008
EvocaG	Grupo A	20	2.35	0.75	4.42	38.00	.000
	Grupo B	20	1.10	1.02		34.77	.000
LingAG	Grupo A	20	2.00	0.00	---	---	---
	Grupo B	20	2.00	0.00		---	---
LingBG	Grupo A	20	1.00	0.00	3.20	38.00	.003
	Grupo B	20	0.65	0.49		19.00	.005
LingCG	Grupo A	20	2.85	0.49	3.85	38.00	.000
	Grupo B	20	2.00	0.86		30.17	.001
LingDG	Grupo A	20	0.60	0.50	-2.85	38.00	.007
	Grupo B	20	0.95	0.22		26.24	.008
LingEG	Grupo A	20	0.50	0.51	0.00	38.00	1.000
	Grupo B	20	0.50	0.51		38.00	1.000
OrientaG	Grupo A	20	9.25	0.91	-0.59	38.00	.559
	Grupo B	20	9.40	0.68		35.18	.559

Legenda: OrientaG – pontuação geral da esfera de Orientação; RetG – pontuação geral da esfera; Retenção; AtCalcG – pontuação geral da esfera Atenção e Cálculo; EvocaG – pontuação geral da esfera Evocação; LingAG pontuação da alínea a) da esfera Linguagem; LingBG – pontuação da alínea b) da esfera Linguagem; LingCG – pontuação da alínea c) na esfera Linguagem; LingDG – pontuação da alínea d) da esfera Linguagem; LingEG – pontuação da alínea e) da esfera Linguagem.

De seguida, analisaram-se as correlações entre os resultados globais obtidos no MMSE e a idade dos participantes (cf. tabela 5), através do teste de *Pearson*. No grupo A, verificam-se duas correlações negativas e estatisticamente significativas, entre a idade e a LingDG ($r = -.523$, $p = .018$) e a LingEG ($r = -.480$, $p = .032$). No grupo B, destacam-se duas correlações negativas e significativas entre a idade e a OrientaG ($r = -.637$, $p = .003$) e a AtCalcG ($r = -.512$, $p = .021$). Estes dados sugerem que a deterioração cognitiva em algumas esferas do funcionamento cognitivo, em ambos os grupos, embora fique por esclarecer o seu poder preditivo que será analisado mais à frente.

Tabela 5. Correlações entre os resultados globais no MMSE e a idade (N = 20)

Idade	MMSE								
	OrientaG	RetG	AtCalcG	EvocaG	LingAG	LingBG	LingCG	LingDG	LingEG
Grupo A	.045	.053	-.064	-.298	a.	a.	-.118	-.523*	-.480*
Grupo B	-.637**	-.206	-.512*	-.412	a.	-.416	-.077	.206	-.256

*A correlação é significativa no nível 0.05.

** A correlação é significativa no nível 0.01.

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

Legenda: OrientaG – pontuação geral da esfera de Orientação; RetG – pontuação geral da esfera Retenção; AtCalcG – pontuação geral da esfera Atenção e Cálculo; EvocaG – pontuação geral da esfera Evocação; LingAG pontuação da alínea a) da esfera Linguagem; LingBG – pontuação da alínea b) da esfera Linguagem; LingCG – pontuação da alínea c) na esfera Linguagem; LingDG – pontuação da alínea d) da esfera Linguagem; LingEG – pontuação da alínea e) da esfera Linguagem.

De seguida, realizou-se uma correlação entre os resultados obtidos no MMSE e a escolaridade de cada participante (cf. tabela 6). A análise dos resultados demonstrou no grupo A, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a escolaridade e a LingEG ($r = .559, p = .010$). No grupo B, a escolaridade correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com seis das 9 esferas.

Tabela 6. Correlações entre resultados globais no MMSE e a escolaridade (N=20)

Escolaridade	MMSE								
	OrientaG	RetG	AtCalcG	EvocaG	LingAG	LingBG	LingCG	LingDG	LingEG
Grupo A	.193	.072	.234	.312	a.	a.	.020	.431	.559*
Grupo B	.686**	.354	.872**	.545*	a.	.464*	.633**	.043	.685**

*A correlação é significativa no nível 0.05.

** A correlação é significativa no nível 0.01.

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

Legenda: OrientaG – pontuação geral da esfera de Orientação; RetG – pontuação geral da esfera Retenção; AtCalcG – pontuação geral da esfera Atenção e Cálculo; EvocaG – pontuação geral da esfera Evocação; LingAG pontuação da alínea a) da esfera Linguagem; LingBG – pontuação da alínea b) da esfera Linguagem; LingCG – pontuação da alínea c) na esfera Linguagem; LingDG – pontuação da alínea d) da esfera Linguagem; LingEG – pontuação da alínea e) da esfera Linguagem.

A finalizar avaliaram-se os preditores que influem no Declínio Cognitivo (avaliado através dos resultados globais obtidos no MMSE). Para tal consideraram-se como Variáveis Independentes a idade, nível de escolaridade e o grupo de pertença (grupo A – mantém atividades de canto coral e grupo B – não mantém atividades de canto coral). O modelo apurado usando a regressão linear por *Stepwise* identificou como variáveis preditores de declínio cognitivo dos participantes a variável grupo (manutenção de atividades de canto coral) e a escolaridade, contribuindo para 53.7 % da variância. Excluindo-se a idade (cf. tabela 7).

Tabela 7. Modelo de regressão para a preservação cognitiva

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Beta	Sig.
Escolaridade	.558	.312	.293	.662	.000
Grupo	.749	.561	.537	-.510	.000

Os valores apresentados mostram-nos que a escolaridade enquanto fator de diferenciação cognitiva e de reserva cognitiva constitui o preditor mais importante de preservação cognitiva (29.3% da variância) e a participação em atividades de canto coral aparecem como o outro preditor de preservação (24.4% da variância), funcionando como protetores do declínio cognitivo nos participantes provenientes do grupo de canto coral.

5. Discussão e conclusões

Neste estudo a escolaridade e a prática de atividades continuadas associadas ao canto coral apresentam-se como fatores promotores da preservação da funcionalidade cognitiva em pessoas mais velhas. A comparação de médias dos resultados obtidos pelos participantes, demonstra que os adultos idosos praticantes de canto coral, apresentam resultados substancialmente superiores aos não praticantes nas esferas da atenção e cálculo, evocação e em duas esferas da linguagem sugerindo os efeitos potencialmente positivos das atividades de canto coral na preservação cognitiva, como sugerido noutros estudos que realçam a importância do desenvolvimento de atividades estimulantes cognitivamente para a qualidade de vida e o bem-estar cognitivo (e.g., Clare, 2017; Clare et al., 2017).

A análise dos resultados das correlações face ao nível de escolaridade (cf. tabela 6) demonstram que a diferenciação cognitiva promovida pela experiência de escolaridade pode estar relacionada de forma positiva e significativa, com a preservação cognitiva no grupo B (nas esferas de orientação, retenção, cálculo, evocação e linguagem. Contrariamente para o grupo A apenas se identifica uma correlação positiva e significativa numa das esferas da linguagem. Estes resultados sugerem que a escolaridade pode apresentar-se como um importante fator de proteção do bem-estar cognitivo em pessoas mais velhas, sobretudo quando estes não praticam outras atividades de estímulo ao desenvolvimento e preservação cognitiva. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido sugerido por outros autores a propósito das diferenças qualitativas no funcionamento cognitivo do cérebro envelhecido. Ou seja, um mesmo grupo etário pode diferir na forma como emprega os recursos disponíveis, dependendo do seu processamento executivo (De Felice & Holland, 2018). Por exemplo, estudos que comparam perfis de funcionamento em amostras de pessoas jovens e idosas demonstraram que idade avançada não está necessariamente associada a desempenhos cognitivos gerais baixos e que o desempenho dos mais jovens não está necessariamente associado a níveis cognitivos superiores. Ou seja, os idosos com melhor desempenho cognitivo tinham nível de escolaridade e inteligência cristalizada superior ao dos demais idosos, o que sugere que adultos mais velhos com maior reserva cognitiva podem lidar melhor com alterações neurobiológicas relacionadas com a idade (Saliasi et al., 2015).

O modelo de preditores de preservação cognitiva, apurado neste estudo, aponta a escolaridade e as atividades de canto coral como fatores importantes da variabilidade neste critério. Estes resultados vão de encontro ao que tem sido expresso noutros estudos (e.g., Carrascal-Domínguez & Solera, 2014; Opdebeeck et al., 2016), sugerindo que a escolaridade, enquanto fator de desenvolvimento e manutenção da reserva cognitiva e a prática deliberada de atividades de estimulação criativa de natureza continuada, o canto coral, intensificam aspetos como a eficácia e a competência do funcionamento executivo que permite aos sujeitos, lidar de forma eficaz com os típicos problemas que advém das alterações cerebrais (Flood, &

Phillips, 2007). Excluindo as possíveis hipóteses de influência direta da idade e de outras variáveis, como o meio socioeconómico de cada participante nos resultados do MMSE, verifica-se que os fatores que contribuem para um melhor desempenho cognitivo, são, de facto, a escolaridade e a prática de canto coral no quotidiano, enquanto fatores protetores do declínio cognitivo e, provavelmente também, da qualidade de vida em adultos mais velhos.

As conclusões aqui enunciadas deverão ter em conta as limitações deste estudo, uma vez que a amostra está limitada a 40 participantes e é constituída apenas por participantes do sexo masculino. Em estudos futuros será importante controlar outras variáveis potencialmente preditores como os estilos de vida, para melhor aferir as diferenças encontradas entre os grupos.

Como refere a antropóloga Dulce Simões (2020), na vida quotidiana das famílias e nos espaços de sociabilidade cantar é um costume que atribui sentido à vida, como herança cultural incorporada, transmitida por gerações e instituições. As estrofes poéticas das modas estão carregadas de futuro. Assim, a concluir, podemos afirmar que atividades de canto coral, enraizadas culturalmente nas comunidades, constituem um fator primordial de socialização, podendo também constitui uma forma de preservação da memória e da capacidade de pensar, (re)criar, inventar, sentir e de olhar o futuro, de Bem-estar!

Apoios: Agradecemos às mestrandas Patrícia Francisco, Margarida Percheiro e Cátia Bragança o apoio dados na recolha de dados e elaboração da base de dados.

6. Bibliografia

- Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12, 12 – 21.
- Carrascal-Domínguez, S., & Solera, E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, individuo y sociedad*, 26 (1), 9-19.
- Carvalho, B. (2018). *Efeitos da musicoterapia na agitação em idosos com demência: uma revisão sistemática*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Politécnico do Porto.
- Chanda, M. & Levitin, D. (2013). The neurochemistry of music, *Trends in Cognitive Sciences*, 393 17(4), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS Med* 14(3), 1-4. <https://doi.org/doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>
- Cropley, A. (2006). In Praise of Convergent Thinking. *Creativity Research Journal*, 18(3), 391–404. https://doi.org/10.1207/s15326934crj1803_13
- De Felice, S., & Holland, C. A. (2018). Intra-individual variability across fluid cognition can reveal qualitatively different cognitive styles of the aging brain. *Frontiers in Psychology*, 9 (1973), 1-16. 10.3389/fpsyg.2018.01973
- Direção Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 - Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016). Direção Geral da Saúde. Consultado em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Dziala, B. (2016). Artistic activity among the elderly as a form of lifelong learning, based upon the opinions of the University of Wrocław's University of the Third Age handicraft group members. *Journal of Education Culture and Society*, 7(1), 144-151. <https://doi.org/10.15503/jecs20161.144.151>
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (pp. 683–703). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Flood, M., & Phillips, K. D. (2007). Creativity in older adults: A plethora of possibilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(4), 389-411.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P., (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Freitas, S. (2011). *Envelhecimento e défice cognitivo: estudos de adaptação, validação e normalização do Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*. [Dissertação de doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.

- Freitas, S., Prieto, G., Simões, M. R., & Santana, I. (2014). Psychometric properties of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): an analysis using the Rasch model. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(1), 65-83. <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.870231>
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*, 19(1), 63-71.
- Hennessey, B. & Amabile, T. (2010) Creativity. *Annual Review of Psychology*, 61, 569-598. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100416>
- Herholz, S. C., & Zatorre, R. J. (2012). Musical training as a framework for brain plasticity: behavior, function, and structure. *Neuron*, 76(3), 486-502. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.10.011>
- Irigaray, T., Schneider, R., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022>
- Locke, A. (2014). Informed Consent, Overview. In T. Teo (Ed.) *Encyclopedia of Critical Psychology* (353354). New York: Springer.
- Marôco, J. (2009). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Mayordomo, T., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas, y en función de la reserva cognitiva. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 310-316.
- Medeiros, I., & Zanini, C. (2014). A musicoterapia na preservação da memória de idosos institucionalizados. L.F. Oliveira (Ed.) *Anais do X SIMCAM - Simpósio de Cognição e Artes Musicais. Campinas - SP*. Disponível em <http://www.abcoamus.org/simcam/index.php/simcam/simcam10/paper/viewFile/482/64>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 19-15.
- Oliveira, T., Starkweather, A., Ramesh, D., Fetta, J., Kelly, D. L., Lyon, D. E., & Sargent, L. (2018, January). Putative mechanisms of cognitive decline with implications for clinical research and practice. *Nursing Forum*, 53(3), 271-279. <https://doi.org/10.1111/nuf.12247>
- Opdebeeck, C., Martyr, A., & Clare, L. (2016). Cognitive reserve and cognitive function in healthy older people: A meta-analysis. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 23(1), 40-60. <https://doi.org/10.1080/13825585.2015.1041450>
- Palmiero, M., Di Giacomo, D., & Passafiume, D. (2016). Can creativity predict cognitive reserve?. *The Journal of Creative Behavior*, 50(1), 7-23. <https://doi.org/10.1002/jocb.62>
- Pires, T., Lima, P. & Barriga, P. (2015), Dossier UNESCO do Cante Alentejano. *Revista de Etnografia A Tradição (Nova Série)*, 0, 11-129.
- Saliasi E., Geerligs L., Dalenberg J.R., Lorist M.M. & Maurits N.M. (2015). Differences in cognitive aging: Typology based on a community structure detection approach. *Frontiers Aging Neuroscience*. 7(35), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00035>
- Scarmeas, N. & Yaakov, S. (2003). Cognitive Reserve and Lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25:5, 625-633. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Brickman, A. M., Cosentino, S., Schupf, N., Xin-Tang, M., ... Stern, Y. (2011). Physical activity and Alzheimer disease course. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(5), 471-481. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e00a9>
- Simões, D. (2020). O canto que virou património: da “Beleza do Morto” aos futuros possíveis. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 60, 333-348.
- Squire, L., & Kandel, E. (2003). *Memória: Da mente às moléculas*. Porto Alegre: Artmed.
- Tucker-Drob E. M., & Salthouse T. A. (2011). Individual differences in cognitive aging. In Chamorro-Premuzic T., von Stumm S., & Furnham A. (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 242-267). Wiley-Blackwell.
- VandenBos, G. R. (Ed.) (2015). *APA Concise Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C.,... Lipton, R. B. (2006). *Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly*. *Neurology*, 66(6), 821-827. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000202520.68987.48>
- Wang, H. X., MacDonald, S. W., Dekhtyar, S., & Fratiglioni, L. (2017). Association of lifelong exposure to cognitive reserve-enhancing factors with dementia risk: a community-based cohort study. *PLoS medicine*, 14(3), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002251>
- Wang, H. X., Yinlong, J., Hendrie, H.C., Liang, C., Yang, L., Cheng, Y.;... Kritchevsky, S. (2013). Late Life Leisure Activities and Risk of Cognitive Decline. *The Journals of Gerontology*: 68 (2), 205-213. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls153>
- Zhang, W., & Niu, W. (2013). Creativity in the later life: Factors associated with the creativity of the Chinese elderly. *The Journal of Creative Behavior*, 47(1), 60-76. <https://doi.org/10.1002/jocb.23>

