





**bem-estar**  
na **multidimensionalidade**  
do **envelhecimento humano**

**Conselho Editorial Internacional de Ciências Humanas Méritos Editora**

---

Alessandro Batistella

*Doutorando em História (UFRGS) / prof. na UPF / Brasil*

Arisa Araújo da Luz

*Doutora em Educação (Unissinos) / profa. na UERGS / Brasil*

Elio Masferrer Kan

*Doctor en Antropología (ENAH) / prof. en la Escuela Nacional de Antropología e Historia / México*

Elzbieta Budakowska

*Doctor of Sociology (University of Warsaw) / profa. in the same institution / Poland*

Gerson Wasen Fraga

*Doutor em História (UFRGS) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul / Brasil*

Gilmar Mantovani Maroso

*Doutor em História (PUCRS) / prof. na Universidade Luterana do Brasil*

Jaime Giolo

*Ph.D. em Educação Superior Brasileira (Unicamp) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul*

João Carlos Tedesco

*Ph.D. em Ciências Sociais (Università degli Studi di Milano) / prof. na UPF / Brasil*

Luiz Carlos Tau Golin

*Ph.D. em História (Universidade de Lisboa) / prof. na UPF / Brasil*

Nadir Antonio Pichler

*Doutor em Filosofia (PUCRS) / prof. na UPF / Brasil*

Thaís Janaina Wenczenovicz

*Ph.D. em História (UFRGS e Instytut Studiów Iberyjskich i Iberoameryka) / profa. na UERGS / Brasil*

Valentina Ayrolo

*Doctora en Historia (Univ. Paris I, Panthéon-Sorbonne) / profa. en la Univ. Nacional de Mar del Plata / Argentina*

Nadir Antonio Pichler  
Lia Mara Wibelinger  
Telma Elita Bertolin  
(Organizadores)

# **bem-estar** na **multidimensionalidade** do **envelhecimento humano**

*Série Envelhecimento Humano – 6 –*

*méritos*  
editora

© 2015

Livraria e Editora Méritos Ltda.

Rua do Retiro, 846

Passo Fundo, RS, CEP 99074-260

Fone/fax: (54) 3313-7317

Página na internet: [www.meritos.com.br](http://www.meritos.com.br)

E-mail: [atendimento@meritos.com.br](mailto:atendimento@meritos.com.br)

Charles Pimentel da Silva

Editor

Jênifer Bastian Hahn

Assistente de revisão

◆ *Importante: As opiniões expressas neste livro, que não sejam as escritas pelos organizadores em seus capítulos, não representam ideia(s) destes. Cabe, assim, a cada autor a responsabilidade por seus escritos.*

◆ *Todos os direitos reservados e protegidos pela lei nº 9.610 de 19/02/1998. Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora ou do(s) autor(es), poderá ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.*

B455 Bem-estar na multidimensionalidade do envelhecimento humano / organizado por Nadir Antonio Pilcher, Lia Mara Wibelinger, Telma Elita Bertolin. – Passo Fundo: Méritos, 2015.  
196 p. – Série Envelhecimento Humano, 6.

1. Envelhecimento humano 2. Direitos humanos  
3. Saúde do idoso 4. Inclusão social 5. Gerontologia  
6. Qualidade de vida I. Pilcher, Nadir Antonio (Org.)  
II. Wibelinger, Lia Mara (Org.) III. Bertolin, Telma Elita

CDU: 613.98

Catálogo na fonte: bibliotecária Marisa Miguellis CRB10/1241

ISBN 978-85-8200-47-2

Impresso no Brasil

# APRESENTAÇÃO:

## *Multidimensionalidades da realidade e das ciências e o envelhecimento humano*

Nadir Antonio Pichler  
Lia Mara Wibelinger  
Telma Elita Bertolin

---

O objetivo do livro *Bem-estar nas multidimensionalidades do envelhecimento humano* é descrever, analisar e difundir algumas abordagens sobre o processo do envelhecer na perspectiva multidimensional, centradas no bem-estar, isto é, no propósito de contribuir para a discussão e o desenvolvimento do envelhecimento saudável, pautado no reconhecimento, no respeito e na dignidade de ser e existir das pessoas longevas.

Os capítulos são produtos de estudos desenvolvidos por alunos e professores do mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil, juntamente com colaboradores nacionais e internacionais que pesquisam as multidimensionalidades do processo do envelhecimento humano.

Por isso, esta Apresentação procura explorar alguns caminhos históricos percorridos pelo desenvolvimento das ciências na Modernidade, a partir de 1500, situando especificamente as suas múltiplas interpretações e aplicações, contextualizando

e interconectando-as às multidimensionalidades do envelhecer humano.

Nesse sentido, quando se busca explicar, interpretar e compreender qualquer fenômeno, seja ele de ordem natural, humana ou divina, sempre estaremos abordando-o de acordo com os paradigmas dos conhecimentos, técnicas e valores em voga, por sua vez, construídos e reconstruídos historicamente. São os paradigmas de cada época histórica que fornecem o cabedal para justificar e analisar epistemologicamente as multidimensionalidades das pesquisas da realidade ou do ser.

Assim, se, de um lado, as ciências milenares, como a geometria, a matemática, a filosofia, a teologia, a cosmologia, as artes etc., ainda têm dificuldades para apreender e explicar seus respectivos objetos de estudos – porque o saber é sempre mutável, evolutivo, dinâmico e probabilístico –, de outro, o que dizer então de áreas emergentes, como o saber em torno do processo do envelhecimento humano?

Parece que as pesquisas concernentes ao envelhecer das pessoas, devido à sua complexidade, precisam ser de natureza inter, multi e transdisciplinar, realidade ainda em contínuo processo de construção. Além do mais, as academias e os centros de estudos sobre o assunto ainda não conseguiram estabelecer um estatuto epistemológico e um conjunto de ações práticas nucleares e técnicas dessa área multidimensional. Sobre essas dificuldades, três, dentre várias, parecem plausíveis: a estruturação do paradigma simplificador na modernidade por meio do método científico; conseqüentemente a fragmentação das ciências na modernidade e a ausência de diálogo para estabelecer uma abordagem inter, multi e transdisciplinar efetiva, principalmente pelas ciências da vida, da saúde, das humanas e sociais aplicadas.



## PARADIGMA SIMPLIFICADOR PARA COMPREENDER O MUNDO

O gradativo desenvolvimento e a aplicação do método científico, na modernidade, apresentaram-se como única alternativa válida e correta de abordagem da realidade ou do ser e de produção de conhecimento. Essa visão de mundo está estruturada em torno do paradigma simplificador, instrumental e mecanicista gestado, ainda na idade média, por Guilherme de Ockham e Dunz Scottus, estritamente ancorado no mundo da experiência e no primado do individual. Essa nova concepção de ciência é muito bem aceita e desenvolvida, inicialmente, pelas pesquisas de Kepler, Copérnico, Galileu e consagradas por Descartes e Newton. Esse paradigma científico e filosófico buscava e ainda busca encontrar um princípio ordenador subjacente à desordem no mundo físico, biológico e humano. A desordem, o subjetivo, os estudos das humanidades, as abordagens qualitativas, o que não é claro e distinto, passível de evidência e certeza, não serve para ser considerado parâmetro de ciência.

Assim, para Descartes, na obra *Discurso do método*, II, existem algumas regras claras e distintas que devem ser observadas de forma dedutiva:

- 1<sup>a</sup>) *Intuição*: emitir somente juízos ou ideias claras e distintas, sem possibilidade de dúvidas;
- 2<sup>a</sup>) *Análise*: dividir o objeto de pesquisa em tantas e quantas partes menores possíveis;
- 3<sup>a</sup>) *Síntese*: reunir e raciocinar em ordem, partindo do simples ao complexo, em forma de degraus;
- 4<sup>a</sup>) *Enumeração*: fazer sempre enumerações tão complexas e revisões tão gerais que se tenha a segurança de não se ter omitido nada.

Além do mais, Descartes foi um dos fundadores dos pilares da ciência moderna, conhecida como ciência cartesiana, que

separou substancialmente a realidade em coisa (*res extensa*) e espírito ou pensamento (*res cogitas*), ou seja, ciência e filosofia. Essa visão de mundo e de ciência irá influenciar de modo decisivo a visão mecanicista, simplificadora e reducionista desenvolvida por Isaac Newton.

Portanto, o paradigma simplificador da razão instrumental possui seus fundamentos na fragmentação e na disjunção da realidade, além da separação entre o sujeito e o objeto no processo do conhecimento. Só é passível de ser ciência aquilo que é claro e distinto, gerador de ordem, aquilo que pode ser simplificado e reduzido às leis simples e mecânicas.

## DIVISÃO DAS CIÊNCIAS NA MODERNIDADE

Uma das grandes conquistas da modernidade foi a divisão e a fragmentação das ciências, principalmente pela sua desvinculação do tronco comum metafísico, de caráter filosófico e teológico, oriundo das civilizações grega e romana e da tradição da cristandade medieval. Nesse sentido, na visão de Renè Descartes, como vimos acima, o todo começa ser dividido para melhor ser conhecido. Homem e universo se desintegram nessa forma de abordagem científica. A natureza e o próprio homem, agora, são objetos de pesquisa, não mais no sentido qualitativo, meditativo e contemplativo, de acordo com a visão de mundo grego e medieval, mas como instrumentos privilegiados em função do quantitativo, do produtivo, do capital e do lucro. Agora, a razão deixa de ser meditativa, participante, integrante, tornando-se instrumental, interventiva, dominadora e utilitarista. Agora, com modernidade e ainda muito enaltecido nos tempos atuais, tudo está em função do valor, da troca. Tudo, toda a realidade, seja ela da esfera material seja da simbólica, cultural, inclusive a dimensão religiosa, transcendental do homem, possui valor, sendo passível de troca.

Eis algumas razões que dificultam a busca do diálogo entre as ciências, em torno de abordagens multidimensionais da realidade, como o bem-estar nas multidimensionalidades do envelhecimento humano. A mesma dificuldade pode ser estendida a todas as outras atividades humanas, como educação, saúde, segurança pública, combate a violência etc.

## AUSÊNCIA DE DIÁLOGO ENTRE AS CIÊNCIAS

Como vimos acima, se a busca pela compreensão da realidade caracteriza-se pela fragmentação e pela divisão das ciências, naturalmente há ausência de diálogo para estabelecer múltiplas conexões entre elas. Eis um indicador reflexivo que aponta o distanciamento entre as ciências da vida e da saúde, as humanas, sociais aplicadas, exatas, dentre outras envolvidas diretamente na construção de uma proposta interdisciplinar de compreensão múltipla do processo do envelhecimento humano.

Convém destacar que o avanço da visão objetiva, pragmática e instrumental da ciência moderna, subdividida em disciplinas e áreas específicas, gerou e continua gerando muitas comodidades eficazes para a o homem atual, como os meios de transporte e de comunicação, computadores, sondas espaciais, conquistas na medicina e áreas da saúde etc. Todas estas e outras conquistas geraram bem-estar à humanidade, inclusive à longevidade.

Por isso, a transdisciplinaridade, como um novo paradigma integrador, pelo diálogo das ciências, pode ser o caminho eficaz. Ela é capaz de fornecer parâmetros metodológicos para constituir relações entre as diferentes áreas do conhecimento, com diferentes metodologias e epistemologias e a realidade complexa, múltipla e evolutiva, marcada pelas categorias de ordem e caos, organização e desorganização, avanço e retrocesso, complexidade, emergência.

Dessa forma, quanto mais as ciências apreendem, compreendem e procuram explicar a realidade do *ser* da coisa, isto é, a realidade complexa, dinâmica e evolutiva, com suas múltiplas, inter e retro conexões, de mais benefícios a humanidade poderá usufruir. Procurar reunir, pelo diálogo, as múltiplas dimensões do saber, principalmente em torno do bem-estar nas multidimensionalidades do envelhecimento humano, é um longo caminho para ser constituído ainda pelos pesquisadores dessa área.

Este livro busca estabelecer algumas conexões e sinalizações concernentes ao processo de envelhecer referentes ao bem-estar. Assim, os capítulos, por mais que diversos, giram em torno desse núcleo.

Desejamos uma excelente leitura!

Os organizadores.

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: MULTIDIMENSIONALIDADES DA REALIDADE E DAS CIÊNCIAS E O ENVELHECIMENTO HUMANO <i>Nadir Antonio Pichler, Lia Mara Wibelinger, Télma Elita Bertolin</i> .....	7
ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E AMBIENTE SAUDÁVEL: REFLEXÕES BIOÉTICAS <i>José Roque Junges, Cátia Pereira, Gabriela Kronbauer</i> .....	15
DIÁLOGO E SAÚDE EM GADAMER <i>Edimarcio Testa, Nadir Antonio Pichler, Sérgio Ricardo Gacki</i> .....	29
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NOS DIAS ATUAIS E O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA <i>Tália Castilhos de Oliveira, Nadir Antônio Pichler, Sílvia Regina Piesanti</i> .....	45
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE <i>Luma Zanatta de Oliveira, Alisson Padilha de Lima, Camila Pereira Leguísamo</i> .....	55
A VULNERABILIDADE DE IDOSOS DIABÉTICOS, QUANTO AO RISCO DE QUEDAS <i>Suzane Stella Bavaresco, Tayse Perin Della Pasqua, Camila Pereira Leguísamo</i> .....	65

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NAS RELAÇÕES CONJUGAIS: UM INFORTÚNIO QUE NÃO ENVELHECE <i>Silvana Alba Scortegagna, Suraia Estacia Ambrós, Ana Carolina Bertoletti De Marchi, Camila Pereira Leguisamo</i> .....	77
O JOGO DE CÂMBIO E A SOCIALIZAÇÃO NO ENVELHECIMENTO <i>Roseli Bess, Ana Carolina Bertoletti De Marchi, Eliane Lucia Colussi</i> .....	93
REGISTROS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE PASSO FUNDO <i>Katiane Bones Camargo, Astor Antônio Diehl, Silvana Alba Scortegagna</i> .....	107
NUTRIÇÃO E ASPECTOS SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO <i>Luciana Marcon Barbosa, Cláudia Maria Czernaik, Eliane Lucia Colussi</i> .....	119
PESSOA IDOSA NA ERA DIGITAL: A VIDA FEITA DE VIDRO <i>Mônica Luísa Kieling, Melina Rech Spanho, Henrique Gil, Adriano Pasqualotti</i> .....	127
PSORÍASE: O QUE PRECISAMOS SABER? <i>Jaqueline Doring Rodrigues, Lara Caroline Tusset, Ana Cristina Dorneles</i> .....	143
QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: REFLETINDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE <i>Lili Wilke Klaesene, Camila Tomicki, Marilene Rodrigues Portella</i> .....	155
CARACTERIZAÇÃO TIREOIDIANA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO <i>Letícia Betto</i> .....	165
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO APARATO VOCAL <i>Analice Calegari Lusa, Lia Mara Wibelinger</i> .....	175
SOBRE OS AUTORES.....	189

# ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E AMBIENTE SAUDÁVEL: REFLEXÕES BIOÉTICAS

José Roque Junges  
Cátia Pereira  
Gabriela Kronbauer

---

## INTRODUÇÃO

Nas sociedades tradicionais, o idoso era valorizado como um detentor de sabedoria, cujos conhecimentos e experiências eram respeitados e admirados pelos mais novos. Essa era a base do profundo respeito e deferência que havia nessas sociedades em relação aos mais velhos. Com o advento do paradigma cultural da modernidade e a conseqüente sofisticação sempre maior das tecnologias e dos sistemas de informação, os idosos perderam gradativamente o seu protagonismo, como fontes de conhecimento e experiência, sendo superados pelos jovens com capacidades muito maiores para lidar com o mundo configurado pela tecnologia. Os idosos não só foram sendo superados pelos jovens no manejo do conhecimento, mas ao mesmo tempo discriminados e inferiorizados pela sua incapacidade de saber mover-se neste mundo dominado pela modernidade técnica (JUNGES, 2006).

Esse paradigma cultural moderno configura as organizações sociais e seus comportamentos correspondentes, estabelecendo padrões excludentes em relação àqueles que não se enquadram

nesse paradigma. Grupos sociais que se afinam com os objetivos, ambições, crenças e sistemas dessa mentalidade conformam o contexto sociocultural considerado normal ou natural. O idoso considerado frágil, dependente e ultrapassado não se enquadra nos padrões ideológicos do grupo social dominante jovem, porque não detém beleza, força física, memória, capacidade produtiva, atributos característicos da juventude (MONTEIRO, 2005).

A sociedade avalia o idoso a partir de seu corpo improdutivo, doente e frágil. Por isso ele é aposentado do mundo do trabalho. Como a referência-padrão para a representação social é o corpo do jovem, cria-se um contraste cultural que incide na construção da identidade corporal do idoso. A identidade do ser humano sempre acontece na semelhança e na diferença frente ao outro configuradas pelas redes de relações sociais do coletivo. A semelhança possibilita o princípio de comunidade e cooperação, que insere o indivíduo num espaço comum. Já a diferença rompe limites, permitindo avançar para novas possibilidades e arranjos, potencializando o aprendizado da melhor adaptação a diferentes circunstâncias e contextos (MONTEIRO, 2005). Como a identidade jovem é a referência, o idoso não se sente semelhante e, portanto, não tem lugar no espaço comum. Por outro lado, a sua diferença não consegue romper limites e abrir caminho para novas possibilidades, porque é uma diferença excluída.

Se a identidade do idoso é construída a partir da identidade do jovem, essa concepção dominante discrimina e serve para identificar as pessoas em termos classificatórios dentro de uma organização social, pois não explicita a identidade do idoso em sua totalidade, ajudando mais a depreciá-lo. Essa forma de identificação distancia o idoso de sua própria raiz, tentando aproximá-lo do modo de ser jovem, criando a ilusão de ser “jovem num corpo velho”. Tornar-se idoso significa assumir uma identidade diferente daquela predominante na sociedade. Essa diferença deveria tornar-se uma oportunidade e possibilidade de aportar uma contribuição para o modo de ser humano da cultura predominante e, portanto, ser considerada uma riqueza-



za a ser apreciada pela sociedade. Contudo, essa contribuição dependerá de o idoso saber lidar com as mudanças e as perdas que o envelhecimento acarreta, cujo enfrentamento está ligado a questões internas psíquicas e espirituais de construção de sentido e a condicionamentos externos ligados ao contexto sociocultural e político.

## CONTEXTO DE UM ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Envelhecer é um processo de continuidade natural, inerente ao ser humano, no qual ocorrem mudanças e alterações estruturais no corpo e nas funções fisiológicas, psicológicas e sociais, que são vividas pela mediação da cultura (FEATHERSTONE, 1998). Por isso, o amadurecimento para cada indivíduo é sentido de maneira distinta, dependendo do contexto cultural. O corpo que se transforma não mostra apenas um indivíduo que mudou na aparência (rugas, cabelos brancos, curvatura corporal etc.), aponta também modificações na experiência da vida e na identidade de um tempo que passou que demonstra sabedoria.

Na sociedade atual, a possibilidade de encarar de outra maneira a situação do idoso, sem considerá-lo incapaz ou limitado, está diretamente relacionada aos contextos de convivialidade, configuradores de novas sociabilidades. E esses dependem da construção de um espaço social coletivo que possibilite relações de reciprocidade e reconhecimento, com as quais o idoso seja desafiado a operar novas oportunidades, recebendo da sociedade valorização e amparo para essa operação. Os limites e as incapacidades próprias do envelhecimento podem se tornar, para o idoso, ocasiões para se superar com os incentivos e apoios do seu coletivo de sociabilidade.

Não há como pensar no indivíduo sem antes pensar no coletivo. Assim, para que o idoso possa agir com autonomia,

necessita de oportunidades e incentivos da parte dos contextos coletivos, começando pela família, que é o grupo social primordial em suas vidas e incentivador de novas perspectivas.

A autonomia certamente é um dos caminhos mais importantes para alcançar um envelhecimento de qualidade, pois está intimamente relacionada com a identidade pessoal e proporciona ao indivíduo protagonismo em sua vida. Essa identidade protagonista permite a construção de significados para as mudanças que o idoso vai sentindo, base para poder viver uma vida com sentido. Nessa perspectiva, a autonomia não é o único caminho para o alcançar um envelhecimento com sucesso. Outro desafio é o indivíduo aceitar os limites inerentes ao envelhecer, sabendo lidar com as frustrações e sofrimentos que a idade acarreta, sabendo encontrar um sentido para esses fatos. Neri (1995) diz que o envelhecer com qualidade está ligado ao equilíbrio entre limites e potenciais individuais, no trato com as perdas inevitáveis do seu processo biológico, social, econômico e familiar. Já Wolff (2009) entende que o envelhecimento bem-sucedido é relacionado à resiliência no enfrentamento das perdas que o idoso tem em diversos âmbitos da vida. E as ferramentas para saber lidar e enfrentar esses limites, perdas e frustrações o idoso encontra no seu contexto de convivialidade e sociabilidade quotidianas. Por isso, não é possível falar de envelhecimento bem-sucedido, sem incluir o tema do ambiente saudável.

## ENVELHECIMENTO E AMBIENTE SAUDÁVEL

Para entender o que é ambiente saudável, é necessário aproximar a compreensão de saúde da concepção de território, como lugar das condições de vida para ter saúde (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998). Mas para isso é preciso revisar o próprio modo de conceber o território, entendido como ambiente das inter-relações e intercâmbios do cotidiano social de determinada sociedade, como espaço simbólico de significados. Esse conceito

de espaço foi proposto pelo geógrafo brasileiro Milton Santos (1988, p. 28), como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita de processos do passado e do presente”. Sobre um ambiente natural, os grupos sociais humanos deixam as suas marcas através de estruturas materiais fixas e de vias de circulação e fluxos que vão construindo o espaço simbólico das sociabilidades cotidianas e das identidades socioculturais.

Portanto, é um espaço social, real e objetivo, mas atravessado por valores e significados culturais da subjetividade, não tendo limites definidos, devido à sua dimensão simbólica, não identificada com critérios territoriais administrativos.

Para Guba e Lincoln (1989), o contexto proporciona o ambiente convivial, dentro do qual as pessoas produzem suas construções simbólicas, dando sentido às suas realidades cotidianas e sociais. Por outro lado, este ambiente não é algo estático e amorfo, porque é continuamente moldado por essas construções, criando novos parâmetros e diretrizes. Nesse sentido, existe uma apropriação simbólica do território de sociabilidade, transformado em ambiente de convivialidade, onde são moldadas as relações sociais. Assim, o ambiente é formado e composto por prospecções e organizações socioculturais que conformam costumes, procedimentos e metodologias, determinando práticas de participação social e construindo respostas para os problemas da realidade.

Nessa lógica, esse espaço geográfico, assim constituído, é o lugar da construção e do funcionamento das redes de apoio social e da configuração do capital social (BOURDIEU, 1986) da comunidade que habita esse território. Fazer parte do espaço das sociabilidades cotidianas de um grupo determina a identidade dos seus habitantes e define as competências para participar das redes e aceder aos serviços oferecidos por esse espaço social simbólico.

Se a incidência dos determinantes sociais e a presença de capital social configuram a situação sanitária de um grupo so-

cial, então a saúde está essencialmente ligada ao espaço social que configura esses determinantes e possibilita o surgimento de redes sociais de apoio e convivência. Por isso, uma compreensão integral da saúde irá incluir as condições espaciais para a reprodução social da vida ou para a promoção da qualidade de vida, pois o espaço social oferece apoios, recursos e ferramentas para reagir a qualquer quebra do equilíbrio vital. Assim, saúde é resiliência ou capacidade de reação, dependendo essencialmente do ambiente coletivo que constitui o espaço geográfico (JUNGES; BARBIANI, 2013).

Se essa compreensão ecossistêmica de saúde precisa estar na base de qualquer assistência à saúde, ela vale primordialmente para o acompanhamento de pessoas idosas para que possam ter qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido. Nesse sentido, os serviços de saúde que têm os idosos como a maioria de seus usuários precisam funcionar em interação com o espaço social ao qual eles pertencem. A efetividade do acesso desses idosos aos serviços e a resolutividade da resposta às suas necessidades dependerão da inserção da equipe de atenção no espaço de suas sociabilidades cotidianas. Só assim será possível detectar os contextos de vulnerabilidade desses idosos, coletar dados epidemiológicos efetivos sobre a sua situação sanitária e implementar ações efetivas para um envelhecimento saudável.

Essa compreensão manifesta-se principalmente nas equipes do programa Estratégia de Saúde da Família, que têm ao seu encargo determinados territórios, nos quais vivem muitos idosos e sobre os quais elas têm responsabilidade sanitária. Por isso, a atenção ao ambiente é uma das características da estratégia e um dos papéis fundamentais dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Essa atenção significa um olhar sanitário sobre o espaço, apropriado pelo uso social do território, que se configura como lugar das condições de vida daquela população. Essa apropriação respondeu muitas vezes a interesses antagônicos, originando con-

flitos sociais, frutos da externalização de custos ambientais que incidem sobre a saúde dos usuários daquele território. Esse fenômeno conforma o que se passou a chamar de injustiça ambiental, quando custos ambientais – pela apropriação de territórios por parte de processos econômicos, industriais, agropecuários –, produtores de desigualdade social, são empurrados para espaços onde vivem populações pobres, especialmente idosos, criando ambientes insalubres à saúde e à qualidade de vida desses habitantes (ACSELRAD; MELLO; BEZERRA, 2009).

Essa dependência dos processos de saúde e doença, das condições ambientais de vida, aponta para a necessidade de ações intersetoriais de intervenção para a melhoria da qualidade vida, ou seja, ações que fazem parte da própria responsabilidade sanitária dos profissionais sobre as suas populações adscritas. Essas ações não dependem diretamente do setor saúde, mas precisam fazer parte do seu objeto de preocupação sanitária, pois existe uma íntima inter-relação entre os determinantes sociais e a saúde das populações. Quanto maior a vulnerabilidade de um grupo humano, maior a incidência dos determinantes sociais sobre as suas condições de vida. O idoso, sendo um dos grupos mais vulneráveis, sofrerá mais fortemente as consequências positivas e negativas do ambiente sobre o seu estado de saúde. Por isso, são indispensáveis políticas públicas que criem as condições ambientais para um envelhecimento saudável.

## INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM FAVOR DO IDOSO

O maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações, possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social, conseguindo reconhecer as potencialidades e o valor dessas

peças. Parte das dificuldades que as pessoas idosas enfrentam está relacionada à autopercepção de desvalorização por parte do seu contexto sociocultural de sociabilidade (BRASIL, 2012).

O idoso necessita de um ambiente onde possa se sentir pertencente e motivado a participar, incluir-se, voltar a tomar conta de sua própria vida, independente de todas suas questões com a saúde, ou outras dificuldades que aparecem com a idade. As políticas públicas devem dar conta do cuidado com os diversos ambientes em que o idoso transita, como ruas, transporte público, espaços de convivência, centros de atendimento, hospitais etc. No atual contexto sociocultural, ambientes favoráveis para os idosos não surgem espontaneamente. Dependem da formulação explícita e afirmativa de políticas públicas (CAPELLA, 2007) que efetivem os direitos e o estatuto de proteção do idoso.

Partindo de uma distinção proposta para caracterizar dois modos diversos de enfrentar a vulnerabilidade das pessoas com HIV, vitimizando ou empoderando (AYRES et al., 2003), pode-se falar, também, de dois tipos de políticas públicas que igualmente têm foco na vulnerabilidade daqueles que pretendem proteger. Tais políticas podem ser de vitimização dos seus destinatários de proteção, ou de empoderamento dos grupos que pretendem promover. As primeiras criam dependência e clientelismo político, que capturam a consciência das pessoas, tornando-as reféns da assistência que lhes é oferecida. As outras empoderam, porque despertam nos destinatários a consciência da sua dignidade e dos seus direitos, promovendo a autonomia e o protagonismo do seu processo de desenvolvimento. Os idosos, por sua vulnerabilidade, são mais necessitados e carentes de recursos de todo tipo e, por isso, podem ser vítimas de uma assistência que cria dependência e captura a sua consciência. O desafio é propor políticas que possam empoderar os idosos na consciência dos seus direitos e na luta por condições para sua efetivação.

Nesse sentido, a diferença entre uma e outra política depende, em grande parte, do tipo de ambiente que promovem. A

política pública de vitimização não tem o seu foco no ambiente, pois fragmenta, prestando assistência individualizada, que não fortalece os indivíduos no seu coletivo, eternizando a dependência, enquanto que a de empoderamento foca a criação de condições ambientais, no coletivo, para que os indivíduos sejam fortalecidos em sua identidade, possibilitando independência, autonomia e protagonismo.

Esse protagonismo sempre acontece através de um ambiente empoderador dos indivíduos, aqui os idosos. Ninguém é empoderado isoladamente, mas sempre num coletivo que o fortalece. A conformação desse coletivo depende do ambiente de convivialidade social, que proporciona as condições para que seja possível um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade. Essas condições podem ser de cunho material e/ou sociocultural.

As materiais podem ser: aposentadoria digna; transporte gratuito e com lugares reservados; preferência de acesso nas viagens; garantia de medicamentos e exames de prescrição contínua e de acesso aos serviços de saúde; entrada gratuita para espetáculos culturais e artísticos; espaços públicos de lazer e encontro; e, por fim, instituições de longa permanência, dignas e com todas as condições para a qualidade vida. Políticas públicas precisam assegurar isso.

Porém, todos sabem que um envelhecimento saudável não depende apenas de materialidade adequada, mas também da percepção do idoso sobre a sua valorização no seu contexto sociocultural. Esse contexto está relacionado às condições simbólicas de construção de sentido que configuram o seu ambiente de sociabilidade. Em outras palavras, depende dos valores que são promovidos e prezados em determinada sociedade. Para saber o contexto simbólico é necessário perguntar se o envelhecimento é considerado um valor e se a sabedoria do idoso é algo a ser valorizado. Se as condições materiais dos idosos tiveram uma significativa melhoria no Brasil, o contexto sociocultural de sua valorização ainda deixa muito a desejar.

Para fazer frente a essa realidade são necessárias políticas públicas de cunho cultural que atinjam o imaginário social que conforma a mentalidade e as opiniões dos brasileiros. Para isso, são necessárias campanhas permanentes de estímulo e conscientização com o apoio dos meios de comunicação. Mensagens episódicas sobre a valorização do idoso apenas atingem a *memória de fixação* do público, que é uma memória de vida curta e facilmente esquecida. Ao contrário, mensagens repetidas de forma inteligente em tempos adequados e com divulgação pertinente sobre o valor do idoso atingem a *memória de conservação*, que tem vida longa e até permanente, configurando a mentalidade consciente do indivíduo. Essas campanhas, com real incidência sobre a mentalidade modeladora de comportamentos, dependem de uma vontade política que precisa transformar-se em política pública cultural de longo alcance.

Os idosos brasileiros estão construindo seu espaço de sociabilidade e inclusão social, com um crescimento dos movimentos de aposentados e de terceira idade. O movimento dos aposentados é mais político, congregado por homens, lutando pelas condições materiais, enquanto que o de terceira idade é mais sociocultural, reunindo mais mulheres que lutam pela valorização cultural. Esses espaços de luta são importantes na construção social da identidade dos idosos, pois permitem a interação entre eles e a busca de melhores condições socioculturais para um envelhecimento ativo e independente que os afaste da solidão e do preconceito (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006).

## PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO EXIGÊNCIA ÉTICA DA RESPONSABILIZAÇÃO CLÍNICA E SANITARISTA

A íntima relação entre saúde e ambiente e a consequente compreensão ecossistêmica da própria saúde aponta que não basta apenas deliberar clinicamente os itinerários terapêuticos dos



idosos, mas, ao mesmo tempo, é necessário preocupar-se estrategicamente com o seu coletivo pelo planejamento e articulação intersetorial de condições ambientais e sociais de saúde em seu território de sociabilidade. Nesse sentido, não se cuida de alguém individualmente, no caso, de um idoso, sem se preocupar com seu coletivo e, por isso, a responsabilização clínica pelo seu estado de saúde engloba, também, uma responsabilização sanitaria pelo seu ambiente de reprodução social da vida.

Se a responsabilização clínica exige habilidade para deliberar eticamente o melhor caminho terapêutico para o idoso, a consequente responsabilização sanitária exige competência ética para planejar intersetorialmente as condições ambientais e sociais para a efetivação de um envelhecimento bem-sucedido.

O profissional da saúde poderia dizer que essas condições ambientais não são de sua responsabilidade, porque sua preocupação ética é com o cuidado clínico do idoso como indivíduo. Porém, se o cuidado tem que ser eticamente resolutivo, não dependendo de pura boa intenção, mas do alcance de resultados para um envelhecimento bem-sucedido com qualidade de vida, então o profissional não pode simplesmente lavar as mãos e dizer que essas condições socioambientais não fazem parte do seu objeto de preocupação ética profissional.

É evidente que a mudança e a melhoria dessas condições não são responsabilidade direta dos profissionais da atenção primária, mas, como a atenção é indissociável da gestão, eles precisam articular-se com comunidade, conselho municipal, vigilância, gestão de saúde e com outros setores da administração municipal para que sejam planejadas estratégias de implementação de ações intersetoriais a fim de melhorar as condições socioambientais dos territórios de sua responsabilidade sanitaria. Portanto, a preocupação e a articulação desse planejamento estratégico, que tem como foco a responsabilização pelo território de ambiência da população adscrita, fazem parte das exigências éticas do profes-

sional da atenção primária em saúde (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo teve o objetivo de mostrar que não se pode cuidar do idoso individualmente sem se preocupar também com o seu ambiente coletivo de sociabilidade, porque esse contexto conforma as condições materiais e socioculturais para um envelhecimento saudável e bem-sucedido. Assim, essas condições ambientais precisam tornar-se preocupações éticas intersetoriais para os profissionais que acompanham ou têm idosos a seu cargo. Por outro lado, ações intersetoriais só se tornam efetivas e resolutivas se fizerem parte de um planejamento estratégico com um olhar ampliado sobre o contexto, desencadeando iniciativas e atividades de luta pela formulação de políticas públicas em prol de um envelhecimento saudável.

## REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H.; MELLO, C. C. A.; BEZERRA, G. N. *O que é justiça ambiental?* Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

AYRES et al. Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BOURDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. G. (Ed.). *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Westport: Greenwood, 1986. p. 241-258.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. *Caderno Nacional de Atenção Básica*. Brasília – DF, 2012.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-122.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. G. (Org.). *Textos didáticos - Antropologia e velhice*. São Paulo: IFCH/UNICAMP, 1998. p. 45-64.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. London: Sage, 1989.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.

JUNGES J. R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 6, p. 123-144, 2006.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista Bioética*, v. 2, n. 21, p. 207-217, 2013.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI E, L. C. P. O planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da atenção básica em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 53, n. 19, p. 265-274, 2015,

MONTEIRO, P. P. *Envelhecer: histórias, encontros, transformações*. Belo Horizonte: Autêntica. 2005.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. (Org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus, 1995. p. 13-40.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 3, p. 47-59, 1998.

WOLFF, S. H. Envelhecimento bem-sucedido e políticas públicas. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Vivendo e envelhecendo – Recortes de Práticas sociais nos Núcleos de Vida Saudável*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2009. p. 15-28.

# DIÁLOGO E SAÚDE EM GADAMER

Edimarcio Testa  
Nadir Antonio Pichler  
Sérgio Ricardo Gacki

---

## INTRODUÇÃO

No conjunto de sua obra, Hans-Georg Gadamer, filósofo alemão, trata do diálogo em diversos locais. Em *Verdade e método I*, ele aborda o diálogo tendo em vista a compreensão textual, realizando um paralelismo com a tradução. Especificamente, tematiza-o, no ensaio *A incapacidade para o diálogo*, publicado em *Verdade e método II*, como espaço privilegiado de a hermenêutica acontecer. O título deste texto indica uma contradição em relação a sua constante defesa do diálogo. Todavia, a pretensão gadameriana consiste na exposição daquilo que “parece ser uma crescente incapacidade para o diálogo”.

Está desaparecendo a arte do Diálogo (Gespräch)? Não observamos na vida social de nosso tempo uma crescente monologização do comportamento humano? Isto é um fenômeno geral de nossa civilização que está relacionado com o modo de pensar científico-técnico da mesma? Ou são certas experiências de auto alienação e solidão no mundo moderno que calam a boca aos

mais jovens? Ou é até uma decidida rejeição de toda vontade de entendimento e uma rebelião obstinada contra o entendimento fictício reinante na vida pública que é lamentada pelos outros como incapacidade para o diálogo? (GADAMER, 2000, p. 129).

Essas interrogações de Gadamer objetivam, em última instância, compreender o processo dialógico a partir de um “sentido mais exigente”, ou seja, compreender o diálogo enquanto “espontaneidade viva do perguntar e do responder”, “do dizer e deixar-se dizer”.

Assim, o objetivo deste texto é descrever e analisar os fundamentos filosóficos do diálogo em Gadamer e estabelecer algumas aproximações com a área da saúde.

## DÍALOGO

Conforme Gadamer, “a capacidade para o diálogo é um atributo natural do ser humano” (2000, p. 130). O homem é, nas palavras de Aristóteles, “um ser dotado de linguagem”. Esta, porém, somente ganha existência no diálogo. É no dialogar efetivo, entre as pessoas, que a linguagem se vivifica. Diz Gadamer:

Ainda que a linguagem seja codificável e tenha uma relativa fixação no dicionário, na gramática, na literatura – a sua própria vitalidade, o seu envelhecimento e a sua renovação, o seu deterioramento e o seu aperfeiçoamento até às formas mais elaboradas de estilo de arte literária, tudo isso vive do intercâmbio dinâmico daqueles que falam uns com os outros (2000, p. 130).

Fundamentado no diálogo como confiança na dimensão especulativa do *lógos*, entendido, ao mesmo tempo, como *racionalidade e linguagem*, Gadamer diz que quem fala uma linguagem sem entender nada mais que ela, não fala. Falar significa falar a alguém. A linguagem não é algo relacionado com sujeitos isolados.

Mas o que é um diálogo? Para Gadamer, esta interrogação nos conduz a pensar o diálogo enquanto “um processo entre seres humanos, o que apesar de toda a extensão e infinitude potencial possui uma unidade e harmonia próprias” (2000, p. 134). Desse modo, o diálogo, em sua essência, define-se como processo. Não apenas como mero acontecimento, mas, sobretudo, como um acontecer que deixa suas marcas naqueles que dele participam. Além disso, o diálogo, quando bem sucedido, transforma, por sua força, os seus parceiros. Por ser ontológico, “o diálogo não é algo separado, que se acopla ao ser humano, mas uma dimensão constituinte e constituidora dele” (ROHDEN, 2002, p.183). Apesar de situar-se numa perspectiva metodológica, Leroy, na obra *O diálogo em educação*, define o diálogo em sua forma autêntica:

Um diálogo é autêntico se cada personalidade implicar-se nele inteiramente, nele se empenhar exprimindo-se com sinceridade, porque se sente aceita, com suas emoções, suas ideias, suas experiências, aceitando inteiramente os sentimentos, as ideias e as experiências dos outros porque deseja encontrá-los, modificando, se preciso, suas atitudes e suas intenções, para cooperar, com eles, numa pesquisa comum (1975, p. 03).

Consequentemente, o diálogo autêntico se dá na inter-relação com parceiros. Não há autenticidade dialógica entre interlocutores indiferentes, expectadores passivos ou ditadores. Dessa forma, é possível distinguir conversa de diálogo: neste, fala-se de uma relação entre parceiros; naquela, de uma relação entre interlocutores. Na conversação ocorre uma troca de informações, de conhecimentos, de conceitos, sem nenhuma pretensão, por parte dos partícipes, de aprofundamento do tema em questão. Inversamente, no diálogo, os participantes visam a desenvolver, aprofundar, chegar às raízes das coisas, enquanto se ocupam com questões de natureza sociológica, política, filosófica ou ética. Os parceiros no diálogo, explicita Rohden, “movidos pela

paixão de saber mais, melhor e de outra forma, comprometem-se com suas afirmações, enquanto suas perguntas e respostas estão imbricadas com seu modo de viver. Estabelecem uma relação de compromisso com a procura de um saber mais universal, portanto mais ético” (2002, p. 05).

Essa relação dialógica está cada vez mais distante nas relações profissionais, na convivência em família e na sociedade, principalmente na relação dos profissionais da saúde e seus pacientes.

## SABER OUVIR

A primeira e fundamental condição para ser capaz ao diálogo é saber ouvir. “Só quem ouve pode dialogar. Só dialoga quem não monopoliza a palavra” (ROHDEN, 2002, p. 202). Sabe-se, por outro lado, do fenômeno da incapacidade para ouvir. Esta incapacidade, de caráter subjetivo, segundo Gadamer, é experienciada no fato de não ouvir ou ouvir mal. Ambas as coisas, cuja origem está na própria pessoa, impossibilitam o verdadeiro acesso ao outro. “Só aquele que não ouve ou ouve mal, que permanentemente se escuta a si mesmo, aquele cujo ouvido está, por assim dizer, cheio de alento, que constantemente se infunde a si mesmo ao seguir seus impulsos e interesses, não é capaz de ouvir o outro” (GADAMER, 2000, p. 139).

O diálogo fundamenta-se na unidade interna e na simultaneidade do ouvir e do dizer. O falar-um-com-outro, no diálogo, desdobra-se numa relação em forma de rede entre o ouvir e o falar. Esse movimento dialógico de ir-e-vir, sem uma direção prévia determinada, que se constitui enquanto acontece, difere da construção linear do ouvir e dizer que se dá numa conversa informativa. Para dizer algo, é necessário ouvir. É no ouvir que ocorre a abertura ao outro, a qual possibilita o perguntar. De acordo Rohden, “não ouvir equivale a não querer saber o que o



outro tem a dizer, significa deixar de colocar perguntas” (2002, p. 212). A unidade entre ouvir e falar, por ser condição nuclear de possibilidade da pergunta dialógica, não pode reduzir-se ao mero intercâmbio informativo.

A questão do ouvir é pouco desenvolvida no horizonte histórico do pensamento filosófico ocidental. Por outro lado, em tradições culturais, tais como a judaico-cristã, a tibetana e a indígena, constata-se a centralidade do ouvir. Na religião judaica, principalmente, Deus não se manifesta visualmente, mas através de palavras. Ademais, proíbe os homens, por meio dos profetas, de venerá-lo como imagem, exigindo deles, apenas, que ouçam a sua palavra. “Em forma discursiva, de sentenças, de ameaças, os profetas pedem e exigem incessantemente que o povo ouça a palavra de Deus. Ele era para ser mais ouvido que adorado em forma de imagem” (ROHDEN, 2002, p. 214). Não apenas no universo religioso o ouvir possui a primazia sobre o olhar. Também a moral e a literatura originaram-se e existiram, nos seus primórdios, em forma oral. O próprio Platão, através de seus diálogos filosóficos, atesta a importância da dimensão oral da linguagem, em contraposição à dimensão da escritura.

Não em poucos casos o sentido das coisas somente se instala pelo ouvir. Obras como a *Iliada*, a *Odisséia*, a *Torah*, os *Salmos Bíblicos*, antes mesmo de existirem em forma escrita, existiam apenas na linguagem oral. O sentido das coisas, presentes nelas, constitui-se pelo ouvir. Esse fenômeno é possível vivenciar na experiência compreensiva de textos. Às vezes, compreende-se melhor o sentido de uma poesia, por exemplo, quando se a declama em tom alto. Como afirma Rohden, “há casos em que somente compreendemos um texto quando o lemos em voz alta e outros em que precisamos dizer em voz alta uma palavra para nos certificar de como devemos escrevê-la corretamente” (2002, p. 217).

O ouvir é o caminho para a solidariedade. No ouvir, o parceiro do diálogo pode solidarizar-se com o outro. Segundo Gadamer, “nós precisamos aprender que no ouvir ao outro se abre o verdadeiro caminho no qual se forma a solidariedade” (apud ROHDEN, 2002, p. 212). Essa abertura solidária ao outro torna possível o processo de construção em si do próprio ser humano: “fazer-se sempre de novo capaz para o diálogo, isto é, de ouvir o outro, parece-me ser a verdadeira e própria elevação do ser humano em direção à humanidade” (2000, p. 139), declara Gadamer.

Outra condição básica, de caráter objetivo, para se dialogar, é a necessidade de uma linguagem comum. A falta desta cria um distanciamento entre as pessoas; a sua presença aproxima as mesmas. “O distanciamento entre as pessoas manifesta-se no fato que elas não falam mais a mesma linguagem (como se diz), e a aproximação de que se encontra uma linguagem comum” (GADAMER, 2000, p. 139). A experiência com línguas estrangeiras esclarece melhor este problema. Pessoas de línguas maternas diferentes encontram-se, inicialmente, distantes entre si pela falta de uma linguagem comum. Porém, aos poucos, por meio do esforço e estimuladas ao dizer algo uma para a outra, conseguem se aproximar compreensivamente. Como diz Gadamer, “também onde parece faltar a linguagem, pode alcançar-se o entendimento mediante a paciência, a sensibilidade, a simpatia e a tolerância, e mediante a confiança incondicional na razão que todos nós partilhamos” (2000, p. 140). Mesmo com pessoas que falam a mesma língua, pode faltar uma linguagem comum, impossibilitando o diálogo. Isso ocorre com muita frequência, por exemplo, nas relações entre marido e mulher, pais e filhos, professor e aluno. Cada um dos pólos fala uma linguagem incompreensível ao outro.

A liberdade constitui-se, também, em uma condição imprescindível para o diálogo. Sua falta significa a inviabilidade de instauração do mesmo. Isso se evidencia nas situações de

interrogatório judicial ou policial. Ao réu cabe apenas responder o que lhe é perguntado ou evitar a pergunta. Além disso, dificilmente pode perguntar. Nas palavras de Rohden, “o inquisidor ou juiz não querem ouvir o que o réu quer dizer, mas apenas o que eles desejam escutar” (2002, p. 185).

## EMPECILHOS DO DIÁLOGO

Dadas essas condições fundamentais, é possível deparar-se, no diálogo, com empecilhos que dificultam seu desenvolvimento. O dogmatismo é um deles. A partir de uma atitude supostamente capaz de atingir determinada certeza absoluta, o dogmático recusa-se a admitir contestação ou crítica de seu conhecimento. Desse modo, não há preocupação, por parte da postura dogmática, com a justificação do saber. Consoante Rohden, “o dogmático, satisfeito com seu conhecimento, não quer saber mais. Trata-se da posição oposta à *docta ignorantia*, segundo a qual só deseja saber quem sabe que não sabe” (2002, p. 189).

Um segundo obstáculo ao diálogo é o ceticismo. Ao contrário do dogmatismo, que nega a busca do saber, o ceticismo, embasado no princípio da impossibilidade do conhecimento, “sufoca o desejo e a capacidade de saber”. Trata-se, aqui, em última instância, de um ceticismo absoluto. Cabe enfatizar, conforme Almeida, que na perspectiva hermenêutica, “o ceticismo tem uma função produtiva, na medida em que provoca perguntas e não assume respostas como definitivas, deixando sempre espaço para novas questões” (2002, p. 195).

O desenrolar do diálogo é travado por quem não se dispõe a entrar, efetivamente, nele. Em consequência, a indisposição, quando convidados a dialogar, impossibilita que acompanhem, de fato, as questões, os problemas colocados pelo outro. Impossibilita, ainda, que, no movimento dialógico, possamos “sair de nós mesmos”, possamos “pôr às claras” nossos posicionamentos

personais sobre pré-conceitos e conceitos filosóficos, científicos ou cotidianos. Tal atitude, não dialógica, constitui a postura epistêmica do sujeito expectador. O diálogo autêntico exige, por sua vez, a participação ativa dos parceiros. Nesse sentido, de acordo com Rohden, “quem não se dispõe a mudar seu ponto de vista – e inclusive sua ação – não pode dialogar. No máximo, como no caso das ditaduras, só fala, só comanda, só diz ou só obedece e executa as ordens” (2002, p. 189).

A alienação social e política também pode emperrar o diálogo. “A alienação consiste em empregar e repetir palavras e expressões que não constituem nem representam a realidade como tal” (ROHDEN, 2002, p. 189). Neste caso, a expressão “sempre foi assim...” torna-se significativa na medida em que, empregada em diversas situações, indis põe os parceiros para o diálogo. Se as coisas “sempre foram assim...” não faz nenhum sentido dialogar.

Esses entraves explicitam, *via negationis*, alguns dos diversos elementos estruturais que constituem o acontecimento dialógico. Primeiramente, o diálogo não possui um objeto próprio, específico ou único. Seus objetos constituem-se de todas as coisas que podem tornar-se linguagem. É por essa razão que, sobre elas, é possível falar. Nele “há assuntos, conceitos, problemas sobre os quais dialogamos, tais como sentido, acordo, justiça, verdade, beleza, mas que não esgotam o conteúdo do diálogo hermenêutico” (ROHDEN, 2002, p. 194). Pode-se dizer que há no diálogo um tema *sobre o qual* se fala. Este tema é abordado sempre na forma de um discurso *sobre* algo. Logo, o diálogo se constitui sempre em dois momentos: “o tema do qual trata o discurso e aquilo *que* em um tal discurso efetivamente emerge, ganha expressão”. Assim, no diálogo sobre algo entre parceiros, surge uma espécie de “terceira margem”.

## DIÁLOGO AUTÊNTICO

Outro elemento constitutivo do diálogo autêntico é o acordo. Este constitui o princípio e o fim do processo dialógico. Para que um diálogo inicie exige-se um acordo prévio entre os parceiros. O acordo também pode produzir no diálogo um horizonte comum aos parceiros. Nesse sentido, *acordo* designa *aquilo* que emerge no desenvolvimento dialógico. Não significa necessariamente submissão ou adesão ao outro. Pelo contrário, “o acordo no diálogo não é somente uma mera representação e um impor do próprio ponto de vista, mas uma transformação rumo ao comum, a partir de onde já não se continua sendo o que era” (GADAMER Apud ROHDEN, 2002, p. 196).

O diálogo, à semelhança do jogo, não pode ter seu final previamente determinado. “Não podemos antecipar teleologicamente o que acontecerá e produzirá um diálogo” (2002, p. 198), enfatiza Rohden. Esta imprevisibilidade de resultados é condicionada pelo modo de ser próprio da linguagem, que existe somente quando os seres humanos falam uns-com-os outros.

Fala-se, na maioria das vezes, em uma boa condução do diálogo. Paradoxalmente, os parceiros do processo dialógico, por mais que pretendam direcionar arbitrariamente o diálogo, são mais dirigidos que condutores do espírito dialógico. Conforme Rohden, “o diálogo autêntico não pode ser conduzido voluntariamente segundo interesses particulares dos parceiros, assim como se conduzem cavalos com rédeas” (2002, p. 198). Consequentemente, os sujeitos do diálogo não são propriamente os parceiros. Há apenas o diálogo, o qual somente se apresenta através dos que dialogam. No processo dialógico inexistente o comportamento irrefletido por parte dos parceiros. Logo, não há distância entre o diálogo e o dialogante. Isso remete ao reconhecimento, em princípio, do primado do diálogo frente à consciência dos parceiros.

Por escapar ao controle da consciência, o diálogo existe somente enquanto vivência. O acontecimento caracteriza o diálogo bem-sucedido. Em si mesmo, o diálogo não existe. Ele acontece, analogamente, como o jogo. “Joga-se o jogo”, afirma Gadamer. Da mesma forma, pode-se dizer do diálogo “que se o dialoga”. O caráter de acontecimento do diálogo fica mais explícito na analogia com o jogo realizada por Flickinger:

Destaca-se aí sobretudo a íntima interdependência observada entre o jogo, ele mesmo, e os jogadores, dos quais depende, porque, com sua atividade, condicionam o vir a ser do jogo. Sem jogadores, não há jogo. Este só acontece, processa-se, vive, porque os jogadores re-agem ou co-respondem uns aos outros, formando um conjunto indissociável, cuja coesão não pode ser rompida, até mesmo pela reflexão. Que se retire um dos jogadores e o jogo como um todo cessa (2000, p. 47).

O diálogo autêntico transforma os parceiros, nele envolvidos. Estes evitam a imposição da própria opinião sobre a do outro e ao procurar não agregar a opinião do outro à sua, ao modo de uma adição, ambos podem, no desenrolar do diálogo, transformar-se. Como afirma Gadamer, “o diálogo possui uma força transformadora. Onde um diálogo é bem sucedido, algo nos ficou e algo fica em nós que nos transformou” (2000, p. 134). Essa dimensão transformadora torna-se mais evidente em expressões, tais como: este diálogo “valeu a pena” ou o diálogo de hoje “foi esclarecedor”. De acordo com Gadamer, isso ocorre porque “algo outro veio ao nosso encontro que ainda não havíamos encontrado em nossa experiência própria do mundo” (2000, p. 134).

A pergunta brota do inesperado desses encontros com a alteridade. O pressuposto de toda pergunta legítima remonta à *docta ignorantia* socrática. Nesse sentido, a “origem do perguntar consiste no reconhecimento, por parte de quem pergunta, do ‘saber que não se sabe’” (ALMEIDA, 2002, p. 175). Exime-se

de perguntar aquele que pensa saber tudo. Ademais, a pergunta com sentido (legítima) possibilita, frente à realidade, a abertura de novas perspectivas. “A essência da pergunta é a de abrir e manter abertas possibilidades” (1998, p. 369), afirma Gadamer. Nessa perspectiva, aprender a perguntar designa o movimento do sujeito, no sentido de uma exposição, em direção à abertura do horizonte do outro.

A pergunta assim compreendida abre a porta ao horizonte alheio, arrastando consigo o sujeito que a faz. É na pergunta que este se empurra para fora de sua reserva, expondo-se. Trata-se aqui, naturalmente, de uma lógica o perguntar, desvinculada das condições do conhecimento objetivo, porque não se pergunta para confirmar o que se sabe, senão para a si mesmo e ao desconhecido um mostrar-se que o preserve e exponha simultaneamente (FLICKINGER, 2000, p. 46).

É com a pergunta posta que a compreensão abre o caminho para a articulação do conhecimento. Em Gadamer, entre outras coisas, a pergunta indica sentido, coerência, caminho, abertura, possibilidades, move-nos, gera enfrentamento, questiona, tira-nos da inércia, rompe com a massificação, só para citar algumas questões. A pergunta move o diálogo e este nos transforma. Depois do diálogo, já não seguimos sendo quem éramos: “O processo do diálogo, qualquer que seja seu desenlace, não é senão o desenvolver de uma comunidade originária, da qual os interlocutores não eram ao começo suficientemente conscientes” (GUTIÉRREZ ALEMÁN, 2002, p. 227). Este ganho, este chegar à consciência em comum só emerge a partir da pergunta colocada. A pergunta lança os interlocutores para uma dimensão de abertura, de disponibilidade e permite o reconhecimento dos limites que os envolvem.

## DIÁLOGO E SAÚDE

Como vimos, Gadamer defende, no obra *Verdad y método*, a busca de um diálogo autêntico, colocando no centro das discussões filosóficas as relações interpessoais pautadas pelo respeito, abertura, solidariedade, dignidade, racionalidade etc., procurando superar a linguagem fria, calculista e monológica da racionalidade instrumental.

Ora, estabelecer na área da saúde um diálogo autêntico, com o envolvimento de diferentes atuações profissionais, visando o multiprofissionalismo, a inter e a transdisciplinariedade, procurando ajudar uma pessoa a superar sua patologia ou doença, não é uma tarefa nada fácil. “O esclarecimento do contexto metodológico interdisciplinar, no qual o pesquisador isolado se move, será apenas excepcionalmente produtivo para ele” (GADAMER, 2006, p. 31). Por que? Porque nas últimas décadas, e ainda continua de forma crescente, há a instauração progressiva, em todos os setores da sociedade, do pragmatismo instrumental, essencialmente voltado à *performance*, para o resultado, o lucro, a objetividade, a individualidade. Já quase não há mais tempo e motivação para dialogar com os familiares, colegas de trabalho e outras pessoas.

Assim, com o advento da informática, das telecomunicações e a popularização dos meios de comunicação de massa, da robótica, da automação industrial, comercial e financeira, da engenharia e terapia genética, da biologia molecular, da medicina nuclear, das redes sociais etc., o homem está construindo um período de transição talvez nunca visto na história da humanidade. Enfim, a humanidade atual, em termos de tecnociência, movida sobretudo pelos avanços tecnológicos, como celular, *netbook*, *tablet*, TV digital, agricultura de precisão, microcirurgia, química fina, neurorobótica, a neurociência, a neuroética etc.,



está adentrando na era do nanômetro, isto é, no micro, no nano, no pequeno.

Se, por um lado, as novas invenções e tecnologias comunicativas diminuem distâncias e favorecem o diálogo, sobretudo, auditivo e visual, integrando gerações, povos e culturas; por outro, a realização pessoal e profissional, o reconhecimento como pessoa portadora de valor intrínseco, de fim em si mesma, de dignidade, está cada vez mais distante. Na esteira de Gadamer, essa situação seria decorrente de uma visão de mundo pautada na experiência científica: “Em princípio, não há nada que, desse modo, não esteja subordinado à competência da ciência” (GADAMER, 2006, p. 10).

A ênfase ao diálogo nas diferentes dimensões humanas do agir, inclusive na área da saúde, faz Gadamer projetar uma filosofia hermenêutica, interpretativa, voltado para o humano e o ético, dimensões capazes de superar a visão fragmentada do espírito instrumental, analítico e reducionista (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012, p. 201).

Outro entrave para a busca do diálogo autêntico e ético, principalmente nas esferas básicas e fundamentais humanas, como a alimentação, habitação, segurança etc., principalmente a educação e a saúde, é compreender e reduzir o humano somente na perspectiva econômica, com potencialidade restrita ao ato de produzir e consumir bens e serviços. Assim, o ser humano não é somente *homo economicus* e *homo consumus*. O homem também é, sobretudo, um ser aberto, ser somático, ser psíquico, ser intelectual, ser social, ser livre, ser afetivo, ser que ama, sente, aspira, age e deseja. O homem é um ser perfectivo, em processo, um ser inconcluso. Quando o homem consegue enaltecer estas disposições, por meio da educação, da linguagem e da cultura, sobretudo humanística, ele torna-se um ser mais autossuficiente (*autarkeia*).

Com certeza, as lógicas do mercado e da razão instrumental não conseguem dar respostas razoáveis a estas dimensões. Não quer dizer também que as ciências humanas, acima de tudo a filosofia, a teologia e a mística, conseguem dar respostas definitivas ao vazio existencial. Se o homem é um ser aberto e em processo, porque essa é sua natureza, além de limitado e finito, nenhuma ciência consegue explicá-lo e realizá-lo plenamente. Nenhuma ação no mundo vai realizá-lo em plenitude. Somos humanos e simplesmente humanos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Gadamer, dizer algo, nunca esgota o tema. Desse modo, pode-se dizer que o diálogo não termina, somente se interrompe. Quando dizemos algo e esperamos a interlocução, por certo temos ainda um mundo de coisas a serem ditas. Este é o radical limite da finitude. Tentar cercar o ideal atrás de uma suposta segurança de uma torrente de argumentos não nos garante nada. Precisamos falar, mas precisamos também ouvir, para que o acontecer da vida se perfeça. Não se está atrás de um mundo ideal onde a realidade se adegue, mas sim de um mundo possível, onde o ser humano possa chegar a um convívio pacífico e em solidariedade. A paz e a solidariedade, não aparecem aqui, somente para jogar-nos num imaginário de uma natureza humana, ou de uma substância metafísica, mas como valores essenciais que resgatam nossa humanidade.

Dessa forma, o diálogo instaura-se no intercâmbio entre pergunta e resposta. O perguntar e o responder constituem a lógica própria do processo dialógico. Contudo, segundo Rohden, a relação constitutiva entre pergunta e resposta “não pode ser determinada arbitrariamente pelo sujeito nem pela realidade como tal [externa a ele]” (2002, p. 209). Nessa relação lógica, a pergunta possui a primazia sobre a resposta. A pergunta de-

termina o movimento inicial do processo dialógico. É ela que possibilita aos parceiros entrar no diálogo. Perguntar, por sua vez, é mais difícil do que responder. Em consequência, faz-se necessário aprender a perguntar. No diálogo, conforme Flickinger, “o compreender exige, por isso, em primeiro lugar, o aprendizado de como perguntar, a saber, de como preservar, na pergunta, a alteridade, isto é, o outro na diferença, dentro do próprio horizonte do encontro” (2000, p. 46).

Porém, para se estabelecer um autêntico diálogo entre os profissionais da saúde, bem como outras áreas, devido à fragmentação das ciências e do saber e às especificidades técnicas e procedimentais, ainda estamos longe desse patamar e paradigma dialógico. Por isso, as contribuições de Gadamer concernentes aos fundamentos do diálogo podem abrir caminhos e horizontes de perspectivas para instaurar, gradativamente, essa relação mais simétrica e ética entre humanos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Custódio Luis. *Hermenêutica e dialética*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araujo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 1, p. 200-7, 2012.

FLICKINGER, Hans-Georg. Da experiência da arte à hermenêutica filosófica. In: ALMEIDA, Custódio Luis; FLICKINGER, Hans-Georg; ROHDEN, Luiz. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Porto Alegre: Edipuc, p. 27-52, 2000.

GADAMER, Hans-Georg. A incapacidade para o diálogo. In: ALMEIDA, Custódio Luis; FLICKINGER, Hans-Georg;

ROHDEN, Luiz. *Hermenêutica filosófica*: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer. Porto Alegre: Edipuc, 2000. p. 141-150.

\_\_\_\_\_. *Verdad y metodo*. 2. ed. Salamanca: Sígueme, 1984. v. I.

\_\_\_\_\_. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GUTIÉRREZ ALEMÁN, Carlos Bernardo. *Temas de filosofía hermenéutica*: conferencias y ensayos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

LEROY, Gilbert. *O diálogo em educação*. Trad. Luiz Damasco Penna e J. B. Damasco Penna, São Paulo: Campanhia Editora Nacional, 1975.

REZER, Ricardo; REGGIO, David Joseph. Concepções filosóficas para o campo da saúde: um diálogo com Gadamer e Weizsäcker. In: SÁ, Clodoaldo de; FERETTI, Fátima; BUSATO, Maria Assunta. (Org.). *Ensaio contemporâneos em saúde*: uma perspectiva interdisciplinar. Chapecó, SC: Argos, 2013. p. 13-32.

ROHDEN, Luiz. *Hermenêutica filosófica*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2002.

# DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NOS DIAS ATUAIS E O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Talia Castilhos de Oliveira  
Nadir Antônio Pichler  
Sílvia Regina Piesanti

---

## INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias fazem parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis. A complexidade dessas doenças tem gerado elevado número de mortes prematuras, vem comprometendo a qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, ocasiona impactos econômicos negativos para as famílias e a sociedade em geral.

A Organização Mundial da Saúde define como doenças crônicas as cardiovasculares (insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, cerebrovascular), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as diabetes mellitus e as doenças osteomusculares. Inclui também nesse rol aquelas que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas (TIER et al., 2014).

Atualmente, os idosos representam o segmento que mais cresce na população brasileira. No ano de 2000, o Brasil possuía

14,5 milhões de idosos, o que representava 8% de seus habitantes. Hoje, o país tem 18 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que representa 12% de todos os brasileiros (IBGE, 2015).

Para tanto, as doenças crônicas não transmissíveis necessitam de estratégias especiais para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, estes diretamente relacionados às mudanças de estilo do viver e à qualidade de vida.

À medida que o ser humano envelhece, muitas atividades cotidianas podem se tornar mais difíceis de serem realizadas. E admitir que é necessário ajuda de outra pessoa não é um processo de fácil aceitação. É nesse momento que a pessoa idosa precisa do fortalecimento da rede social, principalmente da família, devido às especificidades das limitações morfo-funcionais.

Para descrever as doenças respiratórias crônicas características nos dias atuais e relacionar o cuidado essencial para com as pessoas idosas, organizamos este capítulo em dois momentos: um deles esboça as doenças citadas; o outro adentra na dimensão do cuidado, desde a tradição filosófica.

## DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

Nas últimas décadas, o Brasil tem apresentado mudança no perfil de mortalidade da população, com acréscimo dos óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fato que está causando preocupação na área da saúde pública. A sua prevalência vem aumentando consideravelmente e atinge proporções epidêmicas em todo o mundo. À medida que o envelhecimento da população avança e o número de óbitos precoces diminui, aumenta a prevalência das DCNTs, que se encontram entre as principais causas de morte, com mortalidade superior a todas as outras doenças combinadas.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as DCNTs são responsáveis por 63,0% (36 milhões) da mortalidade no planeta. Há uma projeção para que essa estatís-

tica sofra um aumento de 15 % em todo o mundo entre os anos de 2010 e 2020, correspondente a 44 milhões de mortes. No Brasil, em 2007, as DCNTs atingiram a proporção de 72% do total de óbitos, sendo as principais causas de mortes nesse ano (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil e são mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e terem menos acesso aos serviços de saúde (MALTA, 2014).

A complexidade das DCNTs no Século XXI levou as Nações Unidas a convocar uma reunião de alto nível em 2011, que resultou num plano global de enfrentamento, aprovado por mais de 190 países em maio de 2013.

As doenças crônicas respiratórias afetam todas as faixas etárias, mas particularmente os idosos, pois o funcionamento da saúde sofre um declínio com o avançar da idade. A maioria delas expressa fenótipos diferentes dependendo da idade. Por isso essas diferenças devem ser acompanhadas. A asma e a rinite alérgica, por exemplo, acometem muitas vezes as crianças, mas persistem ao longo da vida e requerem um cuidado especial.

As doenças do sistema respiratório são uma das cinco principais causas de morte de idosos no Brasil. As infecções respiratórias agudas têm aumentado nesse estrato da população, com a probabilidade de descompensação de condições crônicas de base, levando a uma redução fisiológica da capacidade imunológica (FRANCISCO; DONALISIO; MARÍN-LEÓN, 2013).

As diversas doenças respiratórias causaram mortes e morbidades ao longo do tempo. Isso ocorre devido à interface entre o sistema respiratório e o ambiente frequentemente hostil em que as pessoas vivem, principalmente as idosas. As infecções respiratórias agudas (IRAs), especialmente a pneumonia, causam mortes em todas as idades, sendo bastante relevantes em crianças de países em desenvolvimento. As IRAs são a causa mais frequente de consultas ambulatoriais na maioria dos países. A tuberculose e as IRAs provavelmente continuarão sendo os

principais problemas de saúde em um futuro próximo. A asma brônquica está em ascensão em diversos países e afeta aproximadamente 10% da população mundial, com grandes variações, de acordo com o International Study of Asthma and Allergy in Childhood, causando morbidade, comprometimento, baixa qualidade de vida e gastos substanciais em saúde. Embora mortes por asma sejam incomuns, praticamente todas as IRAs podem ser consideradas evitáveis, e diminuem progressivamente com o tratamento adequado dos pacientes (PÉREZ-PADILLA, 2014).

Estas *cinco grandes* doenças respiratórias – IRA, tuberculose, asma, DPOC e câncer de pulmão –, em razão de sua elevadíssima carga combinada, devem receber mais atenção por parte das autoridades econômicas e de saúde de países em desenvolvimento, de acordo com as recomendações de um relatório recente do Forum of International Respiratory Societies (PÉREZ-PADILLA, 2014).

Estudos realizados em outros países mostram que, em diferentes situações, a eliminação de doenças crônicas poderia levar a ganhos em expectativa de vida livre da incapacidade. No Brasil, estudos têm avaliado a expectativa de vida saudável da população geral e de idosos. Em 2005, Romero et al. aliaram a expectativa de vida saudável da população brasileira, valendo-se da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando duas abordagens: uma com base na autoavaliação do estado de saúde; outra na autoavaliação de limitações em atividades de vida diária. Os autores mostraram que ambas apresentaram estimativas muito próximas, principalmente nas populações de idades mais avançadas, e que a proporção de anos de vida saudável perdidos é mais importante nas mulheres (CAMPOLINA et al., 2013).

Mesmo que o envelhecimento não necessariamente esteja relacionado às doenças e incapacidades, um estudo atual mostra que doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas nessa faixa etária (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2013). Dessa forma, o aumento da longevidade resultará em um maior número absoluto de idosos fragilizados. Por mais que as doenças crônicas



não representem um risco de vida imediato, a médio e longo prazo, podem comprometer significativamente a qualidade de vida dos idosos e de sua família. Esta que é vista como fonte de apoio e cuidado informal mais efetiva para a população idosa, sendo que, em muitos países, aparece como única alternativa de amparo. O que se observa nos dias atuais é que as famílias estão muito sozinhas no processo de cuidar de seus familiares idosos.

## O CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

Todo o ser humano, pela sua condição existencial, requer cuidado, principalmente na infância, na doença e no processo da velhice. Assim, quando as pessoas idosas são acometidas pelas doenças respiratórias crônicas também requerem o cuidado necessário, seja pelo processo do tratamento da doença, seja pela a sua aceitação e adaptação no decorrer da vida.

Por isso, acreditamos que uma breve apresentação e a descrição de alguns fundamentos do cuidado, visitando a tradição filosófica, podem contribuir para dispensar às doenças respiratórias crônicas um cuidado especial.

Começemos pela fábula-mito do cuidado, para iniciar esta fundamentação. Ela é de origens grega e romana. Acredita-se que foi compilada pelo pensador romano Caio Júlio Higino, na obra *Fábulas* ou *Genealogias*. Leonardo Boff (2014, p. 51), teólogo e filósofo brasileiro, traduz do latim, à sua maneira, a *Fábula-mito de Higino* ou *Fábula-mito do Cuidado*, da seguinte forma:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro e teve uma inspiração. Pegou no barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava a sua obra, apareceu Júpiter e Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito sobre ela. Júpiter assim fez. Mas, quando Cuidado quis dar um nome à criatura que tinha moldado, Júpiter proibiu-o e exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. E ela também quis conferir o seu nome à criatura, pois esta foi feita de barro, material do seu corpo. Originou-se uma

discussão generalizada. Finalmente, de comum acordo, pediram a Saturno que fosse o árbitro nesta questão. Saturno tomou a seguinte decisão: Tu, Júpiter, deste-lhe o espírito. Receberás, pois, o espírito de volta por ocasião da sua morte. Tu, Terra, deste-lhe o corpo. Receberás, portanto, de volta o corpo quando ela morrer. Mas, como tu, Cuidado, moldaste a criatura, ela ficará sob os teus cuidados, enquanto viver. E ela se chamará Homem, isto é, feito de húmus, que significa terra fértil.

Diante disso, a natureza do cuidado original, essencial, primordial e substancial reside, sobretudo, na dimensão do *pathos*, dos sentimentos, na capacidade humana de procurar colocar-se no lugar do outro, procurando compreender as suas necessidades, especificidades e complexidades, principalmente no das pessoas idosas e, em especial, nesse caso, daqueles idosos com patologias de doenças respiratórias crônicas.

Em sentido específico, continua Boff, o cuidado encontra-se na raiz profunda da condição humana, porque possui um caráter ontológico, isto é, foi algo primeiro, como um princípio, do qual tudo provém e encontra sentido, pelo fato de, conforme o mito-fábula, o Cuidado ter moldado a pessoa, tornando-se responsável por ela.

Essa preocupação essencial do cuidado com as pessoas idosas já foi descrita pelo filósofo romano Cícero, na obra *De Senectute* ou *Saber envelhecer*, entre 106-43 a.C. Para ele, o poder, o prestígio e a riqueza podem ajudar a tornar a velhice mais saudável, mas não são garantias de uma vida feliz e saudável. As melhores armas ou meios para saber envelhecer são o conhecimento e a vivência das virtudes, ou seja, o cuidado de si. A sabedoria permite uma melhor compreensão de si, dos outros, do mundo, da existência. Já a prática das virtudes, como a moderação, a coragem, a busca pela justiça, a amizade, a solidariedade etc., traz paz, tranquilidade, serenidade, prudência, sensação de dever cumprido nas fases anteriores da vida. Logo, é preciso cuidar, com maior afincamento, do espírito e da alma. Se o corpo se cansa com os exercícios físicos, o espírito se alivia ao se exercitar.

Por isso, o cuidado com a pessoa idosa vai além dos procedimentos técnicos, dos instrumentos sofisticados e dos conhecimentos, habilidades e competências das racionalidades científicas e filosóficas. A razão instrumental consegue concretizar o cuidado na dimensão do fazer, do financeiro e da técnica. Sua racionalidade é procedimental, analítica, matemática, quantitativa, essencial para administrar o modo de *ser trabalho*, pautado na lógica da produção, circulação, distribuição e consumo de bens e serviços.

Com o desenvolvimento das ciências, as revoluções industriais, a laicização do Estado e dos valores em geral, principalmente o enaltecimento do valor econômico e da autonomia do indivíduo na modernidade e nas realizações ainda em marcha na epocalidade histórica, o homem migra da dimensão do *ser* para a do *ter*, rumo à esfera material. Essa revolução copernicana é anunciada pelo sistema econômico globalizado vigente como uma das maiores conquistas da humanidade. A ciência, a filosofia liberal e a razão instrumental dão os suportes ideológicos e pragmáticos a essa conquista. Essa ruptura com o paradigma do ser é sistematicamente anunciada e repetida pela cultura midiática, materialista e consumista. Afinal, *repetitio est mater studiorum*, isto é, a repetição é mãe dos estudos. É o clássico, o sólido, ajudando a sustentar a estrutura do sistema capitalista vigente líquido. Nesse mundo movido pela tecnociência há pouco espaço para falar e praticar ações voltadas à dimensão do cuidado.

Por isso que esta dimensão considera, ainda, a pessoa idosa na sua totalidade, integridade, historicidade, temporalidade e existencialidade, interretroconectada com a Terra e com todos os seus ecossistemas, com os outros, com o mundo, com o ser superior. As emergências da era do envelhecimento humano trazem novas situações e “exigem uma mudança sem precedentes no modo de ser e pensar a organização, o cuidado e a própria vida” (WERLANG, 2014, p. 17).

Pela sua natureza, o cuidado essencial considera a pessoa na dimensão da totalidade, elevando-a para se guiar em busca de valores supremos, como a busca pelo autoconhecimento, pelo

conhecimento de si e domínio de si, pela busca da liberdade interior, pela espiritualidade, pela sociabilidade, pela finitude existencial, pela beleza, pela arte, pela vida intelectual, pela reflexão sobre a morte e o processo de morrer.

Cada pessoa idosa possui uma história de vida, um caminho peculiar, único, percorrido de acordo com *éthos* local, social e cultural herdados, incorporados e concretizados no decorrer de sua existência, que ainda está em construção, porque o humano é um ser inconcluso, inacabado, totalmente perfectível. Cada época e geração produzem e reproduzem, de forma incessante, ao seu modo, seus valores, seus referenciais para a execução do projeto de vida pessoal, social, profissional, cultural e espiritual. Quanto mais informações e possibilidades para compreender as especificidades das doenças respiratórias crônicas, mais alternativas se abrem para poder estabelecer uma capacidade de reação à doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de ações de prevenção e a promoção de saúde, de acordo com as propostas veiculadas pelo Ministério da Saúde, diante do quadro de morbidade e mortalidade oriundas das doenças respiratórias crônicas, são urgentes.

De maneira geral, o contexto de intensa transição epidemiológica em curso no Brasil ressalta a importância do entendimento sobre as possibilidades de prevenção de doenças crônicas em uma população idosa, numa perspectiva de produção de conhecimentos estratégicos para o planejamento de modelos de atenção adequados a essa população. Nesse sentido, se as políticas de envelhecimento ativo têm por objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, é necessário, também, reconhecer que “para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças

e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo com qualidade” (CAMPOLINA et al., 2013, p. 21).

Nossa condição existencial de ser-no-mundo, com-o-mundo e para-o-mundo situa-se e encontra-se em construção constante, passível, naturalmente, de qualidades e defeitos, de acertos e erros, de realizações, conquistas, frustrações, de escolhas irracionais, de carência de cuidado com o corpo, com a mente, com o espírito, com as coisas, com as doenças.

Por isso, o cuidado, como um modo-de-ser, com suas múltiplas dimensões, requer dos profissionais das áreas das ciências humanas, da vida e da saúde, principalmente de nós, pesquisadores do envelhecimento humano, num sentido amplo, zelo, leveza, compaixão, preocupação, responsabilidade, criatividade, afetividade, atratividade, inquietude, solicitude, atitude, humanização, hospitalidade, empatia, tanto para conduzir o cuidado para com o outro quanto para consigo mesmo. Isso conduz à felicidade.

As razões para viver e a busca da felicidade individual e coletiva das pessoas idosas foram e são construídas e legitimadas de acordo com o caldo cultural, com a formação cultural que receberam de suas instituições, principalmente da família, escola, igreja, estado, mídia e mercado. Por isso, é possível deduzir e afirmar que a pessoa é o que foi, sendo sua vida um resultado de escolhas conscientes e inconscientes, de acordo com o paradigma de cada época.

Logicamente, as múltiplas patologias, principalmente as degenerativas crônicas, dentre elas as respiratórias, enquadram-se nessa ótica de cuidado individualizado.

## REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – Compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis

impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun., 2013.

CÍCERO, Marco Túlio. *Catão, o velho ou diálogo sobre a velhice*. Introdução, tradução e notas de Marino Kury. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico, 2010: resultados preliminares*. Disponível em: <ibge.gov.br>. Acesso em: 3 jul. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 4-5, 2014.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; DONALISIO, Maria Rita e MARÍN-LEÓN Leticia. Trends in mortality from respiratory diseases among the elderly and the influenza vaccine intervention, 1980-2009. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 34, n. 3, p. 45-60, 2013.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2014.

PÉREZ-PADILLA, R. et al. Combate a doenças respiratórias: esforços divididos levam ao enfraquecimento. *J. Bras. Pneumol.*, v. 40, n. 3, p. 207-210, 2014.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev. Bras. Cardiol.*, v. 27, n. 1, p. 531-38, jan./fev. 2014.

TIER, C. G. et ali. Condições de saúde dos idosos na atenção primária à saúde. *Rev. Rene.*, v. 15, n. 4, p. 668-75, jul./ago. 2014.

WERLANG, Júlio César. Introdução. In: SIVIERO, Iltomar; ROSIN, Nilva. (Org.). *Envelhecimento humano, espiritualidade e cuidado: espiritualidade e missão*. Passo Fundo: Ifibe Editora, 2014. v. II.

# EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Luma Zanatta de Oliveira  
Alisson Padilha de Lima  
Camila Pereira Leguisamo

---

## INTRODUÇÃO

A busca constante pelo segredo do envelhecer saudável está se disseminando pelo mundo. Esse está se tornando um *jovem de cabelos brancos*, uma característica não apenas do Brasil. Nossa pirâmide está mudando, estamos em um crescente processo de envelhecimento humano. Ambas as faixas etárias de natalidade e mortalidade estão decaindo. Projeções das Nações Unidas mostram que uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais e, em 2050, haverá mais idosos do que crianças com menos de 15 anos.

No entanto, apesar de o aumento da longevidade ser reflexo de uma melhora na condição de vida, isso não significa que estamos envelhecendo bem. Muitas são as questões a serem abordadas diante desse cenário mundial. Dentre elas, uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o diabetes mellitus (DM). Contudo, o DM poderá ser uma doença transmissível, uma vez que, suas complicações afetam/transmitem indiretamente consequências aos familiares dos portadores com

fatores intangíveis, como: estresse, preocupação, gasto econômico, mudança alimentar, medo etc.

Em especial, os indivíduos com DM tipo 2 enfrentam um desgaste crônico diretamente relacionado ao tempo de diagnóstico. Nesse sentido, as complicações na qualidade de vida desses portadores, como incapacidade, dor, depressão e ansiedade, poderão ficar exacerbadas com o passar do tempo (SOUSA et al., 2008). Porém, outro aspecto a ser abordado é a falta educação nas redes públicas de saúde, o que acaba agravando ainda mais o quadro patológico, em consequência de um mau cuidado por falta de informações.

DM é um importante fator de saúde para o envelhecimento. Acredita-se que 20% das pessoas acima do 65 anos têm diabetes, número que tende a crescer rapidamente nas próximas décadas. Aos idosos diabéticos recaem mais chances de desenvolver outras patologias associadas do que àqueles indivíduos sem DM. Além disso, é maior a probabilidade de desencadear síndrome geriátrica, como polifarmácia, depressão, incontinência urinária e quedas (DIABETES CARE, 2014).

Diante desse contexto real, justifica-se a necessidade da elaboração de tarefas e estratégias capazes de atender à população usuária da rede pública de saúde. No Brasil, a política direcionada à atenção à saúde do idoso sugere que os serviços para esta população promovam o aperfeiçoamento dos profissionais (BRASIL, 2006). Apenas para ter em conta: essa é a faixa etária com mais agravos de saúde, gera mais gastos aos cofres públicos.

Nesse sentido, este capítulo aborda, através de uma breve revisão de literatura, a prevalência da DM2 no processo de envelhecimento e os programas de atenção à saúde pública e de educação em saúde, respeito à atitude da população sobre esta doença.



## PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Os portadores de diabetes ultrapassam 180 milhões de pessoas no mundo e deverão chegar aos 350 milhões em 2025 (VINICOR, 1994). A população brasileira diabética ultrapassa os 12 milhões (SBD, 2014). No Brasil, entre 2006 a 2013, houve um aumento no percentual de pessoas acometidas por diabetes, passando de 5,5% a 6,8% (BRASIL, 2014).

Entre as patologias crônicas não transmissíveis, o DM e a hipertensão se enquadram entre a mais importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos (FRANCISCO et al., 2010). Já em nível mundial, as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas são as patologias crônicas não transmissíveis de maior impacto. No Brasil, estas cardiopatias são responsáveis por 72% das causas de óbitos, sendo que 31,3% ocorrem por doenças do aparelho circulatório, 16,3% por câncer, 5,8% por doenças respiratórias e 5,2% por diabetes, apresentando como grupos mais vulneráveis os idosos e as pessoas de baixa renda (SCHMIDT et al., 2011).

O DM tipo 2 tem sido uma das causas prevalentes diagnosticadas em 80 a 90% dos casos de doenças crônicas não transmissíveis (LEITE; MARLOW; FERNANDES, 2013). Atinge a população idosa com maior frequência, mas está se tornando prevalente em crianças, adolescentes e adultos mais jovem (CHEN et al., 2012). Esse aumento de DM tipo 2 provavelmente está ligado à modernização social (novas tecnologias), à inatividade física, ao aumento do consumo de calorias por meio de alimentos inadequados e da obesidade na população mundial (BADRAN; LAHER, 2012).

Portanto, torna-se de fundamental importância que se obtenha um controle de prevenção com programas de atenção à saúde pública na melhora desses índices de prevalência da DM tipo 2 na população brasileira e mundialmente, diminuindo os

possíveis fatores de risco relacionados a essa patologia (NEURODDINE et al., 2014).

## PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA DO IDOSO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

As doenças crônicas estão em evidência e vêm sendo discutidas epidemiologicamente. Elas têm um papel fundamental e crescente no contexto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a lei 8.080/90, a vigilância epidemiológica foi definida como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2001).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, tendo em sua primeira fase uma campanha nacional de rastreamento de pessoas – adultos com 40 anos de idade ou mais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) – acometidas com DM na comunidade, conduzida entre março e abril de 2001 (BRASIL, 2001).

Conforme as políticas de atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006), em relação à promoção da saúde, a implementação de ações locais deveriam ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na política nacional de promoção da saúde, portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;

- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

O novo PNPS aborda alguns temas prioritários para a esfera federal do setor de saúde, dentre eles as práticas corporais e atividades físicas com o objetivo de promover ações, aconselhamento e divulgação, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando jogos, danças populares, entre outras (BRASIL, 2014).

A profilaxia e o controle de complicações do diabetes são possíveis por meio de programas educativos, destacando-se que, por ser uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo, há a necessidade da criação de enfoques e metodologias que capacitem às pessoas e seus familiares por meio do acesso à informação e a oportunidades que os permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável (BRASIL, 2005).

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONHECIMENTO E ATITUDE DA POPULAÇÃO IDOSA SOBRE A DIABETES MELLITUS TIPO 2

O diabetes mellitus é uma doença comum e que acarreta ônus ao seu portador e aos serviços de saúde. Merece uma atenção especial entre as doenças complexas e desafiadoras que a sociedade e os sistemas de saúde enfrentam atualmente, pois é considerada problema de saúde pública e requer incentivos a práticas de promoção de saúde e hábitos de vida saudáveis, associados ao conhecimento e à atitude do paciente frente à doença, para que repercutam efeitos positivos na qualidade de vida dos idosos portadores (STOPA et al., 2014).

A falta de conhecimento e de atitude sobre a patologia, tanto dos profissionais de saúde como dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais, está relacionada com os problemas de adesão a um estilo de vida

saudável. Portanto, é necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens, capazes de motivar os portadores de diabetes, fazendo que se sensibilizem para a adoção de novos hábitos, conscientizando-os sobre os riscos que a doença pode trazer caso não controlada a glicemia (COSTA et al., 2011).

Dessa forma, a educação em saúde proporciona a capacitação, o conhecimento e a atitude para transformar pensamentos e ações, aplicando-se às doenças crônicas, dentre as quais se destaca o DM tipo 2. Em conjunto com a prática social, embasada na troca de diálogo e saberes, que favoreçam a compreensão do processo de promoção de saúde e a troca entre saber científico e popular, a capacitação auxilia os indivíduos a se manterem saudáveis e orienta a eles e seus familiares na escolha por uma vida mais saudável (SILVA et al., 2009).

Segundo Marucci (2010), para se obter controle do diabetes, é de fundamental importância que o indivíduo adote alguns hábitos, como dieta, exercícios, medicação quando necessário e principalmente o conhecimento sobre as doenças. Assim, ele pode evitar várias possíveis complicações apenas com um estilo de vida adequado.

Instrumentos como a escala de conhecimento para diabetes (DKN-A) e a de atitude (ATT-19) já estão sendo usados e parecem ser bons preditores para a avaliação de programas de educação em saúde e na prevenção de possíveis agravamentos decorrentes da falta de informação sobre a patologia (TORRES; HORTALE; SHALL, 2005).

Segundo Oliveira e Zanetti (2011), ao avaliar o conhecimento e a atitude de 79 usuários do serviço de atenção básica em saúde com DM tipo 2, encontraram resultados insatisfatórios para o conhecimento e dificuldade no enfrentamento da doença, já que a pesquisa indicou pouca atitude dos indivíduos, concluindo que se necessita de uma implantação imediata de um programa de educação em diabetes para minimizar demais riscos dessa patologia.

Além de programas de educação em saúde, há necessidade de maior capacitação aos profissionais de saúde, principalmente

aos que atuam nos programas de estratégia da saúde da família, para que possam implementar e realizar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), para prevenir e controlar diversas patologias (FLISCH et al., 2014).

Nesse contexto, Cunha et al. (2014) citam a criação desta política para a ampliação de possibilidades dos trabalhadores, de melhorias nas intervenções realizadas na comunidade, como também na equipe de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos fatores relatados anteriormente, podemos notar que vários são os que assolam a vida de uma pessoa diabética. Nessa direção, é notória a precisão de programas educacionais para essa população. No entanto, podemos perceber a dificuldade da implantação eficaz e que, abranja todas as demandas que esses indivíduos necessitam.

A principal variável a influenciar no controle da patologia, podemos dizer sem dúvidas, é a falta de conhecimento perante o quadro patológico. Como consequência, os agravos vão se tornando um somatório de dificuldades na vida de um diabético. Nesse sentido, os programas educacionais, juntamente com o tratamento farmacológico, devem ser os principais recursos a serem explorados, assumidos como uma ferramenta global, ou seja, abordando desde os profissionais que trabalham na rede de saúde pública, passando pelo indivíduo portador e, por fim, os familiares desse paciente. Há que levar a informação, mas também avaliar o conhecimento e a atitude de cada um frente ao seu quadro clínico, para que, desta maneira, os maus hábitos alimentares, a inatividade física, o controle rigoroso da glicemia crônica e uma série de outros fatores comecem a ser mudados no dia-a-dia dos pacientes.

Só assim a mudança nos índices de internações hospitalares e óbitos em decorrência do DM poderão ser minimizados, gerando, inclusive, uma redução de gastos nos cofres públicos

e, o mais importante, aumentando a expectativa de vida com qualidade a essa população que está cada vez maior.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Diabetes Care*, v. 37, Suppl. 1, p. 42, 2014.

BADRAN, M.; LAHER, I. Type II diabetes mellitus in Arabic-speaking countries. *International Journal of Endocrinology*, v. 90, n. 28, p. 1-11, 2012.

BRASIL, Secretaria de Direitos Humanos. *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos, Presidência da República. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Minuta da portaria de revisão da política nacional de promoção da saúde*. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS, Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. 490-493, 2001.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no BRASIL*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CHEN, L., MAGLIANO, D.; ZIMMET, P. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 8, p. 228–236, 2012.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

CUNHA, A. Z. S. et al. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Revista Espaço Para a Saúde*, v. 15, n. 4, p. 64-75, 2014.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 175-184. 2010.

FLISCH, T. M. P. et al. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a educação popular em saúde? *Interface (Botucatu)*, v. 18, Supl. 2, p. 1.255-1.268, 2014.

LEITE, R.; MARLOW, N.; FERNANDES, J. Oral health and type 2 diabetes. *American Journal of Medicine Science*, v. 345, p. 271-273, 2013.

MARUCCI, W. J. *Diabetes: o que fazer em situações especiais*. 4. ed. Itapevi: Araujo Silva Farmacêutica, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF), 2006.

MIRANZI, S. S. C. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Têxto Contexto Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 672-9, 2008.

NEURODDINE, H. et al. Level of A1C control and its predictors among lebanese type 2 diabetic patients. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, v. 5, n. 3, p. 43–52, 2014.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Atualização brasileira sobre diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1.949-1.961, 2011.

SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. *Revista Rene*, v. 10, n. 3, p. 146-151, 2009.

SOUSA, V. D. et al. Psychometrics properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale in Brazilian adults with diabetes mellitus. *J. Nurs. Measure*, v. 16, n. 2, p. 125-35, 2008.

STOPA, S. R. et al. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. *Revista de saúde pública*, v. 48, n. 4, p. 554-562, 2014.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de diabetes mellitus. *Revista de saúde pública*, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações da saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2463-6, 2007.

VINICOR, F. Is diabetes a public health disorder? *Diabetes Care*, v. 17, Suppl. 1, p. 22-7, 1994.



# A VULNERABILIDADE DE IDOSOS DIABÉTICOS, QUANTO AO RISCO DE QUEDAS

Suzane Stella Bavaresco  
Tayse Perin Della Pasqua  
Camila Pereira Leguisamo

---

## INTRODUÇÃO

Diante do aumento de idade da população e da perspectiva de vida, pela inversão da pirâmide etária, é de suma importância a compreensão do processo de envelhecimento, principalmente pelos profissionais da saúde, que têm o intuito de prevenir e amenizar as morbidades decorrentes dessa faixa etária. Logo, justifica-se o interesse em estudar e escrever sobre o assunto que é de extrema relevância, mas, muitas vezes, passa despercebido pelos trabalhadores da área.

A população idosa, no Brasil, vem crescendo de maneira relevante. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos próximos 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, representando 8,6% da população (IBGE, 2010). É evidente que vivemos um processo de transição e essa situação traz repercussões tanto para a sociedade quanto para o sistema de saúde que, muitas vezes, não estão preparados para esse envelhecimento (PINHO, 2012).

Tendo em vista que o processo de envelhecer traz consigo uma série de alterações cognitivas e funcionais, uma atenção especial deveria ser dada às doenças crônicas e suas comorbidades, principalmente para o Diabetes Mellitus (DM), que gera complicações e consequências graves e irreversíveis. Dentre as mais frequentes, estão as neurológicas periféricas e musculoesqueléticas, além das retinopatias e nefropatias.

As complicações musculoesqueléticas que podem ser encontradas, embora menos valorizadas, comprometem de forma significativa a qualidade de vida. Os pacientes idosos ficam mais propensos a sofrer episódios de quedas, pois demonstram mais dificuldade em subir escadas e mesmo deambular (SACCO, 2005).

Por mais que indivíduos de qualquer faixa etária apresentem risco de sofrer quedas, na população idosa, isso possui um grande significado (CHIANCA, 2013), já que as consequências incapacitam, imobilizam e acamam os idosos. Sua recuperação pode demorar semanas e meses e isso altera a locomoção, a autonomia e a capacidade funcional (FREITAS, 2011), podendo estar associado ao aumento da morbidade e mortalidade (KLEIN, 2014).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é revisar a literatura e elucidar os principais aspectos causadores de quedas em pacientes idosos e diabéticos, tendo em vista a fisiopatologia do mecanismo de quedas, do diabetes mellitus e das alterações neuromusculares.

## DIABETES MELLITUS

Sabe-se que o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) já é considerado uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) com maior prevalência no mundo, sendo um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, devido às incapacidades e às morbidades resultantes. Os números relacionados ao DM2 crescem cada vez mais, pelo aumento da expectativa de vida e pela não adesão à hábitos de vida saudáveis (DIRETRIZES SBD, 2015).

O DM2 é o tipo mais comum da patologia, que ocorre em 90% dos casos, principalmente em indivíduos com mais de 40 anos. É causado por déficit na secreção e/ou ação da insulina, pelas células Beta das Ilhotas de Langerhans, localizadas no pâncreas endócrino. Esse hormônio é responsável pela retirada da glicose que circula na corrente sanguínea e pela deposição da mesma no tecido muscular, oferecendo, assim, energia para a contração e, conseqüentemente, o movimento. Porém, qualquer alteração no mecanismo de insulina resulta no acúmulo da glicose no sangue, e quando os valores da mesma ultrapassam (hiperglicemia), o que é considerado normal (99-110 mg/dl), começam a se fazer presentes os efeitos deletérios da patologia, que podem ser irreversíveis (DIRETRIZES SBD, 2015).

Em consequência da condição crônica da DM, as comorbidades relacionadas a ela estão cada vez mais presentes. Inúmeras são as complicações vasculares que comprometem a sobrevida dos pacientes diabéticos (POWER, 2004), pois os problemas no mecanismo micro e macrovascular afetam o sistema pulmonar, os membros periféricos, o sistema renal (nefropatias) e a visão (retinopatias). Igualmente comprometedoras são as condições cardiovasculares e cerebrais, respectivamente, as quais se originam de alterações da condução nervosa, seja ela periférica ou central, sendo a primeira a que possui maior prevalência, denominada neuropatia diabética (ND).

Além do impacto do DM2 nos sistemas supra citados, já existe uma associação de complicações da patologia com incapacidades físicas (LU; LIN; KUO, 2009). Com o avançar da idade, geralmente ocorrem mudanças quanto a adaptação física, mas este processo é acelerado de uma maneira considerável, principalmente na presença de uma doença crônica, como o DM2 (ALVARENGA; PEREIRA; ANJOS, 2010).

Pacientes diabéticos, idosos ou não, são considerados *de risco* para as quedas e demais agravos, pois já apresentam alterações sistêmicas clássicas da patologia (neuropatia periférica, problemas de visão etc.), distúrbios de audição, crises hipoglicêmicas, tonturas e uso de polifarmácia, dentre outros (MAURER; BUR-

CHAM; CHENG, 2005; SCHWARTZ et al., 2008; WALLACE et al., 2002; PIJPERS et al., 2011).

Em torno de 20 a 50% dos pacientes com DM2 podem apresentar algum déficit significativo de sensibilidade vibratória, tátil, cinestesia e propriocepção, o que gera declínio na percepção e no movimento articular (GOMES et al., 2008; ALFIERI, 2008). Ao mesmo tempo, já existe evidência de que pacientes do sexo feminino com DM2 têm uma probabilidade maior de sofrerem quedas, independentemente dos outros fatores de risco (VOLPATO et al., 2005).

A prevalência de DM2 na população brasileira, principalmente em idosos (DATASUS, 2008), e a incidência maior em pacientes do sexo feminino (VOLPATO et al., 2005), estão despertando interesse de estudiosos em saúde. Rastrear esses indivíduos susceptíveis a quedas e intervir precocemente são ações que podem ajudar a reduzir muitos agravos (TINETTI et al., 2008).

Sendo assim, utilizar instrumentos clínicos para selecionar a população de maior risco pode ser uma opção admissível, porque é de baixo custo e fácil execução (OLIVEIRA, 2012). Os testes mais determinados para estabelecer os algoritmos práticos para a predição de quedas vêm sendo estudados recentemente (LAMB et al., 2008). Entre os testes de possível aplicação sobre quedas (SCHWARTZ; VILLA, PRILL; 1999), o teste *Timed Up & Go* (TUG) (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991) é uma estratégia eficaz e simples, que identifica aqueles indivíduos que apresentam maior risco de quedas na comunidade (OLIVEIRA, 2012).

## ALTERAÇÕES NEUROMUSCULARES

Como efeito de alterações microvasculares, a neuropatia diabética (ND) está presente na maioria dos pacientes diabéticos. A mesma caracteriza-se por grande comprometimento patológico do sistema nervoso (SN), e a lesão neuropática tem uma prevalência de 50% ao longo da evolução do DM2, podendo

ser demonstrada clinicamente ou por métodos laboratoriais (BOULTON et al., 2005; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1988; ENGLAND et al., 2005, GREENE et al., 1995; GREENE et al., 1990).

Com relação à fisiopatologia da ND, foram observadas, de forma anatomopatológica, lesões no tecido conjuntivo dos nervos periféricos e nos elementos glial, vascular e neural, sem a confirmação de qual deles é acometido primeiro. O princípio da ND pode ser considerado perda e atrofia de fibras mielinizadas e não-mielinizadas, que são acompanhadas por degeneração walleriana, desmielinização paranodal e segmentar, justamente a uma resposta regenerativa fraca (GRENNE et al., 1995). As alterações observadas no tecido conjuntivo são: proliferação e espessamento do tecido conjuntivo endoneural, duplicação da membrana basal, com tumefação e proliferação das células endoteliais da vasculatura endo e perineural (GRENNE et al., 1995).

Esse comprometimento se manifesta como complicações sensoriomotoras periféricas, a chamada polineuropatia sensoriomotora simétrica, em decorrência de uma hipótese patogênica metabólica e ou microvascular (DIRETRIZ SBD, 2015) que acarreta parestesia dolorosa, ataxia sensorial e deformidade de Charcot. A investigação precoce desses sinais é essencial para o paciente diabético realizar o controle glicêmico e prevenir complicações nos pés (CALLAGHAN et al., 2012; ZOCHODNE, 2007; BOULTON; GRIES; JEVERVELL, 1998).

Em decorrência de toda essa alteração neurológica e vascular, quem acaba sofrendo é o sistema musculoesquelético. Os músculos periféricos, principalmente dos membros inferiores, não conseguem cumprir com sua função de movimento e estabilidade do arcabouço ósseo. Uma vez que a condução nervosa é afetada, os músculos passam a receber um estímulo ineficaz e isso altera diretamente no ciclo: estímulo, contração muscular e movimento, levando à fadiga muscular, que pode afetar o paciente diabético tanto no exercício de alta quanto no de baixa intensidade. Talvez esse mecanismo explique o sedentarismo desses pacientes, mas não o justifica.

Como resultado desse processo, tem-se a sarcopenia, perda de massa muscular associada a prejuízos de função (TEIXEIRA; FILIPPIN; XAVIER, 2012), que atinge grande parte dos pacientes neuropatas/diabéticos. As diversas condições que levam à perda de massa muscular envolvem distintas cascatas de sinalização intracelular, que podem levar à morte celular programada (apoptose), ao aumento da degradação proteica ou ainda à diminuição da ativação das células-satélite responsáveis pela regeneração muscular.

A sarcopenia é o resultado do desequilíbrio entre degradação e síntese de proteínas (TEIXEIRA; FILIPPIN; XAVIER, 2012). É uma das variáveis utilizadas para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos, conferindo maior risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade (SILVA, 2006).

Tendo em vista que a sarcopenia, muitas vezes, pode ser evitada e/ou minimizada, é de suma importância que indivíduos idosos, principalmente os diabéticos, realizem atividades aeróbicas e exercícios de fortalecimento muscular, associados ao controle dietético, com orientação e acompanhamento de profissionais capacitados.

## QUEDAS

As quedas apresentam um importante agravamento na saúde dos idosos e estão entre os principais problemas de saúde que afetam as pessoas depois dos 60 anos (BENTO, 2010; NYMAN, 2013). Esse fator está diretamente relacionado à morbidade, à redução da funcionalidade, à perda da independência e, em alguns casos, à mortalidade.

A queda pode ser definida como um evento não intencional que leva o indivíduo imprevisto a cair ao chão, do seu nível ou de um nível inferior (LOPES, 2007). Os principais fatores causadores de quedas são classificados como: *intrínsecos*, ou seja, os decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao enve-

lhecimento, a doenças e efeitos causados pelo uso de fármacos; *extrínsecos*, que são fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (LOPES, 2007).

As consequências das quedas são muito mais desfavoráveis nos indivíduos mais velhos, devido ao trauma psicológico causado pelo medo de cair novamente (WIBERLINGER, 2014). Este medo pode contribuir ainda mais para o declínio funcional em um paciente já frágil, limitando as suas atividades (AIMEE LEE, 2013).

Quando pensamos em pessoas idosas, sabemos da maior vulnerabilidade a doenças degenerativas, que levam a uma diminuição da sua funcionalidade, causando impactos na saúde. Esses indivíduos apresentam uma grande modificação, tanto na estrutura orgânica como no equilíbrio, no metabolismo, na nutrição, nos mecanismos funcionais e emocionais. Todas essas modificações acabam dificultando de maneira significativa a adaptação dos indivíduos na realização de algumas atividades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde tem por objetivo ajudar o indivíduo a manter ou aumentar seu bem-estar, fazendo com que melhore sua qualidade de vida. E o paciente idoso com DM2 é alvo dessas ações. O envelhecimento populacional está crescendo, assim como o número de diabéticos, e o aumento de tal patologia se tornou problema de saúde pública.

Muito se estuda sobre o DM e suas relações, mas pouco se ensina àqueles que mais deveriam saber, que são os próprios pacientes. É preciso ensinar-lhes o quanto essa patologia influencia nas suas atividades de vida diária, pois o fato de sentir cansaço físico nos membros inferiores pode estar relacionado à sarcopenia, e que o mesmo pode resultar em quedas no próprio ambiente domiciliar, e também em outros locais.

Novas pesquisas relacionadas ao presente assunto devem ser realizadas, bem como um instrumento para avaliação dos riscos

de quedas nessa população pode ser elaborado, para facilitar o trabalho de prevenção e identificação de fatores de risco, promovendo uma melhor qualidade de saúde para essa população e reduzindo gastos. Sendo assim, tornam-se necessárias medidas de intervenção e implementação de estratégias (KLEIN, 2014), focando na mudança de atitudes e na redução de danos ocasionados por acidentes de quedas (LOPES, 2007).

## REFERÊNCIAS

AIMEE LEE, M. D. et al. Preventing falls in the geriatric population. *Perm J*, v. 17, n. 4, p. 37-39, 2013.

ALFIERI, F. M. Distribuição da pressão plantar em idosos após intervenção propriocetpiva. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 10, n. 2, p. 137-42, 2008.

ALVARENGA, P.P; PEREIRA, D. S.; ANJOS, D. M. C. Functional mobility and executive function in elderly diabetics and non-diabetics. *Rev. Bras. Fisioter.*, v. 14, n. 6, p. 491-6, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, American Academy of Neurology. Consensus statement: report and recommendations of the San Antonio conference on diabetic neuropathy. *Diabetes Care*, v. 11, p. 592, 1988.

BENTO, P. C. B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 12, n. 6, p. 471-479, 2010.

BOULTON, A. J. et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 28, p. 956, 2005.

BOULTON, A. J. M; GRIES, F. A; JEVERVELL, J. Guidelines for the diagnose and outpatient management of diabetic peripheral neuropathy. *Diabet Med*, v. 15, p. 508-514, 1998.



CALLAGHAN, B. C et al. Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments. *Lancet Neurol*, v. 11, n. 6, p. 521-534, 2012.

CHIANCA, T. C. M. et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. *Revista brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 234-240, 2013.

DATASUS. *Taxa de prevalência de diabetes mellitus*, 2008.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

ENGLAND, J. D. et al. Distal symmetric polyneuropathy: a definition for clinical research: report of the American Academy of Neurology, the American Association of Electrodiagnostic Medicine, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. *Neurology*, v. 64, p. 199-207, 2005.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v. 64, n. 3, p. 478-485, maio/jun., 2011.

GOMES, L. P. et al. Velocidade de caminhada em idosos diabéticos e não diabéticos. *Conscientia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 261-7, 2008.

GREENE, D. A. et al. Diabetic neuropathy. *Annu Ver Med.*, v. 41, p. 303-317, 1990.

\_\_\_\_\_. Diabetic neuropathy. In: PORTE, D.; SHERWIN, R.; RIFKIN, H. (Ed.). *Diabetes mellitus*. East Norwalk: Appleton & Lange, 1995. p. 45-48.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios* [Internet]. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov>>

br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 7 jul. 2015.

KLEIN, D. et al. A population-based intervention for the prevention of falls and fractures in home dwelling people 65 years and older in South Germany: Protocol. *JMIR Res Protoc*, v. 3, n. 1, 2014.

LAMB, S. E., et al. The optimal sequenc and selection of screening test items to predict falls risk in older disabled women: the women's health and aging study. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, v. 63, n. 10, p. 1.082-8, 2008.

LOPES, M. C. L., et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 472-477, 2007.

LU, F. P.; LIN, K. P.; KUO, H. K. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: a systematic review and meta-analysis. *Plos One.*, v. 4, n. 1, p. 144-52, 2009.

MAURER, M. C.; BURCHAM, J.; CHENG, H. Diabetes mellitus is associated with an increased risk of falls in elderly residents of a long-term care facility. *J Gerontology.*, v. 60, n. 9, p. 1157-62, 2005.

NYMAN, S. R. et al. Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, v. 13, n. 125, p. 2-14, 2013.

OLIVEIRA, P. P. et al. Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 234-239, 2012.

PIJPERS, E. et al. Older individuals with diabetes have an increased risk of recurrent falls: analysis of potential mediating factors: the Longitudinal Ageing Study Amsterdam. *Age Ageing.*, v. 8, p. 500-506, 2011.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON S. The timed “up & go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Ger. Soc.*, v. 39, n. 2, p. 142-8, 1991.

POWER, A. C. Diabetes mellitus. In: KASPER, D. L. Et al. (Eds.). *Harrison's principle of internal medicine*. McGraw-Hill, v. 16, p. 3779–829, 2004.

SACCO, I. C. et al. Implementing a clinical assessment protocol for sensory and skeletal function in diabetic neuropathy patients at a university hospital in Brazil. *Med. J.* v. 123, n. 5, p. 229-33, 2005.

SCHWARTZ, A. V. et al. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care*. v. 31, n. 3, p. 391-6, 2008.

SCHWARTZ, A. V.; VILLA, M. L.; PRILL, M. Falls in older mexican-american women. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 47, n. 11, p. 1371-8, 1999.

SILVA, T. A. A. et al. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 6, p. 391-397, nov./dez., 2006

TEIXEIRA, V. O. N.; FILIPPIN, L. I.; XAVIER, R. M. Mecanismos de perda muscular da sarcopenia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. v. 52, n. 2, p. 247-259, 2012.

TINETTI, M. E. et al. Effect of dissemination of evidence in reducing injuries from falls. *N. Engl. J. Med.*, v. 359, p. 252-61, 2008.

VOLPATO, S. et al. Risk factors for falls in older disabled women with diabetes: the women's health and aging study. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, v. 60, n. 12, p. 1539-45, 2005.

WALLACE, C. et al. Incidence of falls, risk factors for falls, and fall-related fractures in individuals with diabetes and a prior foot ulcer. *Diabetes Care*, v. 25, n. 11, p. 1983-86, 2002.

WIBERLINGER, L. M. *Quedas em idosos*. Fisioterapia em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. v. 1.

ZOCHODNE, D. W. Diabetes mellitus and the peripheral nervous system: manifestations and mechanisms. *Muscle Nerve*, v. 36, p. 144-166, 2007.

# A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NAS RELAÇÕES CONJUGAIS: UM INFORTÚNIO QUE NÃO ENVELHECE

Silvana Alba Scortegagna  
Suraia Estacia Ambrós  
Ana Carolina Bertolotti De Marchi  
Camila Pereira Leguisamo

---

## INTRODUÇÃO

Em 2006, foi promulgada a lei nº 11.340/2006, para coibir ações que tornem a mulher objeto desprovido de desejo, autonomia, autodeterminação. A violência contra a mulher é um infortúnio que persevera ao longo do tempo e se estende a todas as classes sociais e civilizações. Desde a década de 1950, vinha sendo referida de violência intrafamiliar, violência contra a mulher, violência doméstica. A partir da década de 1990, passou a ser também designada de violência de gênero (BRASIL, 2006).

A lei nº 11.340/2006 caracteriza a violência em cinco tipos e graus diferentes de severidade, a saber: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Independentemente dessas diversas formas de coexistência, a violência pode ser entendida como toda e qualquer ação que torne o Outro uma simples coisa, objeto desprovido de autodeterminação, autonomia, desejo.

Embora a violência se manifeste de múltiplas maneiras, destaca-se aqui aquela gerada na relação de desigualdades entre homens e mulheres, relação hierarquizada, que confere ao homem a posição de mando e à mulher a de submissão (no âmbito privado) (MOREIRA; RIBEIRO; COSTA, 1992), perpetrada por um membro da família, que convive ou mantém relacionamento afetivo com a vítima.

Diante disso, este trabalho tem por objetivo examinar a violência como sintoma das relações conjugais e apontar mecanismos que proveem direito à informação e à comunicação como aliados no combate à criminalidade contra as mulheres.

## A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A Organização Mundial da Saúde considera a violência de gênero um problema de saúde pública (BRASIL, 2005). Os dados apontam que uma em cada seis mulheres no mundo sofre de violência doméstica, inclusive, em 60% dos casos, esta foi perpetrada pelo parceiro ou ex-companheiro conjugal. No Brasil, é alta a prevalência da violência contra a mulher, praticada pelo parceiro íntimo, de forma que 37,9% das mulheres já sofreram violência física em algum momento (MORENO-GARCIA et al., 2005) e 33,7% foram vítimas de qualquer tipo de violência no decorrer da vida, no estado de São Paulo (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006).

No Rio Grande do Sul, achados demonstram que 82,9% das mulheres sofrem violência psicológica e 53,0%, violência física (GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL'AGLIO, 2011). A violência psicológica inclui toda ação ou omissão que causa dano à autoestima ou ao desenvolvimento da vítima. Por sua vez, a violência física é o dano ou a tentativa de causá-lo por meio da força física ou de uso de objetos que provoquem lesões externas. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a primeira é a mais difícil de ser identificada e pode levar ao suicídio. Tais comportamentos não são excludentes e, na maior parte dos

casos, estão entrelaçados ou se misturam de diferentes maneiras (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007), sendo que a literatura sugere repensar essa dicotomia entre dano físico e psicológico (MELO et al., 2005).

As agressões são comumente recorrentes e praticadas no recesso das residências (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000), o que revela que o lar e os relacionamentos íntimos, que deveriam ser considerados seguros e protetivos, passaram a representar risco para as mulheres vítimas de violência doméstica, na medida em que são fonte de dor física e psíquica. Em pesquisa realizada por Scortegagna e Villemor-Amaral (2009), isso também foi encontrado em situações de abuso sexual de crianças perpetrado por pais e padrastos no ambiente intrafamiliar.

Gadoni-Costa et al. (2011) observaram maior frequência de violência doméstica (59%) entre mulheres na faixa etária entre 24 e 45 anos, período de maior atividade sexual e reprodutiva. Quanto à escolaridade, 53,7% delas não completaram o ensino fundamental, 43,3% ocupavam funções no comércio e na indústria e 32,5% desempenhavam atividades no lar. A baixa escolaridade é apontada por alguns autores como um dos fatores que favorecem a violência (ADEODATO et al., 2005; RABELLO; CALDAS JR., 2007). Nessas condições, as mulheres têm menos acesso à educação e, nos dias atuais, menos acesso às tecnologias de informação e comunicação (TICs), o que poderia ser de grande utilidade para coibir os maus-tratos e para sua proteção.

Uma alternativa recente para a criação de espaços de comunicação e expressão, que vem despertando o interesse das vítimas, é o uso das TICs, que, além de propiciar o acesso à informação e aos serviços de proteção, configura-se como espaço de troca e interação, sem a necessidade da exposição física, que, muitas vezes, caracteriza-se como fator inibidor na busca por ajuda. Para Leo et al. (2009), o uso das TICs no combate à violência contra a mulher ocorre por meio de campanhas e mobilização, informação, debates e consultas e educação e formação. Todavia, as autoras apontam como fundamental: i) a criação de políticas públicas para ampliação e aprimoramento das TICs existentes;

ii) a inclusão digital com vistas a promover o uso das TICs por mulheres, em especial para as com idade mais avançada; iii) o uso estratégico das TICs para direcionar ações de capacitação e sensibilização para apropriação de TICs; iv) a inserção da agenda de movimentos sociais.

Da mesma forma, as desigualdades baseadas em gênero atingem as mulheres também no acesso às tecnologias. Fialova e Fascendini (2012) observam que o número de mulheres usuárias de internet em países em desenvolvimento é menor que o de homens. De acordo com as autoras, entre os fatores que contribuem para essa diferença de gênero no acesso está a baixa escolaridade. Desse modo, é preciso repensar espaços *online* que respondam aos anseios das mulheres, provendo conteúdos que transmitam segurança e amparo.

Pensando nisso, a Organização das Nações Unidas (ONU) disponibiliza o aplicativo móvel Clique 180, para informar e conscientizar a população, em especial as mulheres e as pessoas que trabalham na Rede de Atendimento à Mulher, sobre o que fazer e para onde ir em caso de violência. Ao mesmo tempo em que a ONU reforça seu papel na garantia de direitos humanos, aproveita a popularização das TICs como difusoras no combate à violência, e como promotoras de apoio social, o qual muitas vezes é negligenciado, tanto pela família quanto pela sociedade. Nota-se que a violência contra a mulher ocorre no âmbito familiar, o que denuncia que a problemática se estende além do individual.

Segundo Gadoni-Costa et al. (2011), 47% das mulheres vitimizadas provêm de famílias com histórico de violência. São suas próprias mães, tias e irmãs que compõem esse cenário, o que faz supor que os maus-tratos vêm povoando o universo feminino. Com isso, as experiências vividas na família de origem têm mostrado consistente associação com a violência doméstica posterior (D' OLIVEIRA et al., 2009).

Um único episódio de violência física pode intensificar enormemente o significado e o impacto da violência emocional (OMS/OPS, 1998), pois a mulher tem relatado que o pior aspecto dos maus-tratos não é a violência em si, mas a tortura mental e



o viver com medo e aterrorizada. Nesse contexto, verifica-se o aumento da procura pelos serviços de saúde (MCCAULEY et al., 1995). Por esse motivo, desde 2004, está em vigência a lei nº 10.778 (BRASIL, 2003), que determina a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos tanto em serviços de saúde públicos quanto privados. Além disso, esforços estão sendo empreendidos no sentido de capacitar os profissionais de saúde, que nem sempre estão aptos para reconhecer, manejar esses casos e evitar a revitimização.

Estudos revelam que os profissionais tendem a considerar as questões de violência como pertinentes às áreas da segurança e justiça (RODRIGUEZ et al., 2001) e se restringem a tratar exclusivamente as lesões físicas (LAMBERG, 2000). Diante das queixas relatadas, tendem a não acolher as demandas das mulheres, nem as orientarem para buscar especialistas necessários (D´OLIVEIRA, 2000). Entre os registros, os problemas mais comuns são derivados dos efeitos crônicos da agressão e as queixas principais são de dores crônicas: dor pélvica e dor de cabeça, problemas digestivos (colo irritável e distúrbios alimentares), disfunção sexual, depressão, hipertensão arterial, além de lesões físicas (CAMPBELL, 2002).

É importante esclarecer que a dor é uma resposta não apenas a uma fratura dos limites do organismo, mas, também, do psiquismo. Há na dor, na depressão e na angústia sensações que figuram no corpo, mas que são de ordem psíquica, que se inscrevem, de forma visível, ou não, em um corpo frágil e desamparado, que requer cuidados que atestem a sua insuficiência diante de ameaças à existência (BERLINCK, 2000).

Diante do exposto, o tema da violência na contemporaneidade faz emergir alguns dos preceitos freudianos. Em *Mal-estar na civilização*, Freud (1929) analisa o que entende como as três fontes de sofrimento humano:

- a) o próprio corpo, destinado a decadência e deterioração, que envelhece e é finito, em que o alerta é dado por sinais de angústia e dor;

- b) os ataques provenientes do mundo externo, com suas fontes inexoráveis, isto é, o poder devastador e implacável das forças da natureza e, finalmente;
- c) a ameaça proveniente das relações com os outros.

O sofrimento advindo dessa última fonte, talvez seja mais penoso do que qualquer outro. Esse problema parece nunca ter sido resolvido nas diversas civilizações, o que supõe a existência de fatores psíquicos profundos que contribuem para sua manutenção.

## A VIOLÊNCIA COMO SINTOMA DAS RELAÇÕES CONJUGAIS

Ao enfocar a violência como sintoma das relações conjugais, não há como evadir-se das perspectivas do enramado de projeções e identificações mútuas que se estabelecem entre os casais. É essa particularidade, inerente às relações de proximidade e intenso convívio, que se propõe a discutir, para, então, acenar possibilidades de compreensão sobre a influência da alteridade e das repercussões desta nas situações de violência contra a mulher.

As razões pelas quais o cônjuge atormenta a companheira podem ser derivadas de conflitos com figuras importantes de sua vida. Cabe ressaltar que a subjetividade emerge a partir dos primeiros laços afetivos constituídos com o Outro. Segundo Said (2002), no início do psiquismo, os primeiros encontros inaugurais entre o bebê e o mundo, e o modo com que o objeto vai ao seu encontro, a complementaridade ou a falha, o excesso ou a ausência, tornam-se o marco de uma relação intersubjetiva e produzirão no seu mundo psíquico o advento de sua subjetividade.

Dessa forma, um genitor severo, que maltrata, negligencia e abandona, que tortura com ordens absurdas, que faz exigências de obediência absoluta (COSTA; KATZ, 1992), pode contribuir para a perpetuação da violência. Há, ainda, situações nas quais a agressão é menos evidente. Nesses casos, o genitor pode se negar

a dar carinho ou mesmo recursos para suprir as necessidades de sua família. Com essa conduta, um companheiro se compraz em torturar mentalmente o outro, negando qualquer coisa que possa lhe fazer feliz. Tanto no desenvolvimento da menina quanto do menino, essas vivências dão suporte para as identificações e, conseqüentemente, para a consolidação da personalidade.

A menina identificada com uma mãe que apanha poderá ter na idade adulta uma maior dificuldade de ver nessa situação algo que estaria fora do normal, o que deturpa a construção da identidade feminina (NEGRÃO et al., 2005). Poderá, também, ter construído dentro de si uma representação de que ser maltratada pelo pai, companheiro ou demais familiares é algo inerente à condição humana. Inscrevem-se, assim, traços masoquistas na personalidade, que levam a constituir a ideia de que o sofrimento nas relações é parte inquestionável. Quando a agressão acontece dentro do lar, praticada por uma pessoa a qual se ama, sentimentos ambivalentes de amor e ódio exacerbados obstaculizam o discernimento de como deve ser uma relação na qual se possa olhar e ser olhada como sujeito e não como objeto de agressão.

É assim que as marcas significativas das vivências da infância podem agir como determinantes nas escolhas futuras que se refiram à vida afetiva e sexual. Quando chega à adolescência, ao se envolver com os futuros parceiros, as primeiras relações constituirão a matriz original. Repetir o modelo familiar é uma tendência recorrente e, ao reviver os maus-tratos em suas relações atuais, as mulheres sofrem duplamente devido ao fato de reviverem as agressões presenciadas ou vividas no lar. Lima e Werlang (2011) referiram a violência doméstica como resultante de uma história de vida marcada por vivências traumáticas, que move essas mulheres, por meio da compulsão à repetição, a escolhas que propiciam um cenário violento.

Como se pode observar, essas experiências vividas na família encontram um novo palco para se manifestarem quando se estabelece a relação conjugal, perpetuando-se ao longo das gerações. O núcleo familiar de origem influencia o tipo de casamento a ser realizado. A escolha do parceiro é um organizador inconsciente

da vida familiar, não sendo essa escolha feita ao acaso, pois os parceiros envolvidos entrecruzam elementos inconscientes e dividem sentimentos que resultam do amor infantil e das primitivas relações com os seus pais (EIGUER, 1985). Dessa forma, o que acontece nos primeiros anos de vida determina, em parte, os relacionamentos futuros, incluindo as escolhas amorosas.

Por sua vez, os meninos, que crescem sob maus-tratos e materializam um casamento, sobretudo, com uma mulher frágil e masoquista, podem, por identificação com o agressor, vir a torturar o cônjuge como uma forma de se vingar dos danos sofridos na infância. A mesma conduta pode, também, ter a finalidade de defesa para uma possível agressão, quando o cônjuge é identificado como uma figura temida do passado.

A explicação para o fato de esses casais não se separarem, e manterem um casamento sofrido, pode ser encontrada no interjogo defensivo de mecanismos de identificação projetiva maciçamente utilizados (COSTA; KATZ, 1992). Esses cônjuges, em geral, obsessivos, têm dificuldades em lidar com os seus aspectos agressivos e, por isso, aceitam que o Outro assuma e exerça este seu aspecto rechaçado. Por essa razão, deve-se compreender melhor a questão de cônjuge *vítima* que diz sofrer *nas mãos do Outro*.

O encontro com o Outro parece, então, denotar a fragilidade do tecido entre as relações, que, na falência da capacidade de estipular espaços de suportamento das diferenças e conflitos, descamba para a ação da violência. De uma forma sinuosa, a agressão é um meio de comunicação e delimitação de papéis entre agressor e vítima, com toda gama de sentimentos possíveis de serem decorrentes dessa situação, entre eles, a raiva, o medo, a culpa, a intimidação, a prepotência, o controle, o submetimento, a baixa autoestima. Aos poucos, esses sentimentos vão minando a autoconfiança e repercutindo em sensação de fracasso, menos-valia, tristeza, o que aumenta o sofrimento, o desânimo e a apatia frente às exigências da vida.

Apesar de intensas mudanças, advindas do crescimento do espaço feminino no cenário social, ainda se percebem resquí-

cios do estereótipo de inferioridade feminina diante da força masculina, nas relações de gênero, assim como a valorização do companheiro como figura de poder e autoridade. Tais posições são originárias do predomínio do modelo machista. Como reza a lenda, a mulher foi feita da costela de Adão, ou seja, é parte do homem e, assim se vê em algumas situações na atualidade: em circunstâncias de dependência financeira, com poucas perspectivas de autonomia e vítima de submetimento acentuado. Há, ainda, outras situações nas quais a mulher se percebe desqualificada, sem ter um homem ao seu lado, ou com medo de criar os filhos sozinha. A posição de tolerar as agressões parece encontrar justificativa em uma autoimagem delicada e vulnerável e em um papel social inferiorizado. Além disso, a vergonha vivida pela violência sofrida é maior do que a coragem de reagir (SCARANTO; BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO, 2007).

Com vistas a abrir novas perspectivas de resolução e fortalecer as mulheres diante dessa situação, Ramos e Oltramari (2010) propõem aos envolvidos pensar sobre a sua participação em situações de violência. De acordo com os autores, quando a realidade se torna objetiva, os indivíduos podem encontrar soluções para seus dilemas, já que a realidade deixa de ser um problema sem solução.

Gregori (1993) reforça tais fundamentos. Para ela, não existe uma dualidade entre algoz e vítima, ou seja, discorda da ideia de que o agressor seja ativo e a vítima passiva. Agrega que há uma tendência em culpabilizar a diferenciação de gênero, na qual a mulher é ensinada a ser subordinada, para explicar a causa das relações violentas. No entanto, essas diferenciações ocorrem nas relações de casais em geral, não caracterizando exclusivamente aqueles que vivenciam a violência doméstica.

A autora refere ainda que, ao construir a dualidade entre homem agressor e mulher vítima, deixa-se desfocado o fato de haver uma parceria na relação conjugal, na qual o casal utiliza a violência como forma de comunicação. Nesse contexto, a vítima constrói uma queixa, cuja narrativa determina para incitar as condições de violência. A queixa consiste em narrar o Eu,

como vítima e inocente, e o Outro, como agressor e culpado. Essa situação tem por objetivo expor um sofrimento. A mulher tende a explicar a agressão apenas como reação do parceiro e não olhar para sua possível participação. Ele torna-se invariavelmente o algoz. Nas adversidades com o parceiro, o que importa para essas mulheres não é o conteúdo das discussões, mas condenar o Outro e não se implicar, para preservar o lugar de boa mulher e exaltar suas virtudes.

A dificuldade da mulher em sair da relação se daria, então, porque sua narrativa é paradoxal: ao mesmo tempo em que revela indignação e revolta com o comportamento do seu parceiro, que lhe submete ao sofrimento, por outro, fundamenta seus argumentos nos mesmos valores de submissão e vitimização que perpetuam a situação. Silva (2010) acrescenta que a relação com a violência pode estar encarnada na conformação do próprio caráter do indivíduo, na sua forma de agir e ser, pensar e sentir, comportar-se e lidar consigo e com os demais. Para exemplificar essas questões, Gregori (1993, p. 184) ressalta: “ela ajuda a criar aquele lugar no qual o prazer, a proteção ou o amparo se realizam, desde que se ponha como vítima, são situações em que a mulher se produz – não é apenas produzida – como não sujeito”.

Tomando-se as contribuições de Chodorow (1990), a maternidade dos tempos modernos delimita um novo campo simbólico para o homem e a mulher. Se, por um lado, a masculinidade é mais combativa, enérgica e independente, por outro, esconde uma perda fundamental. O menino, ao ter que se diferenciar da mãe para construir sua identidade masculina, faz uma renúncia prematura de sua tendência carinhosa e amorosa. Nesse processo de masculinização, acaba por se retrair do núcleo afetivo e de dependência cuja referência é materna e, se não tiver concluído a aquisição de sua identidade de gênero masculina, esse afastamento induzido poderá acarretar profundo sentimento de insegurança.

Quando adultos, os homens podem voltar às mulheres na procura do que lhes falta. E é esta carência que pode se manifestar na raiva e na violência. Giddens (1993) supõe que, quando

os relacionamentos amorosos buscam vínculos mais igualitários entre seus membros, como nos tempos atuais, a violência provém mais dos desajustamentos e inseguranças do que de uma continuação ininterrupta do domínio patriarcal.

Posto isso, pode-se então dizer que quando a agressão passa a ter um conteúdo erótico entre os casais, há a instalação de um padrão com características de jogo perverso entre feminilidade e masculinidade. São situações nas quais o casal, por meio de práticas sadomasoquistas, desenha papéis de homem e mulher, cujo prazer sexual fica associado a atividades de domínio e submissão. De certa maneira, ser agressor vem reforçar a masculinidade, ao passo que ser vítima significa aderir a uma imagem de *mulher*. Tais arranjos refletem a busca e a necessidade de cada um pela sensação de dependência, de estarem colados, para se sentirem casados. Estes padrões de violência dissimulam as fragilidades individuais que se escondem na agressão.

A compreensão da violência entre os casais remete, portanto, ao foco das análises de como o fenômeno acontece, das formas de relações estabelecidas entre os sujeitos, no contexto vincular. As deficiências da capacidade de simbolização dos afetos, da palavra como forma de expressão e a passagem ao ato como tentativa de comunicação, além das identificações infantis, são fontes valiosas que precisam ser consideradas.

A diferenciação entre violência e agressão é a nova conceitualização que mostra mais claramente essa tendência (OLIVEIRA, 2004). Busca uma perspectiva de descrever a forma como uma pessoa se coloca diante de outra e o que quer comunicar, razão pela qual o ato não pode ser analisado fora do contexto da relação estabelecida. Nessa compreensão, a violência é definida enquanto um conflito, um termo que se refere a uma relação entre partes. Esse postulado se fortalece em situações de repetições nas quais, mesmo quando há troca de parceiros, esse padrão de relações volta a ocorrer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender as motivações que levam aos protótipos de relações marcadas por agressão pode trazer luz a um tema complexo e multifacetado. Instiga a conhecer a personalidade dos envolvidos, os determinantes psicopatológicos de ordem individual, familiar, social e cultural que as reproduzem e, sobretudo, criar espaços de acolhimentos desses indivíduos, para que possam contar suas dores e descobrir novas formas de lhes dar significado e encaminhamento.

O direito à informação e à comunicação deve caminhar junto com os esforços no combate à violência contra as mulheres. O sofrimento gerado nos envolvidos e nas famílias implicadas, o impacto social, os custos agregados de atenção à saúde são imensos, o que torna imprescindível compreender com profundidade a representação psicológica e social que a agressão representa, e pensar ações que possam auxiliar na prevenção por meio de mecanismos de melhor alcance.

## REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 108-113, 2005.

BERLINCK, M. T. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BRASIL. Ministério Público. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência*



*doméstica e sexual*: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília, 2006.

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>>. Acesso em: 1º maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. S. Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence. *Revista de Saude Pública*, 2006, v. 40, n. 2, p. 256-64, 2006.

CAMPBELL, J. C. Health Consequences of intimate partner violence. *Lancet*, v. 359, p. 1331-1336, 2002.

CHODOROW, N. *Psicanálise da maternidade*. uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COSTA, G. P.; KATZ, G. *Dinâmica das relações conjugais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, S. P. Caracterização dos casos de violência doméstica em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Violência de gênero, necessidades de saúde e usos de serviços em atenção primária* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009.

EIGUER, A. *Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

FIALOVA, K.; FASCENDINI, F. Vozes dos espaços digitais: violência contra a mulher relacionada à tecnologia. *Politics*, v. 12, p. 39-48, 2012.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud). Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.

GADONI-COSTA, L. M. et al. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, 2011.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades*. 2. ed. São Paulo: Unesp, 1993.

GREGORI, M. P. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, reações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

LAMBERG L. Domestic violence: what to ask, what to do. *JAMA*, v. 284, n. 5, p. 5546, 2000.

LEO, I.; LAPA, T.; AMOROSO, T. Brasil: violência contra a mulher e tecnologia de informação e comunicação. Asociación para el Progreso de las Comunicaciones (APC), 2009. Disponível em: <[http://www.genderit.org/sites/default/upload/brasil\\_APC\\_WNSP\\_MDG3\\_ctryrpt\\_VAWICT\\_port.pdf](http://www.genderit.org/sites/default/upload/brasil_APC_WNSP_MDG3_ctryrpt_VAWICT_port.pdf)>. Acesso em: 8 set. 2012.

LIMA, G. Q.; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. *Psicologia em Estudo* [online], v. 16, n. 4, p. 511-520, 2011.

MCCAULEY, J. et al. The Battering Syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care. Internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, v. 123, n. 10, p. 737-748, 1995.

MELO, Z. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 2, p. 201-208, 2005.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei n°. 11.340. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/spmu/main2.asp?Id=282>>. Acesso em: 1º set. 2012.

MILLER, M. S. *Feridas invisíveis*: abuso não-físico contra mulheres. São Paulo: Summus, 1999.

MOREIRA, M. I.; RIBEIRO, S.; COSTA, K. Violência contra a mulher na esfera conjugal: jogo dos espelhos. In: COSTA A. O.; BRUSCHINI, C. (Org.). *Entre a virtude e o pecado*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 169-90.

MORENO-GARCIA, C. et al. *WHO-Multi Country Study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: WHO, 2005.

NEGRÃO, T. et al. *Dossiê*: violência de gênero contra meninas. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, 2005.

OLIVEIRA, K. L. C. *Quem tiver a boca maior vai engolir o outro*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OMS/OPS. *Violência contra la mujer, um tema de salud prioritário*. Washington: División de Salud Familiar e Reproductiva; División de Salud e Desarrollo Humano, Junio, 1998.

RABELLO, P.; CALDAS, Jr. A. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 6, p. 970-978, 2007.

RAMOS, M. E.; OLTRAMARI, L. C. Atividade reflexiva com mulheres que sofreram violência doméstica. *Psicologia Ciência e Profissão*. [online], v. 30, n. 2, p. 418-427, 2010.

RODRIGUEZ, M. A.; SHELDON, W. R.; BAUER, H. M.; PÉREZ-STABLE, E. J. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *The Journal of Family Practice*, 2001; 50(4). Disponível em: <www.jfponline.com>. Acesso em: 10 mar. 2008.

SAID, A. D. L. Referências ao originário em psicanálise: o trabalho da figurabilidade. *Psicanálise e Universidade*, São Paulo, n. 17, p. 23-32, 2002.

SCARANTO, C. A.; BIAZEVIC, M G.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários sobre a saúde e violência doméstica contra a mulher. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 27, p. 694-705, 2007.

SCORTEGAGNA, S. A.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Autopercepção no Rorschach de vítimas de abuso sexual infantil. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 3, p. 328-336, 2009.

SILVA, S. G. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 556-571, 2010.

SILVA, L.; COELHO, E.; CAPONI, S. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007.

# O JOGO DE CÂMBIO E A SOCIALIZAÇÃO NO ENVELHECIMENTO

Roseli Bess  
Ana Carolina Bertoletti De Marchi  
Eliane Lucia Colussi

---

## INTRODUÇÃO

Os indivíduos mais velhos, por anos foram submetidos ao sedentarismo, em decorrência da falta de conhecimentos ou informações sobre os benefícios da prática de atividades físicas para indivíduos que não mais dispõem da jovialidade (TELLES, 2008). Todavia, esse cenário modificou-se muito rapidamente, em decorrência do crescimento acelerado da população idosa e da necessidade da manutenção de uma vida ativa, mesmo após a aposentadoria.

Os jogos, antes vistos como uma oportunidade apenas para atletas, passaram a ser uma possibilidade de exercício físico também para aquelas pessoas que nunca tiveram acesso ao esporte, inclusive os sedentários. De acordo com Cunha e Melo (1999), foi na década de 1970, no SESC, que pessoas com idade entre 40 e 90 anos passaram a praticar esportes adaptados, como voleibol e basquete.

Os jogos esportivos coletivos visam a atingir um objetivo e um resultado melhor, favorecendo as habilidades cognitivas, estimulando a prática e a socialização (SILVA; GRECO, 2009). Por sua vez, os jogos adaptados podem ser definidos como esporte modificado ou especialmente criado para ir ao encontro das necessidades únicas de certos indivíduos (GORGATTI et al., 2008). A adaptação ocorre nas regras normais e nas formas de jogo, sem descaracterizar a modalidade esportiva. O objetivo é dar aos jogadores condições de participação independente do condicionamento físico ou de habilidades desportivas, por meio da redução da intensidade do jogo (BLESMANN, 2010).

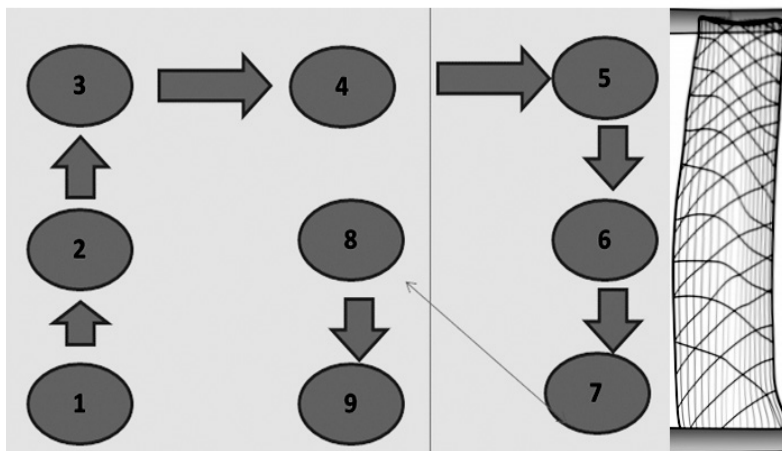
Os jogos adaptados, nos quais o câmbio está incluído, evoluíram de maneira significativa, com o objetivo de estimular as capacidades físicas e mentais, como também novas habilidades. O jogo de câmbio atualmente está consolidado como um esporte para idosos e as perspectivas são de ampliação no número de adeptos, tanto para lazer como em competições.

Diante do contexto acima, este capítulo tem como objetivo apresentar o jogo de câmbio, suas regras básicas e origem. Além disso, será abordado o jogo de câmbio sob as perspectivas da socialização e das competições.

## O JOGO DE CÂMBIO E SUA ORIGEM

O jogo de câmbio é uma modalidade esportiva adaptada do voleibol, com vista a possibilitar sua prática por pessoas idosas, independentemente do condicionamento físico. O jogo não causa muito impacto nas articulações, pois não é necessário saltar para arremessar a bola, uma vez que se deve estar com o apoio de um dos pés no solo. Devido ao aumento de interesse por parte dos idosos, o câmbio foi dividido em duas categorias: máster (50 a 59 anos) e sênior (a partir de 60 anos). Tais categorias são utilizadas na maioria das competições esportivas.

O jogo de câmbio é realizado em uma quadra com as mesmas dimensões da de voleibol. As equipes são compostas por nove jogadores titulares, distribuídos como ilustrado na figura a seguir, com a possibilidade de mais três reservas.



Posicionamento dos jogadores na quadra.

Nos jogos e competições são definidos regulamentos próprios. Contudo, as regras básicas são, de forma geral, as mesmas, a saber: a) há um rodízio da equipe que arremessa a bola para o outro lado, sendo que o jogador que fica no centro da quadra (posição 8) é quem faz o arremesso; b) não é permitido saltar, pular ou ultrapassar a linha dos três metros; c) a equipe pode realizar até três passes antes do arremesso.

Nas competições é permitido apenas três homens em quadra, exceto nas organizadas pela Federação Estadual dos Clubes de Terceira Idade do Rio Grande do Sul (FECTIRGS), que, no ano de 2011, começou a praticar o jogo no interior do estado, e permite cinco homens em quadra. Tal situação se deve ao fato

de que, em cidades de pequeno porte, o número de praticantes homens é maior do que na capital e em cidades maiores. Outros aspectos que podem diferir de um torneio para outro é a altura da rede, o tempo de duração do jogo, as substituições e as penalizações. A altura da rede, por exemplo, varia em 2,30 a 2,40 metros.

As mudanças nas regras vêm acontecendo com bastante rapidez, devido ao caráter competitivo agregado ao jogo, diferente do seu propósito inicial, de socialização e interação. A participação dos idosos em competições esportivas motivou um grupo de praticantes de câmbio, juntamente com alguns professores do Rio Grande do Sul, a criarem a Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para Idosos. Tal federação ainda está em fase de organização com representantes de várias cidades do estado. O objetivo é discutir sobre a possibilidade de unificação de regras e mudanças necessárias nos jogos, com vistas, principalmente, ao bem-estar dos idosos e à qualificação e continuidade das competições.

Para entender o surgimento do jogo de câmbio, é preciso voltar um pouco na história, mais precisamente ao ano de 1982, quando foi realizada a Assembleia das Nações Unidas, em Viena, e criado o Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento. Para Blesmann (2010), o evento contribuiu para que o tema envelhecimento fosse incorporado na Constituição de 1988 e, em 1944, fosse aprovada a Política Nacional do Idoso (lei nº 8.842 de 04/01/94). A partir disso, a sociedade começou a se mobilizar e, com reuniões regionais, foi elaborado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.

No ano de 1996, foi criado o Fórum Permanente da Região Sul, onde participaram representantes de secretarias de estado, entidades não governamentais e conselhos estaduais do idoso. Neste fórum, a área de esporte foi escolhida para a realização



de uma ação coletiva entre os estados, por não ter tradição no apoio e na prática esportiva com pessoas idosas.

Foram realizados pela primeira vez, em 1998, os Jogos de Integração dos Idosos da Região Sul, no Paraná. A partir deste momento, iniciaram-se as adaptações dos jogos esportivos. Os pioneiros nas pesquisas com a modalidade de voleibol adaptado foram a UFSM, Unisinus, UFGRS, ULBRA, FEEVALE, UNISC, UNILASSALLE, UPF, as Prefeituras de Porto Alegre e Passo Fundo e o SESC-RS. Essas instituições foram aprimorando e formalizando as regras.

Nos anos de 2001 e 2004, o evento foi organizado em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul, respectivamente. O estado que sediava a etapa dos jogos tinha a responsabilidade sobre todas as despesas que envolviam o evento, como promoção, execução e hospedagem das delegações. Já os participantes assumiam as despesas com o deslocamento de suas delegações. No Rio Grande do Sul, a competição é promovida pela Fundação de Esporte e Lazer do Rio Grande do Sul (Fundergs) desde 1998, e acontecerá a 17ª edição em 2015. Nos dois primeiros anos, os jogos foram realizados sob a coordenação do Conselho Estadual do Idoso, passando, depois, a serem sediados pela Secretaria de Estado e, atualmente, pela Secretaria do Turismo, Esporte e Lazer da Fundergs.

Mesmo que tenha sido praticado anteriormente, os registros por escrito sobre o jogo de câmbio começaram nos jogos de Integração dos Idosos, em 1998. A partir daí, o número de praticantes vem aumentando a cada dia. No interior do Rio Grande do Sul, sua prática iniciou no ano de 2009, na cidade de Santa Rosa, por iniciativa da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, com coordenação da professora de educação física Roseli Bess. Na fase inicial, o projeto teve adesão de 18 pessoas, o necessário para a formação de duas equipes em quadra. O início apresentou dificuldades, pois a maioria das pessoas nunca tinha praticado nenhum tipo de esporte com bola. Assim, o câmbio

foi introduzido lentamente, com a explicação da rotação do jogo e marcação das posições com giz na quadra. Foram necessários vários treinos antes do primeiro jogo.

No ano de 2011, o câmbio foi difundido pelas cidades do interior do Rio Grande do Sul que fazem parte da Federação dos Clubes da Terceira Idade, por meio de intercâmbios com o município de Santa Rosa. Atualmente, é grande o número de praticantes em todo o estado. Apenas em Santa Rosa, por exemplo, estima-se em torno de 300 praticantes. Em julho de 2013, foi criada a Associação Santa-rosense de Câmbio, com o objetivo de estimular a participação de idosos à prática de jogos e também buscar apoio e valorização na comunidade. Tal iniciativa busca estimular e difundir a importância do exercício físico não somente para os idosos, mas para todos que estão em processo de envelhecimento.

Devido à grande aceitação e crescente interesse pelo esporte adaptado para idosos, identificado pelos jogos em todo o estado, foi criada a Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para Idoso (FGJAI), no dia 03/09/2013, com sede em Porto Alegre, que tem por objetivo difundir, incentivar, promover e organizar jogos adaptados para idosos.

## **A SOCIALIZAÇÃO DO IDOSO POR MEIO DO JOGO DE CÂMBIO**

O processo de socialização perpassa por várias etapas, não se restringindo apenas às fases iniciais do desenvolvimento humano. Para Kist (2011), os diferentes espaços de convivência influenciam positivamente em suas vidas, possibilitando a maior socialização. A participação do idoso nesses ambientes “proporciona uma compreensão da realidade atual, da fase da vida que estão vivenciando, de suas consequências”. Além disso, “favorece o desenvolvimento de processos de revitalização pessoal que

contribuem para evitar a solidão, situações de dependência e de invalidez física e mental; favorece novas experiências e uma melhora significativa na qualidade de sua vida” (2011, p. 218).

Nessa perspectiva, Scortegagna e Oliveira (2012) acrescentam que a integração é a última etapa do processo de socialização, que exige antes uma mudança da conduta individual, uma adaptação. Desse modo, acredita-se que os benefícios da socialização evoluem de forma diferente quando se leva em consideração os contextos históricos e as mudanças sociais deles decorrentes. O idoso, durante sua trajetória de vida, perpassou por diferentes experiências de socialização. Sua integração à sociedade não se encerra no processo de envelhecer, pois ela ocorre de maneira constante e os indivíduos se adaptam às novas condições que lhes são propostas.

O estudo de Montañés e Kist (2011) discute a importância de garantir aos idosos uma vida melhor e com maior independência e autonomia em termos de sua capacidade funcional. Conforme os autores, os benefícios biológicos, psicológicos e sociais da prática da atividade física são fundamentais para estimular um envelhecimento ativo e saudável. Acrescentam ainda que a atividade física – no caso, a psicomotricidade – pode resultar positiva para a competência pessoal e eficiência motora, a cognição, a afetividade, o bem-estar e a socialização das pessoas mais velhas, reduzindo o risco de deterioração e de exclusão social (MONTAÑÉS; KIST, 2011, p. 179).

Uma pesquisa realizada por Lopes et al. (2013) junto a idosos que participavam dos serviços do Centro de Convivência do Idoso Lions Sobral, da cidade de Franca/SP, teve o propósito de refletir sobre a importância das ações de atividades de socialização e fortalecimento de vínculos para a saúde física e mental. Com entrevistas estruturadas, foram identificadas que as atividades de socialização contribuem de maneira significativa para a melhoria no bem-estar dos idosos, e que os impactos na qualidade de vida deles são muito expressivos.

Dentre as atividades de socialização apontadas na literatura, está a realização de exercícios físicos em grupo. Conforme Toscana e Oliveira (2009), os programas de exercícios físicos podem contribuir de forma expressiva na qualidade de vida da população idosa, tanto pelo engajamento social que eles promovem quanto pelo estímulo positivo nos aspectos físicos, que resulta na maior autonomia.

O exercício físico proporciona benefícios importantes para as pessoas acima de 60 anos. De acordo com Nahas (2003), os benefícios podem ser classificados em fisiológicos, psicológicos e sociais. Em termos fisiológicos verifica-se maior eficiência e capacidade aeróbica, manutenção ou menor perda de massa muscular, manutenção ou menor perda dos níveis de equilíbrio. Já entre os psicológicos, está a redução dos níveis de ansiedade e controle do estresse, menor risco de depressão e melhoria cognitiva. Os benefícios sociais referem-se a indivíduos mais seguros de si, melhor integração social e cultural, integração na comunidade, rede social e cultural ampliada. Sobre essa questão, Papalia (2010, p. 695) ressalta que “os relacionamentos sociais e a saúde andam de mãos dadas, e que, de fato, o contato social parece prolongar mais a vida”. Complementa, ainda, referindo que os amigos, ou o espaço de socialização, são importantes ao “suprir” os “antigos colegas de trabalho e amigos que perderam em decorrência das perdas da vida”.

O aumento do círculo social e a melhora da autoestima foram resultados observados no estudo de Bess et al. (2013), que tinha como objetivo identificar o que o jogo de câmbio acarretou na vida de seus praticantes. Participaram da pesquisa quatorze idosos que praticavam câmbio há três anos. Além do aumento da socialização, os autores também constataram melhora do equilíbrio, da agilidade, da resistência e do raciocínio rápido, da força muscular, redução das dores no corpo e redução do uso de medicamentos.

O jogo de câmbio oportuniza ao praticante conhecer distintas culturas, interagir com pessoas diferentes de seu convívio diário, administrar novas situações e novos desafios. Diante disso, o câmbio torna-se uma alternativa importante para o processo de socialização dos idosos.

## CÂMBIO: LAZER OU COMPETIÇÃO

Quando os projetos de jogos de câmbio iniciaram, não se imaginava que teriam a expressiva repercussão constatada. A ideia inicial era proporcionar lazer, saúde e integração, por meio da prática de um exercício físico. Naquele contexto não existiam competições no estado do Rio Grande do Sul.

O 1º Jogos de Verão para Idosos ocorreu no ano de 2010, no Sesc de Porto Alegre, e incluiu pela primeira vez a modalidade de câmbio em jogos competitivos. Participaram aproximadamente 800 pessoas de várias cidades do estado. Desde então, os rumos do câmbio mudaram. Os praticantes aumentaram o nível de cobrança por rendimento nos treinos, com vistas a buscar melhores resultados nas competições. O aumento das exigências por parte dos próprios praticantes acabou interferindo nas relações dos grupos. Os jogos perderam o caráter mais social e passaram a ter uma conotação de competição. Praticantes que não se inseriam neste novo contexto, acabavam retraindo-se e abandonando o projeto.

Diante dessa nova realidade, os professores e instrutores precisaram, por meio de diálogo, antes da competição, mostrar que o mais importante era a integração, a saúde e o exercício físico. A pesquisa realizada por Hauser (2013) sobre prática esportiva adaptada para idosos, pautada pela competição, ilustra bem essa questão. O autor entrevistou grupos de idosos praticantes de câmbio e constatou que a competição, de certa forma, acabou tornando os grupos mais fechados, mais excludentes,

interferindo na questão do bem-estar psicológico que o jogo proporcionava no começo.

Iniciou-se, então, um novo paradigma: perceber o câmbio como um projeto de esporte e lazer, não desprezando as competições, a cada dia mais importante para os idosos. Muitos autores identificaram que as competições deram um novo significado para a vida dos praticantes, uma sensação de fazer parte de uma sociedade. Para Daps (2009), o esporte pode inserir um sentimento de significado na vida dos idosos.

As atividades em grupo são importantes por estarem associadas a baixos índices de estresse e depressão.

A sequência de jogos foi ficando cada vez mais frequente, devido ao aumento do número de equipes em todo o estado. Os times não queriam só jogar por prazer, por integração. O objetivo de ganhar era o que os movia, acarretando alguns problemas, devido ao fato de os jogos ficarem cada vez mais agressivos, com arremessos mais fortes, causando lesões e, até mesmo, dedos quebrados. Contudo, isso nunca foi visto como obstáculo pelos praticantes, apenas estimulava, ainda mais, a questão do poder e de medir força com colegas e adversários.

No ano de 2012, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Santa Rosa sediou pela primeira vez um torneio estadual de câmbio. Em apenas um dia de competição, participaram 15 equipes, um total de 200 participantes.

Os Jogos de Integração dos Idosos, organizados pelo governo do Rio Grande do Sul, acontecem todos os anos no mês de novembro. O evento também objetiva mostrar, mesmo para aquelas pessoas mais competitivas, a importância do esporte como lazer e manutenção da saúde.

Nessa perspectiva de esporte, lazer e competição, dois aspectos devem ser considerados para a continuidade do câmbio como atividade física voltada aos idosos. Primeiro, o fato de proporcionar momentos de integração, através das viagens, dos intercâmbios com outras pessoas e com as do próprio grupo.

Em segundo lugar, a competição, apesar de ter perdedores, faz os praticantes quererem ganhar, mostrar que estão vivos e que são capazes de lutar por seus objetivos. Conforme Azevedo (2011), na medida em que um esporte torna-se uma ocupação social estável, passa a representar uma opção valiosa aos seus praticantes, uma escolha possível em busca de excelência.

A visibilidade que o jogo ganhou na sociedade faz com que cada vez mais pessoas queiram participar dos treinos. Aqueles que já fazem parte do grupo convidam mais pessoas e, assim, a cada dia, aumenta o número de praticantes, de torneios e campeonatos em todo o estado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O jogo de câmbio surgiu em um momento em que era preciso, de alguma maneira, estimular as pessoas idosas com atitudes que viessem a proporcionar um envelhecimento mais ativo. A prática de esporte pode ser considerada uma ferramenta importante para auxiliar na promoção da qualidade de vida, minimizar os efeitos da aposentadoria e diminuir a dependência funcional.

No decorrer dos anos, observou-se a rapidez com que o jogo de câmbio expandiu-se pelo estado do Rio Grande do Sul, sendo necessárias cada vez mais mudanças e adaptações em suas regras, para acompanhar os interesses dos praticantes.

No que se refere à competição, é preciso que as entidades envolvidas nos eventos de câmbio, os professores e os líderes dos grupos de idosos não foquem somente um esporte de rendimento, mas incentivem as pessoas à prática de exercícios físicos para a manutenção de sua saúde e para a socialização.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO M.; FILHO A. Competitividade e inclusão social por meio do esporte. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, v. 33, p. 589-603, jul./set., 2011.

BESS, R. et al. Os benefícios do jogo de câmbio para os idosos: promovendo qualidade de vida por meio do esporte Newcomb o Cachibol. *EFDeportes.com, Revista Digital*, Buenos Aires, Año 17, n. 176, Enero de 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 1º jul. 2015.

BLESSMANN, E. *XII Jogos de Integração do Idoso do RS*. S.N. Porto Alegre: Fundação de Esporte e Lazer do RS, 2010.

CUNHA, J.; MELO, C.; ANDRADE, V. Uma conversa com Pedro Barros Silva. In: FARIA, J.; FARINATTI, A.; VERAS, P. *Atividade física para idosos. Consensos e controvérsias*. Rio de Janeiro: Sprint, 1999. p. 92-111.

DEPS, V. L. Atividade física e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 8. ed. Campinas: Papyrus, 2009. p. 30-33.

GORGATTI, M. et al. Tendência competitiva no esporte adaptado. Londrina (PR). Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Ciências do Esporte. Centro de Educação Física e Esporte. *Arquivos Sanny de Pesquisa e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 18-25, 2008.

HAUSER, E. *Câmbio: Uma visão etnográfica sobre a prática esportiva adaptada para idosos, pautada pela competição*. Monografia, Universidade Federal do RS, Porto Alegre: dez. 2013 .

KIST, B. B. R. *Os grupos de convivência em Porto Alegre e sua contribuição à garantia de direitos e à autonomia de homens e*



*mulheres idosos*: uma aproximação com os centros de idosos em Barcelona. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3795](http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3795)>. Acesso em: jun. 2014.

LOPES, A. et al. *A importância das atividades de socialização para a saúde do idoso*: reflexões sobre as atividades do Centro de Convivência do Idoso Lions Sobral da cidade de Franca/SP. Disponível em: <[http://www.webartigos.com/\\_resources/files/\\_modules/article/article\\_113063\\_20130915094814c4f0.pdf](http://www.webartigos.com/_resources/files/_modules/article/article_113063_20130915094814c4f0.pdf)>. Acesso em: maio 2015.

MONTAÑÉS, C. M.; KIST, R. B. B. La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 179-192, jan./jul., 2011.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Artmed: Porto Alegre, 2010.

PORTER, M. M. Power training for older adults. *App Physiol Nutr Metab*, v. 31, n. 2, p. 87-94, 2006.

SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, R C S. *Idoso*: Um novo ator social. IX Amped Sul - Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, Ponta Grossa PR, 2012.

SILVA, M.; GRECO, P. A influência dos métodos de ensino-aprendizagem-treinamento no desenvolvimento da inteligência e criatividade tática em atletas de futsal. 20. ed. Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Bras Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 297-307, 2009.

TELLES, S. C. *A construção do campo do conhecimento sobre as atividades físicas para idosos no Brasil*. 2008, 186. Tese (Doutorado em Educação Física). Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro: 2008.

TOSCANO, J.J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 15, n. 3, p. 46-49, maio/jun. 2009.

# REGISTROS DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE PASSO FUNDO

Katiane Bones Camargo  
Astor Antônio Diehl  
Silvana Alba Scortegeagna

---

## INTRODUÇÃO

A longevidade da população brasileira é cada vez mais evidente e, por isso, precisamos estar conscientes desta transformação para enfrentar com o devido preparo esta jovem realidade.

No Brasil, há que ressaltar a existência de um considerável aparato legal de garantia de direitos à pessoa idosa. Contudo, infelizmente, apesar de os idosos estarem amparados legalmente, verifica-se frequentes violações desses direitos. Dentre elas, podemos dizer que é um dos maiores desafios a serem enfrentados atualmente no Brasil, estão as situações de negligência, violência física, psicológica, sexual, abandono, financeiro e institucional.

Em 1975, foi descrita em publicação britânica, talvez pela primeira vez, de forma contundente, a violência contra uma pessoa idosa. Desde então, tem sido assunto de investigações científicas e alvo de ações governamentais em todo o mundo, especialmente no Brasil, desde 1990 (WOLF; DAICHMAN; BENNZTT, 2002, p. 123-144).

Atualmente, esse infortúnio tomou uma dimensão que ultrapassa as configurações familiares, tornando-se, dessa forma, um fato que deve ser compreendido por toda a sociedade, uma vez que somos responsáveis por contribuir com estratégias para seu enfrentamento.

Sendo assim, a intenção deste capítulo é explanar alguns resultados da pesquisa efetuada a partir dos procedimentos administrativos instaurados pelo Ministério Público Estadual de Passo Fundo/RS em favor de idosos (sessenta anos e mais). Salienta-se que foram considerados documentos arquivados, em andamento e que culminaram em ação judicial, relativos ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, em que se registrava, especificamente, algum tipo de violência cometida contra a pessoa idosa. Os dados foram complementados com informações existentes nos prontuários de registros do Balcão do Idoso (projeto de extensão da Universidade de Passo Fundo) e Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) da Prefeitura Municipal de Passo Fundo.

## ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Tratar o processo de envelhecimento humano associado a situações de violência significa enfrentar o desafio de refletir sobre questões históricas, porém presentes no cotidiano da vida.

Assim, o tema do envelhecimento humano não envelhece. Exatamente pela complexidade do fenômeno, o envelhecimento humano é uma zona de *sombras* ainda de pouco interesse, porém crescente e, sobretudo, pouco estudada pelo conhecimento das chamadas ciências humanas (DIEHL, 2014, p. 12).

As facetas do envelhecimento podem estar associadas às situações de violência intrafamiliar, que tornam esta fase da

vida um tanto quanto complicada devido à gravidade e difícil identificação.

Evidentemente, a violência cometida contra a pessoa idosa se configura num processo social, preocupante, representando um fato mundial e se manifestando de diversas formas no cotidiano da população.

Entretanto, segundo Minayo (2007, p. 783- 791), a violência contra os idosos não ocorre somente no meio familiar e no Brasil, faz parte da sociedade em geral e do mundo, constituindo-se num fenômeno universal. A maioria das vezes fica oculta nos usos, nos costumes e nas relações entre as pessoas.

A Organização Mundial da Saúde define a violência como uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Em consonância com a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, Minayo (2004 p. 15) descreve outras formas de violência impingidas às pessoas idosas:

Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte; abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social; abuso sexual, violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; negligência refere-se à recusa ou

à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar; Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmos.

É possível identificarmos que ainda quando nos referimos à questão da violência contra a pessoa idosa, o primeiro pensamento que nos vem à mente refere-se a situações de agressões físicas, porém, como observamos acima, existem diversas formas de violência que são cometidas contra o idoso e que necessitam de atenção.

Florêncio et al. (2007, p. 855) detalham que:

A violência contra o idoso é real, existe de fato, acontece na casa ao lado, nas formas mais elementares: é a vizinha que se apodera da pensão da mãe; é o pai que é alojado no último cômodo da casa; é o neto que destrata o avô com ameaças; é a falta de cuidado com a administração da medicação. É o banho que não foi dado. A fralda que não foi trocada é a divisão de bens antes da morte, com mecanismos de persuasão e coação física e psicológica do idoso. É o caçoar de sua demência e favorecer-se dela. É a agressão física simplesmente, sempre feita por alguém mais jovem e mais forte. É o abuso sexual das velhas acamadas, por seus cônjuges.

Independentemente da forma com que os autores compreendem e definem o conceito de violência, este remete imediatamente à violação dos direitos fundamentais do ser humano.

O envelhecer está diretamente ligado à própria afirmação dos direitos humanos fundamentais e às cláusulas pétreas encontradas na Constituição Federal de 1988, que afirmam que todo ser humano tem direito à vida, à dignidade, sem preconceitos

de qualquer espécie, inclusive o de idade (DIEHL et al., 2009, p. 235).

Situações de violência contra a pessoa idosa infelizmente são um fenômeno real, que ocorrem no cotidiano das relações, permanecendo, por muitas vezes, encobertas, escondidas, dificultando sua identificação.

Porém, algumas se transformam em denúncias aos órgãos de proteção, culminando em procedimentos administrativos junto ao Ministério Público e até mesmo em ações judiciais.

No município de Passo Fundo, através da pesquisa realizada no Ministério Público do Rio Grande do Sul, confirmou-se a existência das seguintes tipologias de violência: física, sexual, psicológica, institucional, familiar, abandono e autonegligência.

Também identificou-se inúmeras situações de casos que necessitam complementação de verba para que a pessoa idosa possa ser acolhida e atendida em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou em instituições de longa permanência terapêutica (ILPT).

Esta é mais uma forma de violência cometida contra a pessoa idosa, a oferta de serviços de acolhimento institucional com valores superiores aos proventos dos pacientes. Deve-se garantir o direito ao cuidado, à dignidade, ao mínimo necessário para uma boa qualidade de vida, mesmo que a remuneração financeira obtida pelo idoso não condiga com a realidade do mercado.

Compreendendo que os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes, efetivá-los depende de um compromisso do Estado perante a sociedade, quer adotando medidas de eliminação de qualquer tipo de violência, intolerância ou discriminação, ou promovendo a igualdade e efetivando os demais direitos fundamentais. Assim, podemos nos basear nos instrumentos globais e regionais para uma constante defesa dos direitos humanos, para a consolidação da justiça social (CAMARGO, 2011, p. 89).

O Estatuto do Idoso aponta que a prioridade do cuidado com a pessoa idosa deve ser de responsabilidade da família, porém, na falta desta, o Poder Público deverá assumir tal função, intervindo e contribuindo para sua proteção.

## PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS INSTAURADOS REFERENTES À VÍTIMA

No decorrer dos dois anos pesquisados, foram instaurados pelo Ministério Público Estadual em Passo Fundo-RS, o total de 265 procedimentos administrativos, envolvendo 283 pessoas idosas que poderiam estar em situação de violência com seus direitos fundamentais violados.

Contudo, considerando os casos procedentes, se somados os anos de 2012 e 2013, houve a instauração de 189 procedimentos administrativos, correspondendo um total de 202 pessoas idosas, vítimas de algum tipo de violência. Identifica-se que a faixa etária mais atingida por situações de violência no ano de 2012 está entre 60 a 69 anos, 35,9%.

Outro fator a ser considerado refere-se ao fato de que, na faixa etária de 60 a 69 anos, 47,8% dos homens são as maiores vítimas de violência. Em contrapartida, na faixa de 75 a 84 anos, a porcentagem de 40,6% demonstra que as mulheres são as maiores vítimas de situações de violência.

Verificamos que, no ano de 2012, o maior índice de denúncias efetuadas com instauração de procedimentos administrativos referia-se a idosos residentes em Passo Fundo, na região da Vera Cruz, com um índice de 25,2%. Em segundo lugar, apareceu a da São Cristóvão, com 22,3%, seguida pela da Petrópolis, com 16,5%.

No ano de 2013, a Vera Cruz, embora com percentual levemente reduzido, permaneceu na liderança no número de procedimentos administrativos instaurados, com diagnóstico confirmado de situações de violência contra idosos, índice de



24,8%. Em segundo lugar, veio a São Cristóvão, com 20,9%, e, depois da redução dos índices da Petrópolis, esta região passou a ocupar o terceiro lugar, com 18%.

Portanto, constatou-se que as regiões da Vera Cruz e da São Cristóvão apresentaram maior quantidade de casos procedentes que necessitaram de instauração de procedimentos administrativos em favor do idoso.

Em relação ao estado civil do idoso, no ato da denúncia, desconsiderando os 26,2% de casos não informados, verificamos que o maior índice de idosos vítimas de violência em 2012 eram viúvos, 30,1%, em sua maioria mulheres, seguidos dos casados/união estável, 27,2%.

No ano de 2013, constatou-se que o percentual de dados não informados reduziu consideravelmente para 15,2%. Isso demonstra a ampliação dos índices do número de idosos viúvos (32,3%) e, conseqüentemente, refletiu na constatação de que idosos viúvos são as maiores vítimas de algum tipo de violência.

Em segundo lugar, prevaleceu a estimativa de idosos casados ou com união estável, 27,3%. Este índice é importante, se compreendermos que o companheiro seria a pessoa que deveria contribuir com o cuidado e a proteção de seu cônjuge.

Constatou-se que o maior número de idosos vítimas de algum tipo de violência era de homens casados ou com união estável. Em relação às mulheres vítimas de violência, estavam na condição de viúvas. Idosos viúvos estiveram, portanto, mais propensos a situações de violência do que os casados/união estável. Esse fato pode estar associado a situações de fragilidade do idoso pela perda de seu(sua) companheiro(a), pois é quando ocorrem alterações bruscas de rotinas, costumes e hábitos previamente estabelecidos em seu cotidiano.

Da mesma forma, há que se considerar que, conforme a condição de saúde do idoso, este pode necessitar de cuidados de familiares e ter, inclusive, que passar a residir com pessoas alheias à sua rotina, que não possuem o preparo e a compreensão necessária para lhe garantir cuidado e proteção.

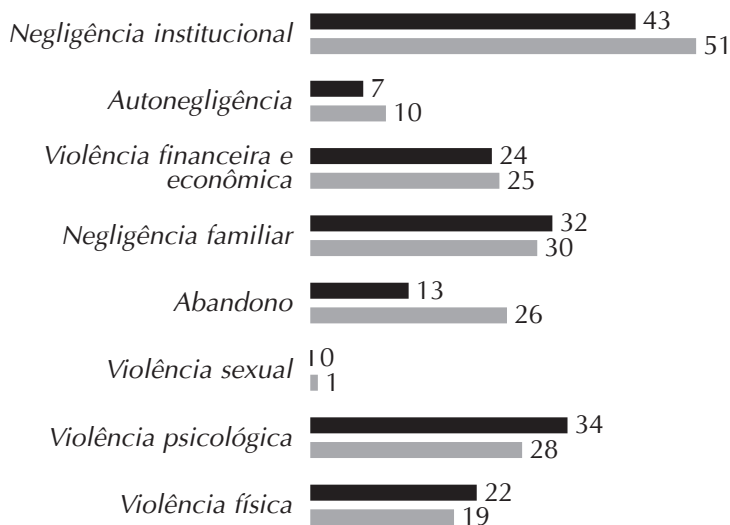
Referindo-se ao tipo de violência contra a pessoa idosa no ano de 2012, é possível constatar que as mulheres foram as maiores vítimas de violências física, psicológica, abandono, negligência familiar, violência financeira ou econômica.

Dentre os tipos de violência descritos, verificou-se que a ocorrência de negligência institucional representou um percentual de 24,6% dos casos que necessitaram instauração de procedimentos administrativos. Em seguida, 19,4% representaram situações de violência psicológica e 18,3%, de negligência familiar.

A violência psicológica é de difícil identificação, porém é tão significativa quanto às demais, para aquele que vivência. Seu enfrentamento torna-se complexo, uma vez que sequer o próprio idoso se dá conta que está sendo vítima desse tipo de abuso.

Em relação ao ano de 2013, as mulheres permaneceram sendo as principais vítimas de violência física, psicológica, abandono, negligência familiar, violência financeira ou econômica. Os homens foram as maiores vítimas de autonegligência e negligência institucional.

Gráfico 1 - Violências contra idosos, entre 2012 (■) e 2013 (▒).



Fonte: Dados das PA procedentes do MPE/RS Passo Fundo, anos 2012 e 2013.

Contudo, houve um diferencial nos registros dos tipos de violência em 2013, pois, em um caso de instauração de procedimento administrativo de violência sexual, a vítima era um idoso do sexo masculino.

Em 2013, a negligência institucional permaneceu na liderança dos registros de violência contra a pessoa idosa, representando 26,8% dos casos.

Se comparada ao ano anterior, ocorreu uma inversão em relação à estimativa que ocupou o segundo lugar nos registros. A negligência familiar subiu para o segundo e representou 15,8% dos casos. A negligência psicológica ficou em terceira, com 14,7%.

Considerando o registro da negligência familiar, observa-se a existência de uma nova estrutura da família, o que resulta, conseqüentemente, em diferentes arranjos de grupos. Os idosos, muitas vezes, estão inseridos em uma realidade de convivência diária com filhos, noras, genros, netos, bisnetos, sobrinhos, não havendo mais a cultura respeitosa com os avós.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo do envelhecimento humano da população mundial é fato que não pode mais ser desconsiderado. Pode-se dizer que é uma realidade cada vez mais próxima de todos nós.

Essa etapa da vida pode ocorrer de forma tranquila, natural, regada de carinho, amizade, aconchego e com qualidade de vida. Porém, pode também ser conturbada, triste e desprotegida. Este segundo ponto é o que mais nos preocupa, a velhice associada a problemas de negligência, abandono, violência, falta de cuidados e desproteção.

Evidentemente, o envelhecimento bem sucedido não depende única e excepcionalmente das políticas públicas, afinal, a longevidade não é algo que acontece por acaso, mas sim um processo que precisa ser observado no decorrer da vida. Ape-

sar disso, essa realidade ressalta a inevitável importância de o governo priorizar e se comprometer com a oferta de serviços de qualidade que, de fato, garantam proteção à pessoa idosa. O envelhecimento humano saudável do idoso passa pela atenção, planejamento e investimento em políticas públicas integradoras que se complementem.

As condições de atendimento médico precisam ser melhoradas, visando a um maior cuidado com a saúde, assim como questões habitacionais, transporte, recreação, lazer, cultura, entre outras. O idoso deve ser incentivado a exercer sua autonomia, a adotar um comportamento ativo, compreendendo seu papel social e desempenhando suas reivindicações com clareza e responsabilidade. Da mesma forma, outro fato que não se pode desconsiderar é referente à primeira e mais importante instituição na vida de um ser humano: a família.

A família é um lugar de construção de relações, de afeto, que nem sempre são positivos. Cuidar envolve comprometimento, carinho, respeito, disponibilidade emocional e física, assim como condições materiais, financeiras e suporte do Estado. Contudo, compreende-se que, com as mudanças estruturais da sociedade, as famílias têm encontrado dificuldades de desempenhar as funções que tradicionalmente eram lhe conferidas.

As doenças incapacitantes e as demências têm tornado a tarefa de cuidar mais complexa e difícil. A família não deve carregar a culpa, uma vez que não se sabe como, ao longo da vida, foi construída a relação afetiva entre seus membros.

Entretanto, a família, na medida do possível, deve assumir a sua importância perante a pessoa idosa, já que possui (ou melhor pode construir) a capacidade de compreendê-la e cuidá-la.

A longevidade remete ao desafio por novos conhecimentos, novas aprendizagens. É preciso que profissionais, idosos, familiares, sociedade civil, entidades, órgãos de defesa e de garantia de direitos conversem, reflitam e construam novas formas de cuidado e proteção à pessoa idosa.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 10741/2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília: DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)>. Acesso em: jun. 2014.

CAMARGO, Eduardo de M. Educadores sociais de rua e direitos humanos. In: *Educação em direitos humanos*. Sistematização de práticas de educação não formal. Passo Fundo: IFIBE, 2011. p. 89.

DIEHL, Astor Antônio; SANTIN, Janaína Rigo; BERTOLIN, Têlma Elita. *Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2009. p. 235-245.

DIEHL, Astor Antônio. *A cultura da mudança e ideias de futuro no passado*. Série Argonautas da Subjetividade. Passo Fundo: Berthier, 2014.

FLORÊNCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; FILHA, Maria de Oliveira Ferreira; SÁ, Lenilde Duarte de. A violência contra o idoso; dimensões éticas e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p 847-857, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>>. Acesso em: jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Síntese de indicadores sociais. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: set. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Condições de funcionamento e infraestrutura de instituições de longa

permanência para idosos no Brasil. Comunicado 93. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal>>. Acesso em: set. 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

WOLF, R.; DAICHMANN, L.; BENNET, G. Maus tratos de idosos (Abuse of the elderly). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (World report on violence and health). Geneva: World Health Organization, 2002. p. 123-144.

# NUTRIÇÃO E ASPECTOS SOCIAIS NO ENVELHECIMENTO

Luciana Marcon Barbosa  
Cláudia Maria Czernaik  
Eliane Lucia Colussi

---

## INTRODUÇÃO

Os aspectos relacionados à importância da nutrição na qualidade de vida das pessoas constituem um fenômeno relativamente recente, característico do início do século XX. Entretanto, é possível sustentar que as condições desse campo científico, acumuladas ao longo da história da humanidade, foram estimuladas a partir da revolução industrial europeia no século XVIII. Contudo, foi no período entre as duas grandes Guerras Mundiais do século XX, tanto em países da Europa (Inglaterra, França, Itália, Alemanha, Dinamarca, entre outros), como da América do Norte (Estados Unidos e Canadá) e, posteriormente, da América Latina (Argentina e Brasil), que surgiram os primeiros centros de estudos e pesquisas. Nesse contexto, foram instalados os primeiros cursos para formação de profissionais especialistas na área da nutrição e as primeiras agências condutoras de medidas de intervenção em nutrição (MAURÍCIO, 1964; COIMBRA et al., 1982; LABBATE, 1988; VASCONCELOS, 1999b).

De acordo com Chaves (1978), a história da nutrição está dividida em três fases: a) *naturalística*, circunscrita ao período de 400 a. C. até 1750 d. C., e caracterizada pelo empirismo ou

observação popular; b) *químico-analítica*, delimitada entre 1750 a 1900, que se caracterizou pelas grandes descobertas científicas, particularmente aquelas associadas a Lavoisier, considerado o pai da ciência da nutrição; c) *biológica*, iniciada por volta de 1900 e que vigora até hoje, caracteriza-se pelas descobertas científicas relacionadas aos nutrientes, ao metabolismo e à fisiopatologia nutricional.

Conforme Leite-Cavalcanti (2009, p. 867), diversos são os meios de melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo. Na perspectiva multiprofissional, no desenvolvimento de programas de promoção de saúde, o campo da nutrição precisa ser considerado uma das áreas prioritárias. Segundo os autores, “a condição de nutrição é aspecto importante nesse contexto, visto que os idosos apresentam condições peculiares que comprometem seu estado nutricional” .

## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as projeções indicam que, em 2050, a população idosa mundial será de 1.900 milhões de pessoas. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões e deverá representar quase 13% da população ao final deste período. Os centenários, no Brasil, somavam 13.865 em 1991, e, na virada do século, chegaram a 24.576 pessoas, ou seja, aumentaram em 77%. A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população (IBGE, 2002).

Diversos pesquisadores, desde fins da década de 1990, constataram que o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação (PALLONI; PELÁEZ, 2003; CHAIMOWICZ, 1997). Conforme Camarano e Pasinato



(2004, p. 253), as políticas públicas nesses países tinham por objetivo “a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia.”

No caso brasileiro, o processo de inversão demográfica, isto é, do aumento populacional da faixa etária de pessoas mais velhas, vem ocorrendo rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde, reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente. Assim, a questão do envelhecimento e suas demandas demoram mais para ser foco principal de preocupação por parte dos governos. Dessa forma, problemas sociais não solucionados, “tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e os elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades”, afetam em especial a população mais idosa (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 254).

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

## NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO

Alguns dos principais problemas com vida mais longa é o risco de doenças crônicas como câncer, diabetes tipo II, acidente vascular cerebral, demência e doenças cardiovasculares, levando à incapacidade e à mortalidade relacionada (DE CABO; LE COUTEUR, 2015; FONTANA et al., 2010; PIPER et al., 2011).

A redução do apetite é comum no idoso. Muitas dessas alterações estão relacionadas com modificações de hormônios periféricos incluindo a colecistoquinina (CCK), a leptina, a grelina, insulina, e o péptido YY (PYY). Tais hormônios são liberados durante a ingestão de alimentos e desempenham um papel crucial, afetando, por um lado, a atividade nas áreas do cérebro, que, por sua vez, controlam a ingestão de alimentos (KASTIN; PAN, 2000).

A quantidade e a distribuição do tecido adiposo e de massa muscular são alteradas, resultando comumente em aumento desse tecido, especialmente até os 75 anos de idade. Paralelamente, há uma perda gradual e natural de massa óssea, massa musculoesquelética e água corporal total, resultando em diminuição na estatura e outras modificações corpóreas (PRUIS; JANOWSKY, 2010).

Os idosos constituem-se em grupo de risco de carência de macro e micronutrientes, pois frequentemente apresentam dificuldades para manutenção de uma ingestão energética e de nutrientes adequada, através de alimentação balanceada (JENSEN et al., 2001).

A pirâmide alimentar proposta para pacientes com mais de 70 anos tem como objetivo evitar as carências nutricionais e as doenças relacionadas com a má alimentação. As recomendações que mais se destacam são as seguintes: ingestão de alimentos ricos em fibras, com baixa concentração de gorduras e açúcares refinados e ingestão das quantidades superiores ao número de frações diárias de cada grupo de alimentos; consumir diariamente oito copos de água; possível necessidade de suplementar à dieta com cálcio e vitamina D (para reduzir o risco de fraturas ósseas) e vitamina B12; nos grupos de alimentos, devem-se consumir alimentos integrais, produtos lácteos com pouca gordura, carnes magras, pescados e aves (RUSSELL et al., 1999).

Em relação à ingestão de produtos lácteos, dois estudos são referenciais (FUKUSHIMA et al., 2007; MAKINO, 2010), ambos relacionados com a saúde em idosos, por meio de estudos observacionais e intervencionistas. O primeiro correlaciona

os aumentos, em idosos, do consumo de produtos lácteos com os consumos de energia, proteína, vitaminas (A, B2, B5, B9, B12), minerais (cálcio, magnésio, zinco, fósforo) e colesterol. O segundo refere-se à capacidade de os produtos lácteos influenciarem positivamente o sistema imunológico, principalmente em idosos. A maior parte foi obtida com produtos lácteos que contêm bactérias, em particular leite fermentado ao iogurte, na presença de bactérias probióticas e/ou bactérias de ácido láctico.

Efeitos do envelhecimento em alguns dos sistemas envolvidos diretamente com o estado nutricional

Aparelho ou sistema fisiológico	Efeitos do envelhecimento
Orofaringeo	Dentição deficiente Xerostomia Alteração da percepção do gosto Diminuição da discriminação olfativa
Gastrointestinal	Esôfago: diminuição da motilidade Estômago: atraso no esvaziamento Cólon/reto: constipação e incontinência
Endócrino	Alteração nos níveis/ação dos hormônios circulantes
Nervoso	Diminuição da percepção sensorial Diminuição da resposta do músculo a estímulos Diminuição da cognição e da memória Perda de células cerebrais

Fonte: JENSEN et al., 2001.

Em relação ao exposto nesse quadro, medidas para melhorar os sintomas devem ser consideradas previamente. No caso do

aparelho orofaríngeo, a consistência da dieta e a suplementação podem ajudar na ausência de dentição, uso de espessantes e aumento de líquidos ajudam a melhorar xerostomia. No caso das alterações gastrointestinais, alimentos ricos em fibras, juntamente com atividade física (prescrita por um profissional), auxiliam na motilidade intestinal. Já o sistema endócrino e nervoso pode gerar uma dependência nos idosos para ingerir medicamentos, preparar e consumir as refeições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou ressaltar a importância da nutrição no processo de envelhecimento da população com mais qualidade de vida. De forma geral, os idosos apresentam tendências para carências nutricionais e funcionais, tornando menor a sua qualidade de vida. Entretanto, um acompanhamento nutricional adequado pode retardar ou minimizar sintomas mais comuns, como anorexia, xerostomia, diguesia, entre outros. Tendo em vista a nova realidade demográfica, em particular no Brasil, o papel do profissional da área da nutrição pode contribuir, na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, para uma velhice bem-sucedida.

## REFERÊNCIAS

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAVES, N. História da nutrição e da alimentação. In: CHAVES, N. *Nutrição básica e aplicada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978. p. 33-40.

DE CABO, R.; LE COUTEUR, D. G. The biology of aging. In *Harrison's principles of internal medicine* ed. 19. Eds D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson & J. Loscalzo: McGraw Hill Professional, 2015.

FUKUSHIMA, K et al. Improvement of nutritional status and incidence of infection in hospitalised, enterally fed elderly by feeding of fermented milk containing probiotic lactobacillus johnsonii La1 (NCC533). *Br J Nutr.*, v. 98, p. 969-977, 2007.

FONTANA, L.; PARTRIDGE, L.; LONGO, V. D. Extending healthy life span from yeast to humans. *Science*, v. 328, p. 321-326, 2010.

JENSEN, G. L.; MCGEE, M.; BINKLEY, J. Nutrition in the elderly. *Gastroenterol Clin. North Am.*, v. 30, p. 313-334, 2001.

KASTIN, A. J; PAN, W. H. Dynamic regulation of leptin entry into brain by the blood-brain barrier. *Regul. Pept.*, v. 92, p. 37-43, 2000.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. salud pública*, v. 11, n. 6, p. 865-77, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio-jun, 2003

MAURÍCIO, H. V. Evolução da nutrição e do seu ensino no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 117-134, 1964.

MAKINO, S. et al. Reducing the risk of infection in the elderly by dietary intake of yoghurt fermented with *Lactobacillus delbrueckii* ssp, *bulgaricus* OLL1073R-1. *Br. J. Nutr.*, v. 104, p. 998-1006, 2010.

MIGUEL MARI, J. A.; PÉREZ DEL RIO, M. A. Resultados obtenidos en personas de edad avanzada desnutridas, com la adición a su dieta habitual de un preparado proteico-vitamínico-mineral. *Geriatrics*, v. 26, p. 50-51, 1981.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, YAO. *SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 13-32.

*Perfil de idosos responsáveis pelo domicílio*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

PRUIS, T. A.; JANOWSKY, J. S. Assessment of body image in younger and older women. *J. General Psychol*, v. 137, n. 3, p. 225-38, 2010.

RUSSELL, R. M; RASMUSSEN, H.; LICHTENSTEIN, A. H. Modified food guide pyramid for people over seventy years of age. *J. Nutr.*, v. 129, p. 751-753, 1999.

# PESSOA IDOSA NA ERA DIGITAL: A VIDA FEITA DE VIDRO

Mônica Luísa Kieling  
Melina Rech Spanho  
Henrique Gil  
Adriano Pasqualotti

---

## INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, de tempos em tempos, algo genuíno surge para mudar nossas vidas, pode ser um jeito novo de ver as coisas, um mundo de novas possibilidades, mesmo um novo jeito de se comunicar. A sociedade está se redefinindo, com a combinação do capital intelectual e uma comunidade conectada de pessoas interligadas entre si, chegamos, portanto, a uma era digital, onde o vidro fará parte de nossas vidas.

A internet é uma tecnologia relativamente nova. Foi criada na década de 1990 e logo se popularizou, tomando proporções cada vez maiores e significativas em um curto espaço de tempo. Não há dúvidas de que estamos sim na era digital. Estes são os sinais do progresso do desenvolvimento: as novas tecnologias, o aumento de bens de consumo, as melhorias da qualidade de vida, ou seja, o bem-estar das pessoas. Muita gente tenta participar desta evolução, porém algumas parcelas da sociedade não estão conseguindo acompanhar o expressivo crescimento de acessos à *internet*, entre elas está o grupo dos idosos. Isso se deve ao

próprio processo de envelhecimento. Essas pessoas enfrentam algumas dificuldades inerentes da idade, visto que, quando se envelhece, há perdas fisiológicas, como limitações cognitivas, na coordenação motora, alterações sensoriais, na aprendizagem, redução da memória, da compreensão e o pensamento torna-se mais rígido (LECHAKOSKI; WILDAUER, 2013). Para a pessoa idosa a internet não fazia parte de sua vida, nem todos estão familiarizados com toda esta tecnologia, e podem enfrentar dificuldades em se inserirem neste novo universo de conexões, sendo obrigados a modificar algumas atitudes para acompanhar esta novidade.

Com a chegada da internet, há uma mudança de comportamentos e atitudes. Cada vez mais, estamos passando mais tempo no trabalho, ou transformando a casa em trabalho. Os dispositivos que usamos para nos comunicarmos podem ser tão integrados quanto nossas vidas profissionais e pessoais se tornaram. Mas a nossa vida pode ter vários ângulos. Temos que nos dividir entre a casa, o trabalho, o lazer, resultando que, muitas vezes, levamos o trabalho para o nosso lazer, ou o contrário. O “eu” profissional, o “eu” familiar e o “eu” móvel estão se misturando, são um só. Com esta hiperconexão as barreiras caem.

Podemos ser mais produtivos no trabalho, mais conectados em casa, de forma balanceada. É um jeito de se comunicar diferente do que a sociedade estava acostumada. É um jeito novo de trabalhar, de viver. Os paradigmas estão mudando, tornando a comunicação mais simples e rápida, mais natural, quebrando barreiras físicas e artificiais, como a distância para conectar as pessoas em qualquer lugar, a qualquer momento e em qualquer forma.

Agora as pessoas podem contactar-se mais fácil e rapidamente. O resultado é o aumento da produtividade e a simplificação da vida, enfim, é um jeito totalmente novo de ficar em contato! A vida torna-se mais elástica, em tempo real, sem fronteiras de



comunicação. Será simples manter-se conectado. Isso porque hoje as pessoas querem simplicidade, convivência, eficiência e produtividade. Esta é a visão da empresa Siemes, mostrada no vídeo “A internet das coisas”<sup>1</sup>.

Frente a essas mudanças comunicacionais, sobre o cenário de comunicações, questionamos: Como será que as pessoas mais velhas conseguirão acompanhar esta evolução toda? Se tudo estará conectado, com menos complexidade, menos restrições, mais convivência. Será que realmente teremos mais convivência? O cenário mundial e nacional mostra que as pessoas permanecem mais tempo conectadas do que antes, pois, segundo pesquisa do IBGE (2013), os usuários da internet aumentaram. É a primeira vez que o número ultrapassou metade da população do Brasil, 51% (BARBOSA, 2014). Dessa forma, se permanecem mais tempo conectados, será que as relações não vão se tornar mais superficiais? São vários os questionamentos sobre as consequências dessa hiperconexão que mudará totalmente a forma de agir, nesta era digital, onde o vidro será parte integrante da vida do ser humano.

## A VIDA FEITA DE VIDRO NA ERA DIGITAL

Uma casa na era digital, programada e conectada, com coisas inteligentes, somada à vida, ao trabalho, ao lazer e às interações sociais interligadas e facilitando a vida das pessoas, faz-nos pensar em tudo girando em torno do vidro, de forma que onde houver uma superfície especial de vidro, ali a internet também estará. Essa é a visão da empresa Corning (2012) que, no vídeo intitulado “Um dia feito de vidro”<sup>2</sup>, demonstra o dia corriqueiro de pessoas no lar, no trabalho e no lazer. Ela mostra como todas as coisas estarão conectadas de forma inteligente. O

---

<sup>1</sup> Vídeo pode ser acessado em: <<https://www.youtube.com/watch?v=MTiXF0g2TJ0>>.

<sup>2</sup> O vídeo pode ser acessado em: <<https://www.youtube.com/watch?v=D1aEaRtHj6s>>.

vidro estará em toda parte. Será flexível, com alta eficiência, versátil, durável e sensível ao toque, permitindo que equipamentos eletrônicos, aplicativos e a internet se encontrem atuando com toda a sua potencialidade, conectando tudo a todos. A internet das coisas operando.

A internet já é uma realidade e as próximas modernidades serão a internet das coisas e a web de tudo, mas o que seria a internet das coisas? Segundo Diniz e Cordova (2014), o termo originou-se no AutoID Labs do Massachusetts Institute of Technology, nos Estados Unidos, para definir o conceito que permite que qualquer objeto tenha uma conexão sem fio com a internet, por meio de algum tipo de eletrônica embarcada. A internet das coisas é a conexão de qualquer recurso, seja objeto, entidade, serviço, ser humano, animal, mineral ou qualquer outro tipo de dispositivo capaz de portar um circuito conectável à internet, para que, se conectados, possam alterar a sua funcionalidade e serviços, ou seja, a internet das coisas descreve melhor as conexões. Já a web das coisas vem para contribuir no sentido de ser uma plataforma de cruzamento de interligação dos dados. Com a hiperconexão, há necessidade de processar o conteúdo por vários sistemas para favorecer os cruzamentos de dados. A web das coisas funciona em nível mais sofisticado, é o que, de fato, as pessoas farão uso. A internet das coisas é a interconexão de todos os objetos que fazem parte de nossa vida, como televisores, utensílios. Hoje esta tecnologia ainda está em seus estágios iniciais. Aos poucos, a vida cotidiana vem sofrendo intervenções em sua infraestrutura. Cidades, casas e utensílios domésticos estão sendo equipados com sensores que permitem o monitoramento contínuo das pessoas, dos ambientes e dos objetos. Esta infraestrutura permite que os objetos se comuniquem entre si, com servidores em nuvem na internet. A generalização da internet das coisas levará algum tempo, até porque depende da distribuição da renda, mas a melhoria que tem acontecido nos sensores miniaturizados e o crescimento das redes sem fio

estão acelerando a conexão das pessoas e a conexão das coisas à internet. A internet das coisas mudará a forma como nos relacionamos entre nós e os dispositivos que temos à nossa volta e também mudará a nossa forma de consumo. Os benefícios dessa tecnologia são que teremos informações quase em tempo real e aplicações interativas.

A internet das coisas está cada vez mais difundida e tornando-se realidade, os objetos do nosso cotidiano tornam-se interconectados e inteligentes. A localização em tempo real está mais desenvolvida e os sensores estão cada vez mais difundidos. Estamos vivendo uma mudança de paradigma, onde o conhecido se torna desconhecido, e os comportamentos devem sofrer mudanças significativas. Talvez, logo não poderemos mais interagir com as coisas e com as pessoas da forma como interagimos.

Há uma evolução brutal nas tecnologias e, todavia, o ser humano não as está acompanhando com o mesmo ritmo. Isso cria desentendimento e desafios com consequências técnicas, sociais, econômicas e políticas (FEKI et al., 2013). Deve-se, também, ter como foco o usuário final desse sistema, que neste caso é o idoso, objetivando proporcionar-lhe informação e conhecimento necessário para poder interagir, entender e controlar seu ambiente.

O acesso universal à informação é um requisito básico na criação de uma sociedade do conhecimento e implica significado, apropriação e participação. Instrumentalizando o idoso, estaremos fornecendo conhecimento e este tem um valor econômico, afinal é o centro da cultura e da vida em sociedade. O acesso à tecnologia de informação e comunicação TIC ou informação digital resulta em conhecimento e envolve aprendizagem em ambientes formais e informais, sendo adquirido por meio de experiência. Através do conhecimento pode-se atingir objetivos sociais e econômicos. É fundamental para a socialização cultural, a participação política e a integração dos mercados, lembrando

que isso também é o caminho para a emancipação individual e coletiva (MANSELL; TREMBLAY, 2015).

Como qualquer tecnologia inovadora, a informação tem o potencial de melhorar muito a vida, os locais de trabalho e a eficiência da produção. Ela mudará radicalmente a forma como interagimos, consumimos, possuímos e compartilhamos bens de consumo. Com a entrada desses novos recursos, desencadeiam-se modificações nas relações com as pessoas, com o conhecimento, com o mundo (KACHAR, 2010).

Ante todas essas mudanças podemos nos questionar: Como serão as relações interpessoais nesta nova era? Hoje podemos perceber alterações nos comportamentos, já que as pessoas estão conectadas constantemente, interagindo cada vez mais virtual e menos pessoalmente. Isso acontece porque, para algumas pessoas, é mais fácil falar com várias outras ao mesmo tempo na comodidade do lar, do que ter que sair de casa para encontrar apenas alguns amigos. Porém, com esse distanciamento, as relações estão se tornando cada vez mais frias e o afeto do toque se restringe, as relações se tornam superficiais.

Segundo Páscoa e Gil (2015), com o advento da revolução industrial, o homem voltou sua atenção para desenvolver cientificamente cada vez mais as TIC, buscando, de forma global, o maior número de informações, e conseguir chegar mais rápido e facilmente a todos os lugares. Assim, associa-se cada vez mais o conhecimento com o poder e a integração na sociedade. Se explorarmos mais o potencial das TIC, poderemos responder de forma mais qualificada os desafios sociais, entre eles o envelhecimento humano. Em muitos casos, o desnível na aderência ao mundo digital depende da qualificação para utilizar as tecnologias, ou seja, ser ou não analfabeto digital. Estar qualificado auxilia as pessoas de diversas formas, como, por exemplo, para encontrar um emprego, aprender, criar, participar e sentir-se seguro e apresentar discernimento na utilização dos meios digitais. Outro

problema encontrado é que os idosos possuem problemas em nível de acessibilidade e usabilidade. Resolvendo tal dificuldade, esses cidadãos desfavorecidos socialmente poderiam incluir-se na sociedade digital de forma igualitária, podendo acessar informações e serviços de seu interesse.

## A INCLUSÃO DO IDOSO NA ERA DIGITAL

A velhice é uma fase natural do ser humano, faz parte do ciclo vital, e poderia ser vivida com mais tranquilidade, porém o idoso se depara com várias preocupações, como depender dos outros, o que se acentua quando surgem os problemas físicos, financeiros e a falta de apoio sócio-familiar. Por exemplo, com a educação tradicional, mesmo estando em um período onde prevalece a experiência, ninguém consegue adquirir bagagem de conhecimento suficiente para a vida toda, pois este exige atualização constante. O processo científico e tecnológico, portanto, é dinâmico e evolui constantemente, de forma que o saber adquirido em um período da vida se torna rapidamente obsoleto. Para acompanhar a evolução, a educação ao longo da vida desafia a todos a estarem atentos às mudanças e buscarem recursos para acompanhá-la. Os avanços da tecnologia, aliados às dificuldades de acesso às novas técnicas e teorizações, causam impacto em todas as gerações e, em especial, na velhice. Valorizam e investem educacionalmente no jovem, pois ele representa o progresso, o que acentua o declínio no *status* dos idosos, sem contar que os bens tecnológicos de última geração contrastam com a miséria, ou seja, o não ter esses bens remete à exclusão e ao isolamento social (PASQUALOTTI, 2008).

Aliado a isso, com o envelhecimento, as pessoas têm um ritmo mais lento para desenvolver atividades e para aprender a manipular e assimilar os equipamentos tecnológicos modernos (KACHAR, 2009), seja para atividades profissionais, para uso

pessoal, seja para lazer. Os equipamentos, como computadores, são desenvolvidos para todos os tipos de usuários, com vários níveis de necessidade, desde os níveis profissionais (para especialistas) como para trabalhos menos complexos, lazer ou iniciantes. Esses aparelhos nem sempre apresentam uma interface cordial ao mundo e às características do idoso, considerando o *design* de interação, o contraste das cores, o tipo e o tamanho de fonte, a quantidade de botões, o manuseio do *mouse*. Para esta população, torna-se mais difícil interagir com estas máquinas, mas, uma vez conseguindo dominá-la, o idoso pode incluir-se tanto tecnológica como socialmente, desenvolvendo sua cidadania.

Com o envelhecer, entre as perdas, está a da capacidade física. Esta não acompanha mais o mesmo ritmo do cérebro e da mente. Por outro lado, em uma sociedade onde a força física é supervalorizada, o sujeito pode encontrar, no ciberespaço, a oportunidade de continuar desenvolvendo a maior ferramenta de produção humana, a mente. É exercitando-a que a pessoa idosa pode estimular as funções cognitivas, estabelecer novas relações no meio que vive, encontrar satisfação pessoal, possibilitando a mudança do próprio comportamento. Se os idosos tiverem uma educação continuada ao longo de sua vida, utilizando as tecnologias de informação e comunicação, podem ter uma alternativa para continuarem a aprender e conseqüentemente ocuparem seu tempo. Utilizando o computador em rede, por exemplo, podem encontrar-se com novas possibilidades, fatos esses que reforçam a importância da inclusão digital para uma interação social (SILVEIRA et al., 2012).

O tema inclusão digital preocupa o mundo inteiro. Em 2005, a UNESCO publicou o “Relatório mundial: rumo às sociedades do conhecimento”, que fundamenta quatro pilares: a) liberdade de expressão; b) liberdade de informação; c) acesso universal à informação e ao conhecimento: ensino de qualidade para todos e respeito à diversidade cultural e linguística, uma importante contribuição para a Cúpula Mundial da Sociedade da

Informação (CMSI), em colaboração com a União Internacional de Telecomunicações (UIT) (BOKOVA, 2015).

Ainda, segundo Bokova (2015), para a UNESCO, as pessoas é que transformam as sociedades, não as tecnologias. As novas tecnologias oferecem oportunidades para acelerar o progresso em direção a um desenvolvimento sustentável e inclusivo, mas, sozinhas, elas não são suficientes. Quando homens e mulheres tiverem acesso à informação e à habilidade para transformá-la em conhecimento, estes encontrarão o poder. Para que isso ocorra, é necessário ensino de qualidade, em ambientes formais ou informais, onde haja a participação do aluno. Para tanto, há demandas políticas, focadas na superação das novas exclusões digitais, que surgem em todo o mundo.

Para Kachar (2010), a sociedade atual passou a exigir alguns conhecimentos tecnológicos. Ter ou não ter esse conhecimento acaba por incluir ou excluir parcelas da sociedade e, entre elas, encontra-se o idoso. Quando ele interagir com as novas tecnologias, poderá comunicar-se mais com as pessoas, acessar mais informações, ter outras opções de lazer e distração, de trabalho, finanças ou de simples uso doméstico.

Essa população idosa está cada vez mais utilizando novas tecnologias. Tal crescimento evidencia-se através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), de 2013, onde 49% das residências possuem computador, apenas 43% possuem acesso à internet e 75% das pessoas das classes D e E jamais usaram internet. Um outro estudo demonstra que 49%, quase metade dos domicílios brasileiros, possuíam computador e tinham acesso à internet (IBGE, 2013). Nesta pesquisa, verificou-se uma ampliação na proporção de usuários de internet, ultrapassando metade da população. Porém há diferença no perfil dos usuários, no que se refere à faixa etária. Chegaram a 75% os usuários com idade entre 10 e 15 anos, 77% entre 16 e 24 anos, 47% entre 35 e 44 anos, enquanto os usuários de 45 a 49 anos foram 33%. Um dado significativo da pesquisa revelou que apenas 11% das

pessoas com mais de 60 anos eram usuárias da rede, ou seja, 45 milhões de pessoas de 45 anos ou mais não usavam a internet.

Pode-se notar que a parcela da população que mais acessa a internet e está conectada é a dos jovens. A outra metade da população acaba por ficar excluída das informações e dos progressos destas tecnologias de informação.

Outro dado importante desta pesquisa mostra que houve um aumento do uso da internet via celular. Dois anos antes, o percentual era de 15%. Em 2013, equivalia a 31% da população, correspondendo a 52,5 milhões de usuários de internet pelo celular. Esta pesquisa vem corroborar o fato de que as novas gerações têm maior familiaridade com os artefatos tecnológicos e são mais atraídas por estes do que as outras gerações. Talvez isso se deva ao convívio, desde muito cedo, com brinquedos eletrônicos, controles cheios de botões; com a manipulação de aparelhos eletrônicos dos pais, como celulares, *tablets*, computadores. Fato é que assimilam facilmente as mudanças. Porém, a geração adulta e mais velha, anterior à era digital e da internet, não consegue usufruir dos benefícios da evolução com a mesma assimilação dos jovens (KACHAR, 2010). O idoso, como não está familiarizado com essas novas tecnologias, não sente falta delas, justamente pelo desconhecimento e pelas dificuldades em buscar este conhecimento, pois exige destreza e algumas funções mentais que já não se dão com a mesma facilidade. Isso porque no envelhecimento há muitas perdas, sejam fisiológicas, sejam cognitivas, como a de independência e de afeto.

Para Carrilho e Álvares (2012), a inclusão digital, no Brasil, ainda não faz parte da vida da maioria dos idosos. Prevalecem estigmas negativos de incapacidade associada à velhice. Os programas existentes de inclusão digital produzem resultados surpreendentes quanto à participação e à aceitação por parte dos que neles se aventuram. Os idosos estão se familiarizando cada vez mais com as ferramentas do computador, porém encontram obstáculos tanto pessoais como pedagógicos no seu uso.



Para Kachar (2009), a pessoa idosa, ao ficar excluída do acesso à internet, dificulta sua inserção em espaços democráticos que levam aos processos de transformações sociais. Estes sujeitos, porém, estão começando a procurar projetos ou programas de informática, buscando uma inclusão digital, devido ao fato de se sentirem excluídos das informações, dos assuntos e dos contatos com a família e grupos de amigos. O perigo está no impacto na vida do idoso, quando busca a inclusão digital. Os resultados podem interferir diretamente na sua autoestima e, positivamente falando, podem se tornar mais confiantes diante da família, da sociedade e da tecnologia (BOLZAN; LÖBLER, 2013). Isso porque através destes espaços é possível resgatar a estima, buscar a inclusão social. Pode-se dizer que, se houver melhor inclusão digital, as pessoas ficarão mais bem informadas e críticas, desenvolvendo sua cidadania, e assim poderão tomar melhores decisões para as suas vidas e conseqüentemente lutar por seus direitos (KACHAR, 2010).

Orlandi e Pedro (2014) demonstraram a relevância do acesso, da aprendizagem e do uso dos recursos tecnológicos por pessoas em contextos de envelhecimento. Porém, frente a isso, aumentam as preocupações com o processo de saúde e doença. A boa notícia é que a internet pode ser um meio facilitador para a obtenção de informações, pois o idoso que adquire conhecimento sobre a sua saúde pode transformá-lo em mudança para um comportamento mais saudável. Assim se promove a saúde! Isso melhor aconteceria, todavia, se dispuséssemos de escolas que preparassem e oferecessem cursos para utilizar os dispositivos de forma que respeitem o ritmo do idoso; recursos humanos capacitados a entender o envelhecer humano e ao mesmo tempo promover letramento e alfabetização digital. A saúde e a cidadania da população que envelhece agradeceriam muito! Pois com mudanças nas atitudes dos idosos, estes podem resgatar a independência e a autonomia, dimensões fundamentais do envelhecimento ativo.

Os mesmos autores reforçam que, com o movimento do ingresso do idoso nos meios digitais, através de programas de informática, podemos promover a redução do isolamento social e ressignificar o papel social que proporciona encontros intergeracionais na web. Este sujeito, segundo Nascimento (2011), terá recursos para se aproximar e se integrar em comunidades sociais, ampliando o contato no grupo familiar, de amigos e indivíduos, num ambiente de troca virtual de ideias e informações, aprendendo a reduzir/evitar o isolamento social, fazendo parte de um contexto tecnológico social.

Nascimento (2011) refere, ainda, que o uso do computador tem trazido para a sociedade várias mudanças, tanto na forma de pensar como na forma motora de agir. E a escrita tem concorrido com as técnicas digitais. Todas as mudanças socioeconômicas geraram grandes transformações e mudanças no estilo de vida das pessoas. Estamos sempre em busca de novos conhecimentos. Isso é inerente ao ser humano.

As pessoas idosas inseridas em grupos e ou projetos para sua faixa etária procuram, no contato com o outro, reduzir o vazio existencial comum nessas idades. Outra forma de reduzir a solidão é através da comunicação interpessoal possível pelo computador. As pesquisas deste autor revelam que tal comportamento está virando prática entre as pessoas mais velhas. Isso é bom porque diminui o isolamento, melhora a qualidade de vida e conseqüentemente eleva a autoestima da pessoa idosa, gerando maior expectativa de vida, o que reflete em sua saúde. Este contato ajuda a eliminar o vazio existencial, fazendo com que o idoso tenha objetivos e sinta-se útil perante a sociedade (NASCIMENTO, 2011). Podemos considerar que as redes sociais são uma espécie de porta de entrada para o ambiente digital; são mais fáceis de usar; são utilizadas por todos os segmentos e também por pessoas idosas. O que os usuários buscam nelas são as interações sociais. As redes sociais podem ser um espaço para contar histórias, trocar ideias, ser ouvido e ouvir e estabelecer

novos laços sociais, tão escassos nessa fase da vida (PASQUA-LOTTO, 2008). Utilizar os meios digitais gera sentimentos ambivalentes: ao mesmo tempo em que traz ansiedade e angústias (até saber manuseá-las) traz expectativa, alegria, curiosidade frente às novidades e aos novos conhecimentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos em um período de transição e de transformações tecnológicas que acontecem muito rápido, mais do que as pessoas estão acostumadas. Isso exige certo preparo para se adaptar, porém nem sempre a adaptação é fácil, especialmente no caso dos idosos, que viveram com determinados conhecimentos e estilos de vida. Por mais que tenham o desejo de fazer parte da era digital, devemos reconhecer a dificuldade em modificar ou pôr de lado seus princípios de mundo na mesma velocidade com que se atualizam as tecnologias.

Inegavelmente, estamos diante não apenas de um crescente número de pessoas sexagenárias, resultantes da redução das taxas de natalidade e mortalidade, mas também da transformação dos seus papéis sociais e da crescente inserção da sua participação na sociedade de consumo. As pessoas idosas, apesar de todo o estigma que gira em torno da sua idade, sentem necessidade e estão buscando incluir-se em novas tecnologias (fato este que se pode verificar através de várias pesquisas divulgadas). Elas também sofrem mudanças em seu estado emocional quando percebem que estão *inseridas tecnologicamente*. É positivo quando isso ajuda a resgatar a autoestima, os objetivos de vida e a cidadania.

Por outro lado, quando a internet aproxima virtualmente as pessoas, pode-se sentir desnecessário estar perto para conversar, afastando, paradoxalmente, quem está perto. Diante disso, a psicologia e as áreas afins ao envelhecimento e às novas tecno-

logias têm um vasto campo de pesquisa para entender e buscar o entendimento do que está por vir.

E quanto à mudança comportamental e de atitudes?

Só o tempo nos dirá as consequências que trarão as novas formas de comunicação e como serão os relacionamentos no futuro onde o vidro imperará.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. F. *TIC domicílios e empresas 2013*: pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil. CGI.br. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. p. 163-180.

BOKOVA, I. Prefácio. In: MANSELL, R.; TREMBLAY, G. *Renovando a visão das sociedades do conhecimento para a paz e o desenvolvimento sustentável*. [Trad. Melissa Nicolosi e Gustavo Pugliesi Sachs] São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, p. vii-vii, 2015.

BOLZAN, L. M.; LÖBLER, L. As meninas estão na rede: a inclusão digital na terceira idade. *Revista Espaço Pedagógico*, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 301-312, jul./dez. 2013.

CARRILHO, D. Q. N.; ÁLVARES, N. O. *Terceira idade e tecnologia digital*: inclusão digital x inclusão social. 2012. Instituto de Informática. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <[www.portal.inf.ufg.br/espinfedu/sites/www.inf.ufg.br/espinfedu/files/uploads/trabalhos-finais/Djane\\_Artigo-EspecInformaticaAplicEducacao-2012.pdf](http://www.portal.inf.ufg.br/espinfedu/sites/www.inf.ufg.br/espinfedu/files/uploads/trabalhos-finais/Djane_Artigo-EspecInformaticaAplicEducacao-2012.pdf)>. Acesso em: 1º jun. 2015.

CORNING. *Um dia feito de vidro*. 2012. Disponível em: <[www.youtube.com/watch?v=D1aEaRtHj6s](http://www.youtube.com/watch?v=D1aEaRtHj6s)>. Acesso em: 23 jun. 2015.

DINIZ, V.; CORDOVA, Y. De dados abertos à internet das coisas: a web de tudo. In: BARBOSA, A. F. *TIC domicílios e empresas 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil*. CGI.br. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil. 2014. p. 57-68.

FEKI, M. A. et al. The internet of things: the next technological revolution. *Computer*, v. 46, n. 2, p. 24-25, Feb. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Pnad 2013: internet pelo celular é utilizada em mais da metade dos domicílios que acessam a Rede*. 2013. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/pt/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2876&busca=1&t=pnad-2013-internet-pelo-celular-utilizada-mais-metade-domicilios-que-acessam-rede>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

KACHAR, V. Inclusão digital e terceira idade. *Novas necessidades de aprendizagem*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009. p. 11-26.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 131-147, nov. 2010.

LECHAKOSKI, R. M.; WILDAUER, E. W. Os idosos na internet: uma análise da utilização da internet pelos idosos no Brasil. *Revista Percurso*, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 11-12, 2013.

MANSELL, R.; TREMBLAY, G. *Renovando a visão das sociedades do conhecimento para a paz e o desenvolvimento sustentável*. [Trad. Melissa Nicolosi e Gustavo Pugliesi Sachs]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2015.

NASCIMENTO, J. E. T. *Estudos investigativos sobre a influência das novas tecnologias na educação e na qualidade de vida dos adultos*. 2011. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Matemática) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

ORLANDI, B. D. M.; PEDRO, W. J. A. Pessoas idosas e a busca por informações em saúde por meio da internet. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 279-293, jun. 2014.

PÁSCOA, G.; GIL, H. O sênior e a aprendizagem das TIC: um potencial contributo para a e-inclusão e seu bem-estar. In: 10ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação, 2015, Águeda, Portugal. Atas da 10ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. Braga, Portugal: APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental, 2015. v. 1. p. 85-90.

PASQUALOTTI, A. *Comunicação, tecnologia e envelhecimento: significação da interação na era da informação*. 2008. Tese (Doutorado em Informática na Educação) – Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SILVEIRA, M. M. et al. Educação gerontológica: um processo de aprendizagem mediado pela informática. *InterScience Place*, v. 1, p. 59-70, 2012.

# PSORÍASE: O QUE PRECISAMOS SABER?

Jaqueline Doring Rodrigues  
Lara Caroline Tusset  
Ana Cristina Dorneles

---

## INTRODUÇÃO

A psoríase faz parte do espectro das doenças crônicas inflamatórias que acometem o indivíduo com mais de 50 anos; tem caráter recorrente e é caracterizada pela presença de placas eritemato-descamativas na superfície da pele, podendo também ocorrer em mucosas, unhas e articulações. É uma doença conhecida há milhares de anos, tendo o primeiro relato de sua ocorrência sido feito por Celsus (25 a.C - 45 d.C). O impacto que provoca na qualidade de vida relaciona-se à cronicidade e à prevalência na população. A doença era agrupada junto com a hanseníase e assim foi estigmatizada até 1841, quando Ferdinand Von Hebra separou definitivamente as duas doenças (ROMITI; MARAGNO, 2014).

A patologia tem ocorrência global, sendo menos comum em regiões tropicais e subtropicais. Acomete de 1 a 2% da população dos Estados Unidos, Alemanha e Inglaterra; é considerada rara em negros da África ocidental e em afro-americanos; é quase inexistente em indígenas das Américas do Norte e do Sul, sendo inclusive incomum no Japão (CHAUL, 2009). O número de

casos diagnosticados dessa doença vem aumentando, tendo sido verificado, nos Estados Unidos, aumento de duas vezes a sua incidência nos últimos trinta anos (FELDMAN, 2015).

A psoríase acomete igualmente ambos os sexos, podendo iniciar-se em qualquer idade, com variação da prevalência, de acordo com faixa etária e a população estudada. O início da doença costuma apresentar picos bimodais de incidência, sendo um na segunda e outro na quinta década de vida, com diferentes antígenos de histocompatibilidade associados. A ocorrência antes dos 15 anos de idade apresenta maior relação com casos familiares e maior área corporal acometida (CHAUL, 2009).

A causa da psoríase ainda é desconhecida, porém sabe-se que existem múltiplas anormalidades vasculares, bioquímicas e imunológicas, bem como sua etiopatogenia comprova a existência de relação com o sistema nervoso. As manifestações iniciam-se após uma alteração imunológica mediada por resposta de linfócitos Th1, Th17 e Th22 (ROMITI; MARAGNO, 2014). Devido à produção de grande quantidade de citocinas, interferon gama, fator de necrose tumoral alfa, fator de crescimento epidérmico, estimulador de colônias de granulócitos e leucócitos pelos linfócitos, há hiperproliferação dos ceratinócitos e das células endoteliais, bem como ocorre redução da apoptose e do tempo de reparo tecidual, levando à formação da placa psoriática e perpetuando o processo inflamatório (LIMA; LIMA, 2015).

Geneticamente, são reconhecidos antígenos de histocompatibilidade (HLA) envolvidos, além de *loci (psors)* de suscetibilidade nos cromossomos 6p, 17q, 4q e 1q. Outros fatores estudados que podem estar relacionados são os ambientais, como trauma, infecções (HIV, estreptococo B-hemolítico), estado emocional, distúrbios metabólicos e endócrinos, tabagismo, alcoolismo, drogas (lítio, anti-inflamatórios não hormonais, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, interrupção do uso de corticoide) e fatores climáticos (ROMITI; MARAGNO, 2014).



Este capítulo trata dos aspectos clínicos, epidemiológicos e do tratamento da psoríase, com especial atenção ao idoso. É doença inflamatória epitelial, de caráter crônico, acometendo em torno de 2% da população do mundo.

## CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

De acordo com suas manifestações clínicas, a doença psoríase pode ser classificada: em placas, gotas, eritrodérmica, pustulosa, palmoplantar, psoríase ungueal, na criança e no idoso.

A psoríase em placas, também conhecida como vulgar, é encontrada na grande maioria dos pacientes, em um índice que chega a alcançar 90% dos casos. É caracterizada pela ocorrência de lesões indolentes, crônicas, com placas eritematoescamosas, que variam no tamanho de sua extensão. Acomete simetricamente áreas de extensão de membros, região sacra e couro cabeludo. Pode ocorrer prurido e queimação e períodos de exacerbação e remissão intercalados (ROMITI; MARAGNO 2014).

O subtipo psoríase em gotas ocorre geralmente em adolescentes e adultos jovens, na forma de pápulas eritematodescamativas, e acomete tronco e raiz dos membros. É caracteristicamente associada a quadros infecciosos (CHAUL, 2009).

A psoríase eritrodérmica é caracterizada pelo acometimento de mais de 90% da pele, associada a eritema intenso e descamação variável. Implica comprometimento do estado geral, com necessidade de internação hospitalar e intervenção terapêutica. Pode ocorrer como evolução da própria doença, na interrupção de tratamento ou mesmo em imunossuprimidos (KERKHOF; SCHALKWIJK, 2010).

Na psoríase pustulosa, o acometimento pode ser localizado ou generalizado (psoríase de Von Zumbusch). Na generalizada, febre alta, mal-estar e leucocitose estão presentes e a patogênese

é desconhecida. É potencialmente fatal e tem início abrupto, ocorrendo eritema associado a pústulas puntiformes em todo o corpo. Pode ser precedida por psoríase vulgar ou pode evoluir para esta (PATEL, 2015).

A incidência de psoríase palmoplantar é baixa se comparada à psoríase vulgar. Ocorre mais em adultos e é uma erupção crônica recidivante, localizada nas palmas das mãos e plantas dos pés (WOLFF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2015). É bem delimitada, possui placas simétricas, com hiperqueratose, podendo, ou não, apresentar fissuras (KERKHOF; SCHALKWIJK, 2010).

Na psoríase ungueal, as alterações podem ocorrer antecedendo acometimento cutâneo, de forma a representar a manifestação inicial. Esse envolvimento ungueal tende a crescer de acordo com o aumento de idade, a duração e a extensão da doença. Outro fator que resulta em aumento está associado à artrite psoriática. As alterações ungueais ocorrem na forma de depressões cupuliformes (mais frequente), onicólise e hiperqueratose subungueal. Eventualmente, são percebidas manchas castanho-amareladas na placa ungueal, as quais são denominadas de manchas de óleo. Vale ressaltar que a psoríase ungueal pode ser confundida com onicomiose e que predispõe a contaminação por dermatófitos (ROMITI; MARAGNO, 2014).

A psoríase na criança está relacionada frequentemente a antecedentes familiares e a tendência é que ela siga até a idade adulta. Sua verdadeira prevalência nessa faixa etária é desconhecida, havendo leve predomínio em meninas, numa proporção de 2:1. Em menores de dois anos de idade, instala-se com frequência na região das fraldas. Na infância, pode ocorrer acometimento facial (CHAUL, 2009). Entre as características, também estão a expressão de placas eritematosas únicas ou em pequena quantidade, levemente descamativas. Pode ocorrer acometimento folicular mais perceptível nas regiões dos membros.

## PSORÍASE NO IDOSO

No idoso, é comum o acometimento de membros inferiores e couro cabeludo, com variações em relação à intensidade. No que concerne à escolha do tratamento a ser dispensado a idosos, é determinante a análise de fatores como a idade, o tipo de psoríase, a localização ou a extensão e a maior prevalência de comorbidades nessa faixa etária (WOLFF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2015).

Ainda, entre os idosos, a psoríase pode apresentar prurido intenso, e, em casos severos, com necessidade terapêutica sistêmica, esta pode tornar-se complicada devido ao uso de multimedicações e dada a possibilidade de intolerância aos tratamentos propostos.

O tratamento precisa superar dificuldades, dentre as quais está o envelhecimento do sistema imunológico, o que pode gerar cautela e apreensão por parte de alguns profissionais para iniciar tratamentos sistêmicos (PATEL, 2015).

Quanto às doenças associadas, é importante voltar especial atenção à artrite psoriásica, forma de artrite soronegativa encontrada entre 5% e 42% dos acometidos pela psoríase. A artrite pode ocorrer antes, aparecer concomitante ou após as lesões cutâneas. Em geral, surge entre os 40 e 60 anos de vida (ROMITI; MARAGNO, 2014).

A artrite psoriásica é um preditor de risco independente para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico naqueles pacientes que não fazem uso de drogas antirreumáticas modificadoras da doença (OGDIE et al, 2014). Evidências mostram associações com depressão e doença inflamatória intestinal. Recentemente, outras comorbidades vêm sendo associadas à psoríase, tais como síndrome metabólica, osteoporose, doença pulmonar obstrutiva crônica, linfoma e outras neoplasias (OLIVEIRA; ROCHA; DUARTE, 2015).

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

O diagnóstico da psoríase é eminentemente clínico. Alguns métodos podem auxiliar na confirmação. A curetagem metódica de Brocq é um teste simples que apresenta dois sinais clínicos dessa dermatose: sinal da vela (estratificação das escamas) e sinal do orvalho sangrante ou sinal de Auspitz (pontos de sangramento ao se remover a escama). Ainda, o halo, ou anel de Woronoff (zona clara perilesional), é muito característico da doença, porém, não é frequentemente observado. No caso de serem necessárias mais provas diagnósticas, o exame histopatológico, apesar de não ser específico, é muito característico. As primeiras alterações evidenciadas são a vasodilatação e o infiltrado perilesional, com discreta espongiose e paraqueratose (presença de queratinócitos nucleados na camada córnea) na epiderme. Pode ocorrer também desaparecimento da camada granular e agrupamentos de neutrófilos (microabscessos de Munro), bem como a presença de cavidades contendo neutrófilos, chamadas de pústulas espongiiformes de Kogoj, os quais são dois achados patognomônicos da psoríase (KERKHOF; SCHALKWIJK, 2010).

Deve-se dar atenção ao aspecto das lesões, à localização e ao perfil de evolução, que normalmente marcam um padrão típico dessa doença. O comprometimento ungueal também contribui para a caracterização do quadro, com uma estimativa de acometimento do aparelho ungueal, com índices de 80 a 90% durante o curso da doença (MUKAI et al, 2012)

Para orientar o tratamento, existem métodos que avaliam graus de severidade da psoríase. O índice de área e severidade da psoríase (PASI) é o mais utilizado para avaliar a gravidade da doença e varia de 0 a 72. Qualquer ocorrência superior a 18 indica doença grave. O PASI leva em consideração o grau de eritema, de infiltração e de descamação de cada segmento corpó-

reio, multiplicado pela área de acometimento. Porém, esse método não avalia a influência da doença no bem-estar do paciente, tampouco mede o quanto afeta de modo negativo a realização de tarefas diárias e o convívio social (ARRUDA; YPIRANGA; MARTINS, 2004).

Outro método utilizado é o de avaliação da superfície corporal (Body Surface Area ou BSA) da psoríase em placas, o qual utiliza a área de uma palma da mão (equivalendo a aproximadamente 1% da superfície corporal total) como unidade de medida para o cálculo da extensão do acometimento da psoríase (ROMITI; MARAGNO, 2014).

Em relação à avaliação da qualidade de vida dos doentes com psoríase, destaca-se o índice de qualidade de vida em dermatologia (DLQI), composto de um questionário simples com dez perguntas, que resulta num valor final de 0 a 30 e é usado para todas as doenças de pele. Na psoríase, um DLQI maior do que 10 sugere doença de moderada a grave, com efeito na qualidade de vida do paciente. Dessa forma, recentemente, tornam-se elegíveis para tratamento com biológicos os doentes com PASI e DLQI maior do que 10, ao que se chama “regra dos dez” (FARIA et al., 2010).

## ASPECTOS RELEVANTES DO TRATAMENTO

O objetivo do tratamento consiste no efetivo controle das lesões e no impacto na qualidade de vida do doente. O importante é que o tratamento seja acessível e de fácil manipulação pelo paciente, além de associar-se a pouco ou a nenhum efeito colateral, à remissão prolongada e à possibilidade de uso a longo prazo nos casos de dificuldade de conter os sintomas.

Nas formas leves de psoríase, pode-se optar pelos medicamentos tópicos, como os análogos da vitamina D3 (calcitriol e calcipotriol), retinoides (ex. tazaroteno), antralina ou corticoides

tópicos. Já nas formas moderadas e/ou graves, o tratamento tópico juntamente com fototerapia e/ou tratamento sistêmico relaciona-se à melhoria na qualidade de vida e a uma redução mais rápida das lesões. Orienta-se associar medicações tópicas ceratolíticas, emolientes ou umectantes no tratamento, inclusive durante os períodos sem doença ativa (hidratar a pele é de fundamental importância, mesmo durante fase assintomática) (CHAUL, 2009).

O quadro evolutivo da psoríase é muito variável. A psoríase do tipo II surge normalmente após os 40 anos de idade, sem prevalência familiar associada e com pouca ou nenhuma correlação com o HLA (antígenos de histocompatibilidade). As lesões nesse grupo de doentes são mais localizadas, com menos recidivas, e a resposta ao tratamento é mais efetiva quando comparada ao grupo de pacientes com psoríase do tipo I (que ocorre antes dos 40 anos, com maior incidência familiar e com quadro mais exuberante) (ROMITI; MARAGNO, 2014).

Aproximadamente, um quarto dos pacientes com psoríase necessita de fototerapia ou tratamento sistêmico (CHAUL et al., 2009). A fototerapia constitui-se no UVB banda larga e estreita e pode ser usada de forma isolada ou associada a outras modalidades terapêuticas, tópicas ou sistêmicas; tem atividade anti-proliferativa, anti-inflamatória e imunossupressora; pode ser usada em todos os tipos de psoríase, com melhor indicação nas formas moderadas e com placas finas (ROMITI; MARAGNO, 2014).

Na artrite psoriásica, na pustulose palmo-plantar e na acrodermatite contínua, o tratamento sistêmico constitui a primeira opção, já que esses pacientes não respondem bem à medicação tópica. Importante salientar a necessidade da investigação de foco infeccioso na psoríase gutata, sendo a fototerapia a principal escolha para o tratamento. A psoríase eritrodérmica apresenta uma boa resposta ao metotrexato, à acitretina e à ciclosporina

(resposta clínica mais rápida). Ainda, os biológicos possuem boa resposta nessa forma. A acitretina também é indicada na psoríase pustulosa, exceto em mulheres na idade fértil, devido a efeitos colaterais importantes (CHAUL et al., 2009).

O tratamento da psoríase em placas, em caráter de moderado a grave, inclui fototerapia associada a metotrexato (com reposta em até 4 a 6 semanas de uso), ou acitretina (com resposta em até 3 meses de uso). Quando não há melhora ou quando percebida intolerância ou contraindicação, opta-se pela ciclosporina. A seguir, se o tratamento permanecer não trazendo respostas positivas, pode-se dar preferência para os imunobiológicos, como etanercepte, infliximabe, adalimumabe e efalizumabe (KERKHOF; SCHALKWIJK, 2010).

Os corticosteroides sistêmicos são contraindicados na psoríase, devido ao seu efeito rebote e à possibilidade de desencadear formas graves da doença.

A abordagem clínica e a escolha do tratamento devem ser realizadas em função das características de cada doente, considerando-se fatores como idade, forma e localização das lesões, tempo de duração, extensão e gravidade, estado geral do doente, comorbidades associadas e, principalmente, a facilidade e a conveniência do acesso à medicação. Não há estratégia diferenciada no tratamento do paciente idoso. Na maioria das vezes, são usados a metade ou dois terços da dose habitual, e deve-se atentar para as interações medicamentosas, já que é mais comum haver a concomitância de outras doenças que necessitam de tratamento medicamentoso contínuo em pacientes com mais de 50 anos de idade (ROMITI; MARAGNO, 2014).

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

A psoríase é uma enfermidade que atinge grande parcela da população brasileira e possui um perfil crônico, afetando o aspecto econômico e social, tanto para o doente quanto para os

serviços de saúde. Nesse contexto, revela-se fundamental que se priorize e facilite o atendimento ao profissional capacitado. Ainda, é de suma importância a disponibilização das mais diversas formas terapêuticas anteriormente comentadas, salientando os centros de fototerapia, incluindo essa modalidade terapêutica na tabela de procedimento do SUS. Os pacientes afetados apresentam maior mortalidade e taxas de hospitalização, o que indica uma abordagem multidisciplinar no tratamento desses pacientes.

A compreensão sobre a enfermidade é fundamental para a obtenção de bons resultados clínicos e melhor gestão da doença. Desse modo, deve-se orientar o doente e a família que, mesmo não havendo cura, as diversas modalidades terapêuticas podem controlar de forma eficaz a doença, se houver apropriada aderência ao tratamento. Aos pacientes com mais de 50 anos, deve-se destinar especial atenção, principalmente por ser um fator de risco para doença cardiovascular, a qual se constitui na principal causa de mortalidade do mundo.

## REFERÊNCIAS

ROMITI, Ricardo; MARAGNO, Luciana. Dermatoses eritematoescamosas. In: BELDA Walter Junior; DI CHIACCHIO, Nilton; CRIADO, Paulo Ricardo. (Org.). *Tratado de dermatologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 145-157.

CHAUL, Aíçar et al. *Consenso brasileiro de psoríase e guias de tratamento*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2009. p. 3-16.

LIMA, Emerson de Andrade; LIMA, Mariana de Andrade. Imunopatogênese da psoríase: revisando conceitos. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 1.151-1.158, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000600014&ln](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000600014&ln)



g=en&nrm=iso>. Access on 10 July 2015. FELDMAN, Steven R. *Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis*. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis>>. Acesso em: 01 de jul. de 2015.

WOLFF, Klaus; JOHNSON, Richard A.; SAAVEDRA, Arturo P. Psoríase e dermatoses psoriasiformes; *Dermatologia de Fitzpatrick*: atlas e texto. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. p. 49-71.

PATEL, Mahir. *Psoríase em foco*: Relatório da 71ª Reunião da Academia American de Dermatologia em Miami, Flórida. Disponível em: <[www.psoriasis-council.org](http://www.psoriasis-council.org)>. Acesso em: 6 jul. 2015.

MUKAI, Maira Mitsue et al. NAPSI utilization as an evaluation method of nail psoriasis in patients using acitretin. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 256-262, Apr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 10 jul. 2015.

ARRUDA, Lúcia; YPIRANGA, Sylvia; MARTINS, Gladys Aires. Tratamento sistêmico da psoríase - Parte II: Imunomoduladores biológicos. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 393-408, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962004000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 10 jul. 2015.

FARIA, Joana Ribeiro Costa de et al. Importância da variação do PASI realizado por diversos observadores. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 85, n. 5, p. 625-629, out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_)

arttext&pid=S0365-05962010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 10 jul. 2015.

KERKHOF, Peter C.M. van de; SCHALKWIJK, Joost. Dermatoses papuloescamosas e eczematosas. In: BOLOGNIA, Jean L.; JORIZZO, Joseph L.; RAPINI, Ronald P. (Org.). *Dermatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 126-132.

OGDIE, Alexis et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 74, n. 2, p. 326- 332, out. 2014.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Santos Paim de; ROCHA, Bruno de Oliveira; DUARTE, Gleison Vieira. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, p. 9-20, fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962015000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 10 jul. 2015.

# QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: REFLETINDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Lili Wilke Klaesene  
Camila Tomicki  
Marilene Rodrigues Portella

---

## INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais que o Brasil vem sofrendo encontram-se intimamente relacionadas e, com isso, projeções revelam que haverá um aumento substancial da população idosa nos próximos anos (CHAIMOVICZ, 2013).

O envelhecimento populacional mostra-se como fenômeno atual de grande relevância não só no Brasil, mas também em todo o mundo, pois, à medida que as sociedades envelhecem, advém a necessidade de implantar ações a fim de evitar problemas sociais e de saúde entre os idosos (LOUVISON; ROSA, 2010).

Conforme Nascimento et al. (2013), o envelhecimento pode ser entendido como um processo complexo e natural, caracterizado por modificações fisiológicas e psicológicas que, frequentemente, levam à diminuição da aptidão funcional e, por consequência, da capacidade de realizar as atividades de vida diária de maneira independente e segura.

Devido a esse processo, que projeta a pessoa idosa à fragilidade e à dependência, as quedas consistem em um dos principais eventos incapacitantes e traumáticos que acometem esta população; são um sério problema de saúde pública atualmente e, se não prevenidas, tendem a tomar proporções alarmantes nos próximos anos. Com isso, faz-se necessário abarcar questões voltadas às políticas públicas, em que possa haver abordagens multidisciplinares, com o propósito de oferecer medidas preventivas a esses eventos indesejados.

Com o intuito de fomentar o debate, este artigo tem por objetivo discutir as questões relacionadas às quedas e às políticas de prevenção e promoção de saúde no segmento idoso.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, utilizando o referencial da pesquisa bibliográfica. Para atingir o objetivo, foi realizada consulta em livros de referência na área, localizados na Biblioteca da Universidade de Passo Fundo (UPF) e em periódicos no Portal de Bases de Dados, acesso via CAFE - RNP (UPF), no período de março a abril de 2015.

As bases de dados utilizadas foram: Medical Literature-Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca dos descritores padronizados foi realizada por meio do DeCS (Descritores em Ciências de Saúde), utilizando-se como DeCS “envelhecimento”, “acidente por quedas”, “promoção da saúde” e seus equivalentes em espanhol e em inglês.

Para serem incluídos na pesquisa, foram utilizados trabalhos já publicados, com referência ao presente estudo. Os selecionados apresentaram conteúdo de relevância para a revisão de literatura desse estudo, sendo analisados por meio de interpretação do seu conteúdo.

## ENVELHECIMENTO

Uma das conquistas sociais mais importantes do século XXI, sem dúvida, é o aumento da expectativa de vida. Tal fenômeno é resultado de um conjunto de fatores que envolvem políticas econômicas e sociais e que trazem como consequência uma melhoria generalizada das condições de vida, em geral, e de saúde, em particular. O progresso científico e tecnológico, bem como, uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo do último século contribuiu decisivamente para a transição demográfica (FERREIRA et al., 2010).

Se, por um lado, isso é uma conquista, manifesta-se, por outro, como um grande desafio a ser enfrentado pela sociedade, pois a população envelhece à medida que a expectativa de vida aumenta. Com isso, o envelhecimento humano tem assumido papel de destaque no desenvolvimento de políticas públicas de saúde e prevenção de agravos (COSTA et al., 2011).

O aumento expressivo da população idosa no Brasil, na última década, vem ocorrendo em razão da queda nos níveis de fecundidade e do concomitante aumento na expectativa de vida (GONÇALVES, 2012), no entanto é possível observar a busca por avanços no sentido de garantir aos idosos, condições adequadas para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (ZAZÁ; CHAGAS, 2011).

As transformações demográficas e epidemiológicas surgidas com o aumento da população idosa brasileira fazem com que apareçam questionamentos sobre o envelhecimento e suas implicações nos âmbitos biopsicossocial e econômico (VERAS, 2009), pois o envelhecimento populacional não afeta somente o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade (ALENCAR; CARVALHO, 2009).

Sendo assim, o aumento da população de idosos determina que os países se adaptem a uma nova realidade e criem condi-

ções sociais, estruturais e políticas, de modo a proporcionar o bem-estar geral da pessoa idosa (ALMEIDA, 2011).

Entendemos o envelhecimento como uma forma natural e processual do percurso da vida, desde o nascimento até a morte. A qualidade de vida e, conseqüentemente, a do envelhecimento se relacionam com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, assim como com o “estilo de vida” conferido a cada ser.

Diante disso, percebe-se que o envelhecimento da população tem representado um desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas, o que vem necessitando a adoção de políticas públicas capazes de proporcionar um envelhecimento ativo e que respeitem direitos, preferências, capacidades e dignidade da pessoa.

Embora haja um grande número de pessoas que envelhecem de maneira saudável, podemos identificar que os idosos podem se encontrar mais frágeis e vulneráveis com o passar dos anos (LEITE et al., 2010).

Mendes, Miranda e Borges (2010) afirmam que o envelhecimento tem um grande impacto na vida das pessoas, não apenas pelas transformações que acabam perturbando a qualidade de vida, mas também pelo fato de ocorrer algumas alterações nas estruturas físicas, cognitivas e sociais.

Podemos observar que, devido às condições do processo de envelhecimento, o idoso acaba limitando as suas atividades de vida diária, física e social, tornando-se cada vez mais dependente e diminuindo a sua qualidade de vida. Loureiro (2010) ressalta que, em curto e longo prazo do envelhecimento, existe uma possibilidade de aumento de doenças crônicas e incapacidade funcional.

## QUEDAS E POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SEGMENTO IDOSO

A construção de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa estabelece uma dimensão necessária às transformações da sociedade. Diante deste contexto, os acidentes na velhice consistem nas maiores causas de mortalidade e as quedas são responsáveis por dois terços das mortes acidentais. Por isso, é de suma importância ações que visem à prevenção de quedas e à promoção de saúde, pois são fundamentais ao fortalecimento das políticas direcionadas às pessoas idosas (LOUVISON; ROSA, 2010).

As quedas podem ser definidas, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), como deslocamentos não intencionais do corpo que alteram a posição do centro de gravidade para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, ocasionados por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade.

As quedas são acidentes comuns e graves, responsáveis por um relevante número de lesões e fraturas, sendo consideradas síndrome geriátrica (BIAZUS; BALBINOT; WIBELINGER, 2010), devido à alta incidência, à prevalência e aos altos custos assistenciais que geram (ALMEIDA; BRITES; TAKIZAWA, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010), na maioria dos países, o efeito cumulativo de quedas, bem como das lesões que causam em idosos, tem o potencial de atingir dimensões epidêmicas, que vêm a consumir uma quantidade desproporcional de recursos da saúde.

Embora não sejam uma consequência inevitável do envelhecimento, as quedas podem sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda e representam, ainda, um sério problema para as pessoas idosas, porque estão associadas a elevados ín-

lices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce (BRASIL, 2007).

Idosos com histórico de quedas possuem um risco maior de enfrentarem outros episódios de quedas (FORMIGA et al., 2008). Entre aqueles que já as experimentam, 75% não se recuperaram completamente e tiveram redução em sua capacidade funcional (MOYLAN; BINDER, 2007).

As quedas representaram importante parcela de mortes definidas (35%), internações (47,5%) e atendimentos de emergência (66%), havendo aumento com o avanço da idade (GAWRYSZEWSKI, 2010). Segundo Chaimowicz (2013), a taxa de mortalidade por quedas aumenta exponencialmente após os 65 anos e, aos 85 anos ela é 10 vezes maior, sendo que, embora as mulheres sofram mais quedas que os homens, a mortalidade de homens é maior.

Por serem tão prevalentes e provindas de etiologia multifatorial, as quedas consistem em um dos cinco problemas geriátricos mais comuns atualmente (CHAIMOVICZ, 2013). Elas podem ocorrer por diversos motivos, dentre eles, fatores intrínsecos (aspectos fisiológicos, musculoesqueléticos e psicossociais relacionados ao envelhecimento) e extrínsecos (relacionados ao ambiente) (LOPES et al., 2009).

Contudo, mesmo na presença de um fator ambiental, é um fator intrínseco que, em última instância, provoca a queda, sendo que o inverso também vale. Assim, temos que considerar tanto fatores intrínsecos quanto ambientais na investigação de tais eventos (CHAIMOVICZ, 2013).

Frequentes em idosos, as quedas trazem consequências diretas na qualidade de vida dessas pessoas de maneira negativa, porém a sua incidência pode ser evitada pela identificação das causas, bem como pela promoção de medidas preventivas apropriadas (RIBEIRO et al., 2008). Desta forma, estratégias de promoção de saúde, prevenção de agravos e de reabilitação



devem ser tomadas para que se viva mais e melhor (MENEZES; BACHION, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas em idosos constituem-se em eventos multifatoriais e o conhecimento de seus fatores de risco é importante para nortear o planejamento de medidas preventivas, tanto do ponto de vista de intervenções individuais quanto do de promoção de saúde, a fim de evitar as quedas ou reduzir o número de ocorrências, além de preservar a funcionalidade e melhorar as condições de saúde e de vida da população idosa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. R. *Idosos, quedas, e atividade física: percepções e atitudes*. (Dissertação). Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 2011.

ALMEIDA, L. P.; BRITES, M. F.; TAKIZAWA, M. G. M. H. Quedas em idosos: fatores de risco. *Revista Brasileira de Ciências em Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, set./dez. 2011.

ALENCAR, M. do S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. de. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, v. 13, n. 29, p. 435-444, abr./jun. 2009.

BIAZUS, M.; BALBINOT, N.; WIBELINGER, L. M. Avaliação do risco de quedas em idosos. *Revista Brasileira de Ciências em Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 34-41, jan./abr. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

CHAIMOWICZ, F. *Saúde do idoso*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

COSTA, A. G. S. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FORMIGA, F. et al. Factors associated with hip fracture-related falls among patients with a history of recurrent falling. *Bone*, v. 43, n. 5, p. 941-944, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, p. 162-167, 2010.

GONÇALVES, L. H. T. et al. El perfil de la familia cuidadora del anciano enfermo/debilitado en los contextos socio-culturales de Florianópolis, SC, y Passo Fundo, RS. *Revista Panamericana de Enfermería*, v. 3, p. 185-194, 2012.

GONÇALVES, J. M. P. Evolução na aptidão física e na composição corporal no envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciências em Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 78-88, jan./abr., 2012.

LEITE, M. T. et al. Caracterização e condições de saúde de idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do

Sul. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 7, n. 1, 2010.

LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2009.

LOURERO, L. S. *Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2011.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. *Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas*. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 2010.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista de Enfermagem Integrada*. Ipatinga: Unileste – MG, 2010. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagem-integrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>>. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa - São Paulo: SES/SP, 2010.

MENEZES, R. L. de.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008.

MOYLAN, K. C.; BINDER, E. F. Falls in older adults: risk assessment, management and prevention. *American Journal of Medicine*, v. 120, n. 6, p. 493, 2007.

NASCIMENTO, C. M. C.; et al. Exercícios físicos generalizados capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos

brasileiros. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 486-497, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. Secretaria do Estado da Saúde, São Paulo, p. 64, 2010.

RIBEIRO, A. P.; et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *Projeto diretrizes*. Quedas em idosos: prevenção. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.

VERAS, R. Populationagingtoday: demands, challengesandinnovations. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun., 2009.

ZAZÁ, D. C.; CHAGAS, M. H. *Educação física: atenção à saúde do idoso*. Núcleo de educação em saúde coletiva. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.

# CARACTERIZAÇÃO TIREOIDIANA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Letícia Betto

## INTRODUÇÃO

A glândula tireoide é um importante componente do sistema endócrino, responsável pelo adequado funcionamento dos vários órgãos e sistemas existentes. Com formato de borboleta, localizada na face anterior do pescoço, diante da traqueia, sintetiza e libera T3 (triiodotironina) e T4 (tiroxina), que representam os únicos hormônios compostos de iodo nos vertebrados, os quais regulam o metabolismo do corpo.

A função da tireoide é controlada por uma glândula no cérebro conhecida como pituitária ou hipófise, produtora do hormônio tireoestimulante chamado TSH, o qual estimula a tireoide a produzir T3 e T4.

A glândula tireoide tem seu nome derivado do grego *thyreós* que significa escudo e foi assim denominada por Wharton, em 1956. Ela é um dos maiores órgãos endócrinos no homem adulto, pesa em torno de 15 a 25g, cada lobo mede em torno de 2 a 2,5cm de largura e de 3 a 5cm de comprimento, sendo o lobo direito ligeiramente maior do que o esquerdo. Calcula-se que cada célula se renove somente cerca de cinco vezes durante a vida adulta. Entretanto, sob estímulos, pode ocorrer proliferação celular com

consequente aumento do volume da glândula (de 50 até 800g), denominado bócio (AIRES, 2012, p. 992).

O hormônio tireoidiano exerce importante papel para o desenvolvimento, crescimento e metabolismo do ser humano. A possibilidade de disfunção aumenta com o envelhecimento e a incidência aumenta ainda mais para o hipotireoidismo.

Dados mostram que a prevalência mundial da disfunção tireoidiana pode chegar a 20% em mulheres acima de 60 anos e a 8% em homens. O preocupante, diante da situação de falta de diagnósticos, é que, por muitas vezes, os sintomas são confundidos com queixas frequentes da idade.

O hipotireoidismo é definido como um estado clínico resultante de quantidade insuficiente ou ausência de hormônios circulantes da glândula tireoide, denominados T4 e T3, para suprir uma função orgânica normal. O hipertireoidismo consiste em um estado metabólico causado pelo aumento da função da glândula tireoide e consequente aumento dos níveis circulantes dos hormônios T3 e T4 livres (OLIVEIRA; MALDONADO, 2014, p. 36-44).

O presente trabalho tem por objetivo caracterizar as ações tireoidianas do organismo no processo de envelhecimento, demonstrando sintomas, causas, tratamentos, cuidados e prevenções no que se refere ao idoso.

A caracterização tireoidiana no processo do envelhecimento humano é muito importante, pois poderá auxiliar em diagnósticos mais precisos, detalhando sintomas que muitas vezes são imperceptíveis ao cotidiano de enfermidades impostos às pessoas de mais idade.

## FISIOPATOLOGIA

De acordo com o grau da disfunção tireoidiana, o hipotireoidismo ou hipertireoidismo pode ser dividido em clínico ou subclínico.

*Hipotireoidismo clínico:* chamado de franco, pois a doença já está instalada, com sinais mais declarados, ou seja, há redução significativa do metabolismo, trazendo sérios problemas para a saúde do idoso. O hipotireoidismo clínico atinge de 0,5% a 5% da população idosa e chega a 7% em pessoas com mais de 80 anos, com maior presença em mulheres. O bócio multinodular é mais comum em idosos, podendo atingir cerca de 50% dos casos. A deficiência crônica na ingestão do iodo ocasiona bócio endêmico, com hipotireoidismo severo, sendo um problema grave de saúde pública, ainda hoje, em muitos países no mundo.

*Hipotireoidismo subclínico:* Discreto em sua fase inicial, praticamente assintomático, passa frequentemente despercebido por ter grande semelhança de sintomas com as alterações do processo natural do envelhecimento. Na forma subclínica, é ainda mais presente. Na faixa etária até 50 anos, a doença se manifesta em 8% da população e a incidência em pessoas com mais de 60 anos sobe para 14 a 20%. Estudo publicado pelo American College of Physicians (EUA) mostra uma prevalência de hipotireoidismo em mulheres maiores de 70 anos e homens acima de 60.

*Hipertireoidismo clínico:* é o aumento dos níveis séricos de hormônios tireoidianos devido à produção aumentada pela glândula. Incidência de 0,5 a 3% em idosos. É mais comum em mulheres.

*Hipertireoidismo subclínico:* pouca ou nenhuma evidência clínica, mas com alterações laboratoriais claras, como TSH baixo. Pode dificultar o diagnóstico por não manifestar sintomas de hipertireoidismo.

Além dessas divisões, outro ponto a ser observado, que resulta em diagnósticos equivocados, é a síndrome do eutiroidiano doente (síndrome da doença não tireoidiana), quando ocorrem alterações da função tireoidiana por doenças sistêmicas, situação muito frequente em idosos, principalmente em hospitalizados, recebendo glicocorticoides (fármacos utilizados como imunossuppressores e anti-inflamatórios), que podem ter o TSH diminuído.

Associação entre diabetes mellitus (DM) e doença tireoidiana é amplamente conhecida, os distúrbios metabólicos observados no DM podem interferir nos níveis sanguíneos de T4 e T3 livres, assim como nos de TSH, e as disfunções tireoidianas também podem influenciar o controle glicêmico. Os pacientes com DM1 têm maior risco de desenvolver doenças tireoidianas autoimunes e isso pode ser explicado, em parte, pela presença de genes de suscetibilidades compartilhados tanto para o DM como para as tireopatias (SILVA, 2005, p. 180-182).

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Não necessariamente toda velhice e todo processo de envelhecer devem ser associados a enfermidades, mas, com o avanço da idade as queixas frequentes, principalmente físicas, são vinculadas ao envelhecimento. E assim se dá o dilema de descartar uma disfunção tireoidiana. A dificuldade para diagnóstico clínico no idoso ocorre muitas vezes por doenças associadas e polifarmácia. Medicamentos que podem provocar supressão de TSH dificultam o diagnóstico e até mesmo seu controle. Quando o TSH está muito suprimido, pode aumentar o risco de fibrilação arterial e osteoporose, principalmente em pacientes idosos e mulheres após a menopausa. Em consequência, as doenças tireoidianas podem afetar a autoestima, o trabalho e a vida familiar.

As doenças da tireoide são frequentes em indivíduos mais velhos e os sintomas, por serem muito semelhantes, precisam



ser caracterizados, juntamente com testes clínicos, para que possam ser triados e, assim, tratados adequadamente, quando houver necessidade.

No hipotireoidismo, pacientes podem apresentar-se com lentidão dos processos metabólicos, como: fadiga e fraqueza, intolerância ao frio, dispneia aos esforços (falta de ar), ganho de peso, disfunção cognitiva, constipação, lentidão da fala e dos movimentos, atraso no relaxamento dos reflexos tendíneos, bradicardia (diminuição da frequência cardíaca) e hipercarotenemia (amarelecimento). Podem também apresentar pele seca, rouquidão, edema, perda de sobrancelhas, edema periorbital (inchaço ao redor dos olhos) e macroglossia (aumento da língua). Outros sinais e sintomas incluem: perda auditiva, mialgia (dor muscular), parestesia (sensações cutâneas subjetivas, como, por exemplo, frio, calor, formigamento, amortecimento), depressão, menorragia (períodos menstruais com fluxo intenso), artralgia (dor nas articulações do corpo), hipertensão diastólica (pressão baixa), derrame pleural (acúmulo excessivo de líquido no espaço entre a pleura visceral e a pleura parietal – membrana que recobre o pulmão) e pericárdio (acúmulo anormal de líquido na cavidade pericárdica, conjunto de membranas que envolvem o coração), ascite (acúmulo de líquido na cavidade abdominal) e galactorreia (produção de leite pelas mamas, fora do período de lactação, provocada por causa hormonal).

Já no hipertireoidismo, a maioria dos casos tem uma grande variedade de sintomas, como: ansiedade, labilidade emocional (mudança rápida do humor), fraqueza, tremor, palpitação, intolerância ao calor, perspiração aumentada e perda de peso, apesar de seu apetite ser normal ou aumentado. Na maioria dos pacientes, a perda de peso e o aumento do apetite são muito característicos, embora alguns ganhem peso devido à estimulação excessiva do apetite. Os pacientes com hipertireoidismo leve ou idosos são frequentemente monossintomáticos. Em pacientes idosos, por exemplo, sintomas como fibrilação atrial, dispneia ao exercício

e edema podem predominar. Estes pacientes tendem a ter mais perda de peso e menos aumento de apetite. O hipertireoidismo subclínico aumenta três vezes o risco de fibrilação atrial (ritmo dos batimentos cardíacos rápidos e irregulares - arritmia) em pessoas idosas. No exame físico, chama a atenção o aumento da frequência cardíaca, a hipertensão sistólica (pressão alta), a hiperatividade e retração palpebral, devido ao aumento da atividade simpática. Outros achados frequentes são: tremor, fraqueza e hiperreflexia (reflexos muito ativos ou responsivos em excesso) (VALENTE et al., 2001, p. 118-123).

## TRATAMENTO

Os tratamentos mais usados para a população em geral, inclusive para idosos, são através dos métodos de reposição hormonal com levotiroxina, iodo radioativo, tionamidas, beta bloqueadores. Em último caso, faz-se cirurgia. O uso de iodo radioativo é a primeira opção para o tratamento da doença de Graves (superatividade da tireoide, uma das formas do hipotireoidismo) nos Estados Unidos e em alguns países da Europa.

Em formas mais severas, a busca por tratamentos alternativos para carcinomas tireoidianos, que não respondem aos recursos tradicionais, vem sendo intensificada na última década, com base em novos conhecimentos da biologia molecular destes tumores.

Alguns dos recursos pesquisados no tratamento alternativo do câncer tireoidiano são os agentes inibidores do Id – 1 (inibidor da ligação do DNA e diferenciação celular), que são importantes mediadores na biologia da célula tumoral, regulando o seu crescimento e diferenciação.

Uma das modalidades da terapia genética em estudos para carcinoma tireoidiano é a chamada terapia do gene suicida. Consiste em induzir sensibilidade às células malignas para

determinados medicamentos que lhe são tóxicos, através de modificações genéticas nelas promovidas. A cada divisão celular, os telômeros se encurtam e quando atingem nível crítico impedem o crescimento celular provocando sua senescência e morte. A atividade do telomerase recompõe esses telômeros, mantendo o ciclo celular. A atividade de telomerase está muito elevada nos tumores malignos e é a responsável pela mortalidade celular neoplásica (RODRIGUES, 2006, p. 189-197)

O gene suicida tem se mostrado eficaz na destruição de células dos carcinomas diferenciado, medular e anaplásico, da tireoide. Embora não tenha sido usado em pacientes, abre caminho para tentativa de novo tratamento para estes tumores.

Outro estudo pesquisado recentemente baseia-se na ativação de receptores nucleares, como o PPAXg, que inibem a proliferação celular quando ativados e estimulam a apoptose nos tumores.

O péssimo prognóstico dos carcinomas anaplásicos da tireoide, que leva ao óbito praticamente todos os pacientes num prazo médio de oito meses, qualquer que sejam os tratamentos atualmente empregados, motiva os pesquisadores à descoberta de novas formas de terapias, as quais se encontram, em sua maioria, em fase pré-clínica de pesquisa, mas que já inspiram resultados animadores.

A importância do tratamento às disfunções da tireoide é algo que pode evitar uma série de transtornos, principalmente no idoso, sendo que:

- *Hipotireoidismo não tratado*: pode levar a uma frequência cardíaca tão lenta que pode conduzir o paciente ao coma. Está sempre associado com pressão arterial elevada e altos níveis de colesterol (fatores de risco significantes para doença cardíaca), infertilidade e mal de Alzheimer (o maior risco é para mulheres).

- *Hipertireoidismo não tratado*: pode levar a uma arritmia até ataques cardíacos. Em mulheres menopausadas, o hipertireoi-

dismo aumenta o risco de osteoporose (perda da massa óssea) e potencialmente a fraturas fatais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultados de pesquisas mostram uma prevalência de doenças da tireoide em mulheres, no Brasil, semelhante a outros países. No entanto, a prevalência em homens aqui é maior do que os resultados encontrados no exterior.

Diante dessas situações, a realização de exames clínicos laboratoriais exerce um papel fundamental na avaliação da saúde do idoso, seja no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, seja no das patologias já estabelecidas e complicadas, numa tentativa de restabelecer a qualidade de vida deste idoso. Apesar de serem lembrados apenas quando algum problema de saúde aparece, uma série de exames deve ser realizada anualmente para nos manter informados e saudáveis ao longo da vida.

Como os sinais e sintomas relacionados às disfunções da tireoide são variados e pouco específicos, aliar a história clínica, o exame físico adequado e alguns exames complementares (dosagens hormonais e de anticorpos, ultrassonografia, antilografia, captação de iodo radioativo e a punção aspirativa com agulha fina) permite chegar a uma conclusão diagnóstica satisfatória na maioria dos casos.

Hábitos saudáveis, alimentação balanceada e prática de atividade física também são fatores que contribuem consideravelmente ao bem-estar do organismo, pois com prevenção pode-se não apenas prolongar a vida, mas fazer isso com qualidade.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Margarida de Mello. Fisiologia. In: KIMURA, Edna T. *Glândula tireoide*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 991-1014.

BENSEÑOR, Isabela M. Prevalence of thyroid disorders among older people: results from the São Paulo Ageing & Health Study. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 155-161, 2011.

DA CRUZ, Ivana B. M.; SCHWANKE, Carla H. A. Reflexões sobre biogerontologia como uma ciência generalista, integrativa e interativa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 3, p. 7-36, 2001.

OLIVEIRA, Vanessa; MALDONADO, Rafael Resende. Hipotireoidismo e hipertireoidismo – Uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. *Interciência e Sociedade*, Mogi Guaçu, v. 3, n. 2, p. 36-44, 2014.

RAUEN, Gisele et al. Abordagem do hipotireoidismo subclínico no idoso. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 294-9, jul./ago. de 2011.

RODRIGUES, Aluizio. Perspectivas de novos tratamentos para o carcinoma tireoideano avançado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 189-197, maio/jun., 2006.

SILVA, Anderson Soares et al. Principais distúrbios tireoideanos e suas abordagens na atenção primária à saúde. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 380-388, out./dez., 2011.

SILVA, Regina do Carmo. Importância da avaliação da função tireoideana em pacientes com diabetes mellitus. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 180-182, Abril, 2005.

TAVARES, Fernanda Silveira et al. Envelhecimento tireoidiano: aspectos fisiológicos e patológicos. *Interciência*, Caracas, VE, v. 34, n. 10, p. 684-688, oct., 2009.

VALENTE, Orsine et al. Hipertireoidismo. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 58, n. 11, p. 118-123, nov. 2001.

VALENTE, Orsine. Rastreamento diagnóstico das principais disfunções da tireoide. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 49-51, 2013.

# PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO APARATO VOCAL

Analice Calegari Lusa  
Lia Mara Wibelinger

---

## INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia vem desempenhando um papel importante na gerontologia, desenvolvendo pesquisas em diversas áreas e, sobretudo, no processo de envelhecimento vocal. A laringe do ser humano inicia sua formação ainda no processo intrauterino, em uma postura alta no pescoço do recém-nascido. A partir daí, desce progressivamente, vai se modificando a cada etapa da vida, tanto por consequências do desenvolvimento estrutural dos aparelhos fonador e respiratório quanto por influências culturais, emocionais ou psicológicas. Estes processos ocorrem até a idade adulta, onde a voz passa a ser mais estável, isto é, sofre um amadurecimento vocal inerente à idade. Porém, a descida da laringe, apesar de lenta, não cessa e é por isso que no idoso sofre modificações que acabam gerando mudanças na qualidade vocal.

## A LARINGE DO IDOSO

A fonação é uma função que, como as outras, encontra-se modificada pelo avanço da idade em razão dos fenômenos

deflagrados pelo envelhecimento nas estruturas participantes da produção vocal (RIBEIRO, 1999, p. 1). Com o passar dos anos, ocorre uma redução da função corporal no indivíduo, consequente às modificações nos sistemas cardiovascular, locomotor, neurológico, neuroendócrino e respiratório (BEHLAU, 1999, p. 25).

Esse processo de modificações ocorre imediatamente após o nascimento. O crescimento da coluna vertebral e as mudanças na relação angular entre a base do crânio e a coluna vertebral fazem com que a laringe desça, até que, aos cinco anos de idade, a margem inferior da cartilagem cricoide esteja no nível da sexta vértebra cervical. A laringe continua o descenso até que, entre 15 e 20 anos de idade, atinge o nível superior de C7. Depois continua a descer lentamente pelo resto da vida (ZEMPLIN, 2000). Isso quer dizer que os músculos sustentadores da laringe perdem sua elasticidade e esta passa a ocupar uma posição mais baixa no pescoço, processo conhecido como ptose laríngea (DINVILLE, 2001). Portanto, o envelhecimento fisiológico vocal, ao qual se denomina presbifonia, é sublimado por modificações corridas de modo paralelo a outras funções do organismo, num processo de caráter universal e inerente ao indivíduo.

O início, desenvolvimento e grau de deterioração vocal dependem de cada sujeito, de sua saúde física e psicológica e de sua história de vida, além de fatores constitucionais, raciais, hereditários, alimentares, sociais e ambientais, bem como, de seu estilo de vida. Desse modo, o estudo da presbifonia abrange diversos aspectos, que relacionam não somente as descrições anatômicas e fisiológicas da laringe, mas também os aspectos clínicos da voz idosa, composta pelos parâmetros perceptual-auditivos e outras peculiaridades do aparato fonador, fundamentais para investigação e diagnóstico desse quadro (VENITES et al., 2004).

As mudanças que ocorrem na laringe podem resultar em consequências funcionais na produção da voz. Pesquisadores



apontam que as cartilagens cricoide (hialinas) começam a se ossificar mais ou menos aos vinte anos de idade e, aos 65, toda a estrutura laríngea, com exceção das cartilagens elásticas, torna-se óssea (ZEMPLIN, 2000). À medida que a laringe envelhece, há uma maior ossificação das cartilagens e diminuição das fibras de colágeno dentro dos músculos intrínsecos da laringe. Essas mudanças contribuem, em parte, para as transformações que poderão ser ouvidas na voz em processo de envelhecimento, as quais ocorrem em ambos os sexos, com uma predisposição maior nos homens, iniciando-se mais tarde, e não de forma extensa, nas mulheres (MOTTA, 2003, p. 117). O início do processo de ossificação das cartilagens é tardio e menos extensivo em mulheres, sendo o processo todo bastante variável entre indivíduos (MORRISON; HICKMAN, 1986, p. 231). Segundo Behlau e Pontes (1995), nos homens, as alterações histológicas em alguns tecidos da laringe começam a ocorrer em torno da terceira década de vida, ao passo que essas diferenças se dão nas mulheres a partir da quinta década.

Num estudo realizado com senhoras idosas, com objetivo de verificar características das estruturas que envolvem a voz, concluiu-se que não apresentaram patologia nos exames de laringe, realizados pelo médico otorrinolaringologista. Contudo, outros dados importantes foram observados, caracterizando o envelhecimento fisiológico vocal, tais como fechamento glótico inadequado, caracterizando uma fenda fusiforme, constrição ântero-posterior, compensação de banda ventricular e edema de prega vocal (MOTTA; ANUNCIATO, 2003, p. 117). Proporcionalmente ao envelhecimento, há um marcante decréscimo na competência aérea, causado por uma diminuição geral na elasticidade dos pulmões, resultando numa redução de palavras ditas por expiração (BOONE; MCFARLANE, 1994).

As modificações nas articulações podem variar em extensão e são causadas por afilamento e irregularidades nas superfícies, diminuição e desorganização das fibras colágenas, menor lu-

brificação e nutrição da superfície articular, o que pode causar, provavelmente, comprometimento no grau de fechamento glótico. A presença de atrofia na massa muscular laríngea causa arqueamento das pregas vocais, relacionando-se à diminuição da potência e frequência da voz. O tremor característico da voz do idoso é causado pela mesma atrofia muscular associada ao processo de degeneração parcial do sistema nervoso central (PINHO; TSUJI, 2001).

Com o avançar da idade, o complexo de fibras colágenas, assim como outras matrizes extracelulares na camada superficial da mucosa, parece mudar as propriedades viscoelásticas da lâmina própria (COLTON; CASPER, 1996). Campos (2001) descreve que os vasos sanguíneos sofrem arteriosclerose progressiva e o muco é mais espesso e em menor quantidade. As articulações sofrem um processo de artrose, diminuindo sua movimentação. Os músculos laríngeos perdem sua forma e são mais resistentes às modificações bruscas e sutis durante os ciclos fonatórios. A mucosa se espessa com o acúmulo de queratina no epitélio. A camada superficial passa a ser composta por um maior número de fibras conjuntivas e perde sua elasticidade. O ligamento vocal sofre fibrose progressiva e as pregas vocais sofrem uma diminuição da vascularização.

Podem ser observadas, ainda, atrofia dos músculos intrínsecos da laringe, deficiências hídricas, perdas teciduais e da elasticidade dos ligamentos, além de calcificação das cartilagens. As pregas vocais, nesse período de vida, sofrem atrofia das glândulas mucosas, lubrificação reduzida, redução do epitélio, conexão mais frouxa com a lâmina própria e edema persistente na mucosa e submucosa das pregas vocais. Outras características identificadas no processo do envelhecimento, que podem afetar a qualidade vocal da voz do idoso, são atrofia das fibras elásticas da lâmina própria, irregularidade nas bordas livres das pregas vocais e redução das terminações nervosas e tentativas de regeneração nos nervos laríngeos (DE BIASE et al., 1998, p. 72).

Mais raramente, pode-se encontrar quadro de hipotonia, justificado pela flacidez das estruturas. Aliada a esses fatores, a deterioração, ainda que parcial, da parte central do sistema nervoso também pode comprometer a melodia e a precisão articulatória da fala no idoso (PINHO, 2003, p. 596).

Portanto, é essencial que se compreenda a fonação como dependente da inter-relação das forças físicas aerodinâmicas da respiração com as forças mioelásticas dos tecidos da laringe e movimentos da túnica mucosa das pregas vocais, conforme o citado. A voz é, assim, o resultado das características anatomo-fisiológicas de tais forças e movimentos, sendo amplificada nas cavidades de ressonância, onde as estruturas supraglóticas se ajustam com harmonia e equilíbrio, produzindo um som agradável ao ouvinte e adequado ao falante, que represente sua idade, sexo, estrutura física, personalidade e posição social (PINHO; TSUJI, 2001).

## CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE VOCAL

A fala humana é uma função adaptativa, servindo-se de órgãos de outros sistemas para constituir o aparato fonatório, em especial, do sistema digestório, respiratório e nervoso. Por isso, manifestações vocais inadequadas podem ocorrer como resultado de adaptações impróprias que geram desequilíbrio no sistema, acarretando dificuldades na emissão da voz e fala (PINHO, 2003, p. 596). Devem ser lembradas, neste momento, as modificações na função corporal, no processo de envelhecimento, de natureza cardiovascular, locomotora, neurológica, neuroendócrina e respiratória. Como a produção vocal depende do adequado funcionamento desses sistemas, naturalmente as mudanças relacionadas à idade refletem-se nas características vocais (BEHLAU, 1999, p. 25).

Sabe-se que a senilidade vocal é destacada como mais marcante na mulher, com um impacto maior na voz cantada, manifestando redução tanto na potência da voz, na diminuição da tessitura vocal, quanto na deterioração da qualidade vocal. Nesse sentido, buscando marcadores vocais de senilidade, encontra-se uma série de modificações nos parâmetros vocais, os quais aparecem geralmente de modo mais nítido após os sessenta anos de idade. (DINVILLE, 2001). As deteriorações do controle neuromuscular, das habilidades sensoriais e do nível de energia são refletidas nos padrões vocais, bem como as morbidades (doenças pulmonares, neurológicas, cardiovasculares), efeitos de medicações e estado psicológico, que acabam sendo limitantes nas habilidades comunicativas (PINHO, 2003).

Por outro lado, é importante lembrar que as modificações hormonais exigem esforços contínuos de adaptação que se refletem na emissão da voz. Esses fatores, bem como os glandulares, confundem-se, diferenciando cada um dos sujeitos no seu processo de senescência, o que assinala que o envelhecimento dos órgãos e do psiquismo pode variar de uma pessoa para outra dependendo do temperamento, do modo de vida e do estado de saúde (DINVILLE, 2001).

No caso dos homens de idade avançada, há uma tendência de apresentarem uma voz mais aguda e de tom mais alto do que quando jovens, ao passo que a voz pode tornar-se mais grave no caso das mulheres. Essa alteração é percebida pelo indivíduo com o passar dos anos ao sentir uma diminuição em suas habilidades corporais (físicas), o que interfere no funcionamento do aparato fonatório, por se alterar a anatomia e a fisiologia da laringe. Estas alterações anatomofisiológicas são passíveis de serem percebidas por meio de uma análise perceptivo-auditiva e acústica da voz (MOTTA, 1999).

Alguns aspectos percebidos em quadros de presbifonia são redução da capacidade respiratória, aumento da frequência

fundamental nos homens e redução nas mulheres, extensão de frequências reduzidas em ambos os sexos e perfil de extensão com valores médios (BEHLAU, 2001).

Como se percebe, modificações vocais fazem parte do processo de envelhecimento e não devem ser consideradas alterações, ou seja, devem ser compreendidas essas manifestações como parte do processo, e não como um distúrbio vocal; é sim uma consequência das modificações pelas quais o mecanismo da voz passa durante a vida (BEHLAU; PONTES, 1995). No entanto, Bressan (1999) salienta que é importante diferenciar o envelhecimento vocal inerente à idade de uma desordem vocal estabelecida, embora muitas vezes seja difícil estabelecer um limite entre ambos.

Nesse sentido, corroborando com os estudos do processo do envelhecimento vocal, pode-se destacar: modificações atroficas da mucosa das pregas vocais; edema e degeneração polipoide na camada superficial da lâmina própria, mais pronunciada nas mulheres; redução dos tempos máximos de fonação, gerando frases mais curtas e, frequentemente, pausas articulatórias com redução da velocidade de fala; aumento do grau de nasalidade; redução na intensidade da fala; menor tessitura vocal, com uma emissão com menor inflexão vocal; aumento das pausas articulatórias e redução na velocidade de fala (HIRANO et al., 1989, p. 428).

A posição mais baixa da laringe proporciona uma diminuição da ressonância vocal em mulheres idosas, deixando a voz estereotipada, com *pitch* alterado, rouquidão e falta de intensidade e modulação (BRITTO FILHO, 1999). Mudanças nas caixas de ressonância (crescimento das estruturas craniofaciais, abaixamento da laringe no pescoço e dilatação dos músculos faríngeos), resultando na perda do tônus, também podem influenciar no *pitch* (BERTELLI, 1995, p. 41).

Quanto ao *loudness*, uma pesquisa indicou redução na população idosa, em virtude da diminuição da pressão infraglótica,

devido a uma perda de controle fino das pregas vocais (FERREIRA; ANUNCIATTO, 2003, p. 117). Relacionam também com o estado geral de saúde debilitado e/ou de condições emocionais adversas, como depressão, baixa autoestima, tristeza, entre outras (POLIDO et al., 2005, p. 241).

Também podem ser encontradas diversas alterações, como fendas glóticas, que são espaços entre as pregas vocais, redução da amplitude de vibração, causada pela atrofia muscular, voz rouca, tremor vocal, menor sustentação na frequência fundamental, volume diminuído, sopro, pressão aérea subglótica reduzida, menor intensidade, redução do tempo máximo fonatório, diminuição da velocidade de fala, pausas articulatórias e outras alterações (BRITO FILHO, 1999). Outro fator importante a ser lembrado diz respeito às mudanças psicoacústicas, que se refletem, em geral, no sexo masculino, no aumento da frequência fundamental, dos sessenta aos oitenta anos, e no sexo feminino, com uma diminuição, após os sessenta anos. Além disso, a variabilidade da frequência fundamental aumenta nos idosos, especialmente no homem, dando a impressão de tremor vocal, em razão de vários fatores. Essas mudanças são atribuídas às alterações estruturais que ocorrem por irregularidade na vibração das pregas vocais, incompetência glotal, atrofia da prega vocal e tensão laríngea (BRESSAN, 1999).

Uma pesquisa revelou, ainda, a relação dos aspectos psicológicos com as manifestações vocais. Nesse sentido, observou-se, em estudo experimental com mulheres e homens de várias faixas etárias, a habilidade do ouvinte em julgar a idade de um falante e medir a extensão dos valores de personalidade afetados quando a idade é percebida. Os resultados obtidos mostraram que falantes femininas, percebidas com idade mais avançada, foram vistas como mais reservadas, passivas e com menor inflexão vocal que as mais jovens. Já no que tange aos homens, os quais soavam como mais velhos, foi identificado o aspecto relacionado à inflexão vocal, a qual foi menor que naqueles que

soavam mais jovens. Como características para conclusão desses dados, foram apontadas aquelas vozes que soaram como mais velhas: leitura mais vagarosa, com mais autoridade, voz grave, volume da voz mais fraco e pouca expressão vocal (RYAN; CAPADANO, 1978, p. 98).

Vale lembrar, também, que dentre outras coisas, o envelhecimento vocal tem relação com aspectos fisiológicos relacionados à atuação dos hormônios sexuais. Na mulher, na fase da menopausa, os níveis de estrógenos são baixos, com uma redução a zero do nível de progesterona e presença de andrógenos (MOTTA; GOMES, 2001). A perda de massa e tônus muscular em todo o corpo também se manifesta na musculatura da laringe. Essa atrofia da massa muscular laríngea causa arqueamento das pregas vocais e diminui a potência e a frequência da voz. O tremor característico da voz idosa é causado pela mesma atrofia associada à degeneração neurológica. As alterações hormonais também mudam a lubrificação e a espessura do epitélio de cobertura das pregas vocais, tornando-o mais frágil e ressecado, o que pode ocasionar comprometimento na qualidade vocal, como rouquidão e sopro, de discreta a moderada, e alterações na frequência fundamental (COSTA, 2003, BERTELLI, 1995, p. 41). Nos homens, o nível sérico da testosterona diminui à medida que ocorre o envelhecimento, o que compromete a fonação, podendo ocasionar uma qualidade vocal com sopro, rouquidão e ou aspereza (MOTTA; GOMES, 2001). Supõe-se que mantenha por mais tempo suas qualidades vocais, por causa de sua musculatura mais forte e, também, por sua atividade sexual cessar mais tarde (DINVILLE, 2001). Essas mudanças na voz, inerentes ao processo do envelhecimento, justificam-se, principalmente, pelas mudanças que ocorrem na fina estrutura da camada superficial da lâmina própria (COLTON; CASPER, 1996).

Outro fator importante que deve ser lembrado é que nesse período é muito comum haver, nos idosos, uma redução na ingestão de líquidos, o que pode ocasionar um maior ressecamento

da mucosa laríngea, culminando, inclusive, numa redução dos movimentos mucocondulatórios das pregas vocais, com consequente prejuízo na qualidade vocal. É imprescindível, ainda, salientar que o uso inadequado da voz e os hábitos inadequados de saúde vocal, tais como tabagismo, etilismo crônico, dentre outros, podem ser citados como coadjuvantes para o envelhecimento vocal precoce (MANSUR; VIUDE, 1996, p. 284).

Observa-se que as principais queixas e sintomas vocais relatados por uma pessoa idosa podem ser de alteração na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, sopro, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou corpo estranho na laringe (VERDONCK; MAHIEU, 2001, p. 193). Além disso, fatores temporais, como diminuição geral da velocidade e baixa taxa de discurso, podem estar implícitos nos fatores aerodinâmicos relatados no envelhecimento (PITTAM, 1994, p. 66).

Para tanto, o trabalho vocal, para aqueles que se iniciam com os sintomas do envelhecimento vocal, tem como objetivo prevenir e/ou modular a voz, mantendo uma situação de comunicação efetiva. Estudos de treinamento e aprimoramento vocal com pessoas idosas têm demonstrado resultados promissores (DE BIASE et al., 1998, p. 70). Nesse sentido, é importante lembrar que uma voz deteriorada gera sentimentos de inadequação e insegurança, levando toda a personalidade a sofrer com isso. Assim, é importante dar atenção ao aspecto psicológico, buscar resistir à depressão e manter o equilíbrio. São aspectos facilitadores ao aumento da autoestima dos idosos, quando são ouvidos, considerados, valorizados. O mesmo ocorre como a descoberta de um padrão vocal mais adequado, pois lhes permite qualidade de vida e maior participação na sociedade (BRESSAN, 1999).



É plausível destacar que, muitas vezes, a voz humana só é notada na sua magnitude em situações de sua privação, causando tantas dificuldades ao indivíduo que o limitam, sobremaneira, em suas atividades profissional e social (DOUGLAS, 2002). Pode ser dito, então, que a voz tem papel fundamental nesse contexto, como instrumento de comunicação, de integração e indicador da qualidade de vida, propiciando caminhos de equilíbrio psicossocial necessários ao idoso, possibilitando-lhe exercer sua individualidade, autonomia e cidadania (BRITTO FILHO, 1999).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar que o processo de envelhecimento atinge de forma generalizada o organismo, incluindo a voz, pelas mudanças operadas na laringe em seu posicionamento no pescoço e em sua mobilidade, em virtude das complexas alterações sofridas pela calcificação e ossificação gradual das cartilagens e pela atrofia muscular. Como consequência, há redução de massa nas pregas vocais e da capacidade respiratória, alterando-se as funções e estruturas das mesmas, entre outras alterações causadas pelas mudanças anatômicas em resposta fisiológica a aspectos inerentes à senilidade.

Nesse sentido, a reabilitação vocal no idoso faz-se necessária e urgente, devendo estar fundamentada numa visão com base preventiva. Devem ser valorizados na terapia tradicional, além da voz, os aspectos corporais, auditivos, visuais, clínicos, psicológicos e cognitivos, objetivando o desenvolvimento do binômio corpo e voz, a fim de resgatar ou auxiliar o desenvolvimento da imagem vocal e respeitar, nesse contexto, os limites individuais (BRITTO FILHO, 1999).

## REFERÊNCIAS

RIBEIRO, A. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: RUSSO, I. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 1-8.

BEHLAU, M. Presbifonia: envelhecimento vocal inerente à idade. In: RUSSO, I. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 25-50.

ZEMPLIN, W. *Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DINVILLE, C. *Os distúrbios da voz e sua reeducação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

VENITES, J.; BERTACHINI, L.; RAMOS, R. *Atuação fonoaudiológica na presbifonia: a efetividade de uma proposta terapêutica*. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)>. Acesso em: 07 jun. 2015.

MOTTA, L.; ANNUNCIATO, N. F. Envelhecimento vocal e neuroplasticidade. In: PINHO, S. M. R. *Fundamentos em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 117-137.

MORRISON, M. D.; HICKMAN, G. P. Voice disorders in the elderly. *J. Otolaryngol*, v. 7, p. 231-234, 1986.

BEHLAU, M.; PONTES, P. *Avaliação e tratamento das disfonias*. São Paulo: Lovise, 1995.

MOTTA, L.; ANNUNCIATO, N. F. Envelhecimento vocal e neuroplasticidade. In: PINHO, S. M. R. *Fundamentos em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 117-137.

BOONE, D. R.; MCFARLANE, S. C. *A voz e a terapia vocal*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 1994.

PINHO, S. M. R.; TSUJI, D. H. *Tópicos em voz*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

COLTON, R.; CASPER, J. K. *Compreendendo os problemas da voz: uma perspectiva fisiológica ao diagnóstico e ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAMPOS, C. M. *Impacto da voz na qualidade de vida de mulheres idosas*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

DE BIASE, N. G.; CERVANTE, O.; ABRAHÃO, M. A voz no idoso. *Acta AWHO.*, v. 17, n. 2, p. 70-72, 1998.

PINHO, S. M. R. *Fundamentos em fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BEHLAU, M. *Voz: o livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BRESSAN, V. L. *Influências do envelhecimento da voz*. (Monografia especialização em voz). Curitiba: CEFAC; 1999.

HIRANO, M.; KURITA, S.; SAKAGUCHI, S. Ageing of the vibratory tissue of human vocal folds. *Acta Otolaryngol.*, v. 107, p. 428-33, 1989.

BRITTO FILHO, L. F. O. *Processo de envelhecimento e o comportamento vocal*. Monografia de especialização em voz. Rio de Janeiro: Cefac, 1999.

BERTELLI, P. P. O envelhecimento vocal. *Pró Fono: Revista de atualização científica*. Edição especial., v. 7, p. 41-42, 1995.

FERREIRA, L. M.; ANUNCIATTO, N. F. Envelhecimento vocal e neuroplasticidade. In: PINHO, S. M. R. *Fundamentos em fonoaudiologia: tratando os distúrbios da voz*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 117-37.

POLIDO, A. M.; MARTINS, M.; HANAYAMA, E. M. Percepção do envelhecimento vocal na terceira idade. *Ver. Cefac*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 241-51, 2005.

RYAN, E. B.; CAPADANO, H. L. Age perceptions and evaluative reactions toward adult speakers. *Journal of gerontology*, v. 33, n. 1, p. 98-102, 1978.

MOTTA, L.; GOMES, N. H. G. Envelhecimento da voz e audição. In: TERRA, N. L. *Envelhecimento bem-sucedido*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 30-43.

COSTA, H. O. O. Tratado de Otorrinolaringologia. *Doenças: Cabeça e pescoço. Laringe e voz*. São Paulo: Rocca, 2003. v. 4.

MANSUR, L. L.; VIUDE, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: PRADO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 284-295.

VERDONCK, L. I. M.; MAHIEU, H. F. Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study. *J. Voice*, v. 18, n. 2, p. 193-202, 2001.

PITTAM, J. A Voice na interaction social: na interdisciplinary approach. *Thousand Oaks, California*, v. 5, p. 66-67, 1994.

DOUGLAS, N.A. Envelhecimento: características e fisiologia geral. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Tratado de fisiologia aplicado a fonoaudiologia*. São Paulo: Robe, 2002. p. 45-50.

## SOBRE OS AUTORES

**Adriano Pasqualotti.** Doutor em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Pesquisador associado do Centro de Administração e Políticas Públicas, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, da Universidade de Lisboa, Portugal.

**Alisson Padilha de Lima.** Educador físico, mestrando do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – UPF/RS e bolsista CAPES/PROSUP. E-mail: professor.alissonpadilha@gmail.com

**Ana Carolina Bertoletti De Marchi.** Bacharel em Informática pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1995), mestra em Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1997) e doutora em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006). Atualmente, é professora titular I da Universidade de Passo Fundo, professora do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, do Programa de Pós-Graduação em Computação Aplicada e dos cursos de Ciência da Computação e Sistemas para Internet.

**Analice Calegari Lusa.** Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Passo Fundo (2008). Atualmente, é fonoaudióloga do Hospital da Cidade Passo Fundo e mestranda do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – UPF/RS.

**Astor Antônio Diehl.** Historiador, doutor em Teoria Metodologia e Didática da História pela Ruhr Universitat Bochum da Alemanha. Docente do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: astor@upf.br

**Ana Cristina Dorneles.** Médica, graduada pela Universidade de Santa Cruz e residente do segundo ano do programa de Medicina Interna do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

**Camila Pereira Leguisamo.** Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Luterana do Brasil, mestre e doutora em Ciências da Saúde - Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Docente do curso de Fisioterapia e do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano na UPF. E-mail: camila@upf.br.

**Camila Tomicki.** Graduada em Educação Física pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim (2012) e mestranda do Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (2015).

**Cátia Pereira.** Formada em Educação Física e especialista em Gerontologia Interventiva pela UNISINOS.

**Cláudia Maria Czernaik.**

**Edimarcio Testa.** Graduado em Filosofia pela Faculdade de Filosofia Imaculada Conceição (FAFIMC), mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atualmente, é professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), câmpus de Caxias do Sul.

**Eliane Lucia Colussi.** Graduada em História pela Universidade de Passo Fundo (1985), mestre em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1993) e

doutorado em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1998). Atualmente, é professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano na Universidade de Passo Fundo, atuando em estudos nas áreas de cognição, memória e representações sociais da velhice.

**Gabriela Kronbauer.** Graduada em Fisioterapia pela Universidade FEEVALE (2011) e especialista em Gerontologia Interventiva pela Unisinos.

**Henrique Gil.** Doutor em Filosofia da Educação pela Universidade de Exeter - Reino Unido. Professor da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco - Portugal, pesquisador Associado do Centro de Administração e Políticas Públicas, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, da Universidade de Lisboa - Portugal.

**Jaqueline Doring Rodrigues.** Médica, graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo, e especialista em Medicina Interna pelo Hospital da Cidade de Passo Fundo.

**José Roque Junges.** Graduado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1973), mestre em Teologia pela Pontifícia Universidad Católica de Chile (1980) e doutor em Teologia Moral pela Pontifícia Università Gregoriana de Roma, Itália (1985). Atualmente, é professor de bioética nos cursos de graduação da área de saúde e professor/pesquisador do PPG em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Coordenador desde 2003 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS. Membro do comitê científico (2011-2013) da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e membro da Sociedade Brasileira de Teologia Moral (SBTM).

**Katiane Bones Camargo.** Assistente social, mestranda do PPGEH da Universidade de Passo Fundo. E-mail: [katianebonescamargo@gmail.com](mailto:katianebonescamargo@gmail.com)

**Lara Caroline Tusset.** Médica, graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, e residente do segundo ano do programa de Medicina Interna do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

**Letícia Betto.** Graduada em Ciências Biológicas pela UPF (2012) e aluna especial no mestrado em Envelhecimento Humano - UPF.

**Lili Wilke Klaesene.** Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada de Erechim (URI) e mestranda em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

**Lia Mara Wibelinger.** Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Cruz Alta (1999), especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP-SP, mestre em Gerontologia Biomédica pela PUC-RS e doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC-RS. Atualmente, é professora pesquisadora da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo-UPF. Professora colaboradora do Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde-Atenção ao Idoso.

**Luma Zanatta de Oliveira.** Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Passo Fundo – UPF/RS, mestra do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – UPF/RS e bolsista Capes/Prosup. E-mail: lumazanatta@hotmail.com

**Luciana Marcon Barbosa.** Nutricionista, formada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, pós-graduada em Nutrição Oncológica pelo Hospital Moinhos de Vento-Porto Alegre e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

**Marilene Rodrigues Portella.** Enfermeira, mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa



Catarina. - UFSC. Docente do programa da Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq. Email: portella@upf.br

**Melina Rech Spanhol.** Biomédica, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

**Mônica Luísa Kieling.** Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

**Nadir Antonio Pichler.** Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e doutor pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Docente colaborador do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: nadirp@upf.br

**Roseli Bess.** Graduada em Educação Física pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (1992), pós-graduada em Educação Física Escolar pela Unijuí(1999) e mestra em Ciências Aplicadas a la Actividad Física y al Deporte - Universidad de Córdoba - Espanha (2005). Atualmente, é professora da Prefeitura Municipal de Santa Rosa, professora do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Mestre do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo UPF.

**Sérgio Ricardo Gacki.** Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010), mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2004), pós-doutor pela Catholic University of America - CUA (2012), graduado em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (1994). Licenciado em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos

Sinos - UNISINOS (2012). Atualmente, desenvolve pesquisa em Giorgio Agamben com aproximações conceituais com o campo da educação, sustentando este como espaço de superação do estado de exceção.

**Suraia Estacia Ambrós.** Psicóloga, especialista em metodologia do Ensino Superior e mestre em Educação pela UPF. Desempenha atividades profissionais como psicóloga clínica, psicoterapia de adultos e adolescentes. É docente do curso de Psicologia da UPF.

**Suzane Stella Bavaresco** – Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Passo Fundo, mestranda do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (PPGEH/UPF) e bolsista CAPES/TAXA.

**Silvana Alba Scortegagna.** Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco/Itatiba-SP, mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo. Docente do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: silvanalba@upf.br

**Sílvia Regina Piesanti.** Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Cruz Alta (1994), mestre em Ergonomia (2005) e especialista em Prática em Terapia Intensiva PUC/RS (2014). Atualmente, é professora e supervisora de estágios da Universidade FEEVALE.

**Talia Castilhos de Oliveira.** Graduada em Fisioterapia pela Feevale (2002), pós-graduada em Fisioterapia Cárdio-Respiratória pela Gama Filho (2004). Atualmente, é instrutora de Pilates no CREATI - UPF Carazinho e fisioterapeuta do Projeto Consciência Corporal da ACADEV (Associação Carazinhense de Deficientes Visuais).

**Tayse Perin Della Pasqua.** Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Passo Fundo.







**E**sta obra vem do mestrado em Envelhecimento Humano da Uiversidade de Passo Fundo, com aportes nacionais e alguns internacionais, para contribuir com o diálogo entre as ciências da vida, da saúde, as humanas, sociais aplicadas, exatas, dentre outras.

Temas como bioética, linguagem, doenças respiratórias, diabetes, risco de quedas, violência, jogos de câmbio, nutrição, era digital, psoríase e aparato vocal compõem, portanto, o paradigma integrador pretendido pela transdisciplinaridade, ou seja, como explicam os organizadores, buscam “constituir relações entre as diferentes áreas do conhecimento, com diferentes metodologias e epistemologias e a realidade complexa, múltipla e evolutiva, marcada pelas categorias de ordem e caos, organização e desorganização, avanço e retrocesso, complexidade, emergência”.

As realidades complexas em foco são a do ambiente saudável e, por consequência, a do envelhecimento bem-sucedido, do bem-estar “pautado no reconhecimento, no respeito e na dignidade de ser e existir das pessoas longevas”.

O caminho supõe múltiplas, inter e retro conexões em benefício da humanidade.

ISBN 978-85-8200-47-2



[www.meritos.com.br](http://www.meritos.com.br)