

Bibiana Graeff (Org.)

Deusivania Vieira da Silva Falcão (Org.)

Flávio Rebughini (Org.)

Meire Cachioni (Org.)

Ruth Caldeira de Melo (Org.)

# GERONTOLOGIA

gestão, direitos, processos  
educativos e saúde

Edições EACH

Bibiana Graeff (Org.)  
Deusivania Vieira da Silva Falcão (Org.)  
Flávio Rebustini (Org.)  
Meire Cachioni (Org.)  
Ruth Caldeira de Melo (Org.)

# GERONTOLOGIA

gestão, direitos, processos  
educativos e saúde

São Paulo  
Edições EACH  
2024

DOI: 10.11606/9786588503737



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada

2024– Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP  
Rua Arlindo Bettio, 1000 – Vila Guaraciaba  
Ermelino Matarazzo, São Paulo (SP), Brasil  
03828-000

#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor  
Vice-Reitor

Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior  
Profa. Dra. Maria Arminda do Nascimento Arruda

#### ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

Diretor  
Vice-Diretor

Profa. Dra. Ricardo Ricci Uvinha  
Profa. Dra. Fabiana de Sant'Anna Evangelista

#### Conselho Editorial das Edições EACH

Profa. Dra. Isabel Cristina Italiano (Presidente EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Rosely A. Liguori Imbernon (Vice-presidente EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Ana Paula Fracalanza (EACH/USP – Brasil)  
Analúcia dos Santos V. Recine (EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Anna Karenina A. Martins (EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Flávia Mori Sarti (EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Maria Eliza Mattosinho Bernardes  
Maria Fátima dos Santos (EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Maria Sílvia Barros de Held (EACH/USP – Brasil)  
Prof. Dr. Sergio Feliciano Pacca (EACH/USP – Brasil)  
Profa. Dra. Verónica Marcela Guridi (EACH/USP – Brasil)

Edição : Celso Melo Filho (Abarca Editorial)  
Projeto gráfico, capa e diagramação : Tebhata Spekman

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO  
Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca.  
Maria Fátima dos Santos (CRB-8/6818)

Gerontologia : gestão, direitos, processos educativos e saúde / [organizadores],  
Bibiana Graeff ... [et al.] . – São Paulo : Edições EACH, 2024.  
1 ebook

ISBN 978-65-88503-73-7 (recurso eletrônico)  
DOI 10.11606/9786588503737

1. Idosos – aspectos sociais. 2. Saúde do idoso. 3. Envelhecimento. 4.  
Geriatria – estudo e ensino. 5. Geriatria – pesquisa. I. Pinto, Bibiana Graeff  
Chagas, org. II. Falcão, Deusivania Vieira da Silva, org. III. Rebustini, Flávio,  
org. IV. Cachioni, Meire, org. V. Melo, Ruth Caldeira de, org.

CDD 22. ed. – 362.6

Como citar esta publicação no todo, segundo ABNT NBR 6023: 2018:

GRAEFF, B.; FALCÃO, D. V. S.; REBUSTINI, F.; CACHIONI, M.; MELO, R. C. (org.). **Gerontologia**: gestão, direitos, processos educativos e saúde. São Paulo: Edições EACH, 2024. 1 ebook. DOI 10.11606/9786588503737.

Como citar o capítulo desta publicação, segundo ABNT NBR 6023: 2018:

SOBRENOME, Iniciais do(s) pré-nome(s); SOBRENOME, Iniciais do(s) pré-nome(s); SOBRENOME, Iniciais do(s) pré-nome(s). Título do capítulo. In: GRAEFF, B.; FALCÃO, D. V. S.; REBUSTINI, F.; CACHIONI, M.; MELO, R. C. (org.). **Gerontologia**: gestão, direitos, processos educativos e saúde. São Paulo: Edições EACH, 2024. p. xx-yy. DOI 10.11606/9786588503737.

# SOBRE OS AUTORES

Alexandra Lindy Silva Cezar - Gerontóloga, graduada em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (2012). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da mesma instituição (2018).

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez – Graduação, Mestrado e Doutorado pela Universidade de São Paulo, Pós-Doutoramento em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília e Pós-graduação em Acupuntura. Atualmente é Professor Doutor da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP)

Bibiana Graeff – Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002), mestrado em Direito Ambiental (Dea Droit de l'environment) pelas Universités de Paris 1 - Panthéon Sorbonne e de Paris 2, Panthéon-Assas (2003) e doutorado em Direito pela Université de Paris 1, Panthéon-Sorbonne, e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2008). Professora na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Bruna Valquiria Baviera – Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. Coordenadora do setor de Reabilitação do Centro de Referência do Idoso (CRI Norte) em São Paulo.

Camila Rodrigues Garcia - Bacharela em Gerontologia, pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo, (2011-2014). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo, (2015-2018).

Deusivania Vieira da Silva Falcão - Professora Associada da Universidade de São Paulo (USP). Realizou Pós-Doutorado na área de Psicogerontologia pela University of Central Flórida (UCF, EUA). Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia Social e Graduada em Psicologia (Licenciatura / Formação em Psicologia Clínica) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Flávio Rebutini - Pós-doutorado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias (UNESP/Rio Claro). Pós-Doutorado em Psicometria (Universidade de Québec à Trois-Rivières - Canada). Doutor em Desenvolvimento Humano e Tecnologia - UNESP - Rio Claro. Mestrado em Ciências da Motricidade pela UNESP/Rio Claro (2005). Especialista

em Psicologia do Esporte e Voleibol. Graduado em Educação Física pela UNIFEC

Glauca Martins de Oliveira Alvarenga - Bacharel em Gerontologia. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia na Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Glenda Dias dos Santos - Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Especialista em Neuropsicologia com Formação em Reabilitação Cognitiva pela Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Lucila Maria Barbosa Egydio - Mestre em Ciências/ Gerontologia, graduada em Ciências Biológicas. Especialização em Ecoturismo (SENAC/SP), trabalha com meio ambiente, sustentabilidade e desenvolvimento por meio do turismo. Desde 2014 mergulhando de Longevidade e Gerontologia, ampliando a atuação nesta área.

Luísa Pimentel - licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra (Portugal). Mestre e doutora em Sociologia, pelo ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa na especialidade de Sociologia da Família e da Vida Quotidiana. Investigadora associada do CIES-IUL e do CICS-Nova, Núcleo de Leiria.

Maria Luisa Trindade Bestetti – Graduada em Arquitetura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), mestrado e doutorado em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo (2002). Pós-doutorado pela Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa (2020). Professora na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Mariana Alves da Silva do Nascimento - Doutora em Arquitetura e Urbanismo (Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2023) com estágio doutoral no Interdisziplinäre Alternswissenschaft (Interdisciplinary Ageing Research Unit) na Goethe Universität (Frankfurt am Main/Alemanha). Mestre em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (2019).

Mayara Cartoni Braz - Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Meire Cachioni – Professora Associada da Universidade de São Paulo. Bacharel e Licenciada em Psicologia pela UNIMEP, Especialista em Gerontologia pela UNIMEP. Mestre, Doutora e Pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutorado em Gerontologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal (2021). Livre-docente pela Universidade de São Paulo (2012).

Mônica Sanches Yassuda - Bacharel em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1990), mestrado e doutorado (1999) em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela Universidade da Flórida, Livre Docente pela USP (2011). Professora Titular (2017) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Atualmente, faz parte do Comitê Executivo do estudo LatAm-FINGERS, financiado pela Alzheimers Association.

Nadir Aparecida Menezes Estevam da Silva - Mestre em Gerontologia na EACH-USP. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (1986). Gestora de Projetos na ILPI Casa dos Velhinhos do Ondina Lobo. Tesoureira do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE). Tem experiência em Gestão de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Paula Villela Nunes – Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP,

residência em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP (2002). Doutorado e pós-doutorado (2021) pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Desde 2013 é Professora Assistente e coordenadora da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Orestes Vicente Forlenza - Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da FMUSP. Mestrado e Doutorado (2000) pelo Programa de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialização em Psiquiatria Geriátrica pela Universidade de Londres (Institute of Psychiatry, Section of Old Age Psychiatry). É Professor Livre Docente pela FMUSP.

Ruth Caldeira de Melo - Professora Associada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). Graduada, Mestra e Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2000). Coordenou o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da EACH-USP (2018/2021). Pós-Doutorado em Gerontologia no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Sabrina Almeida da Silva - Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo em 2015. Mestre em Ciências pelo programa de Pós-graduação em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo em 2018.

Suzana Carvalho Vaz de Andrade - Mestrado em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (2019). Pós-graduação em Gerontologia pela Universidade Nove de Julho (2014). Graduação em Fisioterapia pela Universidade de Santo Amaro (2008).



# SUMÁRIO

- 08** Apresentação
- 09** **Ambiência em instituições de longa permanência para idosos (ILPI): percepções de moradores e familiares**  
Nadir Aparecida Menezes e Maria Luisa Trindade Bestetti
- 31** **A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade na percepção dos profissionais de saúde que atendem a pessoa idosa**  
Bruna Valquiria Baviera; Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
- 47** **Acesso à justiça e pessoas idosas em situação de rua: estratégias de gestão gerontológica em centros de acolhida do município de São Paulo**  
Sabrina Almeida da Silva; Bibiana Graeff
- 73** **O impacto da doença de Alzheimer em casamentos de longa duração**  
Camila Rodrigues Garcia; Luísa Pimentel; Deusivania Vieira da Silva Falcão
- 90** **Mulher idosa como sujeito de direito: breves reflexões gerontológicas e normativas**  
Lucila Maria Barbosa Egydio; Bibiana Graeff
- 109** **Instituições de longa permanência para idosos e o uso de tecnologias assistivas durante a pandemia de covid-19**  
Maria Enaura Vilella Barricelli; Maria Luisa Trindade Bestetti
- 123** **Cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: conhecimentos sobre a doença, sentimentos vivenciados e motivos para cuidar**  
Deusivania Vieira da Silva Falcão; Mayara Cartoni Braz; Camila Rodrigues Garcia; Glenda Dias dos Santos; Mônica Sanches Yassuda; Meire Cachioni; Paula Villela Nunes; Orestes Vicente Forlenza
- 134** **Do Velho para o Novo: o processo de studentification de um bairro paulista na perspectiva de pessoas idosas**  
Mariana Alves da Silva do Nascimento; Deusivania Vieira da Silva Falcão; Maria Luisa Trindade Bestetti
- 154** **Ensino de uso de tablets para idosos no contexto de uma universidade da terceira idade**  
Glaucia Martins de Oliveira Alvarenga; Meire Cachioni
- 173** **Características Psicométricas de Instrumentos de Avaliação Multidimensional de Idosos: uma Revisão Sistemática**  
Alexandra Lindy Silva Cezar; Suzana Carvalho Vaz de Andrade; Flávio Rebutini; Ruth Caldeira de Melo

# APRESENTAÇÃO

Este livro contempla temas relevantes e atuais relacionados ao envelhecimento, com um enfoque interdisciplinar que une a teoria e a prática. A obra reúne dez artigos com resultados de estudos de mestrado desenvolvidos junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, abrangendo aspectos relacionados a gestão gerontológica, acesso à justiça, processos educativos e saúde.

Considerando a heterogeneidade e a interseccionalidade características de velhices diversas, ainda mais no país de grandes desigualdades socioeconômicas que é o Brasil, os trabalhos reunidos abordam uma diversidade de situações (pessoas em situação de rua, pessoas autônomas e independentes, pessoas acolhidas em instituição de longa permanência) e alguns dos desafios que podem se apresentar nos diversos processos de envelhecer (acesso à justiça, inclusão digital, avaliação multidimensional da pessoa idosa, doença de Alzheimer).

A coletânea oferece uma mostra da perspectiva interdisciplinar que fundamenta as pesquisas desenvolvidas junto ao Programa e de como a gerontologia pode contribuir para uma sociedade mais justa e inclusiva para as pessoas idosas. Os dados e reflexões exploratórias apresentados a seguir tratam de temáticas pouco consolidadas na literatura brasileira, fornecendo subsídios para pesquisas futuras. Os artigos sistematizam e organizam conhecimentos produzidos no campo gerontológico, envolvendo tanto o envelhecimento quanto a velhice. Trata-se de uma oportunidade única de aprender e se informar sobre temas tão importantes e necessários para nossa sociedade. Espera-se, assim, que esta coletânea possa contribuir para os avanços da Gerontologia no Brasil.

# AMBIÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): PERCEPÇÕES DE MORADORES E FAMILIARES

Nadir Aparecida Menezes e Maria Luisa Trindade Bestetti

## 1. Introdução

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada e traz em seu contexto demandas e necessidades para atender as pessoas idosas. Na sociedade contemporânea as moradias institucionais, atualmente denominadas como instituições de longa permanência para idosos (ILPI), gradativamente estão abandonando o antigo modelo asilar para construir novas formas de cuidar e abrigar as pessoas idosas, contemplando as necessidades atuais. Desempenham um papel importante diante das necessidades das famílias, onde a mulher, que historicamente assumia a função de cuidar de pessoas idosas, deixa de ter esse papel por vários motivos econômicos e sociais, o que leva à ampliação da demanda por ILPIs (DUARTE, 2014).

Esses equipamentos atendem a pessoas idosas provenientes de diferentes culturas e contextos ambientais, o que dificulta processos rotineiros que respeitem a identidade e a individualidade de cada morador. De acordo com Silva e Yamaguchi (2017), a ILPI precisa acolher o idoso dentro do seu contexto, compreendendo que cada morador pode adequar o ambiente se houver sensibilidade para atender suas demandas e necessidades, minimizando riscos e oferecendo bem-estar, conforto e segurança (ALVES et al., 2017). Silva e colaboradores (2019) afirmaram que as boas condições ambientais que estimulem

o protagonismo e a participação favorecerão a independência, autonomia e autoestima dos moradores, afetando sua qualidade de vida.

Neri (2014) relaciona a dependência dos idosos a vários elementos, ressaltando a importância de auxiliá-los apenas quando necessário para que possam exercer o controle do ambiente, sendo importante valorizar as competências e a independência dos idosos. Ambientes amigáveis podem possibilitar a manutenção das atividades básicas e instrumentais de vida diária, da funcionalidade e da mobilidade, interferindo no comportamento. Ambiência, objeto de discussão desse trabalho, diz respei-

to ao espaço físico e à condição emocional que se constrói nos ambientes compostos com objetos e pessoas. Reflete-se diretamente no bem-estar dos indivíduos, de forma a criar condições positivas ou negativas para as trocas entre os diversos atores que ocupam esse espaço (BESTETTI, 2014).

Os aspectos físicos e sociais do ambiente afetam o comportamento dos sujeitos, podendo estimular o uso do espaço e promover os relacionamentos, motivo pelo qual buscam-se composições que possibilitem ações produtivas (BESTETTI, 2014). Investigar a percepção de ambiência dos moradores e familiares no contexto de uma moradia coletiva, onde há o compartilhamento dos espaços e dinâmicas rotineiras, pode colaborar para a oferta de soluções mais favoráveis à vida destes indivíduos. Nota-se que a vasta literatura sobre ILPI pouco aborda a importância dos ambientes e, mais especificamente, da ambiência para os idosos, e que muito menos enxergam o papel do familiar e da sua percepção como relevantes.

Ambientes físicos que favorecem as necessidades dos idosos, tanto os mais frágeis e com algumas dependências, quanto aqueles que são independentes, garantem autonomia e independência, para que possam interagir de forma positiva no ambiente social (MACHADO, 2018). Ambiência diz respeito ao espaço físico, mas também à condição emocional que se constrói nesses ambientes. Reflete-se diretamente no bem-estar dos indivíduos, de forma a criar condições positivas ou negativas para as trocas entre os diversos atores que ocupam esse espaço.

Ambientes enriquecidos contribuem para a preservação da capacidade

de cognitiva e funcional, retardando as perdas decorrentes do envelhecimento, visto que espaços complexos e estimulantes afetam as condições fisiológicas e cognitivas dos seus usuários, enquanto ambientes empobrecidos (com baixa complexidade e estimulação) estão ligados ao declínio cognitivo e funcional. É importante que haja atratividade estética, proximidade, estímulo aos sentidos, variedade de usos do mesmo espaço, flexibilidade da configuração e atividades educativas e criativas que possibilitem o engajamento e a formação de redes sociais, tornando os ambientes mais significativos (BURZYNSKA; MALININ, 2017).

Pertencimento reflete situações positivas de conexão e significa o sentimento de estar conectado com o ambiente físico e com as pessoas, o que justifica o fato de idosos longevos buscarem relações e ambientes que lhes transmitam segurança e significado, justificando a preferência por ambientes que tragam bem-estar e emoções positivas (WAHL et al., 2012; NASCIMENTO, 2019). Para Pallasmaa (2017), o ser humano é sensorial e corporal e, portanto, o idoso que passa a morar em um residencial coletivo precisa se reconhecer no espaço para habitá-lo, a partir da construção de um significado emergido dos vínculos com o lugar, com vistas à criação do afeto (PEDROSO, 2018).

## Método

Há poucos estudos focados na ambiência, especialmente em ILPIs, o que justifica esta pesquisa, que pretende contribuir para a Gerontologia na relação pessoa e ambiente, com foco na moradia institucional, onde há o compartilhamento dos espaços e di-

nâmicas rotineiras, colaborando para a oferta de soluções mais favoráveis à vida do residente. Dentro deste contexto e da necessidade de compreender a dinâmica entre os moradores e o ambiente institucional, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar e comparar as percepções dos moradores e familiares quanto à ambiência de duas ILPIs paulistanas, levando em conta aspectos tangíveis e intangíveis do espaço, e sua influência no conforto ambiental, bem-estar e no senso de pertencimento dos idosos nos diferentes cenários.

A pesquisa teve caráter qualitativo, exploratório, transversal e descritivo, que incluiu trabalho de campo. Uma revisão de literatura foi realizada para compor o referencial teórico, trazendo um panorama sobre a abordagem da ambiência e do ambiente em ILPIs na literatura disponível. Para a pesquisa de campo, foram feitas entrevistas com base em questionários com perguntas fechadas e abertas sobre ambiência, compreendendo aspectos dos estímulos ambientais. Outros recursos foram importantes para a análise qualitativa, tais como um caderno de campo e visitas aos locais da pesquisa, visando a captar informações que contribuiriam para o alcance dos objetivos.

Foi realizada em duas instituições de longa permanência para idosos localizadas na Zona Sul de São Paulo – Capital, ambas entidades beneficentes e sem fins lucrativos: a ILPI A acolhia 65 idosos de ambos os sexos, contava com 55 colaboradores e 65 voluntários no momento da pesquisa. A outra moradia institucional, denominada ILPI B, acolhia 129 idosos de ambos os sexos, 236 colaboradores e 117 voluntários. É gerida por uma Sociedade Beneficên-

te, a qual destina verbas anuais suficientes para a manutenção das atividades de cuidado ao idoso.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa estabeleciam que os idosos residissem nas ILPIs há pelo menos 6 meses, com 60 anos ou mais e que fossem indivíduos autônomos e com graus de dependência I e II, com capacidade cognitiva suficiente, garantida a partir da indicação da equipe médica. O número de participantes foi limitado a 10 idosos em cada instituição, selecionados por conveniência dos gestores, tendo os 20 participantes concordado em participar da pesquisa, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Os familiares foram selecionados aleatoriamente em momentos de visita e foram feitas igualmente 10 entrevistas em cada instituição. A pesquisa foi aprovada em 28 de novembro de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, sob o CAAE 02883418.2.0000.5390, parecer nº 3.043.381. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por cada participante, além de um documento de autorização expedido pelos responsáveis nas duas moradias institucionais.

Para cada grupo de participantes foi utilizado um protocolo de entrevista específico. O questionário dos idosos foi composto por 15 perguntas fechadas, divididas em três domínios – conforto ambiental, bem-estar e pertencimento, respondidas através de uma escala de faces associada a uma escala numérica de 1 a 5, sendo 1 péssimo e 5 muito bom, além de um cabeçalho para identificação e dados sociodemográficos como sexo, idade e escolaridade.

Foram selecionados pelas instituições apenas idosos com cognição preservada, de modo a não haver dificuldades para esse reconhecimento, que poderia estar comprometido por estados de demência que tornam as expressões pouco significativas para indivíduos nessa condição.

No primeiro domínio, conforto ambiental, estão relacionadas temperatura, iluminação, ventilação, circulação nos corredores e manutenção dos móveis e equipamentos, considerando assim as condições físicas do lugar. No domínio bem-estar, os idosos avaliaram o conforto das poltronas, das cadeiras do refeitório, os possíveis desníveis, a circulação entre os ambientes e o seu bem-estar geral. Esses elementos são necessários para análise, pois estão diretamente relacionados à manutenção da autonomia em atividades de rotina, em especial quanto ao seu sentimento em relação ao lugar. O terceiro e último domínio refere-se à sensação de pertencimento, e foram avaliadas questões relacionadas ao atendimento a solicitações e sugestões, simpatia dos profissionais, valorização do morador pela equipe, atividades nos ambientes coletivos e relacionamentos com outros moradores. Tal conteúdo destaca questões de relacionamento e construção de subjetividades. Já o questionário aberto usado com os idosos continha 9 perguntas relacionadas a aspectos subjetivos, como atividades preferidas, lar, preferências, sentimentos e sensações, entre outros.

O roteiro de entrevista dos familiares consistia em 12 perguntas abertas também com questões subjetivas sobre o idoso na moradia institucional, tais como definição de moradia para idosos, definição de lar, acolhimento,

vivências na moradia institucional, adaptação do idoso, percepção dos cuidados etc. Nas visitas realizadas nas duas ILPIs durante a pesquisa, foi possível observar e acompanhar a dinâmica de cada instituição no seu dia-a-dia, além de presenciar as atividades de vida diária em diversos horários, sendo feitos registros fotográficos e anotações que colaboraram na composição da discussão e das considerações finais.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016), que buscou identificar categorias emergidas a partir das falas e significações dos participantes, sendo descrita de forma objetiva, sistemática e quantitativa. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, e os resultados dos questionários tabelados em Excel. O software MaxQDA 2020 foi utilizado para a análise dos dados qualitativos resultantes das entrevistas, cujas falas foram categorizadas obedecendo as regras supracitadas.

## Resultados e discussão

Os resultados foram divididos para facilitar a compreensão, sendo primeiramente apresentados aqueles referentes aos moradores idosos e, em seguida, os relativos aos familiares.

### Moradores

Na ILPI A foram entrevistados 10 idosos, sendo 2 homens e 8 mulheres. Os participantes tinham diferentes escolaridades, com predominância do 1º grau incompleto, e idade média de 76,3 anos. A Tabela 1 apresenta a avaliação dos moradores sobre conforto ambiental, bem-estar e pertencimento relacionados à moradia.

**Tabela 1** – Avaliação dos moradores da **ILPI A** sobre conforto ambiental, bem-estar e pertencimento em números absolutos.

		péssimo	ruim	regular	bom	muito bom
Conforto	Temperatura nos ambientes			4	5	1
	Iluminação nos ambientes			1	6	3
	Ventilação nos ambientes			2	5	3
	Circulação nos corredores			1	8	1
	Manutenção móveis equipam.	1		4	5	
Bem-estar	Conforto das poltronas		1	1	5	2
	Conforto das cadeiras (refeit.)		3	2	2	2
	Desníveis entre ambientes		1	1	6	3
	Circulação entre ambientes		2	4	3	2
	Bem-estar na moradia			1	5	2
Pertencimento	Atendimento a solicitações	1	1	1	4	5
	Simpatia dos profissionais			2	3	3
	Valorização do morador			2	5	3
	Atividades ambientes coletivos				6	4
	Relacionamento com outros moradores			2	5	3

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2019.

Com base na Tabela 1, verificou-se que os itens no domínio Conforto foram classificados como bom, seguido por regular e muito bom, tendo apenas 1 idoso classificado a manutenção dos equipamentos e móveis como péssima. Quanto ao domínio do bem-estar, também prevaleceu a avaliação boa dos itens, seguida de muito bom e regular. 4 idosos avaliaram os itens *conforto das poltronas*, *cadeiras do refeitório* e *desníveis entre ambientes* como ruins, e apenas 1 idoso avaliou os desníveis entre ambientes como péssimo. Com relação ao pertencimento, os idosos consideraram como bom e muito bom, tendo apenas 3 idosos classificado os itens *atendimento a sugestões e solicitações* e *relacionamento com outras pessoas* como regular, sendo o item simpatia dos profissionais o que mais dividiu as opiniões. Mais de 70% dos idosos consideraram este aspecto bom e muito bom, evidenciando o quanto eles se sentem pertencentes ao lugar e o consideram sua casa.

Já na ILPI B foram entrevistados 10 idosos, sendo 5 homens e 5 mulheres. Os participantes apresentaram diferentes graus de escolaridade, com predominância do 2º grau incompleto, e idade média de 78,7 anos. A Tabela 2 apresenta a avaliação dos moradores sobre conforto ambiental, bem-estar e pertencimento relacionados a moradia.

**Tabela 2** – Avaliação dos moradores da **ILPI B** sobre conforto ambiental, bem-estar e pertencimento em números absolutos.

		péssimo	ruim	regular	bom	muito bom
Conforto	Temperatura nos ambientes			2	7	1
	Iluminação nos ambientes				6	4
	Ventilação nos ambientes			1	6	3
	Circulação nos corredores			1	5	4
	Manutenção móveis equipam.				3	7
Bem-estar	Conforto das poltronas				8	2
	Conforto das cadeiras (refeit.)		1	1	5	3
	Desníveis entre ambientes				6	4
	Circulação entre ambientes				5	5
	Bem-estar na moradia				1	9
Pertencimento	Atendimento a solicitações			1	4	5
	Simpatia dos profissionais			1	1	8
	Valorização do morador				4	6
	Atividades ambientes coletivos				3	7
	Relacionamento com outros moradores			2	4	4

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2019.

De acordo com a Tabela 2, foi possível perceber que a maioria dos idosos consideraram os itens do domínio conforto ambiental como bom, exceto por *manutenção dos móveis e equipamentos*, que foi considerado como muito bom por 7 idosos. Nenhum dos idosos avaliou este bloco como ruim ou péssimo.

Com relação ao domínio bem-estar, apenas o item *conforto das poltronas da casa* recebeu avaliações ruim e regular de 2 idosos, sendo todos os outros itens considerados bom e muito bom. O item *bem-estar na moradia* foi o que recebeu mais bem avaliado pelos idosos.

Quanto ao pertencimento, os participantes classificaram a maioria dos itens como muito bom, exceto por *simpatia dos profissionais* e *relacionamento com outras pessoas* que foram avaliados como regular por 3 moradores. Com relação à atenção às sugestões e solicitações se sentem perfeitamente respeitados, expressam satisfação e se sentem felizes por sempre serem atendidos prontamente. No tocante a *simpatia dos profissionais da casa*, relatam que os mesmos são muito educados e sorridentes, fazendo com que os idosos se sintam acolhidos. Consideram que a equipe *valoriza* muito o morador, se sentem seguros e cuidados e reco-

nhecem que os profissionais são muito competentes. Existe uma participação muito significativa dos moradores nas atividades nos ambientes coletivos, relatam que são muitas opções para todos os gostos e que são muito interessantes. Quanto ao *relacionamento com as outras pessoas*, o consideram prazeroso, conversam e fazem programas externos em pequenos grupos, independentes da programação da casa,

e existe uma proximidade natural por fazerem parte da comunidade judaica.

Quanto às percepções da ambiência, a seguir serão descritos os resultados obtidos na análise qualitativa a partir da análise de conteúdo das respostas dos moradores. O Quadro 1 apresenta as categorias, subcategorias, definições, códigos e exemplos de respostas dadas na íntegra pelos moradores das duas instituições.

**Quadro 1** – Categorias e subcategorias: definições, códigos e exemplos das respostas dos moradores.

Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos e exemplos de trechos extraídos das respostas dos participantes	
	Moradores ILPI A	Moradores ILPI B
<b>Categoria 1: Bem-estar (B)</b> Definição: Esta categoria compreende aspectos objetivos e subjetivos que trazem bem-estar e prazer aos moradores	<b>Atividades (AV). Ex:</b> “Eles fazem todo ano [um passeio] no Dia do Idoso, é muito bom. A gente vai num restaurante muito chique, tem música ao vivo, tem muita dança, comida muito boa, a gente fica lá o dia todo.”	<b>Atividades (AV). Ex:</b> “Eu gosto de tudo, mas geralmente eu gosto da biblioteca, do computador.”
	<b>Convivência (CV). Ex:</b> “Eu morei muitos anos sozinha, eu estava caindo em depressão, por isso que eu vim pra cá. Eu me sinto bem, almoçar com gente do meu lado e tudo.”	<b>Convivência (CV). Ex:</b> “A gente se comunica, se entende, se cumprimenta, vive junto, está tudo bem.”
	<b>Autonomia (AU). Ex:</b> “Gosto da minha liberdade. Fazer o que eu preciso fazer, a hora que eu quiser, na hora que eu posso.”	<b>Autonomia (AU). Ex:</b> “Eu faço aquilo que eu preciso, que eu tenho necessidade, eu não tenho restrições pra sair também, então eu saio.”
	<b>Colaborar com a instituição (CI). Ex:</b> “Fico na recepção quando precisa, faço com muito prazer, eu gosto de atender as pessoas”	<b>Acolhimento e apoio (ACAP). Ex:</b> “Sou muito bem tratada aqui, [...] tudo o que eu peço elas fazem.”

[cont.]

Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos e exemplos de trechos extraídos das respostas dos participantes	
	Moradores ILPI A	Moradores ILPI B
<b>Categoria 2: Pertencimento (P)</b> Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos o senso de pertencimento do idoso dentro da instituição, demonstrado seu entrosamento e a construção de vínculos com o lugar.	<b>Participação (PA). Ex:</b> “Meus amigos é o pessoal que mora aqui, porque minha família não vem me ver, mora muito longe. Então... Eu entro na conversa com todo mundo, me chama eu vou.”	<b>Participação (PA). Ex:</b> “Eu participo, eu ajudava na recepção, fazia correspondência, [...] trabalhava, ajudava os funcionários pra mim não ficar parado, pra mim é uma alegria fazer alguma coisa.”
	<b>Adaptação (AD). Ex:</b> “Tive que me adaptar, eu estava acostumada a morar sozinha [...]. É complicado, não é fácil.”	<b>Adaptação (AD). Ex:</b> “Eu estou totalmente ambientado, eu me sinto bem demais aqui.”
	<b>Noção de lar (NL). Ex:</b> “Eu estou num verdadeiro lar, porque eu gosto daqui, [...] eu não fui muito feliz com a minha filha, então pra mim aqui é muito bom, eu não pretendo sair daqui.”	<b>Noção de Lar (NL). Ex:</b> “Eu estou no meu lar, continuação da minha casa.”
	<b>Território (TE). Ex:</b> “No meu sofá, que cada uma tem o seu, na sala de TV.”	<b>Relacionamento com outros moradores (RM). Ex:</b> “A gente fala a mesma língua, nós somos todos idosos, nós somos da mesma religião, então aqui a gente aprende muito, sobre o que a gente sabe ensina, sobre o que a gente não sabe, aprende.”
<b>Categoria 3: Ambiente (A)</b> Definição: Esta categoria abarca as percepções dos idosos quanto ao ambiente da instituição, tratando tanto de elementos físicos e de como se apropriam do espaço, demarcando seu território e preservando sua independência.	<b>Espaços agradáveis (EA). Ex:</b> “Eu fico ali sentada nas árvores, nos bancos, aqui dos lados, é no quintal. [...] Eu gosto muito de circular, aqui você vê, temos bastante espaço.”	<b>Espaços agradáveis (EA). Ex:</b> “Tem um jardim confortável, com bancos, você pode sentar, ler, ficar sozinho ali e não é perturbado nem nada, então são locais assim que você pode ter sossego e paz, ou no quarto, ou no jardim.”
	<b>Independência (ID). Ex:</b> “Tranquilamente, com a minha bengalinha eu vou pra qualquer lugar.”	<b>Território (TE). Ex:</b> “O meu quarto é o meu quarto, o meu banheiro, aqui eu me sinto na minha casa, eu faço o que eu quero lá dentro.”

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2020.

**Tabela 3** – Frequências das unidades de análise em valor absoluto e porcentagem, separadas por subcategoria e grupo de participantes.

Categorias e subcategorias	Frequência das unidades de análise			
	Moradores ILPI A (n)	Moradores ILPI (n)	Total (n)	%
<b>Bem-estar (B)</b>				
Atividades (AV)	11	7	18	32%
Convivência (CV)	14	9	23	41%
Autonomia (AU)	4	3	7	13%
Colaborar com a instituição (CI)	4		4	7%
Acolhimento e apoio (ACAP)		4	4	7%
<b>Total</b>	33	23	56	100%
<b>Pertencimento (P)</b>				
Participação (PA)	4	16	20	27%
Adaptação (AD)	7	8	15	21%
Noção de Lar (NL)	8	9	17	23%
Território (TE)	10		10	14%
Relacionamento com outros moradores (RM)		11	11	15%
<b>Total</b>	29	44	73	100%
<b>Ambiente (A)</b>				
Espaços agradáveis (EA)	6	14	20	42%
Independência (ID)	4		4	8%
Território (TE)		24	24	50%
<b>Total</b>	10	38	48	100%

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2020.

A Figura 1 ilustra, através da nuvem de palavras, os termos mais frequentes nas respostas dos moradores abrangendo as três categorias. O tamanho da palavra é proporcional à sua frequência, ou seja, quanto maior a palavra, mais recorrente ela foi.



ção de pertencer favorece a satisfação e adaptação do idoso em determinado espaço, promovendo sua apropriação do lugar ao viver ali cotidianamente (BURNS, LAVOIE, ROSE, 2012). Para muitos é custosa a adaptação às novas condições de moradia, que exige ajustes, por isso a importância de se sentirem seguros e confortáveis no local, fato que contribuirá para que se sintam em casa (HOOF et al., 2016). Isso demonstra sua relação significativa e integração com o ambiente e com os outros moradores e colaboradores.

Para eles a ILPI caracteriza-se como um lar por conta dos laços criados, dos relacionamentos, da proteção e da segurança proporcionada, que a torna um local bom para morar (OLIVEIRA, ROZENDO, 2014). Também porque este lugar lhes assegura sua sobrevivência até a morte, evidenciando que os idosos sentem que aquele é seu lar, como expresso repetidas vezes em falas como:

“Sinto que aqui é a minha casa, as vezes eu saio para a casa da minha irmã de fim de semana e tal, mas eu gosto é de ficar aqui, não vejo a hora de voltar para casa” (E., mulher, 82 anos).

Isso vai de acordo com o estudo de Oliveira e Rozendo (2014), que buscou compreender o significado da ILPI para idosos institucionalizados e concluiu que a instituição pode ser a única opção de moradia para estes, suprimindo suas necessidades humanas, como alimentação, higiene, repouso, cuidado e respeito, ao trazer conforto, estabilidade e segurança para os moradores. Braga, Bestetti e Franco (2016) reafirmam esse argumento ao relacionar os resultados da sua pesquisa à pirâmide hierárquica de Maslow, onde as necessidades básicas ou fisiológicas

do ser humano estão no primeiro nível e relacionadas à sua sobrevivência.

Um aspecto significativo foi elogiarem o fato de as poltronas serem personalizadas e relatam com grande destaque que cada um tem a sua, sendo esse um fator positivo na avaliação, como expresso na fala: “A minha cadeira é essa, aqui tem lugar marcado” (L., mulher, 82 anos).

Percebe-se claramente a importância do território para os moradores, definido não apenas no espaço privado, mas também no coletivo, o que revela a importância do domínio sobre o seu território pessoal. Souza (2019 apud VEIGA, FERREIRA, CORDEIRO, 2016, p. 455) corrobora com essa ideia quando afirma que “os territórios possuem uma dimensão política, circunscrita por relações de poder”.

De acordo com os resultados, 7 dos 10 dos idosos relataram boas condições de conforto ambiental. Foi possível inferir que a maioria dos idosos consideram que a casa oferece um bom espaço coletivo, amplo, arejado, com áreas verdes e espaços para descanso, sendo fácil localizar-se internamente. Os moradores declaram que nos ambientes há boa ventilação e iluminação, inclusive relatam que todos os ambientes são claros e que os corredores são largos, com rampas e corrimãos, sendo que boa parte sente facilidade em circular pela casa, o que lhes garante independência.

Alguns aspectos físicos são insuficientes, como a altura das poltronas e as mesas e assentos dos refeitórios, que são fixos e em alvenaria, pois trata-se de uma instituição de caráter beneficente que se mantém através de doações, o

que justifica o fato de alguns ambientes e equipamentos não estarem totalmente adequados ao uso por indivíduos idosos, embora eles encontrem-se satisfeitos e declarem ter muito apreço pela instituição. Apesar destes serem apenas alguns elementos do conforto, eles concorrem para que os idosos se sintam seguros e para a manutenção da autonomia e independência, outro item mencionado como importante por eles. Hazin (2012) relaciona conforto ambiental com qualidade de vida, bem-estar físico e mental, interferindo de forma positiva no comportamento humano, principalmente para o idoso que permanece muito tempo no seu domicílio.

Quanto à ILPI B, nota-se que a qualidade do serviço prestado é reconhecida pelos moradores, que avaliaram muito bem todos os domínios. No tocante ao bem-estar, a satisfação é quase unânime, pois expressam prazer, tranquilidade e se sentem acolhidos e felizes em morar naquele local. Revelaram que se sentem privilegiados por morar em uma casa confortável que lhes assegura confiança, proteção, acolhimento e apoio, tendo todas suas necessidades atendidas prontamente, como expresso na fala: “Eu sou bem tratado por todo mundo, todo mundo gosta de mim como eu gosto deles.” (R., homem, 74 anos).

Sentem-se independentes por poder circular livremente em locais seguros e acessíveis, e têm sua autonomia preservada ao realizarem suas atividades de acordo com sua vontade. Nascimento e Bestetti (2019) afirmam que viver em um ambiente no qual a pessoa idosa está acostumada favorece sua autonomia e segurança. É importante observar que todos os

apartamentos são individuais, com seu próprio banheiro e área de estar, e que há vários ambientes destinados a diferentes atividades coletivas (biblioteca, cinema, jardim, etc.).

Zaidan (2009, apud Duarte, 2014) ressalta que a construção da identidade do idoso está diretamente relacionada ao espaço físico e ao processo de reconhecimento do indivíduo com o lugar, resultando em sentimento de comunidade, inclusive pela convivência saudável com os outros moradores, o que também contribui para o bem-estar (LAGER, VAN HOVEN, HUIGEN, 2013; BURNS, LAVOIE, ROSE, 2012).

Conforme demonstrado, os idosos sentem-se bem e pertencentes àquele lugar, não apenas porque têm suas necessidades atendidas, mas também porque fazem parte de um ambiente que preserva sua cultura e tradições. Este resultado era esperado, considerando que muitos idosos vão morar na instituição por necessidades de cuidados, característica semelhante à observada na ILPI A, mas também por opção, por serem membros da comunidade judaica.

Esta identidade comum contribui para que estes idosos sejam capazes de estabelecer vínculos com o lugar e com os outros moradores, tendo sua cultura respeitada e preservada através dos rituais, alimentação, festas, etc., sentindo-se então pertencentes àquele espaço (PEDROSO, 2018), tendo maior facilidade em transformá-lo em lar (PALLASMAA, 2017). Esses fatos, aliados ao elo existente entre a comunidade israelita e ao alto padrão da instituição, permitem que a adaptação e a permanência se tornem mais fáceis e prazerosas, de forma que a maioria

reconhece a instituição como seu lar, como expresso na fala: “Eu sinto que aqui é minha casa, tanto é que quando eu saio, eu falo, ‘eu vou até em casa pegar um negócio’, aqui é a minha casa” (P., mulher, 83 anos).

Assim como na ILPI A, os idosos da ILPI B, também são engajados nas atividades oferecidas pela instituição. No entanto, eles relataram ter vínculos mais fortes com outros moradores, demonstrando um alto entrosamento entre eles ao vivenciarem experiências do cotidiano juntos, o que pode ser explicado em parte por conta da afinidade proveniente da mesma cultura, como relatado por uma moradora: “Aos sábados nós saímos, eu e mais umas amigas, a gente vai almoçar fora, é muito bacana. É uma união do grupo aqui da casa, sempre da casa.” (P., mulher, 83 anos).

Há muita satisfação com o conforto do ambiente, pois trata-se de uma instituição de alto padrão onde os moradores podem customizar seus apartamentos individuais, garantindo sua privacidade e individualidade. Ainda, segundo relatos, rapidamente são atendidos quanto a qualquer necessidade de manutenção. Por terem vários ambientes, os quartos proporcionam aos moradores a sensação de estarem realmente em suas casas, reconhecendo aquele espaço como seu, o identificando claramente como seu território ao repetirem várias vezes “meu quarto” em diferentes momentos.

Hoof e colaboradores (2016) chegaram a resultados de pesquisa comprovando que os residentes que moram em quartos maiores apresentavam maior grau de satisfação e entendimento de casa, pois lhes é dada a oportunidade de trazer mais objetos

personais, mantendo desta forma sua privacidade e autonomia. Segundo Van Hees e colaboradores (2017) a sensação de ter seu próprio espaço dentro de um ambiente coletivo representa independência e permite que os idosos criem suas experiências, memórias, histórias e identidades individuais, desenvolvendo senso de apego ao lugar e de pertencimento. Vale ressaltar que a ILPI B possui ambientes planejados e mobiliário adequado, seguindo as normas de acessibilidade. Isso porque a instituição possui recursos para investir nas instalações, proporcionando vários ambientes agradáveis, tais como o jardim, muitas vezes mencionado.

## Familiares

Na ILPI A foram entrevistados 10 familiares, sendo 3 homens e 7 mulheres. Nesta instituição encontramos dificuldade na coleta, pois nem todos os idosos têm familiares e os que têm não visitam o seu idoso com frequência. Assim, foi necessário ficar na instituição durante alguns períodos no final de semana aguardando o familiar.

Na ILPI B foram entrevistados 10 familiares, sendo 5 homens e 5 mulheres. Nesta instituição os familiares são muito presentes, assim encontramos facilidade nas entrevistas, embora a ocasião de um evento tenha sido propícia para a coleta.

Em relação aos resultados obtidos de entrevistas com familiares, também foi feita uma análise qualitativa das respostas seguindo a técnica de análise de conteúdo. As categorias e subcategorias emergidas e seus respectivos exemplos na íntegra estão descritos no Quadro 2 abaixo, separados por instituição.

**Quadro 2** – Categorias e subcategorias: definições, códigos e exemplos das respostas dos familiares.

Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos e exemplos de trechos extraídos das respostas dos participantes	
	<i>Famíliares ILPI A</i>	<i>Famíliares ILPI B</i>
<p><b>Categoria 1: Bem-estar (B)</b>                      Definição: Nessa categoria estão reunidos os aspectos importantes para os familiares com relação ao bem-estar dos moradores idosos. Refere-se à elementos sensíveis e intangíveis da ambiência, que faz com que os idosos se sintam acolhidos.</p>	<p><b>Cuidados (CD). Ex:</b>                      “É importante todo o cuidado com o idoso, desde o cuidado com a saúde, atividades, alimentação, isso é o mais importante pra eles.”</p>	<p><b>Cuidados (CD). Ex:</b>                      “Ela é bem assistida [...], eu vejo que ela está cercada de cuidados, que me deixa mais tranquilo do que na minha residência.”</p>
	<p><b>Atenção (AT). Ex:</b>                      “O que eu presencio é carinho, é atenção, os remédios sempre na hora certa, eles são muito atenciosos com os idosos.”</p>	<p><b>Carinho dos Colaboradores (CC). Ex:</b>                      “O principal diferencial que eu vejo é o carinho, que eles são bem tratados, o carinho que os colaboradores passam para eles. Não são somente funcionários, [...] se importam com eles.”</p>
	<p><b>Convivência (CV). Ex:</b>                      “Essa possibilidade de convívio com outras pessoas da mesma faixa etária, eu acho legal isso, não existe uma exclusão, pelo contrário, existe uma inclusão.”</p>	
<p><b>Categoria 2: Pertencimento (P)</b>                      Definição: Esta categoria agrupa elementos identificados pelos familiares que caracterizam o quão adaptados e familiarizados estão os idosos, demonstrando seu senso de pertencimento à ILPI.</p>	<p><b>Adaptação (AD). Ex:</b>                      “No começo ela estava meio estranha, mas ela já se adaptou bem, ela gosta muito daqui.”</p>	<p><b>Adaptação (AD). Ex:</b>                      “Com o tempo ele foi se adaptando, acostumando com o modo de vivência aqui no lar [...], até que agora ele realmente viu que é um lugar que ele possa viver bem e aproveitar o resto da vida que ele possui.”</p>
	<p><b>Acolhimento (AC). Ex:</b>                      “A gente tem aquele preconceito asilo, aqui a gente não sente como um asilo, a gente sente como a casa do idoso mesmo, então pra mim aqui é a casa da minha mãe.”</p>	<p><b>Noção de Lar (NL). Ex:</b>                      “Ela fala que aqui é o melhor lugar do mundo. Aqui é a casa dela.”</p>
		<p><b>Participação (PA). Ex:</b>                      “Em dois meses, ele com 98 anos, remoçou 10 anos, participando de todas as atividades.”</p>

[cont.]

<p><b>Categoria 3: Ambiente (A)</b></p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes elementos do espaço físico considerados importantes pelos familiares, além da sensação que a ILPI traz, e a visão deles sobre o que é essencial dentro deste ambiente.</p>	<p><b>Segurança e proteção (SP). Ex:</b></p> <p>“A questão da segurança, o local tem que estar mesmo adequado pros idosos. Aqui eles estão protegidos.”</p>	<p><b>Segurança e proteção (SP). Ex:</b></p> <p>“Eu preferi colocar ela aqui porque aqui é um lugar de confiança, eu sei que ela é bem cuidada.”</p>
	<p><b>Espaços agradáveis (EAGR). Ex:</b></p> <p>“Espaço para a gente conversar aqui tem bastante, embaixo das árvores, nos bancos aqui fora, em qualquer lugar.”</p>	<p><b>Espaços agradáveis (EAGR). Ex:</b></p> <p>“Eu costumo ficar muito perto do aquário, eu adoro aquilo lá e ela gosta também, é bom para respirar o ar puro, não só o ar de dentro.”</p>
	<p><b>Elementos Essenciais (EE). Ex:</b></p> <p>“Eu acho que ela [a ILPI] tem que ser acolhedora e ter assistências [...], acessibilidade, manutenção e assistência aos idosos, enfermagem, é o que tem aqui, a gente considera a casa muito boa.”</p>	<p><b>Adaptação do espaço (AE). Ex:</b></p> <p>“Eu acho essencial é a gente tornar a habitação do idoso como se fosse um prolongamento da casa dele, então é importante ter móveis, quadros, tudo o que lembre a casa dele, pra ele se sentir não como um estranho no ninho.”</p>

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2020.

As subcategorias mais destacadas entre todas foram as mesmas em ambas as instituições, como pode ser visto na Tabela 4. A primeira categoria está relacionada ao bem-estar, no grupo da ILPI A emergiram três subcategorias e duas no grupo do ILPI B, sendo a mais relatada a importância dos cuidados, com 22 unidades de análise na ILPI A e 18 unidades de análise na ILPI B. A segunda categoria diz respeito ao pertencimento, e a subcategoria com mais menções foi a adaptação, com 8 unidades de análise na ILPI A e 10 unidades no ILPI B. Na terceira categoria, que se refere ao ambiente, predominou a segurança e proteção, na ILPI A com 9 unidades de análise e no ILPI B com 10 unidades de análise.

**Tabela 4** – Frequências das unidades de análise em valor absoluto e porcentagem, separadas por subcategoria e grupo de participantes.

Categorias e subcategorias	Frequência das unidades de análise			
	Moradores ILPI A (n)	Moradores ILPI (n)	Total (n)	%
<b>Bem-estar (B)</b>				
Cuidados (CD)	22	18	40	56%
Atenção (AT)	10		10	14%
Convivência (CV)	7		7	10%
Carinho dos colaboradores (CC)		15	15	21%
<b>Total</b>	39	33	72	100%
<b>Pertencimento (P)</b>				
Adaptação (AD)	8	10	18	49%
Acolhimento (AC)	6		6	16%
Noção de Lar (NL)		7	7	19%
Participação (PA)		6	6	16%
<b>Total</b>	14	23	37	100%
<b>Ambiente (A)</b>				
Segurança e Proteção (SP)	9	10	19	44%
Espaços agradáveis (EA)	4	8	12	28%
Elementos essenciais (EE)	5		5	12%
Adaptação do espaço (AE)		7	7	16%
<b>Total</b>	18	25	43	100%

Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2020.

A nuvem de palavra ilustrada na Figura 2 traz os termos mais frequentes nas respostas dos familiares abarcando as três categorias. O tamanho da palavra é proporcional a sua frequência, ou seja, quanto maior a palavra, mais recorrente ela foi.

**Figura 2** – Representação gráfica dos conteúdos expressos pelos familiares com relação dos domínios bem-estar, pertencimento e ambiente. A imagem à esquerda se refere à ILPI A e à direita ao ILPI B.



Fonte: Nadir Aparecida Menezes, 2020.

Assim como no caso dos moradores, os familiares também demonstraram ter percepções semelhantes das instituições. Em ambos os casos, o cuidado se destacou como o elemento principal pensando no bem-estar do idoso, e os familiares relataram sentir-se seguros ao saber que as instituições prestam uma assistência adequada. Creutzberg e colaboradores (2007) afirmam que a família enxerga na ILPI “a extensão de si mesma para cuidar adequadamente de seu idoso” (CREUTZBERG et al., 2007, p. 151), o que pode explicar esta preocupação dos familiares com o cuidado.

No caso dos familiares da ILPI A, a atenção da equipe e a convivência com outras pessoas também foram vistas como positivas. Isso porque muitos idosos viviam sozinhos ou sem condições de autocuidado, permanecendo em situação de risco, e, portanto, a ida para a ILPI trouxe uma melhoria na qualidade de vida e no bem-estar destas pessoas, como relatado por LR (homem): “Eu fui com ele [idoso] em outros lugares, mas em nenhum outro lugar oferecia essa qualidade de vida que a gente encontra aqui”.

Já os familiares do ILPI B relatam que o carinho dos colaboradores com os idosos traz a tranquilidade de que estão sendo bem tratados: “A interação é maravilhosa, eles são extremamente atenciosos, estão sempre gentis, com um sorriso, perguntando se precisa de alguma coisa” (I, mulher).

No que diz respeito ao pertencimento dos idosos, novamente os dois grupos de familiares identificaram a adaptação como algo muito importante para os moradores, comentando que houve uma fase de adaptação ao novo lar, mas que os idosos gostam muito das instituições e já se sentem parte do todo. Os familiares da ILPI A acrescentaram que o acolhimento da instituição também foi muito importante para que isso ocorresse. Em alguns casos, a ILPI pode ser vista como um local que permite o estabelecimento de novos vínculos, diminuindo sentimentos negativos anteriores à institucionalização. Para eles, este novo lar pode ser tão bom ou melhor do que sua família e residência originais (CREUTZBERG et al., 2007).

No caso da ILPI B, os familiares relatam que o conforto e a privacidade

proporcionados pelos quartos individuais contribuem para a compreensão do idoso daquele lugar como sua casa, além do incentivo à participação social constante com as diversas atividades ofertadas, como relatado por LK (homem):

“Isso também me passa uma tranquilidade, ela não sentiu a mudança, que ela sempre morou num apartamento, na casa dela, tinha as coisas dela. Eu trouxe as coisas dela pra cá, quadros e coisas que ambientassem ela ao local, então ela se sente em casa.”

Para Machado (2018), o controle do ambiente assegurado pelo espaço individual de cada idoso proporciona uma sensação de continuidade e permanência, o que faz com que os moradores entendam ali como seu lar, garantindo o senso de pertencimento.

Quanto ao ambiente da ILPI, ambos os grupos relataram sentirem que os idosos estão seguros e protegidos dentro das instituições, e que as duas casas, ainda que tenham estruturas muito diferentes, oferecem espaços agradáveis que atendem às expectativas de cada grupo. O grupo da ILPI A também mencionou alguns elementos que considera essenciais para que a ILPI tenha uma ambiência favorável ao idoso, tais como assistência e acolhimento, além de uma estrutura adequada. Já o grupo da ILPI B enfatizou que a adaptação do espaço para que a ILPI se pareça com a casa original do idoso, entendida como uma extensão dela, é importante para que ele se sinta ambientado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora em cenários ambientais muito diferentes, foram identificadas na ILPI A e na ILPI B pontos muito se-

melhantes, tanto com relação aos moradores quanto os familiares. Os resultados da pesquisa demonstram que os domínios citados estão relacionados à ambiência e refletem as relações sociais, que permitem a construção de subjetividades na convivência entre moradores com diferentes culturas e histórias de vida (BESTETTI, 2014). As relações afetivas entre colaboradores e idosos se apresentam bastante próximas e carinhosas, mostrando-se estes últimos satisfeitos com o cuidado prestado, com o ambiente ao seu redor e com as oportunidades de trocas, atividades e vivências proporcionadas pela instituição, considerada como seu lar.

Em ambas as instituições, nota-se que as diferenças nas percepções da ambiência não são muito significativas, mas colaboram para o sentimento de pertencimento. Enquanto na ILPI A os idosos estão limitados a um grande espaço compartilhado, no ILPI B são disponibilizados apartamentos individuais de ótima qualidade e alto padrão, que por eles são reconhecidos como sua casa. Mais uma vez nas falas aparece a importância da territorialidade para a sensação de pertencimento.

Pallasmaa (2017) retrata lar como um espaço de moradia onde se expressa a individualidade, a identidade e a personalidade do morador, sendo único e pessoal. Afirma ainda que significa muito mais que um espaço construído, pois agrega valores, sentimentos e memórias, produzindo segurança e conforto. Veiga e colaboradores (2016) ressaltam que:

A construção identitária de grande parte das pessoas idosas encontra-se profundamente ancorada nos territórios onde vivem, principalmen-

te quando estas pessoas residem há muito tempo em um mesmo espaço geográfico, no qual vivenciam uma parte muito substantiva do seu cotidiano (VEIGA; FERREIRA; CORDEIRO, 2016, p. 453).

Observou-se que, para alguns idosos, é preciso um esforço diário para se adaptarem na nova moradia, pois a existência de normas e horários a serem cumpridos impõe rotinas diárias muito diferentes da sua casa original. Mesmo assim, compreendem que as regras são necessárias para manter a organização e o bom andamento da convivência nos ambientes coletivos.

Embora vivam em contextos diferentes, existe uma semelhança nas percepções dos moradores e familiares de ambas as ILPIs. Há uma predominância nos conceitos “bom e muito bom” quanto à avaliação dos domínios, demonstrando uma visão muito positiva da ambiência e dos serviços prestados, toda confiança sendo depositada nas equipes. Os familiares relataram ter os mesmos anseios e expectativas com relação às instituições, priorizando o cuidado como o elemento principal para os idosos. Ainda que muitos tenham relatado a dificuldade do processo de decisão sobre a institucionalização, parece que a opção pela moradia institucional foi uma escolha acertada por conta da necessidade de cuidados do idoso. Eles entendem que a instituição proporciona segurança, conforto e carinho, sentindo-se seguros e confiantes com a atenção recebida, pois acreditam que seus entes estão protegidos e são tratados com dignidade e respeito.

Consideramos que a principal diferença entre os grupos é a força do

vínculo entre os familiares e os idosos, sendo que na ILPI B as visitas e interações são constantes, mantendo os laços entre eles fortes, o que também colabora para que os idosos considerem a instituição como sua casa. Por outro lado, na ILPI A as visitas de familiares são esporádicas por vários motivos, entre eles a questão financeira, o deslocamento, a distância etc., o que prejudica o vínculo com os idosos. Além disso, muitos moradores não têm família ou amigos, construindo laços dentro da própria instituição. Conforme afirma Alcântara (2004), o vínculo com a família deve ser preservado, pois o carinho proporcionado pelos familiares não é substituível pela atenção oferecida pelos profissionais, nem pelos vínculos criados com outros moradores. Na realidade, estes laços podem se complementar e trazer afeto e bem-estar ao idoso.

Um aspecto importante para que isso ocorra é o convívio social dentro da instituição, que deve ser promovido através de atividades, passeios, eventos etc. e ambientes que oportunizem as trocas sociais. Como observado na pesquisa, os grupos de moradores das duas instituições relataram que a oferta de atividades e a possibilidade de escolha são significativas para a formação dos vínculos com outros residentes de forma espontânea, pois assim podem desenvolver relações com aqueles com quem têm mais afinidade.

A ambiência é então fundamental para que todos esses processos se desenvolvam da melhor forma possível dentro da instituição. É fundamental que os ambientes sejam não só adequados para os idosos, mas que também tragam aconchego, conforto, tranquilidade. Espaços lúdicos, recreativos

e contemplativos devem mesclar-se com as áreas destinadas ao cuidado, terapias e assistência. Neste contexto, podemos caracterizar a ambiência, que abrange os elementos físicos e subjetivos do ambiente, como satisfatória em ambos os casos. A relação deles com a instituição é positiva, gerando a segurança de que serão sempre cuidados e a garantia de que terão uma moradia digna por tempo indeterminado.

A proposta metodológica elaborada e aplicada neste estudo cumpriu o seu propósito ao investigar diferentes ambientes, com o objetivo de caracterizar e comparar as percepções dos moradores e familiares quanto à ambiência, focando no conforto ambiental e sua influência no bem-estar e no senso de pertencimento dos idosos. Ainda assim, ressalta-se que a pesquisa apresentou algumas limitações como um número pequeno de participantes, que não permite tecer considerações mais generalizadas sobre o tema, e o protocolo de pesquisa, que deve ser retrabalhado para que seja apresentado de maneira mais objetiva. Ainda, a escolha dos locais de pesquisa limita os resultados à realidade destes equipamentos, que por localizarem-se em São Paulo, possuem uma situação diferenciada de outras instituições no próprio Estado e no país.

Embora a sociedade ainda mantenha seus preconceitos com relação as instituições de longa permanência, é claramente uma alternativa de suporte social, um equipamento que permite ser um “lugar” de encontros de pessoas idosas, que precisam e desejam um lar. Esses modelos de assistência de longo prazo vêm se modificando gradativamente, trazendo um novo perfil do seu morador e uma nova forma de cuidar.

Portanto, faz-se necessário o abandono da imagem de que nesse espaço residam idosos desprezados e abandonados pelos seus familiares.

A moradia institucional pode e deve ser compreendida como uma escolha, uma opção de moradia, um lugar onde novas perspectivas e caminhos ainda podem ser trilhados, fazendo a diferença na vida da pessoa idosa, de forma que possa se sentir pertencente àquele lugar (DEZAN, 2015). A busca por ambiências que as tornem lugares desejáveis poderá diminuir o impacto da mudança, caracterizando-as como moradias dignas para idosos em qualquer nível social e de dependência.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para o entendimento da importância das ambiências dentro das instituições de longa permanência para idosos, numa busca constante pela melhora destes espaços, para que proporcionem uma moradia capaz de atender às necessidades físicas, sociais, psicológicas e emocionais de seus moradores, como em um lar, trazendo qualidade de vida e dignidade.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desa-bafos. Campinas: Grupo Alínea, 2004.
- ALVES, M. B. et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014.
- BRAGA, A. A., BESTETTI, M. L. T., FRANCO, F. G. DE M. O Conforto na Ambiência de Idosos Moradores em Instituições de Longa Permanência. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n.2, 327- 347, 2016.
- BURNS, V. F.; LAVOIE, J. P.; ROSE, D. Re-visiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion on older people. **J. Aging Res.**, v. 2012, p. 148-287, 2012.
- BURZYNSKA, A. Z.; MALININ, L. H. Enriched Environments for Healthy Aging: Qualities of Seniors Housing Designs Promoting Brain and Cognitive Health. **Seniors Housing & Care Journal**, v. 25, n. 1, p. 15-37, 2017.
- CREUTZBERG, M., GONÇALVES, L. H. T., SOBOTTKA, E. A., SANTOS, B. R. L. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 2, 2007, p. 147-160.
- DEZAN, S. Z. O Envelhecimento na Contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 2, p. 28- 42, 2015.
- DUARTE, L. M. N. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? **Estudos Interdisciplinares de envelhecimento**, v. 19, n. 1, p. 201-217, 2014.
- HAZIN, M. M. V. **Os espaços residenciais na percepção dos idosos ativos**. 2012. 143 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Design, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- HOOFF, J. et. al. The Importance of Personal Possessions for the Development of a Sense of Home of Nursing Home Residents. **Journal of Housing for the Elderly**, v. 30, n. 1, p. 35-51, 2016.
- LAGER, D.; VAN HOVEN, B.; HUIGEN, P. P. P. Dealing with change in old age: negotiation working- class belonging in a neighbourhood in the process of urban renewal in the Netherlands. **Geoforum**, v. 50, p. 54-61, 2013.
- MACHADO, C. C. **Avaliação da percepção dos usuários de Instituições de Longa Permanência para Idosos**. 2018. 203 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.
- NASCIMENTO, M. A. S. **Do velho para o novo**: percepções de idosos sobre o processo de studentification, as mudanças sócio-físicas do bairro e o aging in place. 2019. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- NASCIMENTO, M. A. S.; BESTETTI, M. L.T. O fenômeno do studentification pela

- perspectiva de idosos moradores no bairro Bangú em Santo André – SP. In: **RESSENSIBILIZANDO CIDADES: AMBIÊNCIAS URBANAS E SENTIDOS**, 2019. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: FAU/UFRJ, 2019. p. 54-58.
- NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia**. 4. ed. Campinas: Editora Alínea, 2014.
- OLIVEIRA, J. M. de; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 773-779, 2014.
- PALLASMAA, J. **Habitar**. São Paulo: Gustavo Gili, 2017.
- PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 62-75.
- PEDROSO, E. S. R. **Intervalos do Apego – a relação afetiva entre o idoso e a moradia coletiva institucional no Brasil e em Portugal**. 2018. 291 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- SILVA, N. A. M. E. da; YAMAGUCHI, M. B. A ILPI como espaço para moradia. In: BESTETTI, M. L. T.; GRAEFF, B. (Eds.). **Habitação e cidade para o envelhecimento digno**. 1. ed. São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2017, p.113-128.
- SILVA, N. M. et al. Família contemporânea e as (novas) formas de moradia para a pessoa idosa de baixa renda de Araraquara – SP. In: III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS, III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL, 2019. Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2019. p. 1-15.
- VAN HEES, S. et al. Photovoicing the neighbourhood: Understanding the situated meaning of intangible places for ageing-in-place. **Health & Place**, v. 48, p. 11-19, 2017.
- VEIGA, M. R. M.; FERREIRA, S. C. M.; CORDEIRO, A. M. R. Construção de Identidade(s) na Velhice: os territórios enquanto marcos identitários. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 3, p. 453-462, 2016.
- WAHL, H. W.; IWARSSON, S.; OSWALD, F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. **Gerontologist**, v. 52, n. 3, p. 306-16, 2012.

# A INTERDISCIPLINARIDADE E A INTERPROFISSIONALIDADE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM A PESSOA IDOSA

Bruna Valquiria Baviera e Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

O conteúdo apresentado neste capítulo se origina da escuta dos discursos realizados por profissionais de saúde que atuavam com idosos em um Ambulatório do Sistema Único de Saúde (SUS) especializado no atendimento de idosos, localizado no município de São Paulo. Buscamos entender os aspectos relacionados à interdisciplinaridade e interprofissionalidade no atendimento de saúde do idoso, partindo da consonância dos princípios da gerontologia e do que é preconizado pelo SUS. Pretendemos trazer reflexões sobre estratégias em todos os níveis - organizacionais, de formação profissional e de políticas públicas - para que de fato estas práticas façam parte do cotidiano visando o atendimento de saúde eficaz e de qualidade prestados aos idosos.

A partir de tal escuta, procurou-se analisar como a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade ocorria para estes profissionais, como forma de delimitar algumas das dificuldades que podem estar atravancando que a efetiva postura do grupo de profissionais se desenvolva centrada nos benefícios da interdisciplinaridade e fatores que agem de forma positiva no contexto do trabalho em equipe gerontológica. Se a comunicação e a sinergia da equipe interprofissional de assistência ao idoso proporcionam melhor qualidade e efetividade do serviço de saúde, fornecido à população idosa, é indispensável detectar algumas das

principais práticas e percepções desse grupo de múltiplos profissionais que podem afastá-lo do ideal de colaboração.

Esclarecemos as diferenças entre os planos disciplinares e profissionais. A interdisciplinaridade se refere a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto a interprofissionalidade diz respeito a práticas voltadas à solução de problemas empíricos específicos (FURTADO, 2009). Portanto, o sufixo “disciplinar” será usado no presente trabalho se referindo ao campo dos saberes e o sufixo “profissional” ao das equipes e seus serviços.

No cuidado ao idoso é primordial considerar os múltiplos aspectos da saúde e funcionalidade, o que requer a participação da equipe de profissionais que deverá prestar cuidado amplo e integral a esta população. Assim, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade estão presentes na Gerontologia. (GOULD et al, 2012). Os objetivos desta equipe implicam oferecer serviços de qualidade para os idosos, por meio de abordagens efetivas que alcancem todas as suas demandas. Esta abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades desta clientela, tendo como meta final a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa (TELLES; BORGES, 2010; VOLLAND; WRIGH, 2011).

O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais e usuários. É um trabalho reflexivo e dependente do recrutamento de saberes de diversas áreas. Apresenta como características a complexidade, isto é, ele incorpora a diversidade profissional, dos atores e interesses, das tecnologias, da organização do espaço; a heterogeneidade devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes e a fragmentação conceitual, do pensar e fazer, da técnica e do social (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A equipe interdisciplinar é pensada para o cuidado continuado de doenças crônicas e problemas complexos. Elas podem ser organizadas de acordo com as demandas atendidas. Lembrando que uma equipe só se torna interdisciplinar se os próprios membros aceitarem o modelo e decidirem assumir as responsabilidades conjuntamente. O coordenador da equipe pode estimular o desenvolvimento destas pessoas, mas nunca de

maneira autoritária, pois autoridade e interdisciplinaridade não funcionam juntas (ZEISS; STEFFEN, 1996).

Papaléo Netto (2011) destacou que é preciso começar a exercer a interdisciplinaridade pela busca de um idioma comum a todos os profissionais que atuam em Gerontologia, pois o uso de termos e expressões de diferentes áreas pode gerar confusão na equipe interprofissional. Para Furtao (2009) transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é enfrentar o antagonismo entre a diferenciação e a integração. Some-se o fato de o aumento da expectativa de vida trazer como consequência uma necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação profissional (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Embora aconteçam muitas discussões sobre a interdisciplinaridade e interprofissionalidade, variadas são as dificuldades de seu exercício na prática dos serviços de saúde. Os profissionais se deparam com o desafio de propiciar que múltiplas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação, possam agir conjuntamente sem que se instale obrigatoriamente um esquema hierárquico, mas que, por outro lado, as ações sejam planejadas e executadas segundo um código de ética e de organização comum a todos os integrantes (JACOB FILHO, 2011).

Assim, o objeto deste estudo foi escolhido em decorrência da sua relevância temática e parte da necessidade de compreender a percepção dos profissionais de saúde que atuam com idosos a respeito dos fatores que permeiam a interdisciplinaridade e a

interprofissionalidade no seu dia a dia de trabalho.

Este capítulo apresentará os resultados parciais de pesquisa de mestrado realizada pela primeira autora, sob orientação da segunda autora, e defendida no ano de 2017 para obtenção do título de Mestre em Ciências, pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (BAVIERA, 2017).

## Método

Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa. A amostra por conveniência foi composta por profissionais de nível superior que atuavam em um Ambulatório especializado em Saúde do Idoso do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de São Paulo, tendo as seguintes áreas de formação: medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação física, nutrição, psicologia, serviço social, odontologia e enfermagem. Os dados foram coletados na instituição com as seguintes etapas:

1 – Aplicação de questionário: todos os participantes foram reunidos em uma sala na instituição selecionada, onde foram explicados os objetivos da pesquisa. Os questionários continham dados sociodemográficos e da formação profissional e perguntas abertas a respeito da compreensão sobre interdisciplinaridade e interprofissionalidade.

2 – As respostas dos questionários foram analisadas e nortearam as perguntas para o desenvolvimento do grupo focal.

3 – Grupo focal: foi realizado encontro com os participantes que concordaram em participar da pesquisa e puderam estar presentes na data, horário e local estabelecidos, quando foi discutido o tema interdisciplinaridade e interprofissionalidade, sob a percepção de cada um e do grupo. A pesquisadora participou como moderadora das ações, contando com um observador mudo, que fez as anotações sobre o debate.

Ressaltamos que o grupo focal pode ser definido como técnica de pesquisa que coleta dados por meio de interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido por um pesquisador. Técnica esta que ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser apontada como sendo um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de determinados grupos (GONDIM, 2003).

A análise dos dados advindos do grupo focal foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2010). A análise de conteúdo, enquanto método, é vista como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Segundo esta autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação ampla, com duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Essas funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas. Suas técnicas de pesquisa per-

mitem a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados (MINAYO, 2010).

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e de descobrir as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014). Para realizar a análise dos dados, baseou-se no conceito e nos aspectos apresentados na ampla bibliografia do tema e julgados como relevantes para o pensamento interdisciplinar e para a prática interprofissional.

Este estudo obteve autorização da administração da instituição estudada e ainda, a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o CAAE-57303616.7.0000.5390. Foram respeitados todos os preceitos éticos advindos da Resolução 466/2012 relacionada à Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde -Ministério da Saúde.

## Resultados

No total, concordaram em participar da pesquisa 21 profissionais sendo 17 do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 34 anos (variando de 24 a 50 anos) e eles tinham em média 8,7 anos de formação, porém este tempo de formação variou de dois a 22 anos.

Destes participantes, 76% cursaram sua graduação em universidades privadas. Em relação ao tempo de experiência na atuação gerontológica, este foi em média de sete anos.

No tocante a cursos de pós-graduação, 95% dos participantes fizeram algum curso (variando de zero a três cursos por profissional), sendo que 89% dos cursos de pós-graduação mencionados foram cursos *latu sensu* (especialização, aprimoramento ou extensão) e 11% foram cursos de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado ou doutorado). Detectamos que a maioria dos cursos mencionados pelos participantes se concentrou na área de Geriatria e Gerontologia.

Quanto às respostas das questões sobre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, foi observado que 52% dos participantes negaram ter tido contato com experiências interdisciplinares ou interprofissionais durante a graduação, citando que nas aulas havia grande enfoque na formação técnica da profissão e, por vezes, era mencionado o papel de outros profissionais da saúde. Também, afirmaram que as disciplinas eram fragmentadas e o médico assumia o papel central na prestação de serviços em saúde.

Os participantes que citaram ter tido contato com vivências interdisciplinares ou interprofissionais, trouxeram em seu discurso como estas experiências se deram. Estas vivências aconteceram de maneira teórica, quando os participantes descreveram seminários, debates e dinâmicas em sala de aula, materiais de estudo de disciplina envolvendo textos e artigos que abordavam a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade ou descreveram a atuação de outros profissionais e o trabalho em equipe. Este contato também aconteceu de maneira prática para alguns participantes, como discussões de caso clínico e atendimento conjunto com outros profissionais durante os estágios, participação em ligas de Geriatria

e Gerontologia e módulos de disciplinas com grupos de estudantes de várias áreas, onde planejavam e executavam tratamentos em conjunto.

Neste contexto, foi possível observar que a aproximação dos participantes ao tema deste estudo durante a graduação aconteceu mais de maneira teórica. Já, a prática com outros profissionais se concentrou nos estágios e atividades extras. Destacamos que os profissionais que trouxeram relatos sobre o convívio com outros colegas durante disciplinas e módulos comuns eram os profissionais com menor tempo de formação.

A importância da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade para a atuação profissional

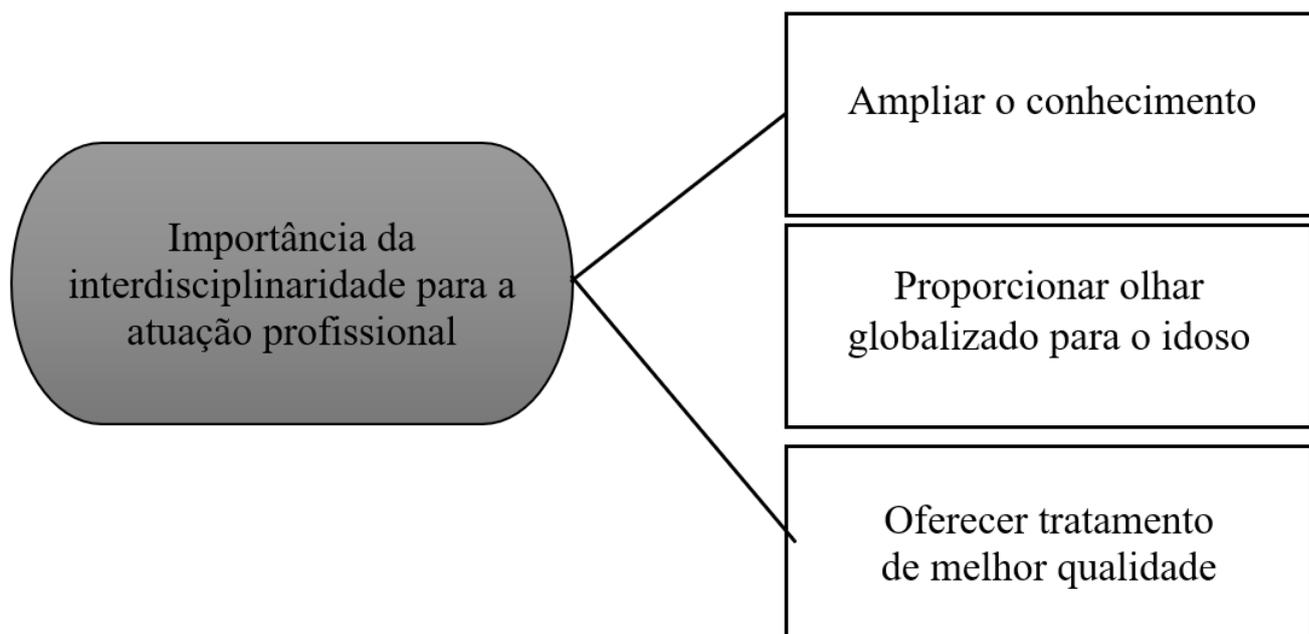
Após a apresentação das características destes profissionais, suas vivências

durante a formação acadêmica e profissional e suas percepções a respeito dos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, entraremos em um novo momento do estudo, no qual os participantes apresentam suas considerações a respeito da importância dos dois conceitos em sua prática profissional. Apresentaremos como esta realidade é vivenciada em seu cotidiano de trabalho com idosos, a relevância para esta atuação, fatores que dificultam ou facilitam estas abordagens.

A importância da interdisciplinaridade para a atuação profissional

Os profissionais descreveram a relevância da interdisciplinaridade na sua atuação profissional com idosos dentro de três categorias, mostradas na figura abaixo:

**Figura 1** - Importância da interdisciplinaridade na atuação profissional, de acordo com os participantes.



Fonte: Baviera, 2017.

As categorias apresentadas acima, podem ser descritas da seguinte forma:

Ampliar o conhecimento do profissional: nesta categoria, os participantes enfatizaram a relevância da interdisciplinaridade para ampliação de seus conhecimentos, o que contribui diretamente para um melhor planejamento e execução de suas condutas profissionais. Três dos participantes apresentaram respostas neste sentido.

Proporcionar olhar globalizado para o idoso: as respostas neste sentido demonstraram a complexidade do humano, mas especificamente do idoso, e a necessidade deste olhar globalizado na atuação dos profissionais. Nove participantes referiram respostas nesta linha de pensamento.

Oferecer tratamento de melhor qualidade: 12 participantes do es-

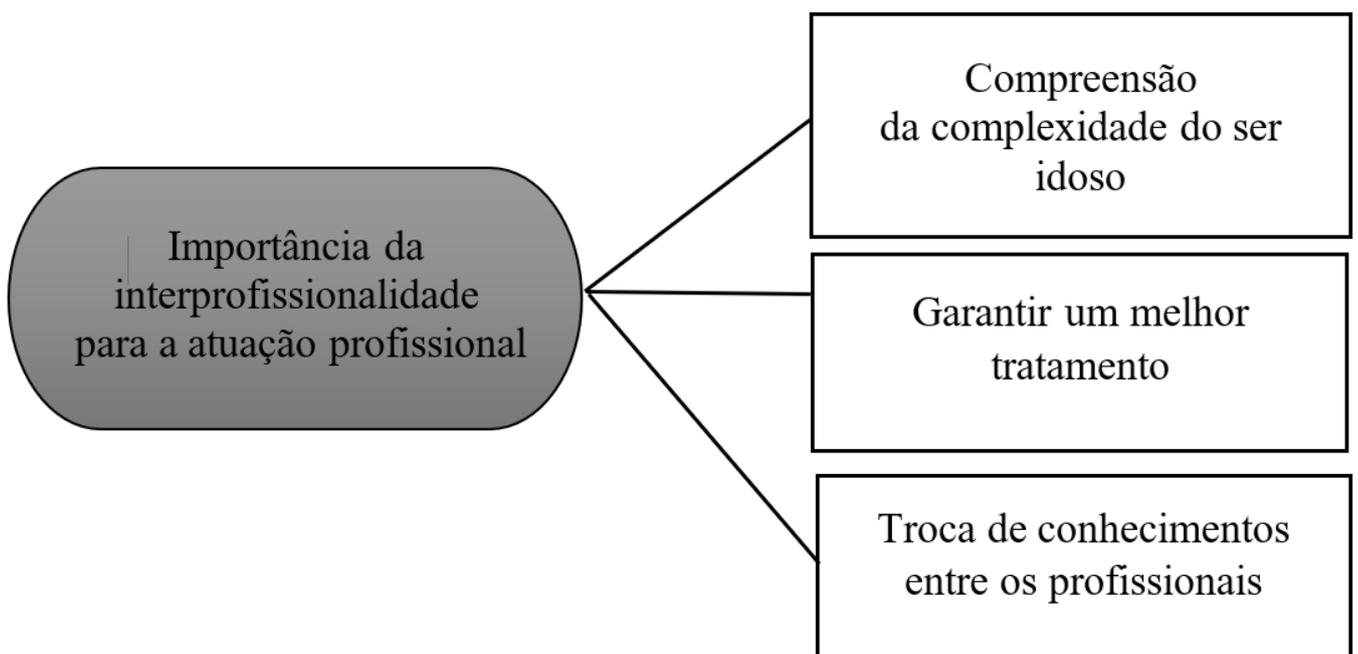
tudo trouxeram em suas respostas a importância da interdisciplinaridade para a oferta do cuidado de melhor qualidade aos idosos, com abordagens amplas e visando melhor qualidade de vida da pessoa atendida.

Uma vez apresentadas as falas sobre a importância da interdisciplinaridade, seguiremos com as falas dos participantes a respeito da importância da interprofissionalidade.

A importância da interprofissionalidade para a atuação profissional

Da mesma maneira, os participantes também foram questionados sobre a relevância da interprofissionalidade para sua atuação profissional com idosos. As respostas dadas também se enquadraram em três diferentes categorias, não muito diferentes das categorias apresentadas no item anterior.

**Figura 2** - Importância da interprofissionalidade na atuação profissional, de acordo com os participantes.



Fonte: Baviera, 2017.

As categorias mencionadas na figura seguem descritas abaixo:

Compreensão da complexidade do ser idoso: nesta categoria, quatro profissionais apresentaram sua percepção de que sozinhos não conseguiriam compreender e atender todas as necessidades do paciente idoso, destacando a relevância das discussões com outros profissionais para alcançar tal compreensão.

Garantir um melhor tratamento: a maioria dos participantes do estudo (18 profissionais) apresentou em suas respostas relatos que destacaram a importância do trabalho interprofissional para a garantia de um melhor cuidado ao idoso atendido, um cuidado ampliado, que alcance todas as necessidades deste paciente.

Troca de conhecimentos entre os profissionais: esta troca de conhecimentos acontece no contato com profissionais de diferentes áreas e aparece como relevante na fala de nove participantes do estudo. A troca de conhecimentos e informa-

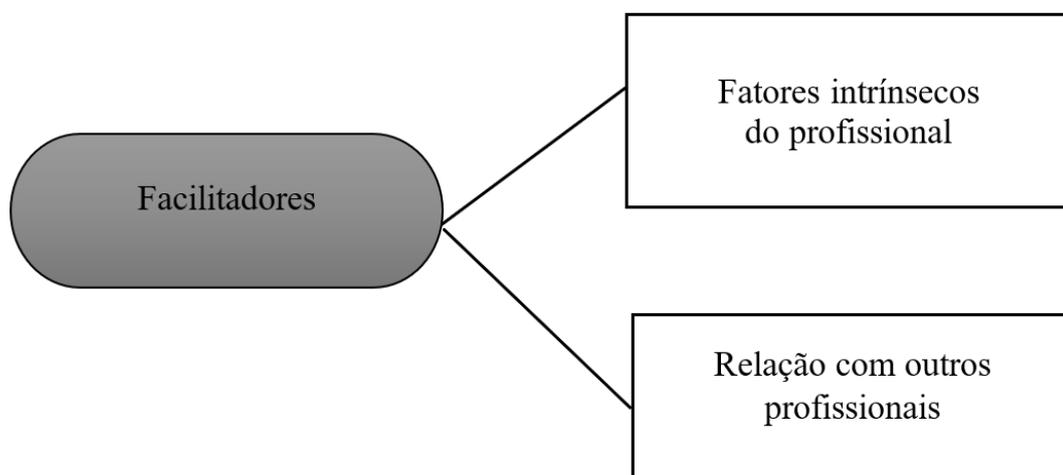
ções amplia o olhar do profissional para o idoso e suas necessidades.

Após a apresentação da percepção da importância dos conceitos em sua atuação profissional, os participantes do estudo elucidaram suas opiniões sobre os fatores facilitadores e dificultadores para o acontecimento da interdisciplinaridade e interprofissionalidade.

Durante o grupo focal surgiram falas sobre como as vivências interdisciplinares e interprofissionais podem ocorrer no cotidiano de trabalho de saúde com o público idoso. As percepções puderam ser divididas em dois sentidos: dos fatores que favorecem a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, intitulados de fatores facilitadores, e dos fatores que se apresentaram como barreiras ao seu acontecimento real, nomeados de fatores dificultadores.

Os fatores facilitadores se apresentaram nas respostas de duas maneiras: a partir da perspectiva dos fatores intrínsecos do profissional e dos fatores que envolviam a relação com os outros profissionais.

**Figura 3** - Fatores facilitadores para a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade na perspectiva dos participantes.



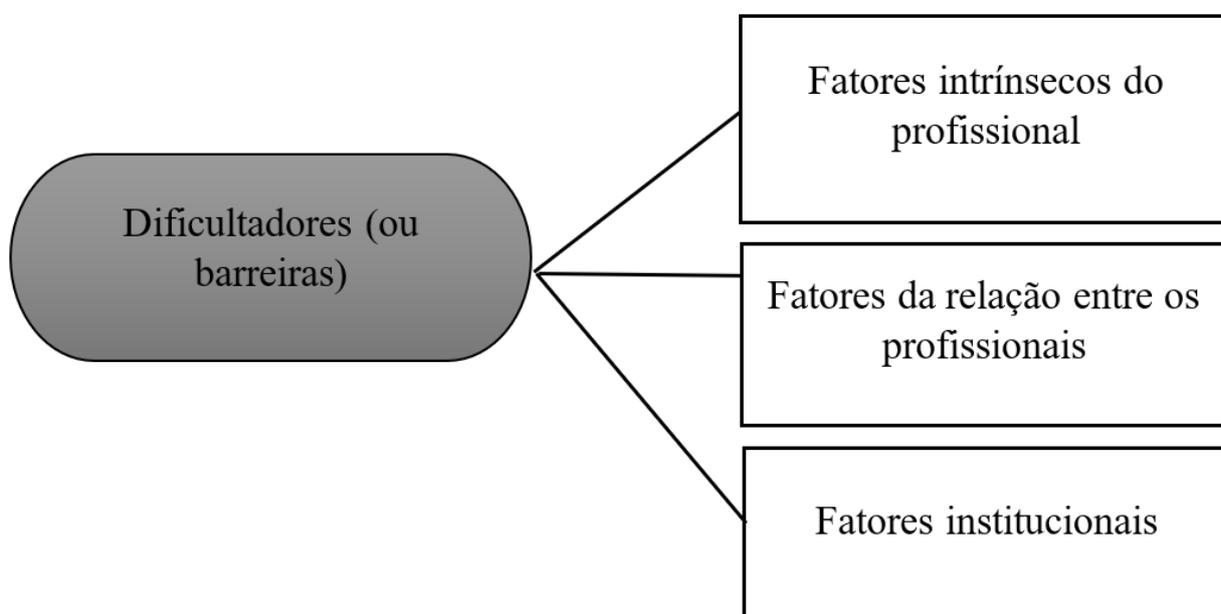
Fonte: Baviera, 2017.

Fatores facilitadores intrínsecos dos profissionais

Os fatores facilitadores relacionados ao próprio profissional citados pelos participantes foram: a motivação no trabalho, o desejo de oferecer o melhor para o paciente, a confiança, conhecimento, habilidade, flexibilidade e clareza do seu papel na equipe.

Por outro lado, os participantes também trouxeram aspectos intrínsecos negativos do profissional, que atuam como barreiras para a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade. Nessa perspectiva, constatamos alguns fatores dificultadores que prejudicam a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade.

Figura 4 – Fatores dificultadores para a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade na perspectiva dos participantes.



Fonte: Baviera, 2017.

*Fatores dificultadores intrínsecos dos profissionais*

Durante o desenvolvimento do grupo foi exposto que alguns profissionais não apresentam um “perfil” que favorece as relações com os demais membros da equipe, não permitindo uma abertura para as trocas e aproximação. Novamente surge como importante a clareza do papel dos profissionais. A falta de conhecimento e vaidade também aparecem nas falas dos entrevistados.

*Fatores que envolvem a relação com outros profissionais*

Surgem na fala dos participantes os fatores facilitadores para a interdisciplinaridade e interprofissionalidade, como o objetivo em comum dos profissionais, pois todos pretendem obter bons resultados no tratamento de saúde prestado ao idoso.

Após esta apresentação sobre os fatores considerados pelos participantes como “facilitadores”, mostraremos a seguir os fatores que impactam de

maneira negativa para a ocorrência da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, ainda dentro do eixo da relação com os outros profissionais.

Os participantes apontaram as relações disputadas entre os profissionais, na tentativa de defender seus campos de atuação. Também referem as dificuldades e o medo de lidar com profissionais de hierarquias superiores, que nem sempre possuem compreensão da importância da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade para a atuação destes participantes.

#### *Fatores facilitadores advindos da instituição*

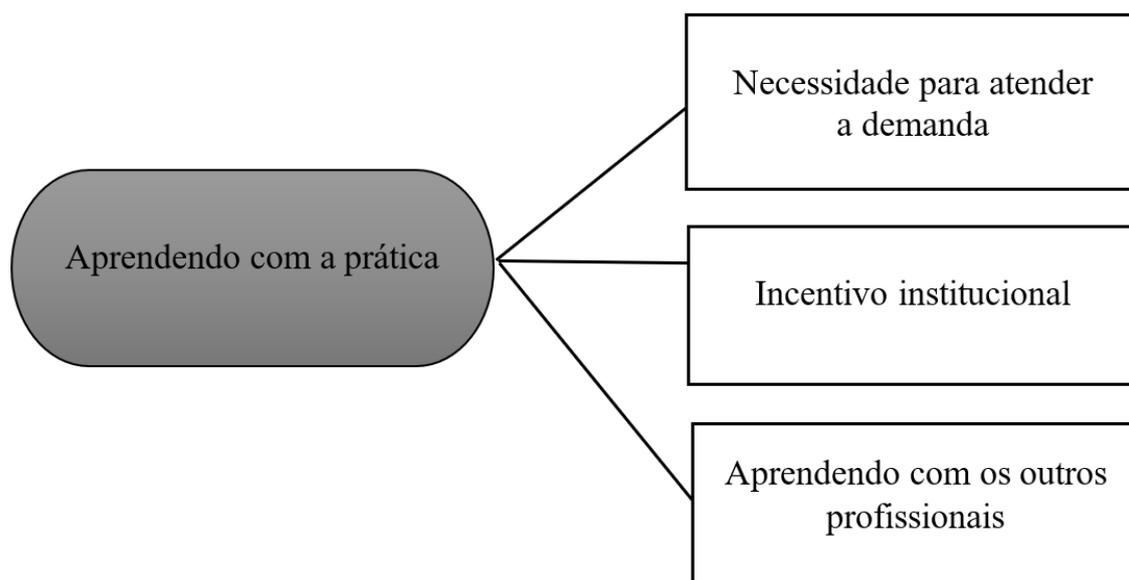
Os profissionais discorrem sobre como as ações institucionais reverberaram no aprendizado dos profissionais em relação à interdisciplinaridade e a interprofissionalidade. Destacaram a importância das reuniões institucionais para a discussão de casos clínicos dos idosos como sendo um aspecto que proporciona a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade.

Os participantes citaram como barreiras, as questões burocráticas, administrativas e de metas impostas pela instituição, que muitas vezes pode tornar inviável o atendimento conjunto com outros profissionais, por conta de aspectos de produção, como as metas e agendas do serviço.

### **Aprendendo habilidades de interdisciplinaridade e interprofissionalidade**

Os profissionais entrevistados também contribuíram com suas percepções sobre como adquiriram habilidades interdisciplinares e interprofissionais. Alguns dos participantes afirmaram que não tiveram contato com os conceitos ao longo sua formação, tendo que aprender tais habilidades a partir do momento que começaram a atuar no atendimento dos idosos. Durante o grupo focal, eles compartilharam suas experiências de aprendizado com a prática, as quais foram distribuídas em três categorias:

**Figura 5** - Fatores que contribuíram para o aprendizado da interdisciplinaridade e interprofissionalidade com a prática profissional.



Fonte: Baviera, 2017.

Uma descrição mais detalhada destes fatores segue abaixo:

Aprendizado necessário para atender a demanda dos idosos: os participantes apresentaram como o trabalho com idosos na prática contribui para o aprendizado da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade.

Incentivo por meio de ações institucionais: nesta categoria, os profissionais discorreram sobre como as ações institucionais reverberaram no aprendizado dos profissionais em relação à interdisciplinaridade e a interprofissionalidade.

Aprendendo com os outros profissionais: neste aspecto, os profissionais discorreram como o contato com os outros colegas foi benéfico para este aprendizado.

## Discussão

Abordando o aspecto das vivências dos profissionais durante a sua formação, lembramos que a discussão sobre interdisciplinaridade e interprofissionalidade na formação acadêmica não é contemplada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1996. As universidades têm autonomia para criar e organizar seus cursos de graduação, bem como estabelecer seus conteúdos, programas e projetos (GATTÁS, 2006). Isto certamente implica em formações heterogêneas para os profissionais da saúde, devido às experiências individuais que cada um teve em sua formação, levando em consideração que cada universidade pode apresentar propostas curriculares diversas.

Também, em outro estudo a maioria dos profissionais de saúde entre-

vistados afirmou que sua formação acadêmica não aconteceu de forma interdisciplinar, assim como encontrado nesta pesquisa (SOUZA; SOUZA, 2009). Oferecer somente conteúdos teóricos aos estudantes não é eficiente se os aspectos discutidos não forem vivenciados e experimentados na prática (HAYS, 2013). É preciso que estes estudantes tenham oportunidade de treinamentos e vivências práticas em sua formação, bem como os resultados destes treinamentos serem acompanhados pelas instituições (CLARK, 1993).

Outro aspecto a ser observado é que a segregação dos estudantes durante a sua formação evita que eles aprendam a trabalhar em equipes interprofissionais, fazendo com que atuem mais individualmente quando começam a exercer sua profissão (MOSSER; BEGUN, 2015).

O desconhecimento dos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade por parte dos participantes do estudo também apareceu como fator de destaque nos resultados, principalmente relacionado aos discursos dos profissionais com mais tempo de atuação na área de Geriatria e Gerontologia. A dificuldade em compreender e definir o significado do conceito interdisciplinaridade reside na maneira como estes profissionais foram formados e capacitados, como eles atuam em seu cotidiano e como este conceito faz parte das atitudes destes profissionais (POMBO, 1994). Isto nos faz refletir sobre o contato real que estes profissionais tiveram com os conceitos em sua formação e como de fato os aplicam em sua prática cotidiana. A dificuldade na definição dos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade por parte dos pro-

fissionais também aparece em outros estudos (SOUZA; SOUZA, 2009; LEITE; VELOSO, 2008).

Convém salientar, em relação aos participantes que tem dificuldades em definir os conceitos, principalmente devido ao tempo de atuação destes profissionais na área, a necessidade de atualização constante, como compromisso ético e de responsabilidade destes profissionais (SOUZA; SOUZA, 2009).

Apesar das dificuldades em definir os conceitos, a maioria dos entrevistados relatou que a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade no trabalho em saúde refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado ao usuário, que passa a receber uma assistência holística e integral. Os mesmos resultados também puderam ser observados no estudo de Souza e Souza (2009).

Nesse contexto, todas as decisões práticas do homem dependem de seu conhecimento geral, porém a aplicação concreta destes conhecimentos é uma questão de discernimento, já que o profissional usará da conveniência da aplicação destes conhecimentos na prática, sendo que tal decisão diz respeito à responsabilidade de cada um (GADAMER, 2009). Assim, o interesse teórico por si só não basta, quando o funcionamento da técnica acaba tendo um custo elevado, que é a divisão do trabalho. Também, temos que aprender a estender uma ponte entre o teórico, que sabe das generalidades, e o prático, que deve modificar a situação do paciente que necessita de cuidado (GADAMER, 2009).

Nessa abordagem, a complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, a capacidade de

escuta, o compromisso ético e a visão integral do sujeito do cuidado (SCHE-RER et al, 2010). Dessa forma, a técnica é uma forma de ação, e toda forma de ação humana está sujeita a uma avaliação moral. Pressupõe-se que a ética pode distinguir entre o uso correto ou errado de uma técnica, no entanto é fundamental que o poder de escolha seja bem-sucedido (JONAS, 2013).

Os participantes também citaram sobre a importância de o profissional “desmistificar” algumas crenças e medos, no sentido de se permitir viver as experiências de trocas.

Em relação à fala de um dos participantes, que reforça a necessidade do profissional ter domínio e clareza de seu papel, podemos refletir sobre o fato de que aquele profissional que domina a sua técnica não precisa demonstrar sua superioridade nem a si mesmo e nem aos outros (GADAMER, 2009). Assim, quanto maior a segurança do profissional em dominar a sua arte, mais liberdade ele terá em relação a ela.

Os profissionais devem ser formados com perfil adequado para atender as necessidades sociais, o que implica um profissional mais ativo, dinâmico, que saiba buscar conhecimento, com visão integral do ser humano, com uma ampliação do conceito de saúde-doença-cuidado, com habilidades pessoais para trabalho em equipe e as relações interpessoais, agilidade diante do inesperado, capacidade de tomar decisões e de propor ações de auto-organização, características que se esperam dos profissionais do futuro (GATTÁS, 2006).

A troca de informações entre os diferentes profissionais, mencionada

pelos participantes do estudo, nos leva aos aspectos referentes à comunicação em saúde. Ter habilidade de se comunicar de forma interdisciplinar, implica na existência do diálogo, respeito e empatia pelo outro, sendo este último, considerado extremamente relevante, pois exige um agir com empatia e paciência, além do respeito à individualidade e a peculiaridade de cada um, sua autonomia, seu direito de agir e pensar diferente (SOUZA, SOUZA, 2009).

Na relação profissional que busca a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, os profissionais necessitam conhecer novos vocabulários. O objetivo não é ser um especialista em todas as áreas do conhecimento, mas sim, compreender os demais especialistas e fazer questionamentos pertinentes. A construção deste vocabulário comum requer tempo e comprometimento por parte dos profissionais, além do respeito e desejo de aprender um com o outro (SILVER, LESLIE, 2009; PARROT, KREUTER, 2011). A ausência de vocabulário comum aos profissionais de gerontologia mostrou-se como uma barreira para a implementação de atitudes interdisciplinares no grupo de profissionais avaliados no estudo de Légaré (2013).

Perante as falas dos participantes percebemos que o fato dos mesmos terem como objetivo único a expectativa da melhora do estado de saúde do idoso, os tornam mais próximos, facilitando assim, o convívio, a criação de vínculos, a amizade, e ainda, permite mais liberdade para transitar entre os diferentes campos de conhecimentos e de atuação.

O desenvolvimento de habilidades interprofissionais e de colaboração deve contemplar alguns aspectos,

como o conhecimento sobre a interprofissionalidade, dinâmicas de grupo, as competências para atuar em equipe e as habilidades necessárias para trabalhar de maneira colaborativa, com especial foco nas habilidades para uma comunicação efetiva (SILVER, LESLIE, 2009; LEGARÉ, 2013). Pensando nos profissionais que exercem sua atuação em saúde do idoso, além dos aspectos apresentados acima, também se torna essencial a inclusão de temas centrais da Geriatria e Gerontologia no treinamento destes profissionais (SOLBERG et al., 2015).

Sabemos que a interdisciplinaridade só se faz na intencionalidade, que se baseia no plano institucional, mas também e principalmente no desejo de cada profissional. O desejo de saber de cada um, seu diálogo particular com sua disciplina permitirá a ele transitar pelos diversos saberes existentes no interior das instituições ou o imobilizará em um saber engessado e uma prática estéril (COSTA, 2002).

É preciso que as experiências destes profissionais não se cristalizem, devendo ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Sendo assim, a responsabilidade se torna fundamental, pois o modo de agir no mundo destes profissionais os torna responsável pelas práticas de cuidado que oferecem (AYRES, 2009). Além disso, as exigências sobre a responsabilidade profissional crescem proporcionalmente aos feitos do poder que eles possuem (JONAS, 2013).

A resposta para o sucesso no aprendizado destes profissionais pode estar nos princípios da Andragogia, que pode ser definida com a arte ou ciência de orientar adultos a aprender.

Seria necessário o uso de estratégias adequadas para favorecer a assimilação do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e incorporação de valores, de forma a favorecer a aprendizagem dos profissionais nessas áreas, seja na formação profissional ou na educação permanente (DRAGANOV et al, 2011).

Importante destacar a questão da educação permanente, prevista na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem como proposta a melhoria da qualidade da assistência no SUS e inclui a busca de formação no trabalho de equipe, a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas (BRASIL, 2009). Os processos de educação permanente em saúde visam o desenvolvimento de novas competências específicas e compartilhadas, servindo como meio para a transformação da cultura do trabalho (MEDEIROS, 2015).

Este desafio requer ainda que não só os profissionais envolvidos sejam responsáveis, mas, também há uma responsabilidade dos gestores, que devem demonstrar o interesse para a promoção de uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos cuidados (ROCHA et al, 2016).

Torna-se preciso romper com a lógica capitalista da produção nas instituições, evitando que o trabalho destes profissionais fique pautado apenas na produção e competitividade, na prestação de serviço mecânica e massificada, esvaziada de conteúdo e valores humanos (OLINISKI, LACERDA, 2004).

Destacamos a relevância da aproximação dos profissionais com a ciência para que se evite a autonomização que se produz nas profissões práticas

(GADAMER, 2009). Entende-se por autonomização a liberdade no sentido negativo, isto é, como independência em relação a qualquer exigência exterior, o que afastaria este profissional de novas práticas e outros pontos de vista. Pensando assim, salientamos a necessidade da instituição promover estratégias visando a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade e tomando providências para que as questões de cunho gerencial não sejam um empecilho no processo de trabalho da equipe profissional.

Em virtude do fato de haverem formações acadêmicas e profissionais tão heterogêneas em relação à interdisciplinaridade e interprofissionalidade, acreditamos que o papel de treinamento e capacitação destes profissionais quanto às melhores práticas de atendimento à população idosa, também compete à instituição de saúde que objetiva oferecê-las.

## Considerações Finais

Reforçamos que o discurso sobre os benefícios da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade na Gerontologia, apresentados pelos participantes deste estudo, não podem permanecer apenas no campo das ideias. São necessárias atitudes destes profissionais, seus gestores e das instituições para que estes conceitos se traduzam de fato na prática cotidiana em saúde do idoso. Ao mesmo tempo, deve-se investir na formação destes profissionais, seja com a inclusão de conteúdos sobre envelhecimento e trabalho em equipe nos cursos de graduação, pós-graduação *latu e strictu sensu*, bem como na disponibilização destas vivências práticas durante a formação destes profissionais.

O treinamento e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no envelhecimento também são de extrema relevância, uma vez que nem todos terão o mesmo contato com o envelhecimento e o trabalho em equipe em suas formações. A instituição que deseja oferecer boas práticas de cuidado ao idoso necessita ter um olhar atento ao treinamento constante destes profissionais, bem como a avaliação dos resultados destes treinamentos na prática do serviço, observando se tais práticas de fato incorporaram as mudanças necessárias.

É relevante lembrar que a grande responsabilidade deste profissional é se manter atualizado e alinhado com as práticas mais atuais em Geriatria e Gerontologia, assumindo o compromisso ético de prestar um cuidado de qualidade e efetivo. No entanto, mesmo que estes profissionais reconheçam a importância da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade em sua atuação com idosos, o que é um fator positivo, isto não significa que de fato estes conceitos estejam incorporados em sua prática.

Assim, barreiras e fatores facilitadores à incorporação destes conceitos na prática precisam ser observados pelas instituições, gestores e líderes, que devem manter um olhar atento aos serviços de saúde oferecidos aos idosos. A escuta destes profissionais a respeito destes facilitadores e limitadores pode se tornar um bom meio de coleta de informações a respeito das vivências na equipe, o que pode auxiliar estes gestores a repensarem e reformularem as práticas desenvolvidas na instituição.

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2009.
- BAVIERA, B. V. **Interdisciplinaridade e interprofissionalidade: percepções dos profissionais envolvidos no atendimento ambulatorial do idoso.** Dissertação de mestrado. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009. 64 p.
- CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.
- CLARK, P. G. **Leraning on interdisciplinary gerontological teams: instructional concepts and methods.** 19th Annual Meeting of the Association for Gerontology in Higher Education, Louisville, March 1993.
- COSTA, R. P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: um estudo de caso.** Dissertação de mestrado. Florianópolis, 2002.
- DRAGANOV P. B.; FRIEDLÄNDER, M. R.; SANNA, M. C. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Esc Anna Nery**, 2011 jan-mar; 15 (1):149-156.
- FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionali-

- dade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009.
- GADAMER, H. G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da Medicina. Editora 70. Lisboa, 2009. 192 p.
- GATTÁS, M. L. B. **Interdisciplinaridade**: formação e ação na área da saúde. Holos Editora, Ribeirão Preto, 2006, 200 p.
- GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa**: desafios metodológicos. Paidéia, 2003, 12(24), 149-161.
- GOULD, C. E.; EDELSTEIN, B. A.; GEROLIMATOS, L. A. Assessment of Older Adults. In: WHITBOURNE, S. K.; SLIWINSKI, M. J. **The Wiley-Blackwell Handbook of Adulthood and Aging**. First Edition. 2012. Blackwell Publishing Ltd. Cap. 17.
- HAYS, R. Interprofessional education. John Wiley & Sons Ltd. **The clinical teacher**, 2013; 10: 338–341.
- JACOB FILHO, W. Interdisciplinaridade. In: JACOB FILHO, W.; KIKUSHI, E. L. **Geriatría e gerontología básicas**. Rio de Janeiro, 2011. p. 19-30
- JONAS, H. **Técnica, medicina e ética**: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo, Paulus, 2013, 328 p.
- LÉGARÉ, F.; STACEY, D.; BRIÈRE, N.; FRASER, K.; DESROCHES, S.; DUMONT, S.; SALES, A.; PUMA, C.; AUBÉ, D. Healthcare providers' intentions to engage in an interprofessional approach to shared decision-making in home care programs: A mixed methods study. **Journal of Interprofessional Care**, 2013, 27: 214–222.
- LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol Cienc Prof**. 2008; 28(2): 374-389.
- MEDEIROS, N. M. H. **Educação permanente em saúde**: gestão do ensino na concepção dos trabalhadores. Editora FAP-UNIFESP. São Paulo, 2015, 240 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. Hucitec, 12ª edição. 2010.
- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. AMGH Editora, Porto Alegre, 2015. 316 p.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):363-372, 2007.
- OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. A diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enfermagem**. 2004, jul-dez. 9(2):43-52.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campos e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontología**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011. Cap. 1.
- PARROT, R.; KREUTER, M. W. Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary approaches to health communication: where do we draw the lines? In: THOMPSON, T.L.; PARROT, R.; NUSSBAUM, J. F. **The Routledge Handbook of Health Communication**. Routledge. Second edition. New York, 2011.
- POMBO, O. **A interdisciplinaridade**: conceito, problema e perspectivas. In: GUIMARÃES, H. M.; POMBO, O.; LEVY, T. (Org.). A interdisciplinaridade: reflexão e experiência. 2ª ed. Lisboa: Texto, 1994.

- ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface**. 2016; 20(57):415-2.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(11):3203-3212, 2013.
- SILVA, C.R.S. Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no atendimento ao idoso. **Revista portal de divulgação**, n.5, Dez. 2010.
- SILVER, I. L.; LESLIE, K. Faculty Development for Continuing Interprofessional Education and Collaborative Practice. **Journal of continuing education in the health professions**, 29(3):172-177, 2009.
- SOLBERG, L. B.; SOLBERG, L. M.; CARTER, C. S. Geriatric care boot camp: an interprofessional education program for healthcare professionals. **Journal of American Geriatrics Society**, 63:997-1001, 2015.
- SOUZA, D. R. P; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009; 11(1): 117-123.
- TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe na abordagem da pessoa idosa nos serviços de atenção básica em saúde. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. B. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010. p. 1-8.
- VOLLAND, P. J.; WRIGH, M. E. Promising practices in integrated care. In: SCHRAEDER, C.; SHELTON, P. **Comprehensive Care Coordination for Chronically Ill Adults**. First Edition. John Wiley & Sons, Inc., 2011. Cap. 4.
- ZEISS, A. M.; STEFFEN, A. M. Interdisciplinary health care teams: the basic unit of geriatric care. In: CARSTENSEN, L. L.; EDELSTEIN, B. A.; DORNBRAND, L. **The practical handbook of clinical gerontology**. Sage Publication Inc. 1996, Cap. 19.

# ACESSO À JUSTIÇA E PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO GERONTOLÓGICA EM CENTROS DE ACOLHIDA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Sabrina Almeida da Silva e Bibiana Graeff

## Introdução

Na segunda década do século XXI, observou-se na cidade de São Paulo um aumento da população idosa em situação de rua e a criação de Centros de Acolhida para esse segmento. A principal função destes serviços é a acolhida e a atenção integral dessas pessoas, para a promoção de sua saída qualificada do equipamento, ou seja, a superação da situação de risco ou de vulnerabilidade social.

Este artigo reproduz parte da dissertação defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (SILVA, 2018), com adaptações. Objetivou-se investigar se centros de acolhida especiais para pessoas idosas em situação de rua possuíam estratégias para a promoção do acesso à justiça de seus usuários. Especificamente, buscou-se apurar se os usuários relatam ter demandas jurídicas e têm conhecimentos sobre suas demandas judiciais e sobre meios de acesso à justiça; caracterizar as estratégias de promoção de acesso à justiça relatadas pelos profissionais entrevistados.

## População idosa em situação de rua

O envelhecimento é dinâmico e heterogêneo, variando de acordo com contextos geográficos e culturais. Há inúmeras formas de envelhecimento e, por consequência, de velhice (PAPALEO NETTO, 2016). O Estado deve assegurar políticas para as demandas da crescente população idosa (DEBERT, 1999). No Brasil, o contingente de pessoas idosas passou de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015 (IBGE, 2016).

Um dos modos de se definir a velhice é através de critério etário cronológico. No início da década de 1980, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs que, nos países em desenvol-

vimento, fossem consideradas pessoas idosas indivíduos com 60 anos ou mais de idade; já para os países desenvolvidos, a idade proposta para essa definição foi de 65 anos ou mais; esse entendimento foi formalizado durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População através da Resolução 39/125 e está relacionado à expectativa e qualidade de vida que os Estados possibilitam aos seus cidadãos (LOPES, 2007). Com inspiração nessa orientação internacional, adotou-se na legislação brasileira a idade de 60 anos como marco para o início da velhice<sup>1</sup>.

A velhice não é somente um fenômeno biológico, mas também um conjunto de fatores socialmente construídos que resultam em um status àquele que envelhece, sendo a pessoa idosa em situação de rua, duplamente excluída e vulnerável: por ser velha e morar na rua (GUTIERREZ et al., 2009). Além da pobreza, a pessoa idosa em situação de rua pode apresentar outros tipos de vulnerabilidade que não devem ser ignorados e negligenciados.

No Brasil, a população em situação de rua foi definida pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (art. 1º, parágrafo único), como:

O grupo populacional heterogêneo que possui, em comum, a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espa-

ço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como de unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporária ou moradia provisória (BRASIL, 2009)

Segundo Giorgetti (2006, p. 20), o termo “pessoa em situação de rua” teria sido criado pelo Serviço Social em São Paulo com o intuito de destacar “o caráter processual da vida nas ruas”, “para delimitar as trajetórias (idas e vindas) e enfraquecer a ideia predominante (e pejorativa) de que se trata de pessoas de rua, que não tem outra característica senão o fato de pertencer às ruas da cidade [...]”.

No município de São Paulo, recensou-se, no ano de 2015, um total de 15.905 indivíduos em situação de rua: 7.335 (46,1%) vivendo na rua e 8.570 (53,9%) nos serviços de atendimento da capital destinados a essa população<sup>2</sup>. Mais da metade dessa população vivia na região central da cidade. Muito embora tenha diminuído a taxa de crescimento anual do total dessa população no município de São Paulo entre 2009 e 2015, uma comparação entre as Pesquisas Censitárias da População em Situação de Rua realizadas nos anos de 2011 e 2015 pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social do município de São Paulo, revela que cresceu o número de pessoas em situação de rua nesse período<sup>3</sup>.

2 · SCHOR, S (coord.). Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, Caracterização Socioeconômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo. Produto XV. Complemento do Relatório Final do Censo e Pesquisa Amostrada de Perfil Socioeconômico e de Identificação das Necessidades. São Paulo: FIPE 2015, 193 p. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/censo/1862%20-%20PRODU%2015%20-%20OUT%2015.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODU%2015%20-%20OUT%2015.pdf). Acesso em 20/01/2016.

3 · Idem.

1 · Cf. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que instaura a Política Nacional do Idoso (PNI), art. 2º; Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, art. 1º.

Pessoas em situação de rua têm experiências e características que as diferenciam umas das outras. Essa heterogeneidade foi destacada por Costa (2005), para quem a população em situação de rua tem em comum a pobreza, a inexistência de moradia convencional e a violação de seus direitos básicos, mas é constituída por indivíduos de diferentes realidades e vivências: pessoas de diversas faixas etárias que, em algum momento, sofreram com graves problemas, como pobreza, desemprego, ruptura de laços familiares e afetivos, violência, perda de entes queridos, dependência química, doenças, entre outras situações.

Silva (2009) identificou cinco características gerais dessa população: heterogeneidade, pobreza excessiva, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular e utilização da rua como forma de moradia e sustento temporária ou permanentemente. Alguns autores, como Escorel (1999) e Rosa (2005) destacaram que essa população também possui como fatores comuns as sucessivas perdas e trajetórias de exclusão social. Martins (2003, p. 15) indicou a pobreza como um conceito multidimensional que se expressa “não apenas pela carência de bens materiais, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças”. Nesse sentido, é possível admitir a associação da característica de pobreza extrema a esse grupo populacional, mesmo que algumas pessoas em situação de rua tenham bens e/ou renda. A situação de rua envolve múltiplas demandas e dimensões a serem supridas e exploradas, sendo imprescindível a adoção de práticas de aten-

ção que fomentem a intersectorialidade (GIBBS e AMAZONAS, 2015).

De acordo com a Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua (SMADS, 2015), na capital paulista, o percentual da população idosa em situação de rua conheceu um leve aumento nos últimos anos. Em 2011, pessoas idosas representavam 10% (1455 indivíduos) do total da população em situação de rua; já em 2015, esse percentual aumentou para 10,5% (1674 indivíduos). A mesma pesquisa constatou no ano de 2015 que 7% da população que morava de fato nas ruas eram pessoas idosas. Com relação a Centros de Acolhida, pessoas idosas representavam 16,8% da população residente. Além disso, 80% das pessoas idosas em situação de rua (1353 pessoas) estão nos centros de acolhida. Outro dado de extrema importância é que a idade média de ida para a situação de rua é 57,9 anos entre as pessoas idosas acolhidas e 54,6 entre as que estão de fato nas ruas. Entre as pessoas idosas, 49% dos acolhidos e 38% dos que não estão acolhidos marcaram sua ida para as ruas quando já possuíam 60 anos ou mais (SMADS, 2015). Isso mostra que além da população que envelhece nas ruas, há também uma grande parcela de pessoas idosas que vão para as ruas por motivos que podem ser desde ruptura de laços familiares, a desemprego, falta de aposentadoria, benefícios insuficientes, entre outras questões que podem representar uma necessidade de orientação jurídica.

### **Acesso à justiça e serviços destinados à população em situação de rua**

Um dos grandes desafios encontrados pela população em situação de rua é o acesso à justiça. Para as

peças idosas, também há dificuldades específicas com relação ao acesso à justiça. O acesso à justiça pode ser considerado um dos requisitos fundamentais de um sistema jurídico que visa a concretizar e não somente clamar os direitos de todos (CAPPELLETTI e GARTH, 1988). Segundo estes autores, o acesso à justiça não se restringe ao acesso aos tribunais, mas inclui também o direito à orientação jurídica e a mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos.

No que se refere às pessoas idosas em situação de rua residentes em centros de acolhida, gerontólogos ou outros profissionais atuantes na gestão destes equipamentos deveriam auxiliar na promoção do acesso à justiça para os usuários, através, por exemplo, da escuta qualificada e da articulação da rede, entre outras estratégias. Silva et al. (2016) constataram em pesquisa em um destes serviços na cidade de São Paulo que grande parte dos residentes com demandas judiciais em andamento não expunham tal circunstância aos profissionais dos equipamentos. Portanto, com uma postura ativa, estes profissionais podem exercer papel decisivo para um acompanhamento desse tipo de demanda.

Muitos são os serviços, mecanismos, leis e políticas públicas criadas no Brasil a fim de prestar atendimento às pessoas em situação de rua e ampliar a ação protetiva do Estado para com esse público, apesar de, infelizmente, ainda não serem suficientes. Tais mecanismos e serviços devem se articular com a rede de serviços que promovem o acesso à justiça, a fim de garantir a promoção de direitos e o acesso à justiça dessa população que enfrenta situação de vulnerabilidade social.

Dentre os princípios que regem a Política Nacional para Inclusão da População em situação de rua (BRASIL, 2009, art. 5o), destacam-se o “respeito à dignidade da pessoa humana” (I), a “valorização e respeito à vida e à cidadania” (III), e o “respeito às condições sociais e diferenças de [...] idade” (V). O respeito à dignidade e a valorização da justiça passam pela defesa de direitos dessas pessoas. O respeito às diferenças de idade justifica a implantação de serviços de acolhimento especiais para pessoas idosas.

O acolhimento institucional está previsto na Tipificação Nacional de Serviços da Assistência Social (BRASIL, 2009-b) como serviço de alta complexidade para proteção social de pessoas em situação de rua. É previsto também para idosos, independentes e/ou com certos graus de dependência, em situação de rua, violência, negligência, abandono e com vínculos familiares rompidos e precários. O acolhimento é temporário, a menos que se esgotem todas as possibilidades de reinserção social e auto-sustento da pessoa. Em 2016, dos 33 centros de acolhida do município de São Paulo, 7 eram voltados para o público idoso<sup>4</sup>.

Além do acolhimento e garantia de proteção, o serviço de acolhimento institucional possui como principais objetivos:

---

4 · Eram eles: 1) Centro de Acolhida Especial Morada Nova Luz (localizado na região central); 2) Centro de Acolhida Especial Morada São João (localizado na região central); 3) Centro de Acolhida Especial para Idosos Casa Verde (localizado na região norte); 4) Centro de Acolhida Especial Casa de Simeão (localizado na região central); 5) Sítio das Alamedas (localizado na região central); 6) Centro de Acolhida Especial para Idosos Boraceia-Aconchego (localizado na região oeste); e 7) Umuarama (localizado na região sul). Dados fornecidos por funcionária da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) em 26 de agosto de 2016, através de correio eletrônico.

Acolher e garantir proteção integral; Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; Possibilitar a convivência comunitária; Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais; Favorecer o surgimento e desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia; Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público (BRASIL, 2009-b).

No caso específico de pessoas idosas, os principais objetivos são:

Promover acesso à renda; desenvolver condições para a independência e o autocuidado; promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; Incentivar o desenvolvimento de capacidades para a realização de atividades da vida diária (BRASIL, 2009-b).

Portanto, entre as atribuições destes serviços, está a promoção do acesso às instituições do Sistema de Garantia de Direitos, a exemplo da Defensoria Pública (DP) e do Ministério Público (MP). Afirma-se no art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal (CF) que o Estado deverá prestar assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos. A DP responde a essa missão (CF, art. 134), incumbida de garantir o acesso à justiça e a efetivação de direitos para grande parcela da população brasileira, privada das mínimas condições de vida digna (ROCHA, 2005).

Observando as percepções de residentes em centro de acolhida para pessoas idosas em situação de rua

no município de São Paulo, Silva et al. (2016) concluíram que a DP exerce papel fundamental no que diz respeito à defesa de direitos de pessoas idosas em situação de rua, podendo a defesa desses direitos contribuir para uma saída qualificada, notadamente quando essa questão for trabalhada de forma conjunta com os Centros de Acolhida. Assim, a DP e os Centros de Acolhida podem atuar como relevantes agentes de transformação social.

O MP é outra importante instituição que atua na defesa de direitos da pessoa idosa em situação de rua. O MP é consagrado na CF, em seu artigo 127º como: “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. É de competência do MP a defesa dos direitos das pessoas idosas (EI, art. 19<sup>5</sup>, art. 45, art. 60 e s., além dos capítulos II e III, do Título IV). Ademais, o MP desempenha função significativa na promoção dos direitos da população em situação de rua<sup>6</sup>.

## Material e método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Foram realizadas entrevistas não diretas com pessoas idosas residentes em centros de acolhida especiais para idosos em situação de rua e com gestores ou outros profissionais atuantes nestes equipamentos. A pesquisa também foi embasada em legislação, docu-

5 · Existem outras instituições e atores que atuam na defesa de direitos do idoso, como a polícia, através das Delegacias do Idoso (EI, art. 19).

6 · Guia de Atuação Ministerial. Disponível em [http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia\\_Ministerial\\_CNMP\\_WEB\\_2015.pdf](http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf). Acesso em 19/12/2017

mentação e bibliografia de referência nas áreas da Gerontologia e do Direito.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP e pelo comitê de pesquisas da Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo (SMADS). O comitê de pesquisas da SMADS autorizou a pesquisa em quatro Centros de Acolhida Especiais para Idosos (CAEI) do município de São Paulo, indicados por eles.

As entrevistas se apoiaram em roteiros semiestruturados elaborados para este estudo, sendo um destinado aos participantes residentes dos equipamentos, e o outro, aos profissionais. Eles foram testados de forma piloto para verificar sua eficácia com relação aos objetivos traçados. Os pilotos foram aplicados em um dos CAEI com 2 idosos e 1 profissional. Não houve qualquer tipo de alteração após a aplicação deles.

As entrevistas com os usuários e com os profissionais se deram nos próprios serviços em ambientes de acesso restrito ou privativo, como as salas dos profissionais e espaços de convívio dos residentes onde não havia ninguém por perto. Somente em um dos casos, durante a entrevista com o profissional, havia a companhia de outro membro da equipe que interagiu com o participante em dois momentos para complementar a resposta.

O tipo de amostragem foi por conveniência, e a abordagem e o convite para participar da pesquisa junto às pessoas idosas foi realizado por intermédio dos profissionais do CAEI. A amostra esperada, para essa categoria de participante, era de 20 a 30 mulhe-

res e 20 a 30 homens e tinha por critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, homem ou mulher, residente em Centros de Acolhida Especiais para Idosos no Município de São Paulo. Para a outra categoria de participantes deste estudo, esperava-se um profissional por Centro de Acolhida indicado pela SMADS. O critério de inclusão para esta categoria era ser o(a) gestor(a) do equipamento ou membro(a) da equipe profissional indicado(a) pelos gestores dos Centros de Acolhida dos idosos participantes. As entrevistas com esta categoria (profissionais) foram gravadas e transcritas. Em relação às entrevistas com as pessoas idosas residentes dos centros de acolhida, houve apenas anotações, na medida em que se notou em pesquisa anterior (SILVA et al. 2016), que essa população tinha resistência e desconfiança em participar e fornecer dados pessoais. Entendeu-se destarte que o uso de gravador poderia criar constrangimento, restringindo e/ou comprometendo a participação dessas pessoas.

Os dados referentes à caracterização dos serviços tais como quantidade de vagas, estrutura dos quartos e corpo profissional foram disponibilizados pelos gestores dos equipamentos por meio de correio eletrônico. Através de contato com a Coordenadoria de Observatório de Políticas Sociais da SMADS via ligações telefônicas, correio eletrônico e visita *in loco* em 20 de fevereiro de 2018, foram obtidos importantes dados sobre os instrumentais que devem ser aplicados pelos CAEI em seus residentes, bem como sobre os sistemas de informação e monitoramento dos serviços. Buscou-se averiguar nestes instrumentais e sistemas a existência de

campos de preenchimento sobre demandas judiciais ou necessidade de orientação jurídica.

Quanto aos métodos de análise de dados, os mesmos foram submetidos à Análise de Conteúdo (GIL, 2008), com abordagem temática e frequencial. A análise de conteúdo é realizada em três etapas. A pré-análise consiste na leitura flutuante, escolha dos documentos e formulação das hipóteses e objetivos; a exploração, consiste na codificação (por meio do recorte, agregação e enumeração) e categori-

zação (identificação de palavras-chave e criação de categorias iniciais, intermediárias e finais); e a inferência e a interpretação consistem na identificação de conteúdos evidentes e latentes encontrados, bem como na discussão com respaldo de referenciais teóricos (GIL, 2008).

## Resultados e discussão

A pesquisa foi realizada em 4 CAEI do município de São Paulo (aqui identificados como A, B, C e D), caracterizados no Quadro 1:

**Quadro 1-** Caracterização dos CAEI

CAEI	Usuários	Estrutura física	Equipe
A	100 (68 homens e 32 mulheres)	Oito andares e 36 quartos	30 funcionários (1 gerente, 1 assistente técnico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 14 orientadores socioeducativos, 6 agentes operacionais de limpeza, 4 agentes operacionais de cozinha e 2 cozinheiras)
B	150 homens	Quatro andares e 62 quartos	31 funcionários (1 gerente, 1 assistente técnico, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 11 orientadores socioeducativos, 11 agentes operacionais de cozinha e limpeza e 2 cozinheiras)
C	60 (51 homens e nove mulheres)	Andar térreo e 20 quartos	14 funcionários (1 gerente, 1 psicólogo, 1 assistente social, 5 orientadores socioeducativos, 5 agentes operacionais de cozinha e 1 agente operacional de limpeza)
D	60 homens	Um galpão com dois andares	18 funcionários (1 gerente, 1 psicólogo, 1 assistente social, 10 orientadores socioeducativos e 5 agentes operacionais de cozinha e limpeza)

Fonte: Elaborado pelas autoras

Além de 4 pessoas da equipe dos CAEI, a pesquisa foi realizada com 47 idosos (27 homens e 20 mulheres). Houve menor participação de mulheres de 2 dos CAEI serem destinados ao público masculino. Além disso, Tiene citado por Bueno (2013) afirma que a contingência de mulheres é menor quando se trata de população em situação de rua. De acordo com o autor, isso se deve ao fato de que a mulher da geração que hoje é idosa possuía papéis sociais ligados a reprodução e cuidados com a prole e o lar e sua existência se limitava ao espaço físico e social da casa, onde portanto, deveria viver.

A faixa etária prevalente foi de 60 a 64 anos, totalizando 53,19% dos participantes. Não houve participação de nenhuma pessoa com idade acima de 80 anos. Bueno (2013) afirmou que para aqueles com idade cronológica mais avançada a situação de vulnerabilidade pode se agravar ainda mais. Isso porque, de acordo com a autora, há associação entre fragilidades do envelhecimento, condições precárias de vida nas ruas e possíveis doenças crônicas. Fernandes et al. (2007) também mencionaram que as hipóteses para que a população mais jovem de idosos seja mais prevalente sejam que, assim como as mulheres, os idosos acima de 70 anos tornam-se mais frágeis e não conseguem sobreviver à situação de rua ou são encaminhados para instituições responsáveis por idosos dependentes, como é o caso das ILPIs.

A grande maioria dos participantes declarou ser solteiro (61,7%), separado (14,89%) ou divorciado (10,6%). Conforme descrito na introdução, a literatura indica que a ruptura ou inexistência de laços familiares pode ser

um dos fatores que acarretam ou se relacionam à situação de rua.

Com relação à escolaridade, 31,91% declararam ter ensino médio completo, e 8,51%, ensino superior, o que confirma que a baixa escolaridade não é, necessariamente, uma característica da população em situação de rua (SILVA et al., 2016). Quanto à ocupação, 42,55% dos participantes informaram ser aposentados e não desempenhar nenhuma outra atividade; outros 34,04% declararam não ser aposentados e não desempenhar qualquer tipo de atividade; 17,02% responderam que desempenhavam algum tipo de atividade remunerada (alguns destes, mesmo que aposentados) e 6,38% se consideravam desempregados, mas estavam à procura de emprego. Embora essa pergunta não tenha sido formulada, espontaneamente, alguns dos idosos afirmavam procurar emprego.

A fonte de renda mais prevalente, segundo as respostas, era o BPC (36,17%), seguido do Bolsa Família (27,65%) e de atividades remuneradas (14,89%). Ainda 8,51% se declararam aposentados por tempo de trabalho<sup>7</sup> e 2,12%, recebendo mesada do filho. Enfim, 8,51% responderam não possuir qualquer fonte de renda. O resultados relacionados à ocupação e à fonte de renda sugerem que se pode questionar o preconceito que existe contra essa população atrelado à ideia mencionada por Rosa (2005) de que todo indivíduo em situação de rua é desocupado, ocioso e preguiçoso, e que são pessoas que já se entregaram e desistiram de lutar e trabalhar.

7 . A diferença entre os 8,51% que declararam renda oriunda de aposentadoria por tempo de trabalho e os 42,55% que se declararam aposentados sugere que muitos destes sejam, na realidade, beneficiários do BPC, e não aposentados.

Com relação ao tempo em situação de rua, os resultados foram bastante equilibrados: 36,17% informaram estar em situação de rua entre um ano e meio a cinco anos; 31,9%, até um ano e meio; e 31,9%, cinco anos ou mais. Antes de residir no Centro de Acolhida, segundo as respostas, mais da metade (53,19%) morava em apartamento ou casa alugada; 10,6% vinham de um longo período nessa situação, passando pelas ruas e albergues; 10,6% moravam no local de trabalho, entre outras formas de moradia.

### **Caracterização das demandas judiciais e possíveis fatores associados**

Apenas 9 pessoas idosas afirmaram possuir alguma ação judicial em andamento (todas no polo ativo), totalizando 19,14% dos participantes. Sobre a natureza dos casos em andamento, foram apontados: 3 casos de direitos trabalhistas, 2 casos de agressão, 2 casos de estelionato, 1 caso de roubo em um CAEI, 1 caso de requerimento de benefício relativo ao marido que faleceu, 1 caso de reinvidicação do BPC e 1 caso de partilha de bens. Em pesquisa anterior, dos 22 participantes, 18 homens e 4 mulheres, 9 haviam declarado possuir ações em andamento na justiça, representando 40,9% da amostra, sendo que apenas um participante se declarou como sendo réu (SILVA et al. 2016).

Portanto, nas duas pesquisas, se observa a tendência de os usuários terem se declarado autores de ação judicial. Haveria receio por parte dos participantes de declararem ações nas quais os mesmos seriam réus? Ou, haveria, de fato, predomínio de situações em que residentes de CAEI que sejam

partes em ações judiciais estariam no polo ativo? Tal caracterização de situação judicial predominante entre os usuários parece relevante para que os profissionais dos CAEI adotem estratégias de mesogestão como promover contatos e parcerias para as orientações e acompanhamentos jurídicos que se fazem necessários para o tipo de demanda do público atendido.

Com relação ao percentual de pessoas que declararam ser partes de ação judicial (19,14%), apesar dele ser consideravelmente menor do que o da pesquisa anterior, ele ainda sugere que se trata de uma realidade a ser considerada pela equipe dos CAEI. É possível se questionar se haveria, no CAEI participante da primeira pesquisa (que não fez parte do estudo atual) estratégias para a promoção do acesso à justiça que possam ter influenciado no ajuizamento de ações por parte de seus usuários. Sabe-se que dos 9 participantes da pesquisa anterior que declararam ter demanda judicial em andamento, a maioria (5) afirmara ter ingressado com a ação depois de já estar em situação de rua, 1 iniciara a ação no mesmo ano em que fora para a situação de rua e 3 ainda não estavam em situação de rua ao ingressarem com a ação. Porém, os participantes que tinham ações judiciais em andamento também haviam declarado que o Centro de Acolhida não tinha conhecimento dos casos. Desse modo, pode ser que houvesse estratégias de comunicação e informação (por parte do CAEI, ou por outros meios) que tenham levado ao acionamento da DP pelos participantes da primeira pesquisa, mas é provável, pelos relatos, que não houvesse um acompanhamento dos casos por parte do CAEI.

A maioria dos residentes que declarou possuir alguma ação em andamento na justiça é do sexo masculino, apesar de poucas mulheres terem participado da pesquisa. Além disso, foi verificado um maior percentual de pessoas que afirmaram ter ingressado com ação judicial entre os homens (22,22%) do que entre as mulheres (15%). Essa predominância masculina também fora encontrada na pesquisa anterior (SILVA et al. 2016). De acordo com o Conselho Nacional de Justiça<sup>8</sup>, em 2017, na população em geral, no que diz respeito ao tipo padrão de processos dos Juizados Especiais Cíveis, propostos por pessoa física contra pessoa jurídica, o autor é na maioria das vezes do sexo masculino e apresenta a média etária de 40 anos, coincidindo, no que diz respeito ao sexo, com os resultados obtidos na presente pesquisa. Portanto, é possível levantar a hipótese de que, no Brasil, homens tendem a ajuizar ações mais do que mulheres, inclusive entre a população idosa em situação de rua.

**Tabela 1-** Proporção de participantes com demandas judiciais em andamento, por sexo, São Paulo, 2017

Sexo	%
Homens	22,22
Mulheres	15

Com relação à faixa etária dos que afirmaram ter alguma ação judicial em andamento, prevaleceram as pessoas entre 65 e 69 anos. Mais do que isso, foi possível perceber que nenhum idoso acima de 70 anos afirmou

possuir ações em andamento na justiça. Na pesquisa de Silva et al. (2016), também foi constatado que idosos até 69 anos declaravam ter mais ações judiciais em andamento, representando 77,7%. Estaria isso relacionado ao conhecimento sobre direitos? Tratar-se-ia de um fenômeno geracional de ampliação de acesso à informação em direitos? Além disso, estariam os idosos mais jovens, mais dispostos e motivados a ajuizar ações? Para essa última questão, seria interessante buscar dados acerca de quando as ações teriam sido ajuizadas, para saber que idade os autores teriam à época.

**Tabela 2-** Existência de demandas judiciais segundo faixa etária dos participantes, São Paulo, 2017

Faixa etária	%
60-64 anos	44,4
65-69 anos	55,5%
70-74 anos	-
75-80 anos	-
80 anos ou mais	-

No que diz respeito aos graus de instrução, na pesquisa de Silva et al. (2016), os níveis de escolaridade dos que declararam ter ações judiciais em andamento eram praticamente equivalentes aos do restante da amostra. Na pesquisa atual, com uma amostra ampliada, a maioria dos idosos possuía ensino médio completo, como é possível constatar na tabela 5. Além disso, dois dos idosos possuíam ensino superior completo. Assim, embora a alta escolaridade não seja um fator indispensável para que uma pessoa seja parte em uma demanda judicial, talvez indique uma tendência de maior

litigiosidade no polo ativo (já que todos os participantes declararam ser autores nas ações judiciais)

**Tabela 3** - Existência de demandas judiciais segundo escolaridade dos participantes, São Paulo, 2017.

Escolaridade	%
Analfabetos	-
Ensino Fundamental Incompleto	11,1
Ensino Fundamental Completo	22,2
Ensino Médio Incompleto	-
Ensino Médio Completo	44,4
Curso técnico	-
Ensino Superior	22,2

Por fim, um fator considerável a ser relacionado com a existência de demandas judiciais é o tempo em situação de rua. Isso porque a maioria dos idosos que relataram possuir ações judiciais em andamento está em situação de rua há pouco tempo, como podemos verificar na tabela 6. O maior tempo de permanência em situação de rua encontrado para uma pessoa que relatou ter demanda judicial em andamento foi de três anos. Uma hipótese que pode ser levantada é a de que estes idosos possam ter passado por situações difíceis que estejam relacionadas tanto à situação de rua, quanto à existência de demandas judiciais em andamento; uma outra hipótese é a de que talvez, por estarem a menos tempo em situação de rua, possam estar mais dispostos e esperançosos para sair dessa situação, usando de alguns recursos para que isso aconteça, como o recurso à ação judicial. Esse aspecto do tempo em situação de rua dos idosos que declaram ter ações judiciais em andamento

apresentou resultados distintos com relação à pesquisa anterior de Silva et al. (2016), na qual os idosos com longos períodos em situação de rua foram os que mais possuíam ações em andamento. Porém, como mencionado, a maioria destes idosos declarou ter ajuizado a ação depois de já estar em situação de rua.

Fernandes (2007) destacou que os idosos recém-deslocados, em instituições de acolhimento tendem a ser mais críticos quanto à sua situação, possuindo planos para a saída qualificada e comportamentos coerentes para alcançar esse objetivo. Neste caso, as demandas judiciais podem servir de estratégia para a saída qualificada, caso haja uma resolução positiva para idoso.

De acordo com Pereira (1997, p. 71):

Diferentemente dos que passam pela rua circunstancialmente, os que já moram nela possuem um modo de vida próprio, ou seja, desenvolvem formas específicas de garantir a sobrevivência, de conviver e ver o mundo. Têm sobre a cidade um olhar, atribuindo novas funções aos espaços públicos, às instituições.

Borin (2003, p. 50) também ressaltou que quanto maior o tempo em situação de rua, maiores as transformações que ocorrem no indivíduo:

Quanto mais tempo na rua, mais as memórias do passado desaparecem gradualmente, sendo substituídas por novas experiências que se diferenciam em muito das vividas até então. Da mesma forma que o passado e o presente vão se tornando desvinculados um do outro, também as relações do presente com o futuro perdem continuidade e clareza. Em última instância, passado e futuro se aniquilam no presente, sendo reduzida na dimensão do hoje, do aqui e do agora, onde não há um amanhã programado.

Em outras palavras, aqueles que se encontram em situação de rua por longos períodos podem se adaptar a esse contexto, criando formas de viver, e deixando de lado modos de vida que levavam anteriormente. Quanto mais duradoura a situação de rua, mais difícil se torna a reinserção da pessoa na família e no núcleo social de origem, podendo haver adaptação à situação de rua (BUENO, 2013). Desse modo, parece plausível que muitos possam perder o interesse ou esperanças quanto a uma mudança em suas vidas no sentido da retomada de hábitos ou modos de viver anteriores à situação de rua. Parece, assim, ser mais difícil que pessoas que estejam em situação de rua por um período muito longo tenham a iniciativa de buscar orientação jurídica, reivindicar seus direitos ou ainda acompanhar eventuais ações judiciais.

**Tabela 4-** Existência de demandas judiciais e tempo de permanência nas ruas, São Paulo, 2017

Tempo de rua	%
Até 1 ano e meio	55,5
1 ano e meio a 5 anos	44,4
5 anos ou mais	-

Quando questionados se sabem onde é prestado atendimento jurídico gratuito, dos 47 participantes, 44,68% apontaram a DP, 36,17% afirmaram não saber, 4,25% apontaram o MP, 4,25% mencionaram a Praça da Sé. Também foram citados “Rua Dom Bosco”, “Liberdade”, “Fórum”, “CAEI”, “Sindicato” e “Corregedoria”. Em se tratando especificamente dos que possuíam ações em andamento na justiça, apenas 2 responderam que não sabiam onde é prestado atendimento jurídico gratui-

to, enquanto 7 mencionaram a DP, o que revela que a maioria destes idosos com demandas judiciais em andamento possui algum conhecimento acerca de direitos e acesso à justiça.

De acordo com as informações prestadas, entre os que possuíam ações em andamento na justiça, 4 eram atendidos pela Defensoria Pública do Estado (DPE), 3 por advogados particulares, 1 por “advogado amigo” e 1 pela Defensoria Pública da União (DPU). Além disso, entre estes participantes, apenas uma idosa disse estar necessitando de orientação sobre seus direitos (a mesma sabia que poderia encontrar atendimento jurídico gratuito no MP ou “Praça da Sé”), ao passo que 8 responderam negativamente.

Quando questionados sobre a quem recorreriam caso necessitassem de orientação sobre seus direitos, dos 47 participantes, 25,53% afirmaram procurar o assistente social do CAEI; 19,14% procurariam a DP; 14,89% não sabiam; 6,38% buscariam um advogado; 6,38% chamariam um advogado amigo e 6,38% recorreriam à psicóloga do CAEI<sup>9</sup>. No caso específico dos que possuíam ações em andamento na justiça, 6 apontaram a DP, 1 apontou um advogado, 1 apontou o assistente social do CAEI e 1 disse que não sabia a quem recorrer.

Todos os participantes afirmaram que seus respectivos CAEI têm conhecimento sobre suas ações em andamento. Já na pesquisa realizada em 2015, a maioria dos participantes afirmava que o CAEI não tinha conhecimento sobre suas ações em andamento.

9 • Também foram apontados: “DPU”, “advogado conhecido”, “advogado particular”, “advogado gratuito”, “delegacia”, “filha”, “MP”, “gerente” do CAEI, “policial” e “CRAS”.

## Estratégias de promoção de acesso à justiça

A democratização do acesso à justiça não se esgota na simples inclusão da população em situação de rua ao processo judicial, mas deve fornecer condições para que esse segmento conheça e identifique seus direitos fundamentais e sociais para que haja sua inclusão nos serviços públicos de saúde, educação, assistência social e no próprio Poder Judiciário (RIBAS, 2014). Com o intuito de averiguar se os CAEI possuem estratégias para a promoção do acesso à justiça e quais são elas foram entrevistadas 4 profissionais que atuam nos serviços descritos anteriormente, dentre os quais 3 eram assistentes sociais e 1 era psicólogo.

### *Levantamento de dados sobre demandas judiciais*

Foi questionado aos profissionais se o serviço costuma levantar tais dados e de que forma isso é feito. O profissional do CAEI A respondeu que é feito um questionamento ao usuário sobre a existência de “pendência judicial”; mas uma posterior verificação, que segundo ele pode ser feita no site do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) só é efetuada se o usuário consentir. Não ficou claro em que momento essa consulta ao usuário é feita. O profissional ressalta que não há qualquer tipo de checagem, a menos que isto seja solicitado pelo convivente. Quando o idoso solicita esse auxílio, são feitas consultas no sítio eletrônico do TJSP. Há aqui uma limitação na resposta do profissional quanto à verificação da existência de processos em andamento, haja vista que existem outros sítios eletrônicos para checagens em outras instâncias, como a Justiça Federal ou o

Tribunal Regional do Trabalho de São Paulo (lembrando que casos trabalhistas foram os mais recorrentes nas respostas dos usuários).

Com relação ao CAEI B, o profissional respondeu que é realizado esse tipo de levantamento de dados, deixando entender que isso é feito através de um acompanhamento através de conversas que começam com a entrevista social. A fala indica também que não é necessariamente no primeiro contato que os usuários “vão trazendo essas informações”, mas que quando o fazem o serviço providencia os necessários encaminhamentos. Aqui também parece haver um respeito à vontade e ao tempo necessário para que a pessoa idosa se manifeste, sendo colocada como protagonista do procedimento. Sendo assim, nada parece ser feito sem o seu interesse e sem o seu consentimento.

No caso do CAEI C, o profissional também alegou que há levantamento de dados quanto à existência de demandas judiciais de seus conviventes (como são chamados os residentes). De acordo com ele, tais dados são levantados através da entrevista inicial realizada com os idosos logo que ingressam no CAEI, embora a resposta sugira que não é feito um questionamento direto sobre o assunto, mas que o próprio usuário acaba abordando a questão ao responder outras perguntas. O profissional ainda afirma que os idosos tendem a falar sobre o assunto com o equipamento, o que pode indicar que os idosos confiam no serviço e nos profissionais. Contudo, será que todos os usuários têm essa confiança ou entendem que seria importante trazer essa informação ao serviço? Não seria o caso de se pensar

em um procedimento ou instrumento que preveja um questionamento direto do serviço aos usuários, de modo a não deixar que, em determinados casos, essa informação tarde a chegar ou nunca chegue ao conhecimento dos profissionais?

No CAEI D, o profissional também respondeu que é realizado o levantamento de dados sobre a existência de demandas judiciais. Contudo, contrariamente aos outros profissionais participantes deste estudo, este passou maior detalhamento sobre como esse procedimento é realizado, deixando claro que isso é feito tanto na esfera cível, quanto na esfera criminal, para a qual há um campo a ser preenchido na ficha cadastral de entrada no equipamento. Ficou evidente que o foco do levantamento está na esfera criminal. Já na esfera cível, há um questionamento, mas não há campo de preenchimento específico. O usuário responde se quiser, e o serviço não fará uma averiguação. Essa discrepância de interesse entre a esfera penal e a esfera cível reduz a missão do serviço, haja vista que o mapeamento das demandas (inclusive e sobretudo na esfera da realização dos direitos) é fundamental para uma gestão individual do caso bem-sucedida. Talvez a predominante preocupação com a questão criminal possa também ser associada a preconceitos e estereótipos negativos relacionados à população em situação de rua. Mattos e Ferreira (2004) ressaltam que as pessoas em situação de rua carregam o estigma de serem indivíduos que irão assaltar, pedir esmolas ou violentar quem cruzar o seu caminho, evidenciando a conexão estereotipada entre a pobreza com a violência e a delinquência. É preciso um

olhar atento e consciente para que essa imagem negativa não influencie os processos, instrumentos e mecanismos de atenção e de gestão voltados a essa população. Esse olhar se constrói através de capacitação dos profissionais que atuam na área.

Constata-se, então, que todos os profissionais responderam que o serviço costuma levantar dados acerca da existência de demandas judiciais de seus usuários; no entanto, ao explicarem como isso é feito, as respostas dos profissionais participantes indicam que, em todos os CAEIs sob análise, o conhecimento e algum acompanhamento, pelo serviço, das demandas judiciais em andamento dos seus usuários dependem, em alguma medida, do interesse e da iniciativa dos próprios usuários. A realização desse levantamento de dados por iniciativa do próprio equipamento, independente do consentimento ou quicá do conhecimento dos usuários, não é uma prática de todos os CAEIs. As respostas revelam uma diversidade de estratégias quanto a este último ponto. A questão que merece ser levantada é: em que medida deixar o conhecimento e/ou eventual acompanhamento de ações judiciais a depender somente da iniciativa dos usuários representa um respeito à sua autonomia ou, ao contrário, uma falha de gestão de uma atenção integral voltada a promover uma saída qualificada? Se o serviço é destinado a pessoas independentes e autônomas, é necessário respeitar a autonomia desses residentes. Porém, os serviços devem criar um ambiente de confiança, estabelecendo vínculos com os residentes para que se sintam à vontade para tratar de qualquer assunto. Além disso, também devem ofe-

recer orientação e informações, passos essenciais para a promoção do acesso à justiça, haja vista que, com maior conhecimento, as pessoas serão capazes de identificar seus direitos e saberão a quem recorrer caso seja necessário.

Nenhum profissional mencionou qualquer tipo de levantamento ou sistematização geral de demandas judiciais dos usuários (em termos coletivos). Nenhum profissional relatou que essas informações sejam solicitadas pela SMADS ou transmitidas em relatórios ou comunicações para a supervisão do serviço. Seria interessante, em termos de gestão, produzir essa caracterização em termos coletivos, a fim de se conhecer melhor o perfil dos usuários e de suas necessidades, e de se planejar ações não somente voltadas a esse público, mas também para promover uma aproximação com instituições que promovam acesso à justiça, para um fortalecimento das redes.

#### *Questionamento sobre atendimento jurídico*

Perguntou-se aos profissionais se o serviço questiona aos residentes se eles precisam de atendimento jurídico. Entende-se por atendimento jurídico uma assistência jurídica no sentido amplo, não restrita a aspectos judiciais, conforme o conceito de Pierri (2008).

O profissional do CAEI A afirmou que o questionamento sobre a necessidade de atendimento jurídico é posto aos usuários de modo coletivo, nas assembleias mensais, mas explicou que é em atendimentos individuais que o usuário “vem atrás de alguma situação específica”. Nas assembleias mensais seriam apresentadas as funções da equipe, de modo que, se possuírem alguma dúvida, os residentes

possam contatá-los. Mas o participante disse que há “pouca procura” por parte dos usuários, e que muitos preferem ir diretamente à Defensoria, pedindo apenas que o CAEI forneça comprovante de endereço. O profissional ainda comentou que é nesse momento que pergunta o que o usuário precisa resolver, pois dependendo do que for, indica as instituições competentes: “por exemplo, questões de INSS [Instituto Nacional de Seguridade Social] é federal, o Ministério Público da União que vai dar suporte, não a Defensoria Pública do Estado”. Observa-se aqui a importância de que o profissional tenha conhecimento sobre as competências das instituições relacionadas ao acesso à justiça, para que possa fazer os encaminhamentos corretos e evitar deslocamentos desnecessários. A estratégia adotada neste CAEI parece, então, ser a divulgação das competências e atribuições do serviço de forma coletiva, deixando que a questão relativa à necessidade de atendimento jurídico dependa da iniciativa do próprio usuário.

No que diz respeito ao CAEI B, o profissional respondeu que o serviço questiona aos idosos se eles necessitam de atendimento jurídico. Disse ainda que isso é realizado através dos atendimentos individuais. Ao contrário do CAEI A, neste caso, a demanda não surge pela iniciativa do idoso, mas há um questionamento por parte profissionais, no atendimento individual. O discurso do profissional sugere que talvez o entendimento que ele tenha sobre “necessidade de atendimento jurídico” e a consequente atenção fornecida sejam restritos a ações judiciais em andamento, deixando de lado a perspectiva não judicial que integra

a noção de atendimento jurídico, que compreende orientação sobre direitos ou encaminhamentos de composição amistosa, não judicial.

No CAEI C, o profissional também declarou que são feitos questionamentos quanto à necessidade de atendimento jurídico. De acordo com ele, quando o idoso ingressa no CAEI são preenchidas planilhas a fim de identificar seu perfil e suas demandas. Nesse momento, é questionado se ele possui alguma necessidade de atendimento jurídico.

Por fim, no CAEI D o profissional respondeu negativamente. Segundo ele, não ocorrem questionamentos quanto à necessidade de atendimento jurídico, pois sendo o CAEI um equipamento destinado a idosos autônomos, não deve interferir na vida daquele indivíduo, a menos que seja uma demanda trazida por ele. Outro aspecto interessante é que, na visão do profissional, uma das frequentes demandas por atendimento jurídico se refere à busca de documentação de pessoas que estão sem documentos de identificação. A instituição acionada nesse caso, segundo o participante, é o MP, mais especificamente a promotoria do idoso.

Em síntese, em dois dos CAEI esse questionamento é feito: em um deles isso se dá na entrevista inicial e no outro ele é realizado através de atendimentos individuais diários. Em um outro CAEI, o profissional afirmou que esse questionamento é realizado, mas houve uma contradição, haja vista que isso só ocorre se houver algum tipo de iniciativa do idoso quanto ao assunto. Por fim, o último CAEI não realiza nenhum tipo de questionamento quanto à necessidade de atendimento jurídico.

### *Procedimentos e encaminhamentos propostos*

Também foi questionado aos profissionais se o serviço adota algum procedimento caso fique sabendo da existência de alguma demanda judicial envolvendo seus residentes. A esse respeito, o profissional do CAEI A explicou que:

Ouve a situação e propõe os encaminhamentos. Só, assim, depende muito do órgão. Depende muito de qual que é a ação. Por isso que assim, não é uma coisa fechada que possa se dizer 'eu encaminhei pra aquele lugar' né, depende muito, são vários tipos de encaminhamento. O que a gente mais tem aqui é o Chá do Padre né, esse é o que a gente mais tem.

Contrariamente ao participante do CAEI C que indicou na pergunta anterior que o principal interlocutor em questões jurídicas seria o MP, aqui o principal interlocutor parece ser a DP, por trás da expressão "Chá do Padre". Embora o profissional do CAEI A relate que os encaminhamentos variam de acordo com as necessidades do idoso, ele confirma em outra fala que o principal interlocutor, ou a sua principal referência, é a DP. O profissional ainda destaca alguns dos casos recorrentes no CAEI:

[...] a gente tem aqui muita, por assim dizer, empréstimos consignados, pessoas que não reconhecem aqueles juros, né, já manda, por exemplo, pro Poupatempo, né. O que a gente mais tem nesse momento é questões ligada ao empréstimo consignado. É bastante. Porém, questão dos juros a pessoa já assumiu aquela dívida, e são dívidas de 2020, 2025 e você vai ver, não pegou nem 600 reais de empréstimo. Assim como nós temos também relatos de usuário que ele mesmo buscou uma interdição dele próprio, e aí, a Defensoria Pública tá procurando um curador pra ele.

Para tratar de questões jurídicas envolvendo os conviventes, o profissional afirmou que o equipamento mais contatado é o MP:

Normalmente é o MP. Via de regra é o MP mesmo (...) a gente também tá com uma situação envolvendo documentação via Ministério Público, também porque não consegue de jeito nenhum conseguir sequer a certidão de nascimento. Mas também envolve que o usuário não colabora.

Nessa fala, o profissional confirmou que uma das questões jurídicas envolvendo os conviventes comumente encaminhada para o MP, já apontada pelo profissional do CAEI D, é o problema de pessoas que chegam no serviço sem possuir qualquer documento de identificação. O profissional afirma também que, em alguns casos, o próprio idoso não colabora para a resolução da busca de documentação. Isso pode acontecer pelo fato de o idoso não querer ser localizado por algum motivo, inclusive eventual pendência judicial.

No CAEI B, o profissional também relatou que são providenciados alguns encaminhamentos, que seriam solicitações de atendimento para os usuários ou de informações sobre o andamento dos processos. O profissional destacou que, no atendimento diário, são feitas perguntas específicas, e que os idosos costumam expor suas dúvidas e demandas. Mais uma vez, isso mostra a confiança que os idosos precisam ter no serviço para sanar suas dúvidas. Outro procedimento que o profissional destacou foi o de entrar em contato com a instituição (no caso a DP) para saber mais sobre o caso ou para pedir um atendimento para o usuário.

Com relação à instituição contatada em caso de encaminhamentos, o profissional destaca que: “[...] os enca-

minhamentos feitos são pra Defensoria Pública e há encaminhamento pra Defensoria Criminal [...]”. É curioso que o participante indique separadamente a “Defensoria Pública” e a “Defensoria Criminal”, como se fossem instituições distintas. Para tratar das questões jurídicas envolvendo seus conviventes, o equipamento mais procurado pelo CAEI B é a DP, menciona o profissional, não esclarecendo se é a DPE ou a DPU.

Sobre os procedimentos adotados pelo CAEI C, caso se saiba da existência de alguma ação judicial envolvendo seus conviventes, o profissional afirma que como se trata de idosos autônomos, é preciso respeitar o espaço daquele residente para não ultrapassar nenhum limite. É necessário, então, que o idoso apresente a demanda para o serviço. Além disso, quando o idoso expõe a demanda, são recomendados alguns encaminhamentos para os órgãos responsáveis. De acordo com ele, os principais órgãos contatados são a DP e a “Promotoria do Idoso”.

No CAEI D, o profissional afirma que o serviço adota alguns procedimentos, caso fique sabendo existência de alguma ação judicial envolvendo seus conviventes; dentre esses procedimentos estão as verificações:

[...] a gente tem um caso, né, que o idoso é procurado pela justiça; ele tá com prisão preventiva decretada e ele chegou aqui sem documento. Então a gente faz todo um trabalho de descobrir o que que tá acontecendo. Tem idoso que não se sente à vontade de falar, tem uns que falam e, esse em específico, ele chegou, ele contou e eu fiz uma pesquisa e vi que ele tava com essa prisão decretada. E aí o que que a gente fez é, um advogado foi acionado, né, foi explicada toda situação toda pro advogado, e o advogado tá resolvendo a situação dele lá no fórum [...].

Com relação à esfera cível, o profissional declara que há orientação e encaminhamento para a DP.

A gente orienta né, geralmente quando não tem, que a maioria deles não tem advogado, tem que encaminhar pra Defensoria né? A gente encaminha tem o, não sei se você conhece lá que eles falam muito, o Chá do Padre, lá no centro da cidade que é onde eles conseguem atendimento de graça.

Além disso, o serviço propõe encaminhamentos para a Promotoria do Idoso: “Aqui como é [...] como é um serviço pra idoso a gente só aciona a promotoria do idoso”. Assim, para tratar de questões jurídicas envolvendo os conviventes, o profissional afirma que o equipamento mais contatado é a Promotoria do Idoso via telefone ou via e-mail.

Conclui-se então que, quando ficam sabendo de alguma ação judicial envolvendo os idosos residentes, todos os CAEI propõem encaminhamentos às instituições responsáveis ou contatos para obtenção de informação, procedimentos esses que podem variar de acordo com as necessidades do idoso. Os órgãos mais contatados, de acordo com os participantes, são a DP e a Promotoria do Idoso.

#### *Resolução de demandas judiciais e saída qualificada*

Foi averiguado se os profissionais se recordavam de algum residente que tivesse tido resolução da demanda judicial durante sua estada no serviço. No CAEI A o profissional responde positivamente: “No período que a gente tá aqui foram um ou duas pessoas que teve alguma ação procedente”. Com a ajuda de um colega de trabalho, ele se recorda de uma idosa, já falecida, que possuía uma ação em

andamento sobre a disputa de uma casa. A idosa ganhou a ação, mas não usufruiu da casa, haja vista que já estava muito debilitada e não tinha condições de morar sozinha. No princípio, a casa ficou fechada, mas depois acredita-se que ficou com a filha. Também foi perguntado se houve alguma saída qualificada do equipamento através da resolução das demandas judiciais. Neste caso, o profissional respondeu negativamente.

Já no CAEI B o profissional, que atua há cerca de um ano no serviço, não se recordava de nenhum caso de resolução de demanda judicial e acredita que o fato de trabalhar há pouco tempo no CAEI pode ser a explicação pra isso. O profissional também informou que, naquele serviço, não conheceu nenhum idoso que tenha tido uma saída qualificada graças à resolução de alguma ação judicial. Porém, confirmou que existem aqueles que estão aguardando a resolução de alguns processos para que ocorra essa saída.

No CAEI C, o profissional respondeu positivamente e identificou três casos:

[...] uma idosa que foi pela promotoria do idoso. [...] um caso que era de uma aposentadoria pra um estrangeiro, que ele foi atrás de um advogado particular e conseguiu lá o benefício mesmo sendo japonês; e teve um caso de um italiano também que conseguiu o benefício dele, uma aposentadoria, mesmo sendo italiano. São três. É, são poucos né, que teve êxito né; o processo geralmente o processo é muito longo, as vezes sai o resultado do processo o idoso não se encontra mais nem aqui, já saiu faz tempo.

Ele ainda ressalta que os três casos possibilitaram uma saída qualificada aos idosos. No primeiro caso, a idosa foi encaminhada para uma ILPI após a resolução da demanda, no segun-

do também houve encaminhamento para ILPI, já o terceiro caso possibilitou uma saída qualificada autônoma.

Por fim, no CAEI D, o profissional afirma que se recorda de sete casos solucionados: dois na esfera criminal e cinco na esfera cível. Já quanto às resoluções que possibilitaram uma saída qualificada, o profissional relata apenas um (que na verdade estava prestes a ter uma saída qualificada), mas que se tratava, segundo o próprio profissional, de trâmite junto ao INSS, e não propriamente de uma demanda judicial.

Portanto, foi possível identificar que em 3, dos 4 CAEI participantes, os profissionais lembraram da resolução de ações judiciais, algumas dessas possibilitando a saída qualificada. Em outros casos, a longa duração dos processos fez com que alguns não conseguissem, segundo os profissionais, usufruir da resolução das ações.

É comum que usuários de CAEIs não tenham esperança de que sua situação vá se alterar, o que provoca alta rotatividade entre albergues e dificulta a saída qualificada (BOARETTO, 2005). Além do afastamento em relação ao Poder Judiciário, a desmotivação e falta de fé quanto à saída da situação de rua também podem ser algumas das razões para que esse segmento não tenha disposição de buscar orientação jurídica. Porém, a situação de rua comporta inúmeras e diversas saídas, seja no plano institucional ou no movimento social, e as ações devem abarcar a heterogeneidade dos perfis da população em situação de rua, bem como as perspectivas e aspirações que essas pessoas idealizam e desenvolvem para a reconstrução de suas vidas (ROSA, 2005).

Acredita-se que o CAEI possa influenciar bastante uma saída qualificada, caso busque estimular os idosos e suas potencialidades. O encaminhamento e o acompanhamento de eventuais questões jurídicas são essenciais para o resgate da cidadania dos usuários.

#### *Síntese e relação entre as informações prestadas*

No CAEI A, foi constatado que a autonomia do usuário é o fator que mais parece ter peso ao se pensar em estratégias de promoção do acesso à justiça. A equipe profissional pergunta ao usuário se o mesmo tem alguma demanda judicial, mas não realiza nenhum tipo de checagem ou verificação, a menos que haja o consentimento e a solicitação do idoso. São realizadas assembleias mensais a fim de expor aos residentes quais são as atribuições do serviço e dos profissionais, de modo que os mesmos procurem o atendimento, caso necessitem, o que pode ser identificado como uma estratégia de micro-gestão, haja vista que foca na relação com o residente, podendo facilitar a comunicação, além de fornecer informações capazes de auxiliar esses idosos. De acordo com o profissional, a procura com relação à orientação sobre atendimento jurídico é pouca. Isso talvez ocorra porque, como o próprio profissional mencionou, orientações gerais são transmitidas nas reuniões coletivas, o que talvez colabore para que os usuários se dirijam diretamente ao “Chá do Padre” (como dito pelo profissional). Caso a equipe fique sabendo de ações judiciais envolvendo os conviventes, promove encaminhamentos de acordo com a necessidade do residente. Normalmente, os casos são encami-

nhados para a DP ou para o MP. As práticas que parecem ser adotadas em matéria de promoção do acesso à justiça são as de transmitir informações gerais em reuniões coletivas, aguardar que os idosos tragam as demandas para que, então, sejam feitos os direcionamentos necessários. Apesar de a maioria dos usuários deste serviço que participaram da pesquisa não ter relatado possuir ações judiciais em andamento, quase metade dos participantes afirmava necessitar de orientação sobre seus direitos e metade deles não sabia onde poderia encontrar atendimento jurídico gratuito. Portanto, embora o profissional mencione que existem reuniões mensais onde são transmitidas informações sobre as atribuições do serviço e dos profissionais que ali atuam (o que o participante parece indicar como meio pelo qual os usuários tomariam conhecimento da possibilidade de compartilharem com o serviço a existência de demandas judiciais em andamento ou a necessidade de atendimento jurídico), talvez sejam necessárias mais estratégias de educação em direitos e apresentação dos serviços que promovem o acesso à justiça, a exemplo da DP e do MP. Por outro lado, ao contrário dos outros CAEI, neste, a maioria dos participantes afirmou que, caso necessite de orientação sobre seus direitos, procuraria o assistente social do serviço. Isso talvez possa ser resultado das reuniões mensais comentadas pelo profissional participante dessa pesquisa. O fluxo provável de encaminhamento de questões jurídicas de usuários deste serviço passa, portanto, inicialmente, por um profissional que, em geral, não tem formação jurídica; no entanto, o mesmo deve minimamente co-

nhecer as competências e atribuições de instituições relacionadas à justiça e ao acesso à justiça em geral para fazer os encaminhamentos de forma eficaz; trata-se do profissional que também pode fazer um registro e um acompanhamento dessas questões, seja no plano individual, seja no plano coletivo, realizando por exemplo levantamentos estatísticos sobre as principais causas que levam as pessoas idosas a procurarem orientação jurídica.

No CAEI B, o atendimento visa a estabelecer vínculos e uma relação de confiança com os conviventes, criando um ambiente favorável, de modo que o idoso se sinta seguro ao expor suas dúvidas e necessidades. No atendimento individual, os profissionais questionam os idosos quanto à necessidade de atendimento jurídico. Sendo assim, essa demanda não necessariamente depende da iniciativa do usuário. Checagens e outras verificações sobre as demandas judiciais são realizadas quando os idosos fazem essa solicitação ao CAEI. Através do contato pelo atendimento diário, onde se busca criar uma conexão com os conviventes, os próprios idosos apresentam as demandas. Segundo as informações prestadas, a busca por orientações é alta, e o procedimento usual quando se descobre a existência de ações judiciais envolvendo os usuários é a propositura de encaminhamentos a outros serviços. A DP é a instituição mais contatada nesse caso. Pôde-se concluir que a estratégia deste CAEI é fazer o levantamento de dados através de conversas com os idosos no atendimento diário. O CAEI B é o que apresenta maior representatividade de idosos participantes dessa pesquisa com ações em andamento na justiça. Além disso, a grande maioria afirmou não ne-

cessitar de nenhuma orientação sobre seus direitos. Mais da metade dos participantes tinha conhecimento de onde poderiam conseguir atendimento jurídico gratuito, apontando a DP como referência; apesar disso, muitos também desconheciam esse serviço. A maioria dos idosos participantes procura diretamente a DP caso necessite de auxílio. Porém, uma grande parcela procura o assistente social do CAEI. Pode-se concluir então que, mais uma vez, o assistente social do equipamento parece ter um papel relevante, podendo, por vezes, ser a ponte entre o idoso e as instituições que promovem acesso à justiça.

O CAEI C parece adotar como fundamento de suas ações a preservação da autonomia associada a algumas técnicas para que os idosos tragam suas demandas. Segundo as informações prestadas, a existência de demandas judiciais envolvendo os conviventes é averiguada através das entrevistas iniciais, e os idosos costumam expor os casos. Questiona-se os novos residentes sobre a necessidade de atendimento jurídico por meio do preenchimento de planilhas a fim de identificar o perfil e as demandas dos usuários. Porém, foi ressaltado que, como os usuários são autônomos, depende da vontade dos mesmos tratar do assunto. O procedimento adotado caso haja necessidade de orientação jurídica também é o encaminhamento. Mais uma vez, a DP e a “Promotora do Idoso” são os mais contatados. Foram poucos os residentes do CAEI C que relataram ter ações judiciais em andamento. A maioria não necessitava de qualquer orientação sobre os seus direitos. Metade dos residentes conhecia a DP e a apontou como o serviço responsável pelo atendimento jurídico

gratuito. Porém, a outra metade desconhecia o serviço. A maioria relatou procurar a DP ao necessitar de orientação jurídica. Porém, novamente, um contingente significativo disse procurar o assistente social do CAEI.

O CAEI D também parece adotar o respeito da autonomia dos usuários como o princípio de suas ações em matéria de encaminhamento de questões jurídicas; porém, algumas medidas são tomadas independentemente do consentimento do usuário. Segundo o profissional participante, é realizado um levantamento de dados sobre a existência de demandas judiciais dos idosos residentes tanto na esfera cível quanto na criminal a partir de informações prestadas pelo usuário na ficha cadastral. No entanto, o foco parece estar na esfera criminal, por haver um campo sobre o assunto no instrumental de cada usuário. Na esfera cível, é necessária uma solicitação do próprio idoso para que seja realizada a verificação a respeito de suas ações judiciais. Além disso, ao contrário dos outros CAEIs, não é questionado ao idoso se este necessita de atendimento jurídico. Isso acontece pois o serviço acredita que, por serem idosos autônomos, a demanda deve surgir da iniciativa dos mesmos. Por fim, caso fique sabendo da existência de demandas judiciais ligadas aos seus conviventes, o profissional presta orientações e propõe encaminhamentos. A “Promotora do Idoso” é o órgão mais contatado, segundo o profissional participante. No CAEI D, foram entrevistados somente 5 idosos. Não houve nenhum relato de demanda judicial em andamento. Quase todos relataram não necessitar de orientação jurídica e todos apresentaram a DP como o serviço

responsável pelo atendimento jurídico gratuito. A maioria afirmou procurar o assistente social do CAEI caso precise de auxílio sobre seus direitos, o que reforça a importância deste profissional em matéria de encaminhamentos de questões jurídicas neste equipamento, como visto em outros CAEIs.

## Considerações finais

A autonomia dos usuários foi um aspecto bastante destacado nas entrevistas com os profissionais dos CAEIs. Isso porque o serviço é destinado a idosos independentes e autônomos. Porém, como se trata de uma população vulnerável, por ser idosa e estar em situação de rua, o exercício da autonomia não é tão simples.

Guimarães (1999) destaca que a expressão da autonomia do sujeito é concretizada no consentimento do mesmo pós-informação. Invadir o plano da autonomia, seria, por exemplo, um profissional do CAEI agendar atendimentos jurídicos para um de seus usuários sem o conhecimento e o consentimento da pessoa. Invadir o plano da autonomia seria também, por exemplo, forçar os usuários a assistirem a uma palestra de educação em direitos organizada pelo serviço.

Ao buscar o consentimento dos usuários, é necessário que os profissionais considerem as (heterogêneas) situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas pessoas idosas em situação de rua. Além da inata vulnerabilidade de todo ser vivo, existem circunstâncias desfavoráveis que tornam a pessoa ainda mais vulnerável, a exemplo da perda de habilidades ou liberdade, da escassez de oportunidades de escolha dos bens fundamentais para a sobrevivên-

cia, da fragilização da cidadania e da privação de acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos, trabalhistas, entre outros (SCARPELLI, 2007). Assim, o consentimento muda de figura quando se refere a pessoas em situação de vulnerabilidade, haja vista que, majoritariamente, as mesmas não possuem possibilidade de defender seus interesses, mesmo que momentaneamente (SCARPELLI, 2007). Pessoas idosas em situação de rua estão expostas a um contexto de vulnerabilidade social, resultante da pobreza e outros fatores como rompimento ou fragilização de redes de apoio informais. A exclusão social tende a limitar o exercício da autonomia plena, sobretudo no que se refere ao acesso à justiça, havendo pouca familiaridade da sociedade em geral com a matéria.

O respeito da autonomia da pessoa idosa em situação de rua requer que os serviços destinados a essa população garantam-lhe as condições necessárias para a defesa de seus interesses. No caso da promoção do acesso à justiça, isso pode ser feito principalmente através da orientação e do fornecimento de informações, de modo que as pessoas possam reconhecer seus direitos e procurar os equipamentos necessários para efetivá-los. Só assim, essa população conseguirá de fato ser protagonista de suas escolhas de forma mais justa e igualitária.

Dentre os objetivos dos centros de acolhida para pessoas idosas em situação de rua, estão a promoção do acesso à rede socioassistencial e aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, bem como às políticas públicas. Portanto, a promoção do acesso à justiça é papel de todo CAEI e deve ser sempre estimulada, utilizando-se de

diversas estratégias para que isso aconteça, sendo a principal delas o acesso às informações. Aumentando o conhecimento, diminui-se a dependência, pois o sujeito será capaz de agir sozinho em muitas iniciativas e procedimentos.

No que diz respeito à micro-gestão a criação de vínculos e ambientes seguros e confiáveis para os conviventes facilita a comunicação e a exposição de suas necessidades. Através dessa conexão, busca-se extrair o máximo de informações possíveis do usuário, possibilitando a criação de um plano de atendimento que visa a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do mesmo. Ademais, é fundamental potencializar as capacidades individuais dos idosos, a fim de resgatar sua autoestima, o que pode reforçar a autonomia.

É recomendável que os CAEI promovam apresentações dos serviços que prestam atendimento jurídico gratuito, haja vista que muitos usuários desconhecem essas instituições. Isso aumentaria o acesso à informação e auxiliaria os usuários a refletirem sobre seus direitos e a buscarem orientação, alcançando um ampliado acesso à justiça. Gestores de CAEI também poderiam firmar parcerias e contatos mais frequentes com instituições como o MP e a DP. Ações conjuntas (a exemplo de palestras com profissionais da área jurídica nos próprios CAEIs, ou participação dos usuários dos serviços em eventos de educação em direitos promovidos pelas instituições do sistema de garantia de direitos) contribuiriam para o cumprimento das missões tanto dos CAEIs quanto das referidas instituições.

Outra sugestão seria a inserção de campos de preenchimento obri-

gatório sobre aspectos jurídicos e/ou judiciais nos instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa aplicados pelos CAEI e nos sistemas de dados e instrumentos de monitoramento implementados pela SMADS. Mas também é preciso que haja incentivo, capacitação e efetiva fiscalização quanto à aplicação desses instrumentos e quanto à produção de dados pelos serviços. É necessário promover estudos científicos e incentivos específicos para a criação e avaliação desses instrumentos. Estratégias de educação continuada para capacitar o corpo técnico também seriam fundamentais para potencializar o uso dos instrumentos já existentes.

Através do registro e da análise estatística das demandas jurídicas do conjunto dos residentes, e garantindo o respeito à confidencialidade, os profissionais dos CAEIs podem fornecer relevantes informações tanto para a Assistência Social, quanto para instituições relacionadas ao acesso à justiça, contribuindo para o planejamento e para a formulação de iniciativas num âmbito mais ampliado de meso-gestão e até macro-gestão.

Através das informações aqui expostas, com base nas entrevistas realizadas, foi possível verificar que o acesso às informações, muitas vezes parece não ocorrer de forma suficiente ou eficaz, fazendo com que muitas pessoas idosas em situação de rua, mesmo quando residentes em serviço público de acolhimento, não tenham conhecimento sobre seus direitos e sobre os serviços que podem auxiliá-las em matéria de acesso à justiça.

Uma proporção considerável de participantes afirma possuir ações em

andamento na justiça, e muitos são os que alegam necessitar de orientação sobre seus direitos. Portanto, acredita-se que a questão do acesso à justiça precisa de maior visibilidade para a população idosa em situação de rua, o que deve ser estimulado pelos profissionais que atuam nas áreas responsáveis por esse segmento.

São muitos os desafios existentes para a concretização do acesso à justiça para a população idosa em situação de rua. Em termos de gestão, parece ainda não haver uma plena consciência sobre o papel dos CAEI na promoção do acesso à justiça. As entrevistas revelaram poucas estratégias de promoção desse acesso praticadas pelos profissionais dos CAEI, e os dados sugerem que as mesmas não são adotadas de modo consciente, organizado, refletido, estruturado. Tais estratégias, sobretudo voltadas ao âmbito da micro-gestão, parecem implementadas de forma casuística e individualizada.

Propõe-se, assim, que haja maior atenção por parte dos serviços e da SMADs com relação ao objetivo de formação de rede entre os CAEI e as instituições de acesso à justiça. Sugere-se também que os CAEI elaborem mais estratégias de promoção do acesso à justiça de forma coletiva, como buscar parcerias para palestras de educação em direitos e apresentação da DP e do MP para os usuários. Num nível macro, e de forma continuada, é necessário sensibilizar a sociedade, o Estado e as instituições para os desafios e os benefícios do acesso à justiça para a população em geral, e sobretudo para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade agravada, como é o caso da população idosa em situação de rua.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.
- BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, Art. 1º. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília.
- BRASIL. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília.
- BRASIL, Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 que aprova a Tipificação Nacional de Serviços da Assistência Social, 2009-b.
- CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. **Acesso à Justiça**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1988.
- CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Guia de Atuação Ministerial : defesa dos direitos das pessoas em situação de rua / Conselho Nacional do Ministério Público. Disponível em <<http://www.agefriendlycity.com/the-aging-homeless/>>. Brasília, 2015.
- COSTA A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.4, n.1, p. 1-15, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>> Acesso em 12 set. 2024.

- DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1999.
- ESCOREL, S. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- GIBBS, C. C. M.; AMAZONAS, L. População em situação de rua e políticas públicas: os limites à efetivação dos direitos na cidade de Manaus. **Anais da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Manaus, 2015.
- GIORGETTI, C. **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: PUC-SP, 2006.
- GUIMARÃES M. C. S.; NOVAES S. C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Revista Bioética**, São Paulo, v.7, n.1, 1999.
- GUTIERREZ B. A. O. , SILVA H. S., RODRIGUES P. H. S., ANDRADE T.B. Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, São Paulo, v.14, n.2, p. 187-205, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/7537>>. Acesso em 12 set. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2016. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>
- MARTINS, J. de S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. 2a ed. São Paulo: Paulus, 2003.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 2-12.
- PIERRI, J. C. C. Diferenças entre Assistência Jurídica, Assistência Judiciária e Justiça Gratuita. **Saber Digital: Revista Eletrônica do CESVA**, Valença, v.1, n.1, p.1-11, 2008. Disponível em <[http://www.faa.edu.br/revista/v1\\_n1\\_art01.pdf](http://www.faa.edu.br/revista/v1_n1_art01.pdf)> Acesso em 12 set. 2024.
- RIBAS, L. M. **Acesso à justiça para a população em situação de rua: um desafio para a Defensoria Pública**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
- ROCHA, A. S. Defensoria Pública e Transformação Social. **Revista de Ciências Jurídicas: Pensar**, Fortaleza, v.10, n.1, p. 1-5. 2005.
- ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua**. São Paulo: Hucitec; Rede Rua, 2005.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL (SMADS). Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua. São Paulo. 2015.
- SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.
- SILVA, S. A. et al. Idosos em situação de rua e demandas judiciais: estudo exploratório e pistas para investigação gerontológica. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 19, n.22, p.

85-108. 2016. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31631/22026>>. Acesso em 12 set. 2024.

SILVA, S. A. **Estratégias de gestão para a promoção do acesso à justiça a pessoas idosas em situação de rua em centros de acolhida do município de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018; 134 f.

# O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM CASAMENTOS DE LONGA DURAÇÃO

Camila Rodrigues Garcia, Luísa Pimentel e  
Deusivania Vieira da Silva Falcão

O envelhecimento populacional pode ser considerado um fenômeno positivo, tanto no âmbito individual, quanto para a sociedade, visto que é uma consequência de progressos da medicina, econômicos e sociais. Esse processo é decorrente da redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, tendo tido início na Europa, durante a segunda metade do século XVIII, e se difundido para os demais países do mundo ao longo dos séculos XIX e XX. Em Portugal, tendo em conta os resultados provisórios dos Censos 2021, os indivíduos de 65 anos ou mais anos representam cerca de 23,4% da população total, o que corresponde a uma sociedade muito envelhecida. O crescimento deste grupo populacional, na última década, foi de 20,6%, passando de 2 010 064 indivíduos, em 2011, para 2 424 122, em 2021 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Características dos Moradores e Domicílios, a população manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Houve um crescimento de 18% desse grupo etário e as mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (IBGE, 2018).

“O crescimento populacional e a maior longevidade, combinados com o aumento de certos fatores de risco de demência, levaram a um crescimento dramático do número de mortes causadas pela síndrome nos últi-

mos 20 anos. Em 2019, 1,6 milhão de mortes ocorreram em todo o mundo devido à demência, tornando-se a sétima causa de morte” (OMS, 2021). Segundo o relatório da OMS (2021), estima-se que atualmente 55 milhões de pessoas com mais de 65 anos sofram de demência e deve aumentar para 78 milhões em 2030 e para os 139 milhões em 2050. A Europa é a segunda região do mundo com maior número de pessoas com demência, representando mais de 14 milhões.

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais comum de demência, havendo perda progressiva da memória e de habilidades cognitivas, distúrbios de linguagem, desorientação no tempo e no espaço, mudança de comportamento, prejuízo no raciocínio e no julgamento,

o que afeta o doente a realizar suas atividades de vida diária (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2022). Devido à progressão da doença, o idoso tende a perder a sua autonomia, levando-o a necessidade de auxílio no cuidado, sendo este realizado, na maioria das vezes, por um familiar: esposa, filha, irmã, nora, neta ou sobrinha (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2010). Apesar das transformações dos papéis assumidos pelas mulheres nas sociedades contemporâneas, há exigências contraditórias a elas, pois, por um lado, precisam garantir o cumprimento das tarefas reprodutivas, cuidar do lar e assegurar a continuidade dos laços familiares e, por outro lado, corresponder as crescentes expectativas de participação no mercado de trabalho, na sociedade e na política (PIMENTEL; ALBUQUERQUE, 2010).

De acordo com Castelani e Falcão (2015), com as progressivas exigências impostas pela doença, a dinâmica e a estrutura familiar são atingidas, sendo poucas as famílias que conseguem dividir as tarefas de cuidado de forma igualitária e satisfatória. Quando é um dos cônjuges que está doente, o cônjuge cuidador enfrenta desde a deterioração na qualidade e menor satisfação com o relacionamento, até a deterioração emocional e a intimidade física do casal. Uma das principais mudanças que atinge o casamento, é a alteração das atividades e o papel social que a pessoa com Alzheimer costumava realizar antes da doença, e que já não realiza mais, sendo difícil de ser vivenciada pelo cônjuge cuidador. É como se o casamento fosse “interrompido”, tornando um desafio para o cuidador manter sua identidade como cônjuge, influenciando até mesmo sua identidade perante outros círculos sociais.

A conjugalidade é constituída por uma estrutura e dinâmica relacional de acordo com cada casal, influenciada por fatores biopsicossociais, culturais, eventos normativos e não-normativos, como por exemplo, o surgimento de uma doença crônica. No relacionamento, a identidade conjugal é um aspecto estabelecido ao longo da relação e a interação que estabelecem entre si contempla fatores como: a divisão de tarefas, as decisões sobre os filhos, a comunicação, a sexualidade e a administração do dinheiro. Então, quando há o comprometimento de dois indivíduos em uma relação estável e duradoura, ambos adaptam-se reciprocamente de modo a constituir um modelo de funcionamento conjugal (FALCÃO, 2016).

A conjugalidade é comumente investigada a partir de três conceitos básicos: a satisfação, o ajustamento e a qualidade conjugal. Mosmann, Wagner e Feres-Carneiro (2006), destacaram que esses construtos são baseados em teorias, tais como, a *da Troca Social*, *Teoria da Crise*, *Interacionismo Simbólico* e *Teoria dos Sistemas Familiares*, as quais definem que o nível de satisfação conjugal do indivíduo vai depender da autoavaliação sobre seu papel de cônjuge e o quão adequado ele pensa estar no seu contexto.

De acordo com as autoras supracitadas, o ajustamento conjugal é o resultado da interação entre os processos sociais e os desafios que ele promove ao casal, determinado pelo grau das diferenças diádicas incômodas, das tensões interpessoais e ansiedade pessoal, da satisfação, coesão e consenso diádico sobre aspectos importantes para o funcionamento conjugal. Tanto a satisfação conjugal como o ajusta-

mento, são complementares por considerarem satisfeitos os casais de acordo com a quantidade de obstáculos e recompensas que têm do meio, e, em consequência, como se ajustam a eles. Já a qualidade conjugal é o resultado de um processo dinâmico e interativo do casal que implica na avaliação que cada cônjuge tem do nível de qualidade que experimenta em sua união. Os recursos pessoais dos cônjuges e os processos adaptativos aparecem como as três grandes dimensões que levariam à autopercepção e a um consequente nível de qualidade conjugal.

Nos relacionamentos de longa duração, quando um dos cônjuges desenvolve demência, é anunciado o início de um processo de mudanças que levará o casal a uma jornada inesperada. Vivencia-se um processo de perdas em termos individuais e conjugais. Os papéis de parceiro, amigo e companheiro são desafiados e um dos cônjuges deve intensificar e assumir novas funções, especialmente, a de cuidador; o outro deve gradativamente renunciar ao papéis que auxiliaram a definir seu lugar no casamento e no lar. A demência desafia a comunicação, a reciprocidade e a intimidade do casal levando, amiúde, a questionar suas funções no contexto do casamento. Durante os estágios posteriores da demência, os cuidadores podem vivenciar sentimentos ambíguos como, por exemplo, saber que o parceiro está fisicamente presente, mas cognitivamente ausente, levando a reflexões acerca da vitalidade do casamento e da espera pela viuvez (EVANS; LEE, 2014).

É importante ressaltar que, que na literatura, ainda há divergências sobre quantos anos uma relação conjugal deve durar para que seja considerada como longa duração, pois

acredita-se que um relacionamento duradouro é aquele que se mantém por considerável período, sem, no entanto, determinar uma duração fixa que possa servir de referência ou padrão (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2016). Sendo assim, nas relações de longa duração, o cônjuge cuidador tende a se esforçar mais, dedicando maior tempo e empenho para cuidar do idoso com Alzheimer, podendo sofrer sobrecarga e outros fatores negativos que afetam sua saúde, bem como, sentimento de perda da proximidade conjugal e isolamento. Os cônjuges cuidadores relatam mais sintomas de depressão, maior sobrecarga financeira e física e menor qualidade de vida (WILLIAMS, 2011).

Nesse cenário, faz-se mister compreender não só as demandas de cuidado relacionadas a pessoa com Alzheimer, como também, oferecer suporte psicogerontológico às esposas cuidadoras, reconhecendo que estas precisam, além de instrução e auxílio com as tarefas instrumentais e afetivas exigidas pela doença, resignificar o seu casamento diante da perda de sua identidade conjugal.

Pautando-se nessas informações, este estudo objetivou analisar o impacto da doença de Alzheimer em casamentos de longa duração, nos contextos brasileiro e português. Como objetivos específicos, buscou-se investigar na perspectiva das esposas cuidadoras brasileiras e portuguesas de cônjuges com DA: a) o relacionamento antes e após a doença; b) a qualidade e o grau de satisfação com o casamento antes e após a doença; c) o ajustamento conjugal (conflitos, sexualidade) diante DA; e d) o maior impacto da DA na vida a dois.

## Método

*Delineamento:* trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo e de coorte transversal.

*Participantes:* a amostra do presente estudo foi composta por 12 esposas cuidadoras de seus cônjuges com a doença de Alzheimer, sendo 6 esposas brasileiras e 6 esposas portuguesas. Participaram do estudo as cuidadoras que se incluíram nos seguintes critérios: a) ter nacionalidade brasileira (para a coleta no Brasil) ou portuguesa (para a coleta em Portugal); b) exercer atividades de cuidado com o cônjuge com o provável/possível diagnóstico da doença de Alzheimer; c) ser casada há pelo menos 30 anos; d) aceitar participar da pesquisa; e) ter condições psíquicas para compreender os objetivos do estudo e; f) assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi obtida por conveniência, sendo a escolha do número das participantes feita por saturação, a qual foi atingida quando as entrevistadas passaram a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem adicionar informação relevante à pesquisa (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

*Instrumentos:* questionário composto por questões fechadas e uma entrevista com roteiro semiestruturado, elaborados a partir da revisão de literatura contendo as seguintes variáveis:

**Bloco A - Variáveis sociodemográficas e de saúde:** 1) *da esposa cuidadora:* nome, idade, nacionalidade, anos de estudo, renda familiar aproximada, percepção sobre a situação econômica, tempo de casamento, tempo de namoro antes do casamento; 2) *do cônjuge com DA:* nome, idade, anos de estudo, em que fase do DA o idoso se

encontra (de acordo com a descrição de sintomas comuns das fases: inicial, moderada, avançada).

**Bloco B - Relacionamento, ajustamento, satisfação e qualidade conjugal antes e após a doença; e o maior impacto da DA na vida a dois:** como era o relacionamento com o cônjuge antes e depois da DA (COSTA; MOSMANN, 2015); avaliação da qualidade do relacionamento (RIZZON, MOSMANN; WAGNER, 2013) e da satisfação conjugal antes e depois da DA (SCHUMM et al., 1986, versão portuguesa adaptada por ANTUNES et al., 2014); que tipo de conflitos eram/são mais frequentes antes e após a DA e como lidavam/lidam com eles (baseado em BUEHLER; GERARD, 2002; MOSMANN; FALCKE, 2011); se é sexualmente ativa; como era a vida sexual antes da demência e como está agora; a satisfação com a vida sexual (baseado em CATÃO et al., 2010); e o maior impacto na vida a dois após a doença de Alzheimer (CASTELLANI; FALCÃO, 2015).

### *Procedimentos*

Inicialmente foi realizado o contato com os grupos de apoio à cuidadoras familiares, da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), da Associação Alzheimer Portugal, e do Hospital do Mar em Lisboa. Após a autorização para a execução da pesquisa e aprovação de seus respectivos comitês de ética, divulgou-se a pesquisa nos grupos, convidando as esposas que atendessem aos critérios de inclusão a participarem do estudo. A coleta de dados foi realizada através da técnica de *snowball*, também denominada *snowball sampling* ("Bola de Neve"). Esta técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam outros

participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”).

A coleta de dados foi realizada em locais que apresentavam condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento da pesquisa, sendo utilizadas salas individuais das instituições que promovem grupos de apoio e no domicílio das esposas cuidadoras em São Paulo - Brasil e em Lisboa - Portugal, tomando-se o cuidado para não haver a interferência de outras pessoas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP), recebendo parecer favorável CAAE: 58525516.8.0000.5390. Foi entregue às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando-se a identidade delas, utilizando-se nomes fictícios para este artigo.

### *Análise dos dados*

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de BARDIN (1977/2000), na qual se pode analisar os significados e os significantes, sendo caracterizada por três períodos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Reunindo as entrevistas transcritas, constituiu-se o corpus da pesquisa. Na fase da pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante. Na exploração do material, foi seguida as regras de: (a) exaustividade – esgotando-se a totalidade da comunicação das participantes, não omitindo-se nenhuma informação; (b) representatividade – os conteúdos representam a amostra deste estudo; (c) homogeneidade – os dados referem-

-se ao mesmo tema, tendo sido obtidos por técnicas iguais e aplicadas por indivíduos semelhantes; (d) pertinência – as entrevistas foram adaptadas aos objetivos da pesquisa; e (e) exclusividade – os elementos não foram classificados em mais de uma categoria.

Desta forma, criaram-se categorias analíticas que permitiram abarcar a totalidade das entrevistas em grandes eixos temáticos, podendo ser identificadas subcategorias. Assim sendo, o tratamento dos resultados teve interpretações compreendidas em frequência simples das unidades de análise. A direção dos conteúdos analisados foi classificada em *favorável* (aspectos positivos das afirmações), *desfavorável* (aspectos negativos das informações) ou *neutro* (conteúdo indefinido, vago, indeterminado, indiferente ou imparcial, não expressando partido nem a favor nem contra).

## **Resultados**

As esposas cuidadoras brasileiras e portuguesas de idosos com doença de Alzheimer possuíam idades entre 60 e 85 anos, brasileiras ( $M = 73,16$ ) e portuguesas ( $M = 68,16$ ). Quanto ao grau de escolaridade, a média de anos de estudo das brasileiras foi de 10,25 e das portuguesas de 10,16. Já o tempo médio de casamento das cuidadoras foi de 50,05 anos para as brasileiras, e 44,83 anos para as portuguesas, sendo que todas possuíam acima de 35 anos de casamento, ou seja, estavam em uma relação de longa duração. Todos os casais possuíam pelo menos um filho (brasileiras:  $M = 3$  e portuguesas:  $M = 2$ ). Antes de se casarem, as brasileiras namoraram em média 3,4 anos e as portuguesas 2,7 anos. A média da renda familiar das brasileiras era de

R\$ 10.050,00 e das portuguesas de R\$ 8.342,19 (considerado o valor de 1 Euro = 5,12 Reais – cotação referente ao mês de abril de 2022). Com relação à percepção sobre a situação socioeconômica que possuíam, duas brasileiras acreditavam não ser *nem boa, nem mal*, três classificaram como sendo *boa* e uma como *muito boa*. As portuguesas classificaram como *boa* (3); *péssima* (n = 2), *nem boa, nem mal* (n = 1).

No que se refere aos esposos com a doença de Alzheimer, a média de idade dos brasileiros foi de 79,83 anos, e dos portugueses de 73,83. A escolaridade dos cônjuges brasileiros foi de 12,41 anos, e 10,5 anos dos portugueses. Segundo a classificação das esposas sobre em qual

estágio os seus respectivos cônjuges se encontram, a amostra foi composta por 4 idosos em cada fase da doença: inicial, moderada e avançada.

Na *Tabela 1*, apresenta-se a perspectiva das esposas cuidadoras, brasileiras e portuguesas, sobre o relacionamento conjugal antes e após a doença de Alzheimer. A maioria das participantes brasileiras apresentaram conteúdos favoráveis sobre seu relacionamento antes da doença (58,82%), e as portuguesas também, representando 55,95% das falas. Após a doença, ambos os grupos relataram aspectos mais desfavoráveis do relacionamento, sendo que as brasileiras apresentaram 60,47% e as portuguesas 45,45%, respectivamente.

**Tabela 1.** Relação conjugal antes e após a doença de Alzheimer

Relação conjugal antes da doença	Esposas brasileiras		Esposas portuguesas	
	Unidades de análise			
	Absoluta	%	Absoluta	%
Favorável	31	58.82	47	55.95
Desfavorável	19	37.25	36	42.86
Neutro	2	3.92	1	1.19
Total	51	100	84	100
Relação conjugal após a doença				
Favorável	15	32.56	14	39.39
Desfavorável	28	60.47	15	45.45
Neutro	3	6.98	5	15.15
Total	43	100	33	100

Com relação a qualidade conjugal, as esposas brasileiras classificaram que, antes da doença, a qualidade do relacionamento era regular (n = 2), boa (n = 1) e *muito boa* (n = 3), não havendo nenhuma resposta de que era *ruim* ou *muito ruim*. Já as esposas portuguesas relataram que a qualidade do relacionamento era regular (n = 2), boa (n = 1) e *muito boa* (n = 3), e assim como as brasileiras, nenhuma classificou a qualidade da relação como *ruim* ou *muito ruim*. Quando questionadas sobre como ficou a qualidade do relacionamento após a doença, as esposas brasileiras classificaram como sendo regular (n = 2), boa (n = 3) e *muito boa* (n = 1), ou seja, mesmo com a doença, nenhuma informou que a qualidade do relacionamento ficou *ruim* ou *muito ruim*. Após a doença, as portuguesas classificaram a

qualidade da relação como *ruim* (n = 1), *boa* (n = 1) e *muito boa* (n = 4), sendo que para uma delas a qualidade piorou após a doença, indo de *regular* para *ruim*, e para uma outra participante, ficou melhor do que era antes, indo de *regular* para *muito boa*.

Na *Tabela 2*, apresentou-se também o grau de satisfação conjugal, sendo que, antes da doença as esposas brasileiras possuíam grau de sa-

tisfação *regular* (n = 2), *bom* (n = 1) e *muito bom* (n = 3). E as esposas portuguesas classificaram o grau como *regular* (n = 2), *bom* (n = 1) e *muito bom* (n = 3). Após a doença de Alzheimer, as esposas brasileiras consideraram o grau de satisfação como *bom* (n = 4) e *muito bom* (n = 2), e as esposas portuguesas sinalizaram como sendo *muito ruim* (n = 1), *bom* (n = 2) e *muito bom* (n = 3).

**Tabela 2.** Qualidade do relacionamento e grau de satisfação conjugal das esposas cuidadoras antes e após a doença de Alzheimer

Qualidade do relacionamento das esposas cuidadoras antes e após a doença de Alzheimer				
	Esposas brasileiras		Esposas portuguesas	
	Antes da doença	Após a doença	Antes da doença	Após a doença
Muito ruim	-	-	-	-
Ruim	-	-	-	1
Regular	2	2	2	-
Boa	1	3	1	1
Muito boa	3	1	3	4
Grau de satisfação conjugal das esposas cuidadoras antes e após a doença de Alzheimer				
Muito ruim	-	-	-	1
Ruim	-	-	-	-
Regular	2	-	2	-
Bom	1	4	1	2
Muito bom	3	2	3	3

Na *Tabela 3*, apresentou-se os tipos de conflitos do casal antes e após a doença, na perspectiva das esposas cuidadoras. Com relação aos conflitos antes da doença, as esposas brasileiras relataram, principalmente, o *ciúme* (25%) e que *não percebiam a existência de conflitos* (25%), sendo seguido pelas *dificuldades no ajustamento conjugal* (18,75%). Por sua vez, as portuguesas, sinalizaram que os conflitos mais frequentes eram devido às *maneiras diferentes de educar e se relacionar com os filhos* (50%), que também *não percebia a existência de conflitos* (16,67%) e o *temperamento e estilo de personalidades diferentes* (16,67%). Após a DA, as esposas cuidadoras brasileiras relataram, principalmente, que *a vida a dois acabou* (33,33%) e que *não percebiam a existência de conflitos* (26,67%). Já as portuguesas, que *não percebiam a existência de conflitos* (42,11%) e que *se aprendeu a lidar com os conflitos* (31,58%) após a doença.

**Tabela 3.** Tipos de conflitos conjugais antes e após a doença de Alzheimer

Tipos de conflitos conjugais <i>antes da doença</i>	Esposas brasileiras		Esposas portuguesas	
	Unidades			
Itens	Absoluta	%	Absoluta	%
Não percebia a existência de conflitos	4	25.00	4	16.67
Ciúmes	4	25.00	1	4.17
Medo	1	6.25	-	-
Desejo de separação	1	6.25	-	-
Dificuldades no ajustamento conjugal	3	18.75	2	8.33
Relacionamentos de amizade e interesses diferentes	2	12.50	-	-
Maneiras diferentes de educar e se relacionar com os filhos	-	-	12	50.00
Dificuldades financeiras	-	-	1	4.17
Temperamento e estilo de personalidades diferentes	1	6.25	4	16.67
Total	16	100	24	100
Tipos de conflitos conjugais <i>após a doença</i>				
Não percebe a existência de conflitos	4	26.67	8	42.11
Aprendeu-se a lidar com os conflitos	2	13.33	6	31.58
A vida a dois acabou	5	33.33	-	-
Aumentaram-se os conflitos	1	6.67	-	-
Dificuldades de comunicação	1	6.67	-	-
Comportamentos inapropriados	2	13.33	5	26.32
Total	15	100	19	100

Com relação ao impacto da doença de Alzheimer, quando questionadas qual foi o maior deles, as esposas brasileiras relataram que foi a *perda da autonomia / perda da identidade pessoal, conjugal e familiar* (25%) e a *rotina diferenciada* (25%), sendo seguido por *ter projetos e sonhos desfeitos* (16,67%) e a *separação de corpos* (16,67%). Já portuguesas, relataram que o maior impacto no casamento, foi a *dificuldade de comunicação do casal* (50%) e a *perda da autonomia/ perda da identidade pessoal, conjugal e familiar* (28,57%), como apresentado na *Tabela 4*.

**Tabela 4.** Impactos da doença de Alzheimer na conjugalidade

Impactos da doença de Alzheimer na conjugalidade	Esposas brasileiras		Esposas portuguesas	
	Frequência das unidades de análise			
	Absoluta	%	Absoluta	%
Perda da autonomia/ perda da identidade pessoal, conjugal e familiar	3	25.00	4	28.57
Não existe mais casamento	1	8.33	-	-
Ter projetos e sonhos desfeitos	2	16.67	1	7.14
Separação de corpos	2	16.67	-	-
Rotina diferenciada	3	25.00	-	-
A doença não trouxe grandes impactos na rotina do casal	1	8.33	2	14.29
Dificuldades de comunicação do casal	-	-	7	50.00
Total	12	100	14	100

Com a doença de Alzheimer, a vida sexual do casal também foi atingida, visto que dentre as doze participantes, apenas uma esposa brasileira se mantém sexualmente ativa, sendo relatada a diminuição da frequência com que as relações aconteciam. A maioria das esposas brasileiras e portuguesas relatou que antes da doença possuía uma vida sexual normal, e que após a doença, a vida sexual já não existe mais. Segue o quadro com uma síntese das categorias, subcategorias, códigos, definições e exemplos extraídos das entrevistas.

**Quadro 1.** Categorias, subcategorias, códigos, definições e exemplos de trechos extraídos das entrevistas

Categorias, códigos, definições	Nacionalidade das esposas	Subcategorias, códigos, exemplos de trechos extraídos das entrevistas
<p>Categoria 1: Relação conjugal antes e após a doença de Alzheimer (Código: RCAADA).</p> <p>Definição: nesta categoria estão presentes os conteúdos das falas relativas ao relacionamento antes e após a doença de Alzheimer</p>	Brasileira	<p><u>Antes da doença:</u></p> <p>a) Favorável Ex.: “Era boa. Tudo que eu tinha para falar eu falava e ele me ajuda a resolver algum probleminha, sempre me apoiou.” (Margarida);</p> <p>b) Desfavorável Ex.: “ele sempre foi muito nervoso, muito ciumento” (Rosa)</p> <p>c) Neutra Ex.: “Acho que não mudou muita coisa do que está hoje.” (Gérbera)</p> <p><u>Após a doença:</u></p> <p>a) Favorável Ex.: “Mas com Alzheimer ainda fizemos muita coisa, ano passado fomos a viajar para Fortaleza.” (Girassol);</p> <p>b) Desfavorável Ex.: “O casamento ficou abalado, eu já não sinto a satisfação que sentia como quando ele era normal.” (Margarida)</p> <p>c) Neutra Ex.: “Acho que não mudou muita coisa. Na verdade, eu nunca tive muito conflito com ele” (Gérbera)</p>

[cont.]

Categorias, códigos, definições	Nacionalidade das esposas	Subcategorias, códigos, exemplos de trechos extraídos das entrevistas
<p>Categoria 1: Relação conjugal antes e após a doença de Alzheimer (Código: RCAADA).</p> <p>Definição: nesta categoria estão presentes os conteúdos das falas relativas ao relacionamento antes e após a doença de Alzheimer</p>	Portuguesa	<p>Antes da doença:</p> <p>a) Favorável Ex.: “Era muito bom, nós partilhávamos tudo, tudo que pensávamos ou fazíamos era sempre partilhado” (Tulipa);</p> <p>b) Desfavorável Ex.: “E, portanto, se estava aborrecida com ele, ele comigo, deitávamos zangados” (Iris)</p> <p>c) Neutra Ex.: “A comunicação era mais ou menos” (Iris)</p> <p>Após a doença:</p> <p>a) Favorável Ex.: “A comunicação ficou melhor depois da doença, talvez porque coisas que eu não admitia antes, depois da doença comecei a perceber que não devia valorizar” (Gardênia);</p> <p>b) Desfavorável Ex.: “Agora tem nem relação nenhuma” (Amarílis)</p> <p>c) Neutra Ex.: “vivemos e infelizmente as coisas acontecem” (Hortênsia)</p>

## Discussão

A tarefa de cuidar, no geral, recai sobre as filhas e esposas. Observa-se que, atualmente, com o aumento da longevidade, muitas cuidadoras são também mulheres idosas cuidando de outras pessoas idosas. No estudo de Novais, Silva, Gonçalves e Menezes (2013), verificou-se que predominantemente as mulheres com idade mais avançada são as que mais se responsabilizam pelo cuidado direto ao idoso e, portanto, são as mais expostas às condições adversas do cuidar. Na presente pesquisa, todas as participantes eram idosas que cuidavam de seus esposos com a doença de Alzheimer.

A escolaridade dos cônjuges doentes brasileiros foi de 12,41 anos e 10,5 anos dos portugueses. Segundo Stern (2012), as experiências ao longo do ciclo de vida, incluindo o nível educacional e a ocupação durante a vida adulta, podem aumentar a reserva cognitiva, de

modo a reduzir o risco de o indivíduo desenvolver demências. Ou seja, um indivíduo com alto nível de escolaridade tende a lidar melhor com o declínio cognitivo normal relativo à idade e com a patologia do que um indivíduo com baixa escolaridade. Nesse sentido, a instrução formal é capaz de delongar os efeitos demenciais em idosos, devido ao alto nível de escolaridade que pode compensar ou diminuir os efeitos da idade.

Quanto ao grau de escolaridade das cuidadoras, verificou-se que a média de anos de estudo das cuidadoras brasileiras foi de 10,25 e das portuguesas de 10,16. Nesse contexto, é importante ressaltar que a escolaridade pode influenciar também na qualidade da assistência prestada ao idoso, uma vez que o cuidador precisa seguir dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens e a forma de administração de medicamentos,

para melhor prover o cuidado, além da valorização e conscientização sobre a importância na prevenção de doenças (VILLARS; DUPUY; PERRIN; VELLAS; NOURHASHEMI, 2015).

O tempo médio de casamento das cuidadoras foi de 50,05 anos para as brasileiras, e 44,83 anos para as portuguesas, sendo que todas possuíam acima de 35 anos de casamento, ou seja, estavam em uma relação de longa duração. No estudo de Torres (2002), em Portugal, verificou-se que há quatro tipos de razões que podem explicar a preferência das pessoas por estarem juntas pelo casamento: as pragmáticas (não desencadear problemas familiares), estatutárias (ganhar respeitabilidade), ritualistas (seguir às normas sociais) e espiritualistas (ser praticante do catolicismo). Sobretudo, os participantes salientaram que o importante não é o *casar*, mas sim, ter um bom relacionamento com os seus cônjuges.

Nessa direção, casamentos longevos permitem que o sistema conjugal constitua um mecanismo de refúgio e apoio às situações estressoras, apresentando algumas características, tais como, lealdade e respeito para com o cônjuge; valores morais fortes e compartilhados; compromisso com a relação e com a fidelidade sexual; desejo de ser um bom pai/mãe; e espírito de camaradagem entre os cônjuges.

No que se refere a *relação conjugal antes e após a doença de Alzheimer*, tanto as esposas brasileiras, quanto as portuguesas, apresentaram conteúdos favoráveis sobre seu relacionamento antes da doença, 58,82% e 55,95% das falas, respectivamente. Porém, após a doença, ambos os grupos relataram aspectos mais desfavoráveis

da relação, sendo que as brasileiras apresentaram 60,47% e as portuguesas 45,45%.

Pesquisadores (POESCHL; SILVA, 2015), indicaram que a relação conjugal é vista como um recurso para se alcançar a realização pessoal, baseando-se na felicidade, no respeito mútuo, na fidelidade e na compreensão, mais do que na possibilidade de constituir família e ter filhos. Porém, quando um dos cônjuges adoece, há mudanças de papéis sociais e na vida a dois, as quais podem desencadear ressentimentos, frustrações e sentimento de culpa, que não foram devidamente resolvidos no passado, e que começam a ocupar um lugar no atual momento do relacionamento. Porém, o esposo doente não poderá mais reaver estes momentos e necessitará ainda de mais atenção e cuidado, e estes sentimentos precisarão encontrar outro lugar para sua expressão.

Quanto à qualidade conjugal, antes da doença, tanto para as esposas brasileiras quanto para as portuguesas, era *regular* (n=2), *boa* (n=1) e *muito boa* (n=3). Quando questionadas sobre como ficou a qualidade do relacionamento após a doença, as brasileiras classificaram como *regular* (n=2), *boa* (n=3) e *muito boa* (n=1), e as portuguesas como *ruim* (n=1), *boa* (n=1) e *muito boa* (n=4). Esses dados indicaram que mesmo com a doença, a maioria das participantes informou que a qualidade do relacionamento se manteve como era, ou melhorou. A má qualidade do relacionamento é considerada um fator estressor que prejudica a saúde do cuidador, gerando sobrecarga e levando-o ao risco de doenças (BIRDITT; NEWTON; HOPE, 2014).

Huo, Kim e Han (2021) constataram que pessoas idosas casadas mais propensas a desenvolver demência e sintomas depressivos eram aquelas que discordavam do cônjuge sobre a qualidade do relacionamento entre eles, ou seja, que viam seus casamentos de forma mais positiva ou mais negativa do que os parceiros, sugerindo problemas de relacionamento, por exemplo, falta de reciprocidade e comunicação ineficaz. Ao examinarem o efeito da qualidade conjugal nas alterações dos sintomas depressivos dos cônjuges no início da demência, constataram que nos casamentos caracterizados por uma má qualidade geral, apesar de já apresentarem mais sintomas depressivos, exibiram um aumento menor nesses sintomas em resposta ao início da demência de seus cônjuges.

Com relação ao grau de satisfação conjugal antes da doença, tanto as esposas brasileiras quanto as portuguesas, classificaram seu grau de satisfação em *regular* (n=2), *bom* (n=1) e *muito bom* (n=3). E após a doença de Alzheimer, as brasileiras consideraram o grau de satisfação como *bom* (n=4) e *muito bom* (n=2), e as portuguesas sinalizaram como sendo *muito ruim* (n=1), *bom* (n=2) e *muito bom* (n=3). A satisfação conjugal é entendida como uma consequência do que o casal espera e não como é a realidade do dia a dia do seu casamento (MOSMANN; FALCKE, 2011).

Na presente pesquisa, verificou-se que a satisfação conjugal, para a maior parte das participantes, permaneceu como era antes da doença e em alguns casos, há relatos de que até melhorou. Acredita-se que isso se deve ao fato de as esposas terem compreendido as limitações estabelecidas pela doença, entendendo que as mudanças ocorridas

no relacionamento não são por culpa direta de seus parceiros, e em alguns discursos pode-se identificar que devido a diminuição de conflitos e a dependência dos esposos, as esposas assumiram o controle da relação, fato que não era possível antes devido ao homem ter um papel de dominador na relação. Também, observou-se que a doença favoreceu a necessidade das cuidadoras desenvolverem ou aprimorarem algumas habilidades sociais, tais como, a capacidade de ouvir e compreender (empatia), bem como, de expressar sentimentos adequadamente (assertividade).

Verificou-se nesse estudo também, os tipos de conflitos do casal antes e após a doença de Alzheimer, sendo que as esposas brasileiras relataram, principalmente, que os conflitos antes da doença eram o *ciúme* (25%) e que *não percebiam a existência de conflitos* (25%). Já as esposas portuguesas, sinalizaram que os conflitos mais frequentes eram devido às *maneiras diferentes de educar e se relacionar com os filhos* (50%). O ciúme está entre os principais motivos apontados para o descontrole emocional e frustrações do relacionamento conjugal, com importância na contribuição da violência. Os conflitos expressivos no subsistema conjugal sobre a maneira de disciplinar os filhos, tende a tornar a comunicação mais severa, e a aceitação parental passa a ter níveis reduzidos na expressão de afeto, apoio e sensibilidade, desestabilizando a coesão familiar (GOULART; WAGNER; MOSMANN; BARBOSA, 2015).

Após a doença de Alzheimer, a maioria das esposas cuidadoras brasileiras relataram que *a vida a dois acabou* (33,33%). E as portuguesas, que *não percebiam a existência de conflitos* (42,11%). Nas relações de longa duração, o cônjuge cuidador tende a se esforçar

mais, e dedica maior tempo e empenho para cuidar do idoso com Alzheimer, podendo, frequentemente, sentir-se sozinho, isolado, apresentando sentimento de perda da proximidade conjugal e isolamento. Sem o senso de pertencimento sobre a própria relação conjugal, os cônjuges cuidadores podem sofrer altos riscos de sobrecarga e depressão (WILLIAMS, 2011). Conforme Falcão (2016) os aspectos ocorridos em consequência da relação de cuidar do cônjuge com Alzheimer, pode ocasionar o distanciamento emocional entre os cônjuges, problemas físicos e psicológicos, bem como o aumento dos conflitos conjugais.

Quanto ao maior impacto da doença de Alzheimer na vida a dois, as esposas brasileiras relataram que foi a *perda da autonomia/perda da identidade pessoal, conjugal e familiar* (25%) e a *rotina diferenciada* (25%). Já as esposas portuguesas, relataram que o maior impacto no casamento, foi a *dificuldades de comunicação do casal* (50%) e a *perda da autonomia/perda da identidade pessoal, conjugal e familiar* (28,57%). Quando um dos indivíduos é diagnosticado com a doença de Alzheimer, muitas das perspectivas, expectativas e sentimentos do casal passam a se modificar, acarretando consequências diretas na vida a dois, principalmente, para o cônjuge que exerce o papel de cuidador principal. Sendo assim, cabe a esse cuidador a tarefa de cuidar e de reconstruir o significado do seu casamento de maneira que o impacto negativo que a doença traz para a vida de ambos seja diminuído (CASTELLANI; FALCÃO, 2015).

Segundo Diniz et al. (2016), salienta-se que os aspectos negativos do cuidar, como o aumento progressivo das demandas de cuidado, a perda progressiva de autonomia do doente, as mudanças

de papéis sociais, a perda da comunicação, as situações de estresse, desgaste físico e emocional, podem levar a família e conseqüentemente, o casamento, a se tornar disfuncional, desencadeando consequências para o cuidador, tais como, isolamento, maior consumo de medicamentos e frequência às consultas médicas. Porém, as maneiras de sentir e de expressar a dor diante das situações adversas são distintas, regidas por códigos culturais e a própria dor, como experiência humana, constitui-se a partir dos significados conferidos pela coletividade, manifestando formas diferenciadas de sentimentos.

Conforme destacado por Knight e Sayegh (2010), o papel das dimensões culturais e étnicas no processo de estresse e enfrentamento diante da tarefa de cuidar, presumem diferenças nos valores culturais que podem afetar essa experiência. Estudos como o de Pereira e Carvalho (2012), verificaram que o conflito, compõe o conceito de ajustamento conjugal, que é uma variável moderadora na relação entre a depressão e a dimensão física e psicológica da qualidade de vida, em qualquer que seja o nível de ajustamento. Todavia, há uma menor qualidade de vida em situações de baixo ajustamento conjugal.

As participantes também relataram que a vida sexual do casal também foi afetada com a doença de Alzheimer, visto que apenas uma das participantes se mantinha sexualmente ativa. A maioria delas relatou que antes da doença possuíam uma vida sexual *normal*, e que após a doença, a vida sexual já *não existia mais*. A sexualidade é uma parte da natureza humana em todo o ciclo da vida. As repercussões da demência sobre a sexualidade e a intimidade do casal pode causar tensão e insegurança considerável para os parceiros (ABDO, 2013).

Nessa direção, Sales (2015), investigou o impacto da doença de Alzheimer na sexualidade do casal, verificando que para os cônjuges, quando há queda nas questões relacionadas à sexualidade, o cuidado é insatisfatório e existe maior probabilidade desse cônjuge adquirir problemas de saúde, até pelos companheiros saudáveis ficarem relutantes em demonstrar suas dificuldades sexuais e em buscar ajuda, por sentirem-se egoístas e acharem que estão se aproveitando de seus parceiros doentes.

## Considerações Finais

A doença de Alzheimer provoca impacto na vida pessoal das esposas cuidadoras que, além de se depararem com as progressivas demandas de cuidado, também, vivenciam ao longo do processo, as mudanças na vida social, familiar e, principalmente, conjugal. Observou-se que independente do contexto cultural em que as esposas cuidadoras se encontram, Brasil ou Portugal, a doença de Alzheimer exige cuidados e atenção semelhantes, não tendo havido respostas que destoaram de forma significativa.

Aspectos condizentes ao relacionamento conjugal, como ajustamento, satisfação e qualidade conjugal, foram afetados de forma semelhante. Com o advento da doença ocorreram impactos tanto negativos (distanciamento físico, perda da comunicação), quanto positivos (mais tempo juntos) na vida a dois. Muito embora os cenários socioeconômicos sejam diferentes, as ofertas de suporte e de apoio aos cuidadores familiares têm sido um desafio mundial, pois ainda se procura respostas sociais para essa demanda crescente. Sendo assim, a responsabilidade do cuidado, acaba por ser uma tarefa da família, e em ambos os países, principalmente, da esposa.

Destarte, faz-se necessário outros estudos que visem fornecer maior aporte teórico e técnico para as esposas cuidadoras, principalmente, no que se refere aos aspectos ainda pouco estudados, como o impacto da doença na relação conjugal. No Brasil, os direitos do idoso aparecem garantidos em leis, porém, ainda há uma dificuldade em se colocar em prática. O suporte ofertado a essas pessoas, com problemas de saúde e acometidos de demência ainda é escasso.

Finalmente, destaca-se que há limitações neste estudo, visto o tamanho da amostra ser reduzido e as participantes serem apenas mulheres, não possibilitando examinar as diferenças de gênero em relação às variáveis estudadas. Porém, devido à escassez de estudos sobre o impacto da doença de Alzheimer no casamento, pode-se considerar que esta pesquisa fornece aspectos inovadores na área apresentada, propiciando informações que visam a possibilidade da formulação de propostas de intervenção junto às esposas cuidadoras de idosos com a Doença de Alzheimer. Recomenda-se que para futuras pesquisas, investigue-se a díade conjuntamente, bem como, a figura do homem (cônjuge) cuidador de esposas idosas com Alzheimer.

## Referências

- ABDO, C.H.N. **Sexuality and couple intimacy in dementia.** *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 593-8, 2013.
- ALVES-SILVA, J.D., SCORSOLINI-COMIN, F. & SANTOS, M.A. **Conjugalidade e casamentos de longa duração na literatura científica.** *Contextos Clínicos*, 9(1), 32-50, 2016.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2022). *Alzheimer's Disease Facts and Figures.* Alzheimer's Dementia;18. <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf>
- ANTUNES, N., FRANCISCO, R., PEDRO, M., RIBEIRO, M.T. & SANTOS, S. **Escala de satisfação conjugal de Kansas [versão para investigação].** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000. (Original publicado em 1977).
- BIRDITT, K.S., NEWTON, N., HOPE, S. **Implications of marital/partner relationship quality and perceived stress for blood pressure among older adults.** *The Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 88-98, 2014.
- BUEHLER, C. & GERARD, J. **Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment.** *Journal of Marriage and the Family*, 64(1), 78-92, 2002.
- CASTELLANI, L.T. & FALCÃO, D.V.S. **O impacto da doença de Alzheimer no relacionamento conjugal.** Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, 2015.
- COSTA, C.B. & MOSMANN, C. P. **Relacionamentos conjugais na atualidade: percepções de indivíduos em casamentos de longa duração.** *Revista SPAGESP*, 16(2), 16-31, 2015.
- CATÃO, E., RODRIGUES, O., VIVIANI, D.H., FINOTELLI, I. & SILVA, F.R. **Escala de satisfação sexual para mulheres: tradução, adaptação em estudo preliminar com amostra clínica.** *Boletim de Psicologia*, LX(133), 181-190, 2010.
- Censos. Divulgação dos Resultados Provisórios, 2021. Disponível em: <[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2)>.
- DINIZ, S.O.S., GARCIA, F.S., SOUSA, L.J., SOUZA, D.C., AGATHÃO, B. T. & EUGENIO, S.C.F. **As dificuldades e os aspectos emocionais que envolvem os familiares/cuidadores.** *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 01-12, 2015.
- EVAN, D. & LEE, E. **Impact of dementia on marriage: a qualitative systematic review.** *Dementia*, 13(3), 330-349, 2014.
- FALCÃO, D.V.S. & BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. **Os conflitos nas relações familiares de idosos com a doença de Alzheimer: contextos clínico e jurídico.** In FALCÃO, D.V.S. (Org.). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade* (pp.129-148). Campinas: Papyrus, 2010.
- FALCÃO, D.V.S. **Amor romântico, conjugalidade e sexualidade na velhice.** In Freitas, Elizabete Viana; Py, Ligia. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1498-1506). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- FERREIRA, P.M. **O envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas.** *Revista Kairós Gerontologia*, 18(19), 07-29, 2015.
- GOULART, V. R., WAGNER, A., MOSMANN, C. P. & BARBOSA, P. V. **Re-**

- percussões do conflito conjugal para o ajustamento de crianças e adolescentes.** *Interação em Psicologia*, 19(1), 147-159, 2015.
- HUO, M., KIM, K., & HAN, S. H. (2021). **The impact of marital quality as older couples adjust to dementia onset.** *The Journals of Gerontology: Series B*. gbab235. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab235>
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios. Editora: Estatísticas Sociais, Rio de Janeiro, IBGE, 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2021). Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUES\\_dest\\_boui=526271534&DESTAQUES\\_modo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=526271534&DESTAQUES_modo=2)
- KNIGHT, B.G. & SAYEGH, P. **Cultural values and caregiving: the updated sociocultural stress and coping model.** *The Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 5-13, 2010.
- MOSMANN, C., WAGNER, A. & FERES-CARNEIRO, T. **Qualidade conjugal: mapeando conceitos.** *Paidéia* (Ribeirão Preto), 16 (35), 315-325, 2006.
- MOSMANN, C. & FALCKE, D. **Conflitos conjugais: motivos e frequência.** *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 12 (2), 5-16, 2011.
- NOVAIS, N.N., SILVA, L.W.S., GONÇALVES, L.H.T. & MENEZES, T.M.O. **Qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos longevos: interferências intrafamiliares.** *Revista Baiana de Enfermagem*, 27(1), 64-75, 2013.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. Dementia. Maio de 2017. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. Dementia. 2021. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2021-09/oms-dementia-devera-afetar-139-milhoes-de-pessoas-em-2050>>
- PEREIRA, M. & CARVALHO, H. **Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional.** *Temas em Psicologia*, 20 (2), 369 - 383, 2012.
- PIMENTEL, L.G. & ALBUQUERQUE, C.P. **Solidariedades familiares e o apoio a idosos.** Limites e implicações. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 9(2), 251-263, 2010.
- POESCHL, G., SILVA, B.P. & CARDOSO, F.T. **Casamento, casamentos? Representações sociais do casamento heterossexual e do casamento homossexual.** *Análise Psicológica*, 33(1), 73-87, 2015.
- RIZZON, A. L. C., MOSMANN, C. P. & WAGNER, A. **A qualidade conjugal e os elementos do amor: um estudo correlacional.** *Contextos Clínicos*, 6(1), 41-49, 2013.
- SALES, M. G. S. **A doença de Alzheimer e a sexualidade do casal.** O impacto da doença de Alzheimer na sexualidade do casal. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2015.
- SCHUMM, W., PAFF-BERGEN, L., HATCH, R., OBIORAH, F., COPELAND,

- J., MEENS, L. & BUGAIGHIS, M. **Concurrent and discriminant validity of the Kansas marital satisfaction.** *Journal of Marriage and Family*, 48, 381-387, 1986.
- STERN, Y. **Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease.** *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006-1012, 2012.
- TORRES, A. C. **Casamento em Portugal.** Oeiras: Celta Editora, 2002.
- VILLARS, H., DUPUY, C., PERRIN, A. VELLAS, B. & NOURHASHEMI, F. **Impact of a therapeutic educational program on quality of life in Alzheimer's disease: results of a pilot study.** *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(1), 167-176, 2015.
- WILLIAMS, C. **Marriage and mental health: When a spouse has Alzheimer's disease.** *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 220-222, 2011.

# MULHER IDOSA COMO SUJEITO DE DIREITO: BREVES REFLEXÕES GERONTOLÓGICAS E NORMATIVAS

Lucila Maria Barbosa Egydio e Bibiana Graeff

Com o processo de inversão da pirâmide demográfica em curso, decorrente do crescente percentual de pessoas idosas na população mundial (CAMARANO, 2013) e na população brasileira (CAMARANO, 2020), torna-se necessário repensar a condição da pessoa idosa como sujeito de direito em uma sociedade mais envelhecida. Pessoas idosas ainda são vistas como frágeis, em que pese a heterogeneidade do envelhecimento e a diversidade das velhices (DEBERT, 2012). O prolongamento da expectativa de vida implica em revisões dos sistemas de suporte e atenção a esta parcela da população, sobretudo às mulheres, que geralmente vivem mais do que os homens.

Ao se reconhecer a pessoa idosa enquanto sujeito de direito, é necessário considerar a distinção de dois conceitos comumente relacionados à velhice: a fragilidade e a vulnerabilidade. Não raras vezes, o envelhecimento é equivocadamente associado ao conceito de fragilidade, tendo em vista a possibilidade e a frequência de situações de declínio de capacidade funcional com o avançar da idade na velhice. Ao revisarem o conceito de fragilidade, Ferriolli et al. (2022) remontam à sua abordagem inicial, de natureza basicamente funcional, sendo classificados como frágeis aqueles idosos com dependências em variados graus. Os

autores afirmaram que, com o passar do tempo, e especialmente na última década, o conceito de fragilidade da pessoa idosa evoluiu para proposições de natureza não mais exclusivamente funcionais, mas de base fisiopatológica. Segundo eles, os principais autores definem fragilidade como uma síndrome de declínio espiral de energia, embasada por um tripé de alterações relacionadas ao envelhecimento, composto por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica (FERRIOLLI et al., 2022). Bastante empregado no campo dos Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade evoca, por sua vez, a articulação entre

o universal e o particular em relação às situações de risco, sendo vulneráveis:

[...] aqueles que, por sua natureza (biologia) ou por sua condição (cultura), encontram-se, em dado lugar e determinado tempo (circunstancialidade), em situação de riscos e ameaças, porém com meios limitados de enfrentá-la (SILVA, 2015, p. 48).

Abordando a evolução dos direitos humanos, Bobbio (2004) refletiu o que se reconhece como sujeito de direito. Para além da pessoa humana em sua aceção abstrata e genérica, os novos sujeitos de direitos humanos são identificados à medida em que são reconhecidas especificidades nos agrupamentos humanos que merecem o detalhamento do marco regulatório, visando a atender às suas necessidades específicas. O autor exemplificou que tal “especificação ocorreu com relação seja ao gênero, seja às várias fases da vida, seja à diferença entre estado normal e estados excepcionais na existência humana” (BOBBIO, 2004, p. 31).

Bobbio (2004) ressaltou a importância de se ter presente que os direitos humanos são o resultado de lutas e embates políticos e estão sujeitos a avanços e retrocessos e que, ao longo da história. Corroborando essa visão, Pitanguy (2012) lembrou que, ainda hoje, determinadas classes e grupos sociais são menosprezados, tratados como cidadãos de segunda categoria. Isso faz com que tenham menor acesso aos direitos vigentes em sua sociedade, seja em seu aspecto normativo seja em seu exercício. O mesmo autor trouxe à luz que as mulheres, ao longo dos séculos, têm sido privadas do exercício pleno de direitos humanos e têm sido sub-

metidas a abusos e violências e, mesmo assim, têm tido um papel de grande relevância na ampliação do alcance dos direitos humanos (PITANGUY, 2012).

Ao se tratar de envelhecimento feminino, pessoas idosas, por um lado, e mulheres, por outro lado, são, cada grupo, consideradas sujeitos de direito, ou seja, possuem características e vulnerabilidades inerentes à sua situação, que as respaldam como destinatárias de marcos normativos específicos. Considerando-se a interseccionalidade dessas duas situações, as múltiplas vulnerabilidades da mulher idosa, é necessário analisar a sua condição como sujeito de direito e a possível necessidade de políticas específicas para esta parcela da população idosa.

Este artigo tem como objetivos analisar a existência de reconhecimento formal da mulher idosa como sujeito de direito, à luz das convenções internacionais das quais o Brasil é signatário em relação especificamente aos direitos da mulher e da pessoa idosa.

## Método

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental não sistemática, exploratória e descritiva, de cunho inventariante. Pesquisas exploratórias “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41), assumindo, na maioria dos casos, a forma de “pesquisa bibliográfica e estudo de caso” (GIL, 2002, p. 41). Para isso, foram utilizadas referências bibliográficas, textos normativos e buscas no Portal de Periódicos CAPES. Os resultados foram sistematizados nos tópicos seguintes, organizados em categorias

com base na evolução nas conquistas de direitos da mulher, da pessoa idosa e no que existe sobre a mulher idosa especificamente.

## Resultados e discussão

O reconhecimento da mulher idosa como sujeito de direito é precedido de uma evolução na conquista formal de direitos pelas mulheres e pelas pessoas idosas (3.1), mas também da identificação da multiplicidade de vulnerabilidades específicas que interagem podendo agravar a situação das mulheres idosas (3.2).

## A evolução nas conquistas de direitos

O avanço na positivação de direitos da mulher (3.1.1) precede a consagração formal de direitos para as pessoas idosas, enquanto categoria jurídica específica (3.1.2).

## Direitos da Mulher

Em termos históricos, a reivindicação por igualdade de gênero é recente, manifestada de forma mais intensa a partir da segunda metade do século XX, por meio de demandas por acesso a lugares e posições antes vedados a elas, além de denúncias de discriminação e de desigualdade. Falar dos direitos humanos de categorias específicas das populações que estiveram tradicionalmente marginalizadas ou oprimidas, aí incluídas as mulheres, passa pelo reconhecimento de uma história de discriminação e opressão e um compromisso ativo com a reversão desta situação. Qualquer avanço nesse sentido implica reconhecer as inevitáveis tensões entre os direitos individuais e os direitos coletivos (JELIN, 1994).

Ao longo dos séculos, as mulheres sofreram diversos tipos de discriminação em sua vida social, seja, no campo do trabalho, familiar, político, cível ou econômico. Apesar do avanço significativo alcançado até aqui no que concerne ao reconhecimento formal de seus direitos, concretamente, as mulheres ainda se deparam com desigualdade de gênero.

Do ponto de vista formal, a conquista de direitos específicos pelas mulheres tem seguido dois caminhos complementares, um na esfera nacional e outro na arena internacional. Na perspectiva internacional, o principal instrumento internacional de direitos humanos de que dispõem as mulheres é a Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher - CEDAW, da sigla em inglês - de 1979 (PITANGUY, 2012).

Segundo Pimentel (2008) a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher é o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher. A Convenção consolida duas frentes: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte.

Pimentel (2008) traçou um histórico da adoção da CEDAW, considerada pelo autor o ápice de décadas de esforços internacionais, visando à proteção e à promoção dos direitos das mulheres de todo o mundo. Segundo este autor, a convenção resultou de iniciativas tomadas dentro da Comissão de Status da Mulher (CSW, sigla em inglês) órgão criado dentro do sistema das Nações Unidas, em 1946, visando ao aprimoramento do status da mulher.

No resgate histórico Pimentel (2008) afirmou que a Comissão preparou, entre os anos de 1949 e 1962, uma série de tratados que incluíram: a Convenção dos Direitos Políticos das Mulheres (1952); a Convenção sobre a Nacionalidade de Mulheres Casadas (1957); a Convenção Sobre o Casamento por Consenso, Idade Mínima para Casamento e Registro de Casamentos (1962). Tais tratados visavam à proteção e à promoção dos direitos da mulher em áreas onde esses direitos fossem considerados particularmente vulneráveis pela Comissão.

Após diversas outras iniciativas regionais, a CEDAW foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de dezembro de 1979 e possui atualmente 189 estados partes<sup>10</sup>. A convenção se consolida como a grande Carta Magna dos direitos das mulheres e simboliza o resultado de inúmeros avanços principiológicos, normativos e políticos construídos nas últimas décadas, em um grande esforço global de edificação de uma ordem internacional de respeito à dignidade de todo e qualquer ser humano (PIMENTEL, 2008).

Ao ratificar a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, os estados-parte se comprometem, segundo o artigo 2 do referido documento, a não aceitar nenhum tipo de discriminação contra a mulher, consagrando em suas constituições nacionais ou em outra legislação apropriada o princípio da igualdade entre homens e mulheres. Os estados partes, também, devem adotar medidas legislativas e outras que forem necessárias para a

eliminação da discriminação, de forma a efetivar as previsões normativas da convenção.

Nesse sentido, Pimentel (2008) sustentou que a CEDAW:

vai além das garantias de igualdade e idêntica proteção, viabilizada por instrumentos legais vigentes, estipulando medidas para o alcance da igualdade entre homens e mulheres, independentemente de seu estado civil, em todos os aspectos da vida política, econômica, social e cultural (PIMENTEL, 2008 p. 15).

Todas as autoras precitadas neste tópico reiteraram que, sendo signatários deste documento, os estados-parte tomam para si o dever de eliminar a discriminação contra a mulher através da adoção de medidas legais, políticas e programáticas. Tais obrigações devem abranger todas as esferas da vida e a promoção de medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização, empresa e pelo próprio Estado.

A CEDAW é composta por 30 artigos, os quais preveem questões sobre igualdade de direitos, conferindo às mulheres os mesmos direitos que os homens; repúdio a qualquer tipo de discriminação em vários campos da vida social, familiar; responsabilidades dos estados membros para que os direitos das mulheres contidos na convenção sejam assegurados e resguardados; a criação de um comitê para examinar os progressos da convenção.

Dos artigos 1º a 6º da Convenção, os estados-parte concordam em tomar medidas apropriadas a fim de efetivar os avanços das mulheres, seja por meio de medidas constitucionais, legislativas, administrativas ou outras. Pelos ar-

10 • Ver: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. Acesso em 11 de junho de 2022.

tigos 7º a 9º da Convenção, os estados-parte se comprometem a eliminar a discriminação contra a mulher na vida pública e política, enquanto dos artigos 10º a 14º, a eliminar a discriminação na educação, no trabalho, na saúde, na vida cultural, social e econômica das mulheres. Os artigos 15º e 16º estabelecem a anuência dos Estados-parte em buscar a igualdade de homens e mulheres perante a lei no exercício de seus direitos legais e nas leis que regem o casamento e a família.

Do artigo 17º ao 24º estão atribuídas as responsabilidades do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher. Cabe a este órgão:

a avaliação dos avanços realizados e a implementação da Convenção, o resumo das obrigações reportadas pelos Estados-parte, o encaminhamento dos períodos de encontros do Comitê, jurisdições e obrigações reportadas (PIMENTEL, 2008, p. 16).

Os artigos 25º a 27º incluem provisões sobre a participação nos tratados, procedimentos para revisão e designam a Secretaria Geral das Nações Unidas como depositária. O artigo 28º possibilita aos Estados-parte aceitarem a Convenção com reservas, mas estabelece quais reservas são incompatíveis com seu objeto e propósito e, portanto, não serão permitidas. Os artigos 29º e 30º referem-se a conflitos de interpretação do texto da Convenção, bem como a providências no que se refere à autenticidade de tais textos nas seis línguas oficiais da Organização das Nações Unidas (ONU): árabe, chinês, inglês, francês, russo e espanhol.

Numa abordagem crítica, Maíra Zapater refletiu em sua tese de douto-

ramento sobre a CEDAW e sobre as dificuldades de emancipação da mulher enquanto sujeito de direito (ZAPATER, 2016). A autora indicou como dificuldades, muito além das inúmeras reservas feitas a diversos artigos do tratado pelos países membros<sup>11</sup>, diversos outros fatores, como o fato da mulher ter sido reconhecida como pessoa não em si mesma considerada, mas muito de forma relacional (uma esposa em relação ao marido, uma mãe em relação ao filho, uma filha em relação aos pais), ou ainda a circunstância de que o reconhecimento da mulher como sujeito de direito pela ONU tenha se pautado em muitos fins utilitários, tais como a reconstrução do mundo após a guerra e o desenvolvimento econômico das nações por meio do empoderamento econômico feminino (ZAPATER, 2016).

A página de internet oficial da CEDAW informou que o Brasil assinou a convenção em 31 de março de 1981, ratificando-a em 1 de fevereiro de 1984. No entanto, Pimentel (2008) destacou que o país formalizou algumas reservas referentes à liberdade de movimento e à liberdade de escolha de residência e domicílio e fez reservas ao artigo que corresponde aos direitos matrimoniais. Tais reservas se deram em função do Brasil possuir normas que, naquele momento, não se adequavam com tais cláusulas da convenção. O Brasil retirou as reservas reali-

11 • A pesquisadora precisa que o artigo que mais apresenta reservas do tratado é o art. 29, sobre submissão de conflitos à jurisdição internacional, mas que dentre os artigos que tratam de direitos materiais, o art. 16, sobre igualdade entre homens e mulheres no casamento, é o que mais apresenta reservas. Sobre o assunto, a autora chama a atenção para o fato de que o âmbito dos direitos das mulheres que encontrou mais resistência por parte dos estados membros tenha sido justamente o casamento, "um dos principais exemplos de regulação da vida privada (e do regime sexual) pelo Estado" (ZAPATER, 2016, p. 13).

zadas aos artigos supracitados em 20 de dezembro de 1994, notificando ao Secretário-Geral das Nações Unidas. Promulgou a CEDAW em seu ordenamento jurídico em 13 de setembro de 2002, por meio do decreto nº 4.377. (PIMENTEL, 2008).

No que concerne à legislação nacional, a Constituição Federal (CF) de 1988, portanto posterior à ratificação da convenção, introduz, pela primeira no direito brasileiro (PITANGUY, 2012), a igualdade de direitos entre homens e mulheres (art. 5º, I). O princípio da igualdade entre os gêneros é endossado no âmbito da família, quando o texto estabelece que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelos homens e pelas mulheres (CF, art. 225, § 5º). Essas alterações constitucionais acabaram conduzindo à necessidade de reforma do Código Civil (PITANGUY, 2012).

A proibição da discriminação no mercado de trabalho por motivo de sexo ou estado civil é especificamente prevista (CF, art. 7º XXX), garantia que é posteriormente implementada pela Lei 9.029, de 13 de abril de 1995, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho). O texto constitucional também consagra a proteção especial da mulher do mercado de trabalho, mediante incentivos específicos (CF, art. 7º, XX), o que é promovido pela Lei 9.799, de 26 de maio de 1999, que insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho.

Pitanguy (2012) ressaltou que a Constituição de 1988 também incor-

pora a questão da violência intrafamiliar e a responsabilidade do Estado em coibi-la (CF, art. 226, § 8º). Este fundamento é essencial para a elaboração, em 2006, da chamada lei Maria da Penha, legislação específica sobre violência doméstica.

A carta Magna também reconhece o direito de o casal decidir livremente o número de filhos e o dever do Estado em fornecer os meios para que esta escolha se realize, princípio constitucional que será regulamentado em 1996 pela lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 que trata do planejamento familiar.

Pitanguy (2012) refletiu que, mesmo com todos os avanços normativos, o caráter universal da legislação não se aplica até hoje de forma igualitária entre as mulheres, raça, etnia e orientação sexual constituindo ainda fatores que impactam em menor reconhecimento e acesso de fato aos direitos humanos. Segundo Pitanguy (2012), mesmo considerando que houve avanços significativos, as mulheres brasileiras ainda enfrentam discriminações e menos valias em sua vida familiar, profissional e sexual:

No mercado de trabalho ainda integram de forma expressiva a categoria de trabalhadoras domésticas, constituem o maior contingente de trabalhadores no mercado informal e recebem menos que os homens mesmo com igual formação para igual função. No plano político [...], sua presença no Congresso Nacional é das mais baixas da América Latina (PITANGUY, 2012, p. 7).

Como propõe Zapater (2016), para a efetiva emancipação das mulheres, o próprio Direito, produzido e aplicado pelas forças hegemônicas, possui limi-

tações. É preciso que ela seja galgada em outros campos para além do jurídico (ZAPATER, 2016). Do nosso ponto de vista, no que tange ao envelhecimento digno e aos direitos das mulheres idosas, a educação gerontológica ao longo da vida nas mais diversas instâncias, e não somente na educação formal, tem um relevante papel a cumprir para a quebra de mitos e estereótipos que contribuam para essa emancipação.

### Direitos da pessoa idosa

A necessidade de observar os diversos sujeitos de direito é relacionada com uma nova forma de perceber a humanidade, que se reflete no modelo de Estado neoconstitucional, em que o princípio da igualdade e não-discriminação articula e “dá sustentação normativa e valorativa à estrutura e ao desenvolvimento do Direito da Velhice” gerando novas ferramentas, que possibilitam a construção de uma sociedade para todas as idades (DABOVE, 2016, p. 40; tradução nossa).

No âmbito do sistema universal dos direitos humanos, ainda não existe uma Convenção internacional dos direitos da pessoa idosa, ao contrário do que já conquistaram as crianças e as mulheres, por exemplo. Entretanto, desde as últimas décadas do século XX, em paralelo ao despertar da consciência em relação ao envelhecimento populacional nas diversas regiões do planeta, a ONU passou a incorporar em sua agenda a preocupação em relação aos direitos das pessoas idosas.

Em 1982, aprovou-se durante a I Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Com 62 recomen-

dações, o documento tornou-se a primeira base de políticas para a pessoa idosa no plano internacional. Em 1991, a Assembleia Geral da ONU aprovou os Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas. Estes princípios estão divididos em cinco seções: Independência, Participação, Cuidados, Autorrealização e Dignidade. Durante a II Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri, um segundo Plano Internacional para o Envelhecimento foi aprovado pela ONU.

Este Plano foi adotado por todos os países membros das Nações Unidas presentes na Assembleia e, desta forma, representou o compromisso internacional em resposta a um dos maiores desafios sociais do século XXI: o rápido envelhecimento populacional, em curso em escala global. As 117 recomendações do Plano centram-se em três áreas prioritárias: a) como colocar o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; b) a importância singular e global da saúde e c) como desenvolver políticas de meio ambiente (tanto do ponto de vista físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e das sociedades que envelhecem. Em cada uma dessas áreas de ação, o Plano Internacional para o Envelhecimento de Madri prioriza as questões de gênero e de desigualdade social e recomenda a promoção de abordagem positiva do envelhecimento e de superação dos estereótipos associados aos idosos.

Outros importantes documentos internacionais tornaram-se referências para elaboração de políticas públicas internas. Destes documentos, vale destacar a publicação lançada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) a respeito da promoção do envelhecimento ativo (WHO, 2005), que apoiava-se em três pilares (segurança, participação social e saúde), aos quais, mais recentemente, uma proposta buscou acrescentar o pilar da aprendizagem ao longo da vida (ILC, 2015). Outra relevante contribuição internacional foi o *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso* (OMS, 2008), que gerou diversas iniciativas internacionais (PLOUFFE; KALACHE; VOELCKER, 2016) e no Brasil (ROSA; BARROSO; LOUVISON, 2013; GRAEFF et al. 2019).

No Direito brasileiro, a Constituição federal (BRASIL, 1988), que busca assegurar os direitos e deveres fundamentais a todos os seres humanos, destacando-se o princípio da dignidade humana (CF, art. 1º, III), foi o primeiro texto constitucional brasileiro a tratar da pessoa idosa como sujeito de direito (GRAEFF, 2020). O texto determina o amparo à velhice como dever do Estado (também da sociedade e da família) e direito do cidadão (CF, art. 230). Neste contexto, buscando consumir os princípios constitucionais, foi implementada no Brasil a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, entre outras providências.

Cronologicamente, outro arcabouço legal, a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social - LOAS, regulando o art. 203, V, da CF, já havia sido de grande interesse para a pessoa idosa. Isso porque esta lei assegura a assistência social à velhice e regula o benefício de prestação continuada (BPC). O BPC consiste na garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao

idoso com 65 anos ou mais<sup>12</sup>, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (art. 20).

Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionado o Estatuto do Idoso (hoje Estatuto da Pessoa Idosa) em 2003 (Lei no 10.741/2003), que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. Seu objetivo principal é regular os direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas e dimensões. O Estatuto contempla os mais diferentes aspectos da vida cotidiana: destaca os papéis da família, da sociedade e do Poder Público, assegurando os direitos à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar da população idosa. De forma sintética o estatuto reitera que pessoas idosas gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana (art. 2º) e que o envelhecimento é um direito pessoal e sua proteção, um direito social (art. 8º). No documento, os principais direitos estabelecidos são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto.

O grande avanço do Estatuto da Pessoa Idosa está na previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento

---

12 • Inicialmente, a idade definida para a concessão do benefício era de 70 anos ou mais. A partir de janeiro de 1998, conforme a Lei Federal no 9.720, de 1998, a idade mínima para receber o benefício de prestação continuada foi reduzida de 70 para 67 anos. Com a promulgação do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003, a idade mínima para o requerimento do benefício passou para 65 anos, para idosos que tenham renda mensal inferior a um quarto do salário-mínimo. Ou seja, o idoso com 65 anos completos e que se enquadrar nas exigências da lei pode ser contemplado pelo benefício. Recentemente, a Lei no 14.176/2021 estabeleceu que o regulamento poderá ampliar este limite de renda per capita para ½ (meio) salário-mínimo.

dos ditames legais. No caso da violação destes ditames, caberá ao Ministério Público (MP) agir para a garantia dos mesmos. O artigo 4º determina que todos estão obrigados a prevenir a ameaça ou violação dos direitos do idoso. Aqueles que não cumprirem com esse dever serão responsabilizados, sejam pessoas físicas ou jurídicas (empresas, instituições, entidades governamentais etc.). Esta responsabilidade não é apenas criminal, mas também civil (CAMARANO, 2013).

Camarano (2013) afirmou que a aprovação do Estatuto da Pessoa Idosa se constitui em um avanço sociojurídico de grande importância na defesa dos direitos da população idosa, muito embora não tenham sido estabelecidas prioridades para a sua implementação nem fontes para o seu financiamento. O estatuto define como idosa a população de 60 anos ou mais (art. 1º), referendando o que já fora estabelecido pela Política Nacional do Idoso de 1994. Esta definição de população idosa ratificou o patamar estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena.

A autora supracitada chamou a atenção para o critério de classificação da população, por ser um referencial que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns encontradas em todos eles, dimensões estas que são muitas vezes inferidas e não observadas. Em outras palavras, o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas pela idade, não se refere apenas a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com determinadas características sociais e biológicas (CAMARANO; MEDEIROS, 1999 apud CAMARANO, 2013).

Complementarmente, a autora chamou atenção para o conceito de “idoso”. Em geral, esse conceito é associado a características biológicas. O limite etário seria o momento a partir do qual os indivíduos poderiam ser considerados “velhos”, isto é, começariam a apresentar sinais de incapacidade física, cognitiva ou mental, o que os torna, neste aspecto, diferentes dos indivíduos de menor idade. Porém, “idoso” identifica não somente indivíduos em um determinado ponto do ciclo de vida orgânico, mas em um determinado ponto do curso de vida social, pois a classificação de “idoso” situa os indivíduos em diversas esferas da vida social, tais como o trabalho, a família etc. (CAMARANO; MEDEIROS, 1999 apud CAMARANO, 2013).

Embora o Estatuto do Idoso tenha sido promulgado em 2003, apenas em janeiro de 2010, foi publicada a lei que instituiu o Fundo Nacional do Idoso, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2011. Mas nem o Estatuto nem a lei de criação do fundo apresentam os programas e ações que deveriam ser prioritárias dentro das ações propostas para a população idosa. Ressalta-se, também, que a fonte de pagamento dos BPCs é o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Camarano (2013) concluiu que, nas últimas três décadas, muitos foram os avanços nas agendas internacional e nacional na formulação de políticas para a população idosa. A legislação brasileira incorporou grande parte das sugestões das assembleias internacionais e o Estatuto do Idoso reúne a grande maioria dos instrumentos legais preexistentes.

Graeff (2020), ao analisar o direito da pessoa idosa na legislação brasileira, reconhece que o Ministério Público e a

Defensoria Pública são os órgãos públicos que tem promovido ações coletivas em prol das pessoas idosas, além de reconhecer que a lei aplicada no Brasil em relação à pessoa idosa é especial (GRAEFF, 2020, p. 45):

[...] aplica-se hoje à pessoa idosa no Brasil uma lei especial, lei protetiva que é reflexo da especificação do sujeito de direitos humano, mas também de um novo direito privado dos vulneráveis.

Ainda assim, Graeff (2020) alertou para os retrocessos efetivados em anos recentes em matéria de direitos conquistados pelas pessoas idosas. Além da perda da gratuidade nos transportes públicos para as pessoas idosas com menos de 65 anos em diversas localidades, há que ser ressaltado que o Brasil passou por uma sequência de reformas que vão afetar a forma como a velhice é vivenciada, especialmente no que diz respeito a trabalho e aposentadoria. A reforma trabalhista foi aprovada em 2017, projeto de lei proposto pelo ex-Presidente da República Michel Temer e que começou a tramitar na Câmara dos Deputados em 23 de dezembro de 2016. Já a reforma da previdência, apresentada por meio da Proposta de Emenda à Constituição 06/2019 (PEC-06/2019) e aprovada em 23/06/2019, a mesma se tornou uma das reformas mais discutidas tanto pela dimensão econômica-fiscal, uma vez que sua despesa compromete parcela significativa dos orçamentos públicos, como pela dimensão político-social, haja vista que os reflexos das mudanças nas regras previdenciárias se dão diretamente sobre um conjunto grande da população (CONSTANZI et al., 2019, apud IPEA, 2020).

Constanzi et al. (2019, apud IPEA, 2020) afirmaram que a reforma decorre da necessidade de incrementar a produtividade, visando a diminuir ou mesmo a viabilizar os custos relativos ao financiamento previdenciário para as gerações futuras e, também, para garantir a sustentabilidade fiscal a médio e longo prazo em um contexto de intenso envelhecimento populacional. Para os autores, o país já enfrenta níveis de despesa elevados e com uma trajetória crescente e insustentável, em patamar muito acima do que seria esperado em razão de sua estrutura demográfica atual, mesmo não possuindo parcela tão elevada de idosos em sua população. Os autores complementaram que, pelo fato de as pessoas estarem vivendo mais, seria óbvia a necessidade de aumento da poupança individual e coletiva para garantir proteção social às pessoas idosas. Segundo eles, no Brasil, essa necessidade acaba por se tornar um esforço crescente de poupança “forçada” sobre os trabalhadores da ativa (CONSTANZI et al., 2019).

Já Lobato et al. (2019), embora os mesmos concordem com a necessidade de uma reforma, apontam fatores que comprometem a aceitação pela sociedade de forma mais ampla, da reforma então proposta, tais como: a ausência de debate com a sociedade; o questionável argumento da sustentabilidade; o fato de a reforma não acabar com os privilégios nem gerar equidade, por pouco alterar o setor reconhecidamente mais privilegiado; o fato de a reforma ser mais radical e perversa com os trabalhadores do setor privado, trabalhadores rurais, mulheres e pobres; a irregularidade e a informalidade do

trabalho como inibidores da aposentadoria por contribuição dos urbanos. Para os autores, diante de tantas incertezas, para a condição de saúde dos brasileiros, os malefícios são óbvios, com riscos de agravamento das condições de vida de pessoas idosas e beneficiários da previdência, de mulheres em especial.

Moura (2020) lembrou que as contrarreformas na previdência social, da forma que vêm ocorrendo, distanciam a população idosa de uma vida com mais dignidade, já que a ótica das políticas neoliberais avança no sentido de flexibilizar os direitos sociais e reduzir investimentos nesse âmbito. A autora prevê uma precarização crescente da seguridade social. A autora insiste na necessidade de persistência da luta constante da população para que este cenário seja alterado.

### **Vulnerabilidades e Necessidades de Reconhecimento e Proteção**

Falar em vulnerabilidade e velhice implica em considerar os recursos sociais, individuais e biológicos, que estão em constante interação e, com isso, definem os tipos de respostas que “as pessoas idosas irão produzir diante dos eventos normativos (socialmente esperados ou aceitos) e não-normativos” (SALMAZO-SILVA; LIMA-SILVA, 2012, p. 3). Abordaremos primeiro a relação entre a vulnerabilidade e o reconhecimento de determinada categoria de pessoas humanas na qualidade de sujeito de direito (3.2.1), para em seguida focarmos nas múltiplas vulnerabilidades que afetam de modo peculiar a situação das mulheres idosas.

### **Sujeito de Direito e Vulnerabilidade**

O sujeito de direito é a aquele a quem são imputados direitos e obrigações, podendo ser uma pessoa física ou não. Embora todo ser humano seja sujeito de direito, independente de qualquer característica, algumas situações requerem o reconhecimento de um olhar específico, de um recorte normativo que apreenda determinadas demandas de inclusão e de reconhecimento para o gozo efetivo dos direitos humanos. Assim é que uma das possibilidades de reconhecimento de determinadas categorias de pessoas enquanto sujeitos de direito passa por meio, por exemplo, do reconhecimento de suas especificidades, eventuais fragilidades e vulnerabilidades, demandando políticas públicas específicas de inclusão.

Ferreira (2014) afirmou que a vulnerabilidade é uma condição ontológica universal do ser humano, frágil, incompleto e instintivamente diminuído. No entanto, é preciso diferenciar a vulnerabilidade genérica, essência de todos os seres humanos, reconhecendo a existência de vulnerabilidades específicas, que não encontra respostas nas pretensões universalizantes (FERREIRA, 2014).

Silva (2015) sustentou que a vulnerabilidade é uma nota importante para os direitos, sobretudo os Direitos Humanos e entende que a vulnerabilidade, como um conceito para/no direito, conecta exposição a danos e capacidade de resposta. A autora sumariza:

são vulneráveis aquelas pessoas que por sua natureza ou por sua condição, encontram-se em dado lugar e determinado tempo, em situação de riscos e ameaças, porém

com autonomia limitada para enfrentá-la e, disto, necessitam do socorro do Direito (SILVA, 2015, p. 39).

O reconhecimento de situações de vulnerabilidade elimina a premissa de igualdade nas relações jurídicas entre as partes, o que transformou o direito civil contemporâneo, inclusive determinadas relações contratuais (MARQUES & MIRAGEM, 2012). No direito brasileiro, a Constituição Federal de 1988 é o fundamento que sustentou essa transformação, levando à adoção de diversos microssistemas normativos protetivos, a exemplo do Estatuto do Idoso ou do Código de Defesa do Consumidor.

O conceito de vulnerabilidade, sob a ótica da saúde, teve destaque no início da década de 1990, permitindo ampliar a visão acerca dos diversos fatores sociais, de preconceito e discriminação que afetavam determinados grupos, podendo potencializar a disseminação do HIV e a epidemia da aids (GARCIA; SOUZA, 2010, apud SANTOS, 2016). A autora (SANTOS, 2017, p. 604) trouxe a definição de vulnerabilidade de Ayres et al. (2003), conforme citada por Garcia e Souza (2010, p. 10), como sendo o:

conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

A autora elucidou que este conceito propôs uma abordagem da inter-relação dos aspectos individuais, socioeconômicos e de políticas públicas definindo-se, então, dentro do conceito de vulnerabilidade, a subdivisão

entre vulnerabilidade individual, social e programática (SANTOS, 2016). Mesmo sendo inseridos nos estudos sobre saúde, é interessante compreender o que está englobado em cada um dos aspectos. Segundo a autora (SANTOS, 2016), os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. À vulnerabilidade social, tangem as questões ligadas ao exercício de cidadania e dos direitos, ao passo que a vulnerabilidade programática é definida pelo investimento em ações e programas governamentais (SANTOS, 2016).

Schumann (2014) destacou que segundo Alves (1994, apud Vieira e Mendes, 2011), em nível internacional, o conceito de vulnerabilidade foi utilizado primeiramente na área de Direitos Humanos, especificamente na área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem para designar determinados grupos ou pessoas fragilizadas em relação a seus direitos de cidadania. A autora considera que:

[...] a vulnerabilidade ocorre quando os direitos são restringidos, independente da sua dimensão. A vulnerabilidade se faz presente quando o indivíduo não tem direito a um bom sistema de saúde, a uma habitação digna, a um sistema educacional em boas condições, a ter participação política, enfim, quando o exercício da sua cidadania não é garantido (SCHUMANN, 2014, p. 18).

Santos (2016) afirmou que as relações entre as pessoas dentro de uma sociedade e seus equipamentos sociais definem o grau de vulnerabi-

lidade destes indivíduos. Nesse sentido, os “estudos de vulnerabilidade buscam compreender a condição das pessoas e/ou dos segmentos populacionais aos quais pertencem” (SANTOS, 2016, p. 604), a fim de elucidar e trazer os determinantes sociais dos agravos nas discussões de políticas públicas e construir estratégias de intervenção que possam efetivamente alterar esses determinantes (GARCIA; SOUZA, 2010 apud SANTOS, 2016).

Salmazo-Silva et al. (2012, p. 110) afirmaram que “pensar na vulnerabilidade na velhice é refletir sobre a interação entre saúde, condições sociais, econômicas, individuais, e ambientais”, e propõem ações de curto, médio e longo prazo em relação a políticas públicas e programas que podem ser estruturados para favorecer um cenário mais positivo para este segmento populacional. Reconhecem também os resultados de algumas das ações, como os programas de transferência de renda, que visivelmente beneficiaram pessoas idosas e seus descendentes, além de prosperar a economia de diversos municípios no país.

Rinco et al. (2012, p. 93) reforçaram a relevância do apoio social e de uma rede social robusta, por oferecerem um efeito protetor a todos ao longo da vida e por diminuir “o isolamento, a fragilidade e a vulnerabilidade na velhice”. O caminho é a integração entre redes de apoio e políticas públicas consistentes, visando a “garantir as necessidades, promover acesso, condições e orientação para o exercício dos deveres e proteção dos direitos durante todo o processo de envelhecimento, inclusive em casos extremos de vulnerabilidade” (RINCO et al., 2012, p. 93).

## Mulher Idosa: Múltiplas Vulnerabilidades

A razão homens/mulheres mostra que a proporção de mulheres é bastante superior à de homens, e os aspectos relacionados ao envelhecimento mostram diferenças entre idosos e idosas, confirmando assim diferenças no envelhecimento também entre gêneros (LIMA; BUENO, 2009). Nas palavras das autoras, “a menor mortalidade feminina explica essa diferença e faz com que essa taxa cresça cada vez mais” (LIMA; BUENO, 2009, p. 276). Assim, o número de mulheres será maior, quanto mais velho for o contingente estudado (CAMARANO, 2006 apud LIMA; BUENO, 2009).

Isso ocorre em razão de comportamentos específicos dos homens, mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e com maior prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo, e das mulheres, menos afetadas, em proporção, por estes vícios, e que frequentam mais os centros de saúde (CHAIMOWICS, 2006 apud LIMA; BUENO, 2009). No entanto, as autoras atentaram para o fato de que, mesmo após tantas conquistas no universo feminino, “envelhecer ainda torna as idosas mais vulneráveis, devido a vários aspectos” (LIMA; BUENO, 2009, p. 276). Recorrendo a várias fontes, mencionam: as altas taxas de dependência e declínio da capacidade funcional (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006 apud LIMA; BUENO, 2009), a maior proporção de anos vividos com doença (CHAIMOWICS, 2006 apud LIMA; BUENO, 2009) e a tendência a viverem sozinhas ou continuarem viúvas.

Entre outros fatores que carregam esta fase da vida feminina de dificulda-

des estão: maior probabilidade de ficar em situação socioeconômica desvantajosa e morando sozinhas (LIMA; BUENO, 2009); passar por maior debilidade física antes da morte e serem mais dependentes de cuidado (CAMARANO, 2006 apud LIMA; BUENO, 2009); dificuldades de aposentadoria/renda, levando a idosa a trabalhar informalmente, submetendo-se a baixos salários e exploração do seu serviço (LIMA; BUENO, 2009). Além dessas questões, as mulheres se tornam mais vulneráveis na velhice devido à valorização da juventude pela sociedade em que vivemos (LIMA; BUENO, 2009).

Ramos (2010), ao estudar os aspectos desvantajosos do envelhecimento feminino frente ao masculino com foco na realidade espanhola, sustenta a necessidade, para as políticas públicas, de se levar em conta diversas questões. Trata-se da adoção de uma abordagem que mostre as diferenças do processo de envelhecimento entre homens e mulheres, rompendo com o modelo patriarcal e com a invisibilidade das mulheres mais velhas; do aproveitamento dos recursos necessários para tornar compatível o trabalho e a vida familiar, bem como promover o desenvolvimento de sistemas federais de promoção da autonomia pessoal e de atenção à dependência; e enfim, da promoção da participação e do associativismo das mulheres de meia-idade, tanto para prevenir situações de dependência, como para a promoção de um envelhecimento ativo e a modificação dos papéis tradicionais de gênero que tanto prejudicaram as mulheres idosas (RAMOS, 2010).

Dabove (2016) enunciou o processo histórico, no campo particular do Direito da Velhice, da atuação da co-

munidade internacional na geração de documentos para subsidiar o desenvolvimento e conteúdo de uma convenção internacional sobre Direitos Humanos das pessoas idoso. A autora chama atenção para o engajamento dos países da região das américas no trabalho em formas de participação democráticas e inclusivas, que culminaram com o objetivo alcançado: a primeira convenção sobre a proteção dos direitos humanos de pessoas idosas.

Considerando, dentre os direitos das pessoas idosas, necessidades específicas da mulher idosa como sujeito de direito, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, aprovada no dia 15 de junho de 2015, no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA), no artigo 3º, lista, dentre os princípios gerais aplicáveis à Convenção, a igualdade e não discriminação, a equidade e igualdade de gênero e enfoque do curso de vida. No artigo 5º, sobre “Igualdade e não discriminação por razões de idade”, é feita uma menção específica sobre as mulheres idosas, consideradas como sujeitos passíveis de múltiplas discriminações:

Os Estados Partes desenvolverão enfoques específicos em suas políticas, planos e legislações sobre envelhecimento e velhice, com relação aos idosos em condição de vulnerabilidade e os que são vítimas de discriminação múltipla, incluindo as mulheres, as pessoas com deficiência, as pessoas de diversas orientações sexuais e identidades de gênero, as pessoas migrantes, as pessoas em situação de pobreza ou marginalização social, os afrodescendentes e as pessoas pertencentes a povos indígenas, as pessoas sem teto,

as pessoas privadas de liberdade, as pessoas pertencentes a povos tradicionais, as pessoas pertencentes a grupos étnicos, raciais, nacionais, linguísticos, religiosos e rurais, entre outros. (OEA, 2015)

No que se refere à violência, no artigo 9º, sobre “Direito à segurança e a uma vida sem nenhum tipo de violência”, a convenção traz o compromisso dos Estados Partes em:

[...] Promover ativamente a eliminação de todas as práticas que geram violência e que afetam a dignidade e integridade da mulher idosa (OEA, 2015).

No artigo 20º, sobre “Direito à educação”, é firmado o compromisso, por parte dos Estados Partes, a garantir o exercício efetivo do direito à educação do idoso e a:

[...] e) Formular e implementar políticas ativas para erradicar o analfabetismo do idoso, em especial das mulheres e grupos em situação de vulnerabilidade (OEA, 2015).

Por fim, no artigo 23º da Convenção, sobre “Direito à propriedade”, está expresso que:

Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas para eliminar toda prática administrativa ou financeira que discrimine o idoso, principalmente as mulheres idosas e os grupos em situação de vulnerabilidade no que se refere ao exercício de seu direito à propriedade (OEA, 2015).

O Brasil foi o primeiro país a assinar este documento normativo interamericano, juntamente com a Argentina, o Chile, a Costa Rica e o Uruguai (HERRMANN, 2022). Segundo Graeff

(2017), a assinatura da Convenção Interamericana de Direitos Humanos dos Idosos constitui momento histórico, dado que foi o primeiro texto internacional juridicamente vinculante inteiramente dedicado aos direitos das pessoas idosas, além de trazer avanços inéditos no que diz respeito à temática ambiental, com potencial para contribuir para um maior esverdeamento do sistema interamericano de direitos humanos.

No entanto, dentre estes primeiros signatários, o Brasil resta como o único país que ainda não ratificou o tratado (HERRMANN, 2022). Como instrumento internacional juridicamente vinculante, a Convenção deve passar pelo processo de ratificação, devendo ser aprovada pelo Congresso Nacional, para que sejam reforçadas as obrigações jurídicas do país em respeitar, promover e realizar os direitos humanos das pessoas idosas. É preciso que a população idosa e as instituições de defesa de direitos das pessoas reivindiquem a ratificação da Convenção pelo estado brasileiro<sup>13</sup>. Ainda assim, como sustenta Maria Emiliana Herrmann (2022), a assinatura da Convenção já surte efeitos jurídicos e políticos<sup>14</sup>, não podendo o país adotar medidas que contrariem os objetivos do tratado.

13 • Em novembro de 2020 Associação Nacional do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (AMPID) começou uma campanha virtual, através do seu site, pela ratificação da Convenção.

14 • Vale destacar que, mesmo sem a ratificação do tratado, o mesmo foi citado como fundamento para a instituição pelo Congresso Nacional, em 2018, deste ano como o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, por meio da Lei nº 13.646 de 09/04/2018 (BRASIL, 2018).

## Considerações Finais: Mulher Idosa como Sujeito de Direito

Embora não haja dúvidas de que, para cada pessoa, o processo de envelhecimento apresente singularidades e de que as velhices sejam muito heterogêneas, é evidente que, para a maioria dos indivíduos, esta etapa da vida é suscetível fragilidades e vulnerabilidades específicas que requerem o olhar diferenciado para esta parcela da população, sendo necessário reconhecê-la enquanto categoria jurídica e ampará-la. Também é incontestado que é preciso considerar a interseccionalidade de fatores que vulneram determinados grupos de pessoas idosas, o que já foi formalmente reconhecido no sistema interamericano de direitos humanos.

Evidentemente, pelo histórico de diferenças entre ser homem e ser mulher nas variadas sociedades humanas, o envelhecimento acarreta velhices ainda mais heterogêneas, quando postas na mesa as questões de gênero, um dos pilares transversais do envelhecimento. No entanto, apenas em anos mais recentes, e por vezes ainda de forma muito tímida, as questões de gênero começam a ganhar mais destaque em estudos ou instrumentos normativos ou norteadores de políticas públicas sobre envelhecimento e velhice local e internacionalmente, a exemplo de publicações e iniciativas relacionadas ao projeto Cidade Amiga do Idoso (EGYDIO; GRAEFF, 2020).

O reconhecimento da mulher idosa como sujeito que é passível de múltiplas vulnerabilidades tem trazido à tona a busca por soluções que mitiguem a manifestação ou a potencialização destas suscetibilidades na velhi-

ce. Por esta razão há que se impulsionar ações de educação e efetivação de direitos sob esta ótica. Nesse sentido, o Direito, e em especial o campo dos direitos humanos, deve se aproximar, dialogar e trabalhar em conjunto com a Gerontologia. A efetiva implantação de políticas públicas ancoradas em direitos reconhecidos pode ser uma forma importante de promover equidade em gênero, levando em consideração todos os aspectos na interface entre velhice e vulnerabilidade.

A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, ao abordar algumas particularidades sobre a velhice feminina e ao estabelecer o compromisso dos estados membros em relação a elas, representa um avanço, à condição que resulte na adoção de políticas públicas efetivas. Mesmo sendo um instrumento regional e não global, pode ser inspiração para compromissos mais amplos, quiçá em âmbito mundial.

Embora a mulher idosa já tenha sido formalmente reconhecida enquanto sujeito de direito, é necessário que seu protagonismo seja estimulado e reconhecido para a identificação de suas demandas específicas, que possam pautar a tomada de decisão pelo poder público ou mesmo pela sociedade. São necessários, por fim, mais estudos relacionados à mulher idosa, incluindo nas metodologias de estudo, sempre que possível e pertinentes, outras variáveis intrapessoais, tais como classe social, nível de escolaridade e raça/cor. O enfoque nas interseccionalidades deve ser ponto constante de observação e análise. Há ainda um longo caminho a percorrer.

## Referências

- BOBBIO, N. "A era dos direitos". In: BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Lei nº 13.646 de 09/04/2018. Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Diário Oficial da União (D.O.U.), 10/04/2018.
- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- CAMARANO, A. A. "Estatuto Do Idoso: Avanços Com Contradições." **Texto para Discussão 1840 - IPEA, 2013**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: 27. Disponível em: [http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/td\\_1840.pdf](http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/td_1840.pdf). Acessado em: 02/02/2020.
- CAMARANO, A. A. . Envelhecimento e consumo: o que mudou com a pandemia. **Diálogo com a Economia Criativa**, v. 6, p. 26, 2020.
- DABOVE, M. I. Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. **Revista Latinoamericana de Bioética**, 16(1), 38-59, 2016.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp/ Fapesp. 2012.
- FERREIRA, A. E. "A Vulnerabilidade Humana e a Pessoa Para o Direito - Breves Notas." **Ridb** 3(2): 1023-53, 2014. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/>. Acessado em: 02/02/2020.
- FERRIOLLI, E. et al. O idoso frágil. In: Freitas, E.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 812-819.
- GRAEFF, B. Avanços socioambientais da Convenção Interamericana de Direitos das Pessoas Idosas. In: BENJAMIN, A.H., LEITE, J.R.M. (ORG). **22o Congresso Brasileiro de Direito Ambiental. Direito e Sustentabilidade na Era do Antropoceno: Retrocesso Ambiental, Balanço e Perspectivas**. São Paulo: Instituto O Direito por um Planeta Verde, v. 1 p. 63-85, 2017. In: <http://www.planetaverde.org/biblioteca-virtual/anais>. Acesso em 05/05/2022.
- GRAEFF, B, BESTETTI, M. L., DOMINGUES, M. A. Lifelong Learning: Perceptions Collected through the "Age-friendly Cities" Method in the Neighborhood of Mooca, São Paulo (Brazil). **Zeitschrift für Weiterbildungsforschung**, v. 1, p. 1-28, 2019.
- GRAEFF, Bibiana. Fundamentos e evolução dos direitos da pessoa idosa no Brasil: breve panorama. In: Barletta, F; Almeida, V. **A tutela jurídica da pessoa idosa**. Indaiatuba, SP: Foco, 2020.
- HERRMANN, M. E. C. **Direitos Humanos da Pessoa Idosa: A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos do Idoso e sua importância para o Direito brasileiro**. São Paulo: Dialética. 2022.
- ILC-BR (Centro Internacional de Longevidade Brasil) **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1. Ed. Rio de Janeiro. 2015.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Previdência Social. acompanhamento e análise Diretoria de Estudos e Políticas Sociais**. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10278>. Consultado em: 15/06/2022.

- JELIN, E. Mulheres e Direitos Humanos. **Estudos Feministas** 2(3): 117–49, 1994.
- LIMA, L. Ca.; BUENO, C. M. L. B. “Envelhecimento e Gênero: A Vulnerabilidade de Idosas No Brasil. 2009. **Revista Saúde e Pesquisa** 2(2): 273–80. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1173>. Acessado em: 04/12/2019.
- LOBATO L.V.C.; COSTA A.M.; RIZZOTTO M.L.F. Reforma da previdência: o golpe fatal na seguridade social brasileira. **Saúde Debate** 43 (120): 5-14, 2019. Rio de Janeiro.
- MARQUES, C. L. Miragem, Bruno. **O novo direito privado e a proteção dos vulneráveis**. São Paulo: RT, 2012.
- MOURA, V. M. N. Avanços e retrocessos do direito da pessoa Idosa investidas neoliberais na reforma da previdência social. In: **Serviço Social e Gerontologia: a proteção da pessoa idosa em tempos de pandemia**. Organizadora: Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá. – Recife : Ed. UFPE, 2020. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/download/362/372/1094?inline=1>. Acesso em: 05/05/2022.
- OEA. Assembleia Geral. **Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**, Washington, D.C.: OEA, 10–14. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. Genebra, 2008. Disponível em: (<https://www.who.int/ageing/GuiaA-FCPortuguese.pdf>). Acesso em 12 de Abril de 2019.
- PIMENTEL, S. **Experiências e desafios Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. CEDAW/ONU. Relatório bienal de minha participação**. Brasília - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - Série Documentos. 2008. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cedaw.pdf> Acessado em: 10/10/2019.
- PITANGUY, J. **Os Direitos Humanos Das Mulheres. Fundo Brasil de Direitos Humanos**. 2012. Disponível em: [http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo\\_mulheres\\_jacpit.pdf](http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo_mulheres_jacpit.pdf). Acessado em: 10/10/2019.
- PLOUFFE, L. KALACHE, A. & VOELCKER, I. A critical review of the WHO age-friendly cities methodology and its implementation. In T. Moulaert & S. Garon (Eds.), **Age-friendly cities and communities in international comparison** (pp. 19–35). New York: Springer. 2016.
- RAMOS, M. 2010. “Mujeres Mayores: Nuevos Derechos Para Nuevas Realidades.” In **Mujeres, Globalización y Derechos Humanos**, Cátedra, 201–65. 2010.
- RINCO, M., et al. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia: Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais**, 15(6), 79-95. 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17282> Acessado em: 05/05/2022.
- ROSA, T..E. C.; BARROSO, A. E. S.; LOUVISON, M. C. P. (Org.). **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 384 p.
- SALMAZO-SILVA, H. & LIMA-SILVA, T.B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais e velhice. **Revista Temática Kairós Gerontologia: Vulnerabili-**

- dade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais**, 15(6) 01-05 (2012). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17282>. Acesso em: 05/05/2022.
- SALMAZO-SILVA, H. (2) et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 15(6), pp.97-116. 2012. **Revista Temática Kairós Gerontologia: Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais**, 15(6) pp. 01-05 (2012). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17289/12829>. Acesso em: 05/05/2022.
- SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: Dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, 25(3), 602–618. 2016.
- SCHUMANN, L. R. M. **A multidimensionalidade da construção teórica da vulnerabilidade : análise histórico-conceitual e uma proposta de índice sintético**. 2014. 144 p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. 2014.
- SILVA, A. C. A. P. **Vulnerabilidade humana e envelhecimento: o que temos a ver com isso**. Portal Edições: São Paulo. 2015.
- WHO (World Health Organization). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

# INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS E O USO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Maria Enaura Vilella Barricelli e Maria Luisa Trindade Bestetti

## Introdução

Durante a pandemia pela Covid-19, uma atenção considerável foi direcionada ao grupo de risco de pessoas idosas, especialmente às residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), dada a propensão para doenças mais graves e fatais devidas à infecção pelo vírus SARS-COV-2. Baseada na pesquisa conduzida por SANFORD e colaboradores (2015), a definição de Instituição de Longa Permanência para Idosos, será considerada como:

“um lar de idosos, uma instalação com um ambiente de estilo doméstico que fornece suporte funcional e cuidados 24 horas por dia para pessoas que precisam ou não de assistência nas atividades de vida diária, com atividades de socialização e que podem ter necessidades de serviços de saúde” (SANFORD et al., 2015, p. 183).

Assim, em resposta à pandemia, e como alternativa à proteção da vida das pessoas idosas, principalmente das residentes nas ILPIs, foram impostas severas medidas restritivas pelos governos em todo o mundo, dentre elas o distanciamento social, que levou ao isolamento, à restrição de serviços de saúde e de assistência e à restrição do próprio relacionamento familiar, com repercussões na saúde física e mental.

E para minimizar essas condições, são apresentadas soluções como as de Tecnologia Assistiva (TA), que visam a promover uma melhor qualidade de vida, à medida em que, caracterizadas por produtos, metodologias, estratégias e serviços, têm por principal objetivo compensar ou potencializar as habilidades ou funcionalidades comprometidas - inclusive as provenientes do próprio processo de envelhecimento sob a perspectiva biopsicossocial e que foram agravadas pelo isolamento imposto pela pandemia (BLACKMAN et al., 2016).

Segundo a OMS, Tecnologia Assistiva é um termo amplo que abrange sistemas e serviços relacionados à entrega de produtos e serviços assistivos, para manter ou melhorar o funcionamento e a independência de um indivíduo, promovendo assim o seu bem-estar,

uma vida saudável, produtiva, independente e digna. Está contemplada nas diretrizes mundiais, frente à atual transição demográfica, para um envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas, suas famílias e comunidades (OMS, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS), com a declaração da “Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030”, e a Organização das Nações Unidas (ONU), com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e respectivos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), “buscam assegurar vidas saudáveis e produtos assistivos de qualidade, quando e onde os indivíduos precisarem” (OMS, 2020; ONU, 2020).

São oferecidas soluções e produtos assistivos para propiciam independência, segurança e conforto à pessoa idosa, atendendo pilares tais como: Saúde e bem-estar, Comunicação e engajamento, Segurança e proteção e Aprendizado e contribuição (LANGUIRAND, BORNSTEIN, 2013). A própria OMS ressalta que: “Com o envelhecimento da população global e o aumento das doenças não transmissíveis, mais de 2 bilhões de pessoas precisarão de pelo menos um produto assistivo até 2030, com muitas pessoas idosas precisando de dois ou mais” (OMS, 2018).

Além disso, a tecnologia assistiva foi considerada como um direito humano, a partir da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), que impôs aos mais de 170 países ratificantes uma obrigação legal internacional com relação a medidas para facilitar o acesso às soluções de TA, de forma a propiciar independência na vida diária e participação na sociedade às pessoas com deficiências, idosas ou com doenças

crônicas. Estas pessoas têm o direito à tecnologia assistiva, inclusive pela Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU, 1948).

Conforme aponta Scherer, o campo da tecnologia assistiva sofreu muitas mudanças e expansão, centrando-se em pessoas com deficiência, com doenças crônicas e naquelas com necessidades em função do processo de envelhecimento. Tendo por base tecnologias novas e inovadoras, que alavancam recursos de computação, robótica, inteligência artificial e internet das coisas para fins assistivos, constituem-se de tecnologias móveis e remotas, dispositivos de monitoramento e detecção (sinais vitais e quedas; movimento), tecnologias de informação e telecomunicações, enquanto dispositivos para apoiar a realização de atividades de vida diária (AVD) e processos como o monitoramento de saúde e comportamento, a assistência cognitiva e emocional, a interação e engajamento social, a comunicação remota, a mobilidade e segurança/emergência (WANGMO, 2019; SCHERER, 2017). Como destaca Scherer (2017):

Existem possibilidades quase ilimitadas para tecnologias assistivas e dispositivos. Do suporte de comunicação direta com outras pessoas, à assistência à mobilidade e à condição da vida totalmente habilitada por estas soluções (SCHERER, 2017).

A TA apresenta diversos benefícios para os seus usuários, familiares, cuidadores e outros membros da comunidade (SURYADEVARA, N.; MUKHOPADHYAY, 2020). Melhora a qualidade de vida dos profissionais cuidadores, à medida que suporta os cuidados, alerta para uma pronta

intervenção e apoia a comunicação (WANGMO et al., 2019). Aliás, as soluções de TA com Inteligência Artificial estão sendo vistas como uma “panacéia para reduzir a carga do cuidador” (SRIRAM, JENKINSON, PETERS, 2019).

A Tecnologia Assistiva é considerada como um poderoso instrumento para a otimização do cuidado de longa duração, à medida em que reduz a necessidade de serviços formais de saúde e de apoio e subsidia a continuidade do atendimento com os princípios fundamentais inerentes ao cuidado centrado na pessoa (OMS, 2020). É apontada como um recurso diferencial para situações críticas de saúde pública como a pandemia de COVID-19, em que poderia ter evitado a proporção significativa de vítimas na ILPI se tivesse sido aplicada logo no início (BARNET, GRABOWSKI, 2020).

Mediante o contexto apresentado, esta pesquisa visa a identificar, na produção científica, a aplicação das soluções de TA nas Instituições de Longa Permanência para Idosos e suas contribuições enquanto instrumentos para minimizar os impactos durante a pandemia de COVID-19, bem como apontar os desafios pós-pandemia.

A apresentação desta pesquisa está estruturada em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. Na segunda, são abordados os procedimentos metodológicos utilizados, seguida da seção que expõe o referencial teórico sobre os conceitos da Tecnologia Assistiva, base para o entendimento da análise e resultado. Na seção quatro serão comentados os resultados e discussão e por fim, na seção cinco, será exposta a conclusão, eventuais lacunas e desafios.

## Métodos

Esta pesquisa é de caráter exploratório, modelada por uma revisão integrativa, tendo por objetivo a apresentação de uma síntese dos resultados obtidos sobre o tema abordado, de forma sistemática, ordenada e abrangente. É classificada como estudo bibliográfico, na medida em que analisa estudos já publicados referentes ao tema e com abordagem qualitativa sobre os dados oriundos da revisão, propiciando a construção da matriz de síntese do conteúdo através da leitura dos artigos na íntegra.

A revisão integrativa foi realizada, considerando o seguinte processo: a definição do tema, a questão/hipótese para o estudo, a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos para a busca nas bases, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, a categorização dos estudos, a avaliação dos estudos incluídos, a interpretação dos resultados e a apresentação da conclusão.

## Protocolo de pesquisa

Foram consultadas as bases de dados: (Clarivate) Web of Science, (Elsevier) Scopus e (EBSCO) Ageline, CINAHL, Computers & Applied Sciences Complete, Library, Information Science & Technology e Medline Completo. Como estratégia de busca utilizou-se as palavras chaves: “Technology”, “Assistive Technology”, “Covid-19” e “Nursing Home”.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis na versão completa, preferencialmente no período de 2019 a 2021, que continham título, resumo e/ou palavras-chave re-

ferentes às condições abordadas anteriormente, relativas ao tema aplicação/ uso de tecnologias na ILPI durante a Covid-19. Como critérios de exclusão artigos referentes ao tema, mas com abordagem teórica sem referência à efetiva aplicação de pelo menos uma tecnologia assistiva na ILPI. Além da pesquisa de manuscritos selecionados nas bases científicas, também foi realizada uma busca de conveniência sobre o assunto. Como instrumentos para suporte a estes processos, foram utilizados o software ZOTERO e Excel.

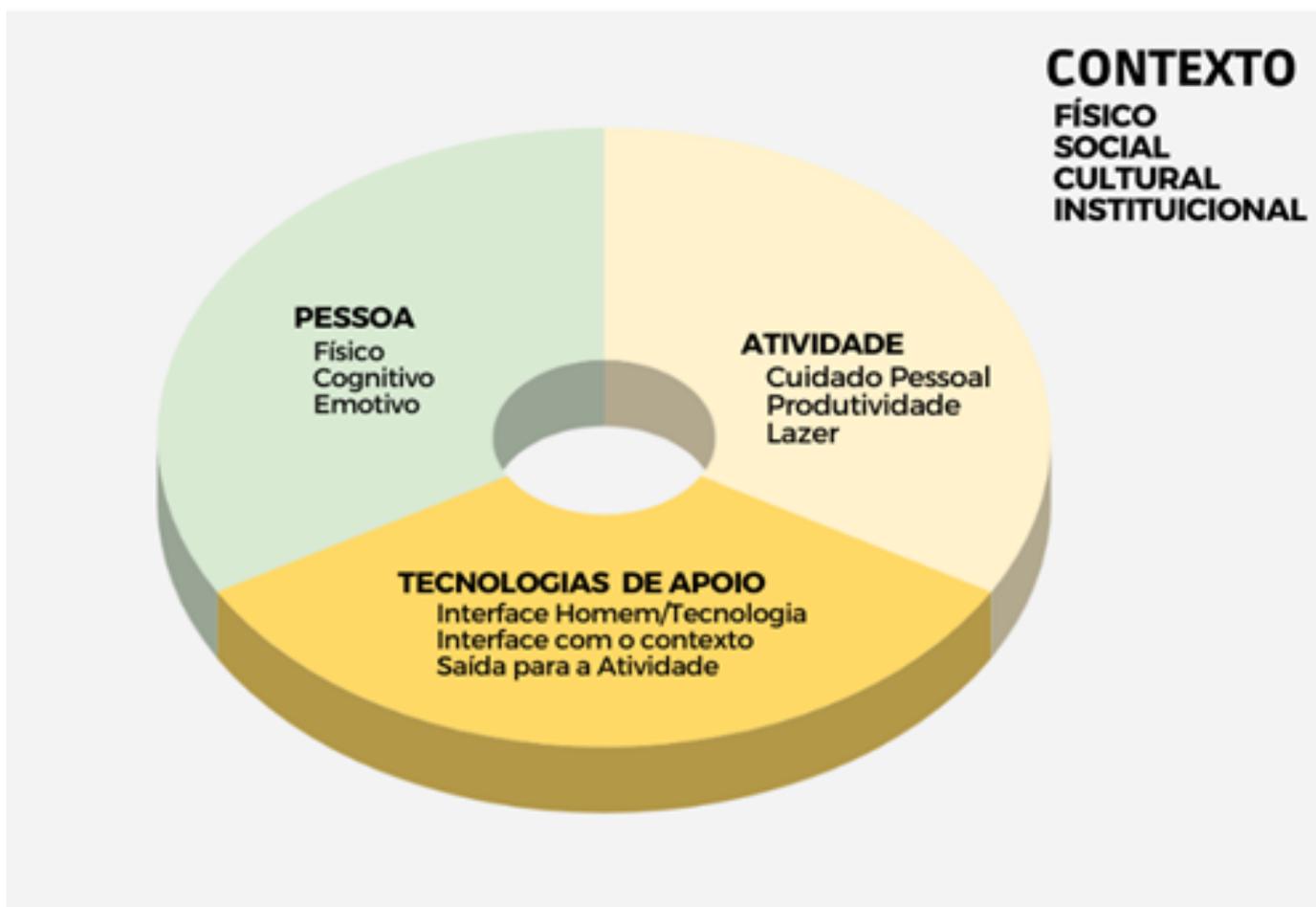
Para a síntese dos resultados foi usada uma matriz de análise do conteúdo, contemplando informações tais como: identificação da publicação (autor, título,

ano, área de estudo, país, periódico), identificação da tecnologia, objetivo da utilização, benefícios, identificação do país da instituição.

### Conceitos base

Como base para a categorização dos artigos com relação ao uso da Tecnologia Assistiva foi considerado o Modelo Human Activity Assistive Technology (HAAT), proposto por Cook e Polgar (2015) com a associação da atividade sendo realizada pela pessoa, num contexto específico e através de uma tecnologia (COOK, POLGAR, 2015). Prevê a integração dos quatro elementos: pessoa, atividade, tecnologia de apoio e contexto, conforme figura 1.

**Figura 1.** Modelo HAAT (COOK; POLGAR, 2015)



Fonte: Modelo HAAT (COOK; POLGAR, 2015), traduzida e adaptada pelas autoras.

No modelo HAAT, a pessoa é quem realizará a atividade, considerando as suas capacidades físicas e cognitivas, tais como: força, destreza, equilíbrio, e atenção, capacidade de resolução de problemas, julgamento, concentração. A atividade é compreendida no Modelo HAAT como parte da vida quotidiana, essencial à existência humana, regulada pelo ambiente e sociedade em que está inserida. As atividades podem ser classificadas como comunicação, mobilidade, vida diária, educação, trabalho/lazer. Já o contexto no Modelo HAAT considera quatro fatores principais: o ambiente físico, o contexto social, o contexto cultural e o contexto institucional. E a tecnologia de apoio/assistiva, como qualquer dispositivo, equipamento ou sistema usado pela pessoa, num determinado contexto, considerando o recurso tecnológico na interação com o usuário, com as características técnicas, para a realização da atividade pretendida.

Neste modelo a pessoa deve ser o foco central e considera-se que quaisquer alterações em qualquer um desses elementos poderá implicar em mudanças da tecnologia. Esse modelo conceitual mostra que a tecnologia assistiva pode vincular a pessoa à atividade e, caso a TA seja retirada, pode separar o indivíduo do desempenho da tarefa (COOK, POLGAR, 2015).

São considerados neste estudo os quatro componentes:

Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), enquanto um lar, governamental ou não, para pessoas idosas, que enfrentou o distanciamento social imposto em função da pandemia pelo COVID-19; Pessoa, como as pessoas idosas residentes na ILPI; Atividade, como as atividades preconizadas pelo modelo HAAT: Comunicação, Mobilidade, Vida Diária, Educação, Trabalho/La-

zer, sendo incluídos na categoria “Vida Diária!” os serviços de saúde e de assistência. Para a Tecnologia de Apoio/Assistiva, será adotado o conceito como um termo abrangente que contempla: o “desenvolvimento e aplicação do conhecimento organizado, habilidades, procedimentos e políticas relevantes para o fornecimento, uso e avaliação de produtos assistivos” (DE WITTE et al., 2018), incluindo diferentes infraestruturas e tecnologias, desde os produtos básicos, como os recomendados pela lista prioritária da OMS (OMS, 2018), até os que envolvam recursos tecnológicos mais complexos como as tecnologia de informação e comunicação (TIC), a Internet das Coisas (IoT), a Inteligência Artificial (IA), que promovam a eficácia da tecnologia assistiva (DE WITTE et al., 2018; MACLACHLAN, M.; SCHERER, M., 2018). Considera-se ainda que esta Tecnologia Assistiva seja voltada para permitir às pessoas com deficiência, no caso pessoas idosas, a inclusão em todos os domínios de participação, e para quaisquer tipos de deficiências (locomotoras, visuais, auditivas, de fala ou cognição) e todos os tipos de limitações nas atividades, e por curtos ou longos períodos de tempo. referentes às perdas inerentes ao próprio processo de envelhecimento.

## Resultados

Aplicada a metodologia explicitada, quinze artigos foram selecionados, submetidos à Análise de Conteúdo Temática e, em seguida, categorizados, com base no modelo Human Activity Assistive Technology (HAAT), considerando a relação no contexto do isolamento imposto às ILPIs em função da pandemia pelo COVID-19, da pessoa residente na ILPI e os de seu entorno com as tecnologias utilizadas para a realização das atividades envolvidas.

<b>COMUNICAÇÃO - Benefícios pela aplicação da TA</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Melhor relacionamento entre residentes, profissionais e familiares	SACCO, G. et al., 2020 SIMONETTI, A. et al., 2020 YOSHIMI, 2021 BANSKOTA, S.; HEALY, M.; GOLDBERG, M.; 2020
Apoio na etapa crítica do final da vida	FEDER, S. et al., 2021
Contato entre diferentes ILPI's.	ZAMIR, S; et al. 2020
Estabelecimento e manutenção de novas amizades.	FEARN, M. et al. 2021
Redução de sintomas de depressão.	BANSKOTA, S.; HEALY, M.; GOLDBERG, M.; 2020
Bem-estar, com redução da solidão, entretenimento e vínculo emocional	ABBOTT, R. et al, 2019

<b>VIDA DIÁRIA - Benefícios pela aplicação da TA</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Fluxo de trabalho otimizado e qualidade do atendimento	EDELMAN, L. S et al., 2020 FEDER, S. et al., 2021 BERTASSO, C. P. et al., 2021
Redução do estresse e/ou da carga de trabalho para os profissionais de atendimento	YOSHIMI, T. et al., 2021 KORD, Z.; et al, 2021
Facilidade para o monitoramento - residentes e profissionais	BERTASSO, C. P. et al., 2021 HARRRIS, D. A. et al., 2020 OBAYASHI, K. ET AL, 2021
Garantia do atendimento médico, além do aprimoramento da educação e acompanhamento dos estagiários médicos.	ELIKKOTTIL, J; MORTON, L. 2021
Assistência à comunidade e à gestão municipal durante a pandemia	BERTASSO, C. P. et al., 2021
Redução de internações e mortalidade, controle de infecções de infecções e bem-estar funcionários	HARRRIS, D. A. et al., 2020 OBAYASHI, K. ET AL, 2021

Houve a condição de que, caso a tecnologia fosse desconsiderada, a atividade poderia não ser realizada pela pessoa (COOK, POLGAR, 2015). De acordo com este modelo, as Tecnologias Assistivas foram associadas às atividades que apoiavam, com a especificação das suas funções, conforme Figura 2.

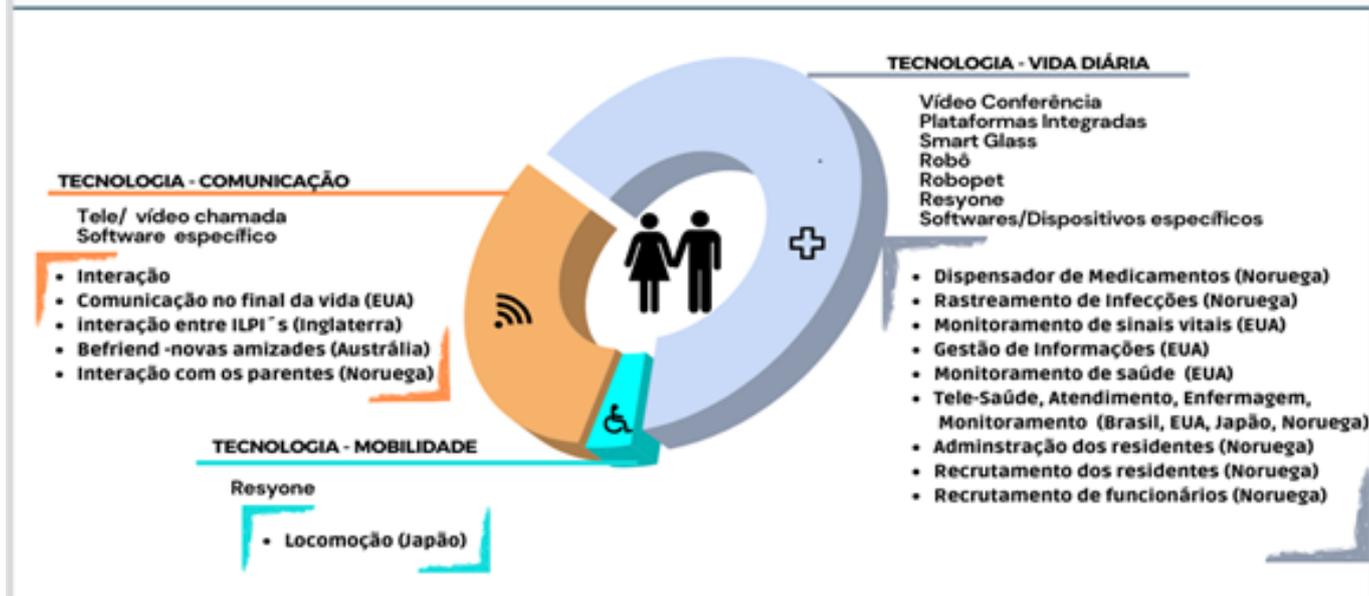
## HAAT aplicado na amostra

Pessoa: pessoa idosa, residente na ILPI

Contexto: ILPI's na pandemia COVID-19

Atividades do modelo HAAT: Comunicação, Mobilidade, Vida diária, Educação, Trabalho/Lazer

Tecnologias: as aplicadas nas ILPI's



**Figura 2.** MODELO HAAT: Aplicação da Tecnologia Assistiva nas ILPIs na pandemia pelo COVID-19 (Criação: Maria Enaura Vilella Barricelli)

Através do material selecionado, pode-se constatar o uso da TA nas ILPIs nos países: Austrália, Brasil, Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Noruega. Inicialmente, foi possível verificar que duas atividades tiveram a concentração de tecnologias assistivas nas ILPIs durante a pandemia pelo COVID-19: “Comunicação” e “Vida Diária”.

### Comunicação

As TAs identificadas na pesquisa foram associadas a essa atividade, como instrumentos para contornar o isolamento social imposto aos moradores da ILPI e para lidar com a prevenção dos possíveis fatores decorrentes, como depressão, ansiedade, solidão ou comprometimento da saúde física e mental.

Essas tecnologias, conforme constatado no estudo, durante a pandemia proporcionaram o estabelecimento e manutenção da comunicação em tempo real entre os moradores de ILPI e seus familiares, amigos, profissionais de saúde e cuidado, voluntários e moradores de outras ILPI, permitindo a interação e socialização, inclusive entre os profissionais envolvidos. Tecnologias como as baseadas na internet e redes sociais (Facebook, Facetime, Zoom, Instagram, Google Meet), que permitem videochamadas, se apresentaram como instrumentos viáveis de baixo custo para melhor socialização e redução da sensação de solidão durante o período pesquisado na pandemia pela COVID-19, (ZAMIR et al., 2020; BANSKOTA, HEALY, GOLDBERG, 2020). Constatou-se que as videochamadas realizadas pelos mora-

dores da ILPI seriam semelhantes às ligações telefônicas (SACCO, et al. 2020), sendo o suporte tecnológico realizado por profissionais capacitados uma condição essencial para esta interação (SIMONETTI, et al., 2020).

A tecnologia utilizada pelos voluntários para os relacionamentos remotos com os residentes da ILPI também foi identificada como base para o suporte social durante a pandemia (FEARN, et al., 2021), bem como para a interação entre todos os envolvidos na fase crucial do fim da vida, especialmente com as estritas restrições impostas pela pandemia (FEDER, et al., 2021; ELDEMAN, et al., 2020). Além disso, constatou-se que o uso de Robopets em uma ILPI, pequenos robôs com aparência e que simulam comportamentos de animais de estimação, além de induzir à interação, podem contribuir para a redução da agitação e da solidão e impactar positivamente nos aspectos de bem-estar, incluindo solidão, depressão e qualidade de vida por residentes e funcionários, (ABOTT, et al., 2019). O uso do Resyone, como tecnologia assistiva – uma cama de enfermagem elétrica, capaz de se transformar em cadeira de rodas reclinável, possibilitando ao residente da ILPI a condição de mover-se entre os diversos espaços da Instituição e com significativa redução dos esforços por parte dos profissionais de cuidados, proporciona a todos os envolvidos uma melhor qualidade de vida (YOSHIMI, et al., 2021).

## Vida diária

Por outro lado, no eixo “vida diária”, as Tecnologias Assistivas foram as que permitiram a interação com os profissionais para a continuidade dos serviços de cuidados e de saúde, em

resposta à ruptura do modelo de atenção presencial, frente às restrições impostas pela distância social.

Uma das alternativas mais utilizadas foi a Tele (Saúde, Assistência, Enfermagem, Consulta ou Atendimento), realizada por profissionais da ILPI, através de conexões através da Internet. Por meio de diferentes alternativas tecnológicas integradas a plataformas e com o respectivo e automático registro de dados, estabelece-se a interação entre os residentes da Instituição e os profissionais, subsidiando as ações para diagnóstico, prescrição, monitoramento, acompanhamento e até supervisão dos próprios profissionais pelos níveis superiores, assim como o reporte ao órgãos locais (BERTASSO, et al., 2021), além de subsidiar a própria ILPI nos seus processos internos, tais como: a avaliação das necessidades diárias da Instituição, o controle de infecção e especialmente o bem-estar dos moradores e dos próprios funcionários (HARRIS, et al., 2021). Esse sistema oferece alternativas de apoio ao cuidado, como dispensadores de medicamentos, detectores de movimento (LYNG, et al., 2021), o sistema integrado de prontuário eletrônico e a plataforma multimídia integrada com robôs de telepresença, o que proporcionou maior interação entre os profissionais e os residentes. Alguns, como o dispositivo Smart Glass, apresentaram uma vantagem: a utilização do recurso de vídeo para residentes com deficiência auditiva, ao invés do atendimento presencial que, devido à obrigatoriedade do uso da máscara pelos profissionais, impossibilitava a leitura labial do residente (ELIKKOTTIL, MORTON, 2021).

A utilização de robôs integrados ao leito do residente e à central para identificação e comunicação imediata

de qualquer emergência, além do uso da tecnologia Resyone, dispositivo de apoio à transferência de carga, apresentaram-se como tecnologias que, além de apoiar o processo de cuidado, contribuíram para otimização do trabalho e melhor qualidade da assistência, inclusive com a realocação dos escassos profissionais para outras atividades (OBAYASHI, et al., 2021; YOSHIMI, et al., 2021). Sob essa abordagem, também foram consideradas algumas soluções de gestão e de aprendizagem direcionadas aos profissionais, a fim de garantir a continuidade do cuidado aos residentes (EDELMAN, et al., 2020; ELIKKOTTIL, MORTON, 2021).

A concentração das tecnologias nas atividades de “Comunicação” e de “Vida Diária” demonstra a condição do distanciamento social e a pronta resposta para enfrentá-lo, a fim de proporcionar aos residentes da ILPI a interação social e a garantia de serviços de saúde e assistência, resumidas nas tabelas abaixo.

## Discussão

Com relação ao atendimento das funcionalidades pelo uso da TA – enquanto um conjunto de dispositivos ativos (o que requer ação ou interação por parte da pessoa idosa residente) ou passivos, de usos múltiplos ou não (SRIRAM, JENKINSON, PETERS, 2019) – são apontados benefícios para o desempenho de atividades, especialmente para a interação, continuidade dos atendimentos de cuidados e de saúde e participação, como o bem-estar subjetivo e qualidade de vida tanto para a pessoa idosa quanto para os profissionais e gestores da ILPI. Sem os recursos de tecnologia implementados, ainda que em condições emergenciais e

improvisadas face à urgência imposta pela pandemia, os residentes estariam isolados, com perdas na saúde física e mental. De acordo com Cook e Polgar (2015), a TA em geral volta-se muito mais para a manutenção do funcionamento e da independência da pessoa, assim como para facilitar a participação, com menos ênfase à remediação de deficiências. Confirma-se também a condição de que a continuidade de uma TA é sustentada pela boa experiência pelo usuário assim como pelo benefício percebido (SCHERER, 2017), que no contexto da pandemia era imprescindível para a sua participação e interação (COOK, POLGAR, 2015).

Na amostra, que atesta a condição da aplicação da tecnologia na ILPI, durante a pandemia, enquanto instrumento impulsionador da interação e dos serviços de saúde e de cuidado diante do isolamento, também foram sinalizadas algumas questões e desafios importantes a seguir comentados. Ainda que a TA seja considerada um direito da pessoa e que se tenha mundialmente explicitado um arcabouço de diretrizes internacionais para a respectiva disponibilização e uso, constatou-se a ausência de plataformas e processos para a disponibilização da TA, com implementações pontuais e em geral improvisadas. Foi observada a necessária colaboração entre todos os atores envolvidos e de diferentes esferas para a disponibilização de uma plataforma internacional e interdisciplinar para o compartilhamento de experiências, das pesquisas e estratégias referentes à implementação e uso da TA.

Identificou-se dentre as questões críticas, as relacionadas à limitada e restrita infraestrutura disponível para as ILPIs (internet e dispositivos), a falta

de suporte e o despreparo dos moradores e dos próprios profissionais para o manuseio das tecnologias e dispositivos (KORD, et al, 2021).

Ressalta-se como benefícios da TA a condição de liberdade e autonomia, que permite a independência e participação em atividades significativas, inclusive para os cuidadores, com o tempo liberado para outras atividades, altamente valorizado por estes, e a condição de segurança física, para maior independência inclusive para o cuidador. E como pontos de atenção, as eventuais falhas/descontinuidade da TA, impondo aos envolvidos o constrangimento e a preocupação com relação à substituição da pessoa responsável pelo cuidado pela TA (SRIRAM, JENKINSON, PETERS, 2019)

Constatou-se a necessidade de serem regulamentados os aspectos éticos concernentes ao uso da TA, especialmente quando direcionada para a pessoa idosa, na área de cuidados e de saúde, através de processos de monitoramento e rastreamento, com a coleta, guarda e uso dos dados (YIN et al., 2016). É importante a atenção especialmente dos profissionais de saúde/cuidados para o equilíbrio entre os princípios éticos, especialmente para com os efeitos, diretos ou indiretos, das suas ações sobre a pessoa idosa (PETERMANS, 2017).

Pode-se também observar que, em geral, a implementação e uso da TA pelos profissionais de saúde e de cuidados é baseada nos princípios alinhados à consideração sobre a utilidade (funcionalidade benéfica ao usuário) e sobre a independência (instrumento de apoio individual e social, sem a intervenção constante de

outros cuidadores humanos) (COOK, POLGAR, 2015), que impõem à implementação das soluções a obrigatoriedade de não gerar à pessoa qualquer dano por um uso forçado, que despreze vontade, preferência, decisão, autoestima e integridade da pessoa (SCHICKTANZ, SCHWEDA, 2021). Portanto, é necessário que sejam considerados e regulamentados os aspectos éticos concernentes ao uso da TA, especialmente quando direcionada para a pessoa idosa, na área de cuidados e de saúde, através de processos de monitoramento e rastreamento, com a coleta, guarda e uso dos dados, devendo ser respeitados os aspectos referentes aos princípios essenciais à pessoa, tais como: privacidade, autonomia, obstrução, estigma, acessibilidade, segurança e consentimento (CE, 2021).

Por fim, cabe destacar a ausência de políticas e diretrizes norteadoras, o que confirma o posicionamento da OMS de que a Tecnologia Assistiva muitas vezes é desconsiderada nas agendas globais de saúde e desenvolvimento, com investimentos limitados e fragmentados, sinalizando a necessidade de endereçamento destes tópicos (WHO, 2018).

## **Conclusão**

Observa-se que embora a tecnologia avance em um ritmo extremamente rápido, especialmente nos campos de inteligência artificial e internet das coisas, a aplicação da TA nas ILPI em geral, foi implementada como resposta emergencial ao distanciamento social imposto pela pandemia, contribuindo, ainda que pontualmente neste contexto tão diverso e desafiador, para o convívio social e garantindo a continuidade dos serviços de saúde e de cuidado.

No que se refere ao pós pandemia, há desafios a serem considerados, tais como: a necessidade de implantação gradual e sistemática de soluções de TA voltadas para pessoas idosas e que sejam viáveis para as ILPIs com investimentos/subsídios para aquisição/manutenção de infraestrutura (internet, dispositivos e aplicativos); estruturação de processos institucionais e de apoio, formação contínua e engajamento (residentes e profissionais); implementação/revisão das normas de acesso e de utilização dos recursos, e definição de questões éticas. Por fim, destaca-se a importância da sociedade e do governo considerarem esses desafios na formulação e revisão de políticas públicas, para todas as instâncias, públicas e privadas, e em todos os níveis, com base na recomendação da OMS para a implementação equitativa da TA em âmbito universal, dentro da cobertura de saúde, de acordo com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e centrada nos 5 P: Pessoas, Política, Produtos, Profissionais e Provisão (WHO, 2018). Recomenda-se que as investigações continuem para futuros avanços na área, visto que os resultados indicaram a necessidade de discussões contínuas sobre a aplicabilidade e os benefícios efetivos da TA.

## Referências

- ABBOTT, R. et al. How do “robopets” impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. **International Journal of Older People Nursing**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. e12239, 2019. DOI: 10.1111/opn.12239. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766882/>. Acesso em 10.01.2021.
- BANSKOTA, S.; HEALY, M.; GOLDBERG, E. M. 15 Smartphone Apps for Older Adults to Use While in Isolation During the COVID-19 Pandemic. **The Western Journal of Emergency Medicine**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 514–525, 2020. DOI: 10.5811/westjem.2020.4.47372. Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt75r2d6qb/qt75r2d6qb.pdf?t=qabkjz>. Acesso em 10.01.2021.
- BARNET, M. L., GRABOWSKI, D. C. Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. **JAMA Health Forum**. 1 (3): DOI: 10.1001/jamahealthforum.2020.0369. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2763666>. Acesso em 10.06.2021.
- BERTASSO, C. P. et al. Telemedicina nas instituições de longa permanência para idosos como social accountability no contexto da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. e023, 2021. DOI: 10.1590/1981-5271v45.1-20200312. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S-0100-55022021000100401&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-0100-55022021000100401&tlng=pt). Acesso em 10.01.2021.
- BLACKMAN, S. et al. Ambient assisted living technologies for aging well: a scoping review. **Journal of Intelligent Systems**, v. 25, n. 1, p. 55-69, 2016. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jisys-2014-0136/html>

- COMISSÃO EUROPÉIA. Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council Laying Down Harmonised Rules On Artificial Intelligence (Artificial Intelligence ACT) and Amending Certain Union Legislative Acts. 2021. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e0649735-a372-11eb-9585-01aa75ed71a1/language-en>. Acesso em 10.01.2022.
- COOK, A.M., POLGAR, J.M. **Assistive Technologies: Principles and Practice**. Elsevier Mosby, 2015.
- DE WITTE, L. et al. Assistive technology provision: towards an international framework for assuring availability and accessibility of affordable high-quality assistive technology. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 13, n. 5, p. 467-472, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29741965/> Acesso em 10.01.2022.
- EDELMAN, L. S et al. Mitigating the Effects of a Pandemic: Facilitating Improved Nursing Home Care Delivery Through Technology. **JMIR aging**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e20110, 2020. DOI: 10.2196/20110. Disponível em: <https://aging.jmir.org/2020/1/e20110/PDF>. Acesso em 10.01.2021.
- ELIKKOTTIL, J; MORTON, L. Use of Smart Glass Technology for Resident Education in Long Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic. **Journal of the American Medical Directors Association**, [S. l.], v. 22, p. B10, 2021. DOI: 10.1016/j.jamda.2021.01.019. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(21\)00020-7/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(21)00020-7/fulltext). Acesso em 10.01.2021.
- FEARN, M. et al. Befriending Older Adults in Nursing Homes: Volunteer Perceptions of Switching to Remote Befriending in the COVID-19 Era. **Clinical Gerontologist**, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 430-438, 2021. DOI: 10.1080/07317115.2020.1868646. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07317115.2020.1868646> Acesso em 10.01.2021.
- FEDER, S. et al. “Why Couldn’t I Go in To See Him?” Bereaved Families’ Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S. l.], v. 69, n. 3, p. 587-592, 2021. DOI: 10.1111/jgs.16993. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16993>. Acesso em 10.01.2021.
- HARRIS, D. A. et al. Rapid Telehealth-Centered Response to COVID-19 Outbreaks in Postacute and Long-Term Care Facilities. **Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 102-106, 2021. DOI: 10.1089/tmj.2020.0236. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/tmj.2020.0236> Acesso em 10.01.2021.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Universal Declaration of Human Rights. United Nations, 1948. Available from: Disponível em: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/eng.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf). Acesso em 10.01.2022
- YOSHIMI, T. et al. Utilization of transfer support equipment for meeting with family members in a nursing home during the COVID-19 pandemic: A case report. **Geriatrics & Gerontology International**, [S. l.], v. 21, 2021. DOI: 10.1111/ggi.14198. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.14198> Acesso em 10.01.2021
- KORD, Z.; et al. Telenursing home care and COVID-19: a qualitative study. **BMJ supportive & palliative care**, DOI:10.1136/bmjspcare-2021-003001 Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/early/2021/06/28/bmjspcare-2021-003001.abstract> Acesso em 10.01.2021
- LANGUIRAND, M. A.; BORNSTEIN, R.F. **How to Age in Place: Planning for a Happy, Independent, and Financially Secure Retirement**. United States Ten Speed Press, 2013.

- LYNG, H. B. et al. Healthcare leaders' use of innovative solutions to ensure resilience in healthcare during the Covid-19 pandemic: a qualitative study in Norwegian nursing homes and home care services. **BMC health services research**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 878, 2021. DOI: 10.1186/s12913-021-06923-1. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06923-1> Acesso em 10.01.2021.
- MACLACHLAN, M.; SCHERER, M. J. Systems thinking for assistive technology: a commentary on the GREAT summit. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 13, n. 5, p. 492-496, 2018.
- OBAYASHI, K. et al. The COVID-19 pandemic and organizational resilience as unanticipated outcome of introducing socially assistive robots in nursing homes. **Geriatrics & Gerontology International**, [S. l.], v. 21, n. 8, p. 752-754, 2021. DOI: 10.1111/ggi.14222. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8444762/> Acesso em 10.01.2022.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Assistive Technology. World Health Organization Publication, 2018. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>. Acesso em 10.01.2022.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2020. 220 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900> Acesso em 10.01.2022.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Convention on the Rights of People with Disabilities. United Nations, New York, 2006. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Convention+on+the+Rights+of+People+with+Disabilities+United+Nations%2C+New+York%2C+2006>.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. 2020. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sdgs-framework-for-covid-19-recovery/> Acesso em 10.01.2022
- ONU. Organização das Nações Unidas. Universal Declaration of Human Rights. United Nations, 1948. Available from: Disponível em:
- PETERMANS, J. Gerontechnology: Don't miss the train, but which is the right carriage. **European Geriatric Medicine**, v. 8, p.281-283, 2017. Disponível em <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/219436/1/Gerontechnology.pdf> Acesso em 10 jan. 2022.
- SACCO, G. et al. Communication technology preferences of hospitalized and institutionalized frail older adults during COVID-19 confinement: Cross-sectional survey study. **JMIR mHealth and uHealth**, [S. l.], v. 8, n. 9, 2020. DOI: 10.2196/21845. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2020/9/e21845/> Acesso em 10.01.2021.
- SANFORD, A. M. et al. An international definition for "nursing home". **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 3, p. 181-184, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586101400838X> Acesso em 10.01.2022.
- SCHERER, M. J. Technology adoption, acceptance, satisfaction and benefit: integrating various assistive technology outcomes. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 12, n. 1, p. 1-2, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17483107.2016.1253939>. Acesso em 10.01.2022.

SIMONETTI, A. et al. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly with Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 11, p. 579842, 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.579842. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.579842/full> Acesso em 10.01.2022.

SRIRAM, V.; JENKINSON, C.; PETERS, M. Informal carers' experience of assistive technology use in dementia care at home: a systematic review. **BMC geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1-25, 2019. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-019-1169-0>.

SURYADEVARA, N.; MUKHOPADHYAY, S. Chandra (Ed.). **Assistive Technology for the Elderly**. Academic Press, 2020.

WANGMO, Tenzin et al. Ethical concerns with the use of intelligent assistive technology: findings from a qualitative study with professional stakeholders. **BMC medical ethics**, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://bmcmmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0437-z> Acesso em 10.01.2022.

YOSHIMI, T. et al. Utilization of transfer support equipment for meeting with family members in a nursing home during the COVID-19 pandemic: A case report. **Geriatrics & Gerontology International**, [S. l.], v. 21, 2021. DOI: 10.1111/ggi.14198. Disponível em:

ZAMIR, S. et al. Intergroup "Skype" Quiz Sessions in Care Homes to Reduce Loneliness and Social Isolation in Older People. **Geriatrics**, [S. l.], v. 5, n.4, p.90 2020. DOI: 10.3390/geriatrics5040090. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2308-3417/5/4/90> Acesso em 10.01.2021.

# CUIDADORES DE PESSOAS IDAS COM ALZHEIMER: CONHECIMENTOS SOBRE A DOENÇA, SENTIMENTOS VIVENCIADOS E MOTIVOS PARA CUIDAR

Deusivania Vieira da Silva Falcão, Mayara Cartoni Braz, Camila Rodrigues Garcia, Glenda Dias dos Santos, Mônica Sanches Yassuda, Meire Cachioni, Paula Villela Nunes e Orestes Vicente Forlenza

O aumento do envelhecimento populacional é uma das principais características demográficas mundial, exigindo estratégias e alternativas para atender as demandas psicossociais, familiares, culturais e econômicas da população idosa (CIPOLLI; FALCÃO, 2017). Nesse contexto, observa-se o crescimento na incidência de demências, sendo a mais comum delas a Doença de Alzheimer (DA), uma doença progressiva e degenerativa do cérebro que acomete várias áreas cognitivas. Observa-se, por exemplo, a perda da memória, o surgimento de dificuldades para o raciocínio e julgamento de situações, além de dificuldades para orientação no tempo e no espaço, comprometendo as atividades da vida diária, resultando em um declínio da capacidade funcional e alterações comportamentais (KANG et al., 2014; KNOPMAN et al., 2021). À medida que a doença progride, o sujeito vai perdendo a autonomia, exigindo cuidados, os quais são realizados quase sempre no próprio domicílio ou na residência de parentes (GARCIA et al., 2017).

A literatura científica sobre a figura dos cuidadores é extensa. Porém, há escassas informações sobre as vivências dos cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer no contexto familiar, e pouco se conhece como eles se sentem e como lidam com a situação, havendo uma predominância em investigar os efeitos negativos do exercício desse papel (DADALTO; CAVALCANTE, 2021). Há consenso de que o papel de cuidar recai especialmente sobre a mulher, pre-

ferencialmente, a esposa, seguida da filha, nora ou neta (FALCÃO, 2006). Outrossim, a experiência clínica vem mostrando que diversas são as dificuldades enfrentadas por estes cuidadores como, por exemplo, a aceitação do diagnóstico, lidar com o estresse cada vez maior e com um menor tempo ocioso, administrar os conflitos dentro da família e ainda planejar o futuro (FALCÃO, TEODORO; BUCHER-MALUSCHKE, 2016; SÖRENSEN; CONWELL, 2011).

Na última década desenvolveram-se várias linhas de intervenção com cuidadores informais e formais, tendo por objetivo melhorar o conhecimento e a compreensão acerca da DA, além de incrementar a adequabilidade e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com demência, facilitando a adaptação da família à doença e retardando a institucionalização (FIGUEIREDO, GUERRA, MARQUES; SOUSA, 2012). As intervenções psicoeducativas e de atenção psicogerontológica favorecem conhecimentos e informações acerca do processo demencial, visando o desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamento para as situações vivenciadas. Elas têm se mostrado eficazes na redução de sofrimento psíquico e melhoria da saúde e do bem-estar (FALCÃO et al., 2018; LOPES; CACHIONI, 2013).

Partindo dessas considerações, os objetivos deste estudo foram: investigar na perspectiva de cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer que participariam de um Programa de Intervenção Psicogerontológica, Sociofamiliar e Educativa: a) conhecimentos sobre a doença de Alzheimer; b) os principais motivos que os levaram a cuidar de uma pessoa idosa com essa enfermidade; c) a existência do medo de desenvolver a doença; d) os principais motivos para ter esse medo; e) sentimentos desenvolvidos ao executar a tarefa de cuidar.

## Método

**Desenho:** trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa.

**Local do estudo:** a pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD) Geriátrico do Instituto de Psiquiatria (IPq), situado no Hospital

das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP.

**Participantes:** o estudo foi realizado com 44 cuidadores, sendo 32 (73%) familiares e 12 (27%) formais. Todos os participantes haviam sido selecionados para participarem do Programa de Atenção Psicogerontológica, Sociofamiliar e Educativa (Falcão, 2012), integrante do Projeto de “Estimulação Cognitiva e Funcional para Idosos” do CRHD.

A amostra foi não-probabilística e por método de conveniência, sendo convidados quem atendessem aos critérios de inclusão, a saber: a) aceitar e participar de 15 sessões semanais grupais e 3 sessões individuais propostas pelo referido Programa; b) ser familiar cuidador de uma pessoa idosa com DA que estivesse sendo atendido no CRHD Geriátrico do IPq-HC-FMUSP; c) não apresentar grave sintomatologia psíquica. Já em relação o(a) idoso(a) com DA, este deveria: a) ser atendido pelo CRHD Geriátrico do IPq-HC-FMUSP; b) ter o diagnóstico de provável/possível doença de Alzheimer; c) estar no estágio leve ou moderado da DA.

**Instrumento e Procedimentos:** foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas (algumas com múltiplas respostas), elaborado a partir da revisão de literatura e pesquisas anteriores. Inicialmente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de ética para análise de projetos de pesquisa (CAPPesq) da diretoria clínica do HC-FMUSP (protocolo no. 0739/07). Após a seleção dos participantes e assinatura destes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciava-se a aplicação. O questionário foi respondido individualmente pelos cuidadores antes dele terem se submetido às intervenções do Programa de Atenção Psicogerontológica, Sociofamiliar e Educati-

va. O tempo médio de aplicação foi de aproximadamente 30 minutos.

**Análise dos Dados:** para a análise dos dados quantitativos, foram utilizados os programas computacionais *Excel* da *Microsoft* e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. As perguntas qualitativas foram analisadas por meio da técnica de Bardin (2000) e se constituiu em três períodos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, obedecendo às regras de: (a) exaustividade – esgotando-se a totalidade da comunicação, não omitindo nenhuma informação; (b) representatividade – representou-se o universo da amostra; (c) homogeneidade – os dados referiram-se ao mesmo tema, sendo que foram obtidos por técnicas iguais e aplicadas por indivíduos semelhantes; (d) pertinência – as entrevistas foram adaptadas aos objetivos da pesquisa; e (e) exclusividade – um elemento não foi classificado em mais de uma categoria. A análise da informação codificada favoreceu a verificação das ocorrências

de cada categoria, a identificação de subcategorias, e a extração dos trechos das entrevistas correspondentes a elas (ver Quadro 1 no apêndice).

## Resultados

O perfil sociodemográfico dos cuidadores indicou que dos 44 participantes, a maioria (84,1%) era do sexo feminino e estava na faixa etária dos 51 aos 70 anos (61,4%;  $M= 67$  anos). Quanto ao estado civil, 45,5% ( $N=20$ ) eram casados, seguidos de solteiros ( $N=14$ ; 31,8%), divorciados ( $N= 4$ ; 9,1%), viúvos ( $N=3$ ; 6,8%) ou viviam uma união estável ( $n=2$ ; 4,5%). A escolaridade variou do primário à pós-graduação, tendo consideráveis concentrações na faixa de *até 8 anos de estudos* (40,9%) e *acima de 12 anos de estudos* com 31,8% da amostra. A maioria professava uma religião (93,2%) e 52,3% relataram não residir com a pessoa idosa.

No quadro 1, apresentam-se as categorias, subcategorias, assim como, a extração dos trechos das entrevistas correspondentes a elas.

**Quadro 1.** Categorias e subcategorias das análises qualitativas

Categorias, Códigos e Definições	Subcategorias, Códigos, Exemplos de trechos extraídos das entrevistas
<p><i>Categoria 1:</i> Principais motivos para ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer (Código: PMMDA).</p> <p><i>Definição:</i> Nesta categoria estão presentes os conteúdos das falas dos sujeitos em relação aos principais motivos de ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer.</p>	<p><b>1</b> • Motivos relacionados às vivências atuais (MRVA):</p> <p><b>a</b> • Por ter uma percepção negativa da DA e vivências negativas no relacionamento com quem tem essa enfermidade (PNDA). Ex: “É uma doença muito triste. Porque tive várias pessoas com doença de Alzheimer e foi triste, preocupante e trabalhoso. Pelo sofrimento que meu marido passa”.</p> <p><b>b</b> • Por avaliar que já está perdendo a memória (PEPM). Ex: “Porque em vários momentos tenho esquecimentos e lapsos de memória”.</p> <p><b>c</b> • Por ter medo dos fatores de hereditariedade. (PMFH). Ex: “Por questão da hereditariedade. Tenho várias pessoas da família com esse problema”.</p> <p><b>d</b> • Por ser uma pessoa idosa ou ser mulher (PPIM). Ex: “Por motivo de ser idoso... Porque a incidência maior é em mulheres”.</p>

[cont.]

<p><i>Categoria 1:</i> Principais motivos para ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer (Código: PMMDA).</p> <p><i>Definição:</i> Nesta categoria estão presentes os conteúdos das falas dos sujeitos em relação aos principais motivos de ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer.</p>	<p><b>2 •</b> Motivos relacionados às vivências futuras (MRVF):</p> <p><b>a •</b> Por ter medo das consequências psíquicas da doença (PPD). Ex: “Por acabar a capacidade de raciocínio e apagar tudo da memória. Não queria ficar esquecida, acho que preferia morrer lúcida”.</p> <p><b>b •</b> Devido ao aumento da longevidade humana acredita que terá mais chances de desenvolver a DA (DLH). Ex: “Passamos mais tempo na fase da velhice hoje em dia. Tenho medo de ter a doença quando ficar velhinha”.</p>
<p><i>Categoria 2:</i> Sentimentos vivenciados pelos cuidadores ao executar a tarefa de cuidar das pessoas idosas com doença de Alzheimer (Código: SVCETCIDA).</p> <p><i>Definição:</i> Nesta categoria estão presentes os conteúdos relativos aos sentimentos vivenciados pelos cuidadores diante da tarefa de cuidar da pessoa idosa com a doença de Alzheimer</p>	<p><b>a •</b> Sentimentos Favoráveis (SF). Ex: “Ela no passado cuidou muito de mim e agora me sinto feliz por cuidar dela até o fim.”</p> <p><b>b •</b> Sentimentos Desfavoráveis (SD). Ex: “Sinto-me mal e com dificuldade em lidar com uma pessoa que vai perdendo a memória, independência, ausência da vida pessoal e que esquecerá de mim”.</p> <p><b>c •</b> Sentimentos Neutros (SN). Nenhuma resposta esteve relacionada à esse item.</p>

Em relação aos conhecimentos do cuidador sobre a doença de Alzheimer os cuidadores poderiam assinalar várias respostas da questão. Destacaram-se as que se seguem: a) *Doença que provoca a perda memória* (N=40; 90,9%); b) *Doença crônica e degenerativa do cérebro* (N=36; 81,8%); c) *Doença que não possui cura* (N=33; 75%); d) *Doença que é desencadeada devido a acontecimentos na vida da pessoa idosa com Alzheimer ou da família (ex.: morte, acidente, etc.)* (N=32; 72,7%). Para uma melhor compreensão apresenta-se a Tabela 1.

**Tabela 1.** Conhecimentos dos cuidadores sobre a doença de Alzheimer

	N	%
Doença que provoca a perda da memória	40	90,9
Doença crônica e degenerativa do cérebro	36	81,8
Doença que não possui cura	33	75,0
Doença que é desencadeada devido a acontecimentos na vida da pessoa idosa com Alzheimer ou da família (ex.: morte, acidente, etc.)	32	72,7
Doença que é desencadeada devido a características de personalidade	17	38,6
Doença que deixa a pessoa desorientada	12	27,3
Doença que é desencadeada devido a fatores de hereditariedade	07	15,9
Doença que é desencadeada devido a problemas espirituais	06	13,6

Quanto aos principais motivos que levaram o cuidador a exercer a tarefa de cuidar da pessoa idosa com demência (ver tabela 2), citam-se as que foram mais indicadas: a) *cuida por amor à pessoa enferma* (N= 38; 86,4%); b) é um dever moral, responsabilidade social e familiar (N=24; 54,55%); c) *cuida por gratidão à pessoa enferma* (N= 21; 47,7%).

**Tabela 2.** Principais motivos que levaram o cuidador a exercer a tarefa de cuidar da pessoa idosa com a doença de Alzheimer

	n	%
Cuida por amor à pessoa enferma	38	86,4
É um dever moral, responsabilidade social e familiar	24	54,5
Cuida por gratidão à pessoa enferma	21	47,7
Sentimento de obrigação filial ou marital	16	36,4
Cuidar é uma missão divina	15	34,1
Sempre cuidou das pessoas doentes da família	14	31,8
Cuida porque precisa trabalhar e ser apoiado financeiramente	8	18,2
Cuida por falta de opção, ou seja, não há outra alternativa	7	15,9
Por ser mulher e dever cuidar dos membros da família	5	11,4
Cuida porque é filho(a) solteiro(a) e os outros irmãos serem casados	4	9,1
Cuida pela aprovação social dos familiares e da sociedade	4	9,1
Cuida porque possui as melhores condições financeiras na família	3	6,8
Cuida porque nunca saiu de casa	2	4,5
Oportunidade de rever os erros do passado e conflitos com o enfermo	2	4,5
Cuida por temor da censura de amigos e familiares	-	-

No que se refere ao medo de desenvolver a doença de Alzheimer, constatou-se que a maioria (N=29; 65,9%) dos cuidadores declarou possuir medo de desenvolver a doença de Alzheimer. Apenas, 34,1% (n=15) assinalaram que não sentiam esse medo. Os principais motivos indicados foram analisados por uma questão aberta, constatando-se os seguintes: por ter uma percepção negativa da DA e vivências negativas no relacionamento com quem tem essa enfermidade (48,9% das unidades de análise); por ter medo das consequências psíquicas da doença (21,3% das unidades de análise) e; por avaliar que já está perdendo a memória (10,6% das unidades de análise) (ver tabela 3).

**Tabela 3.** Análise de conteúdo referente aos principais motivos para ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer

Principais motivos para ter medo de desenvolver a doença de Alzheimer	Frequência das unidades de análise	
	Absoluta	Percentual
1. Motivos relacionados às vivências atuais:		
a) Por ter uma percepção negativa da DA e vivências negativas no relacionamento com quem tem essa enfermidade	23	48,9
b) Por avaliar que já está perdendo a memória	05	10,6
c) Por ter medo dos fatores de hereditariedade	04	8,5
d) Por ser uma pessoa idosa ou ser mulher	02	4,3
2. Motivos relacionados às vivências futuras:		
a) Por ter medo das consequências psíquicas da doença	10	21,3
b) Devido ao aumento da longevidade humana acredita que terá mais chances de desenvolver a DA	03	6,4
Total	47	100

Quanto aos sentimentos desenvolvidos frente à tarefa de cuidar, constatou-se a predominância de verbalizações que indicavam sentimentos favoráveis, com 63,5% das unidades de análise, como apresentado na tabela 4.

**Tabela 4.** Análise de conteúdo referente aos sentimentos vivenciados pelos cuidadores ao executar a tarefa de cuidar das pessoas idosas com doença de Alzheimer

Sentimentos dos cuidadores ao executar a tarefa de cuidar das pessoas idosas com doença de Alzheimer	Frequência das unidades de análise	
	Absoluta	Percentual
Sentimentos Favoráveis	40	63,5
Sentimentos Desfavoráveis	23	36,5
Sentimentos Neutros	-	-
Total	63	100

## Discussão

Nesta pesquisa verificou-se que a mulher era a principal cuidadora (84,1%) dos idosos com DA, confirmando dados da literatura nacional e internacional (DADALTO e CAVALCANTE, 2021; IAVARONE, ZIELLO, PASTORE, FASNARO e PODERICO, 2014). Esse resultado está relacionado ao papel histórico, sociofamiliar e cultural da mulher que desde cedo é incentivada a total responsabilidade de cuidar dos filhos e da família, enquanto o homem é responsável por prover os recursos financeiros do lar (NASCIMENTO et al., 2021). Entrementes, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, há um maior número de homens exercendo

este cuidado (MOREIRA et al., 2018), fato também observado no presente estudo ( $N= 07$ ; 15,9% dos cuidadores eram do sexo masculino).

Esses cuidadores estavam predominantemente na faixa etária de 51-70 anos (61,4%), indicando que, cada vez mais, pessoas idosas estão cuidando de pessoas idosas, corroborando estudos realizados por outros pesquisadores (ARAKAKI, TSUBAKI, CARAMELLI, NITRINI e NOVELLI, 2012; JESUS, ORLANDI e ZAZZETTA, 2018). Observou-se que mais de 90% da amostra professou uma religião, fato que pode ser benéfico para o cuidador, visto que as crenças, a fé e a espiritualidade colaboram positivamente para o enfrentamento da sobrecarga de cuidado, do estresse e da depressão (GAIOLI, FUREGATO e SANTOS, 2012). Para alguns estudiosos (VISENTIN e LENARDT, 2010; YOON et al., 2018), a religiosidade atua como um mediador na percepção de ônus e benefício do papel de cuidar, uma vez que a fé e os preceitos religiosos favorecem a capacidade de superar os sentimentos negativos. Em momentos de dor, sofrimento e doenças, a tendência é que os indivíduos busquem o sagrado (transcendente), principalmente no que se refere à vivência de doenças incuráveis, momento que se intensifica a fé e a esperança dos indivíduos.

Outrossim, no estudo de Seima, Lenardt e Caldas (2014), os cuidadores analisados relataram ter religião e fé para poderem assistir a cura da DA, destacando-se a esperança na relação cuidador-paciente e a busca de novas maneiras para viverem juntos, considerando a rotina desgastante da moradia conjunta com a pessoa idosa. Nesse cenário, 47,7% dos cuidadores da presente pesquisa residiam com os enfermos.

Pesquisadores (FALCÃO, 2006; GARCES et al., 2012; SCHUMANN, ALEXOPOULOS e PERNECZKY, 2019) destacaram que essa realidade pode aumentar o estresse, a depressão e a sobrecarga de cuidado, principalmente se o cuidado for realizado sem ajuda de outras pessoas.

Os conhecimentos sobre a demência são fundamentais para a definição de estratégias de detecção e intervenção adequadas, sendo também necessários para compreender a evolução da doença e saber distingui-la dos processos normais e patológicos inerentes ao envelhecimento. Neste estudo, as alternativas mais assinaladas pelos cuidadores indicaram que a maior parte da amostra possuía algum conhecimento prévio sobre essa enfermidade. Para Gaioli, Furegato e Santos (2012), o fato de possuírem conhecimentos básicos sobre a doença pode influenciar a aceitação da condição de ser cuidador.

Observou-se ainda que, 13,6% da amostra assinalou a alternativa incorreta existente: *doença que é desencadeada devido a problemas espirituais*, elemento que pode estar relacionado com o próprio sistema de crenças, o baixo nível de escolaridade e pela limitação ao acesso às informações sobre a patologia. Apesar da alta prevalência da DA, poucos estudos avaliaram o conhecimento da população brasileira sobre esta enfermidade. A maioria das pessoas possui acesso somente ao que é difundido pela mídia e pelo senso comum. Há falta de informação das pessoas em relação a esse assunto, mesmo entre familiares e cuidadores de pessoas com demência. Essa falta de orientação pode interferir na maneira como se planeja e se executa o cuidado (AMADO e BRUCKI, 2018; LENARDT, SILVA, WILLIG e SEIMA, 2010).

Os principais motivos que levaram os cuidadores a cuidarem de uma pessoa idosa com DA, foram os elementos afetivos, tais como, amor e gratidão, corroborando o estudo canadense, realizado por Quinn, Clare e Woods (2010), o qual constatou que 80% da amostra identificou a afetividade um fator chave motivador para o exercício do papel de cuidar. Pesquisadores (GREENWOOD e SMITH, 2019; ZAHED et al., 2019), destacaram que os fatores motivacionais para se desenvolver o cuidado são influenciados por diversas variáveis, tais como: dinâmica familiar; relações intergeracionais; questões econômicas e culturais; representações sociais sobre a velhice; proximidade física e afetivas. Outrossim, na pesquisa realizada por Flauzino e Todaro (2012) com alunos de cursos para cuidadores de pessoas idosas, a importância das experiências, das expectativas familiares e a reflexão sobre seu papel social na esfera familiar e comunitária foram essenciais para o exercício da profissão.

No que se refere ao medo de desenvolver a doença de Alzheimer, 65,9% dos cuidadores confirmaram os resultados detectados em outra pesquisa (FALCÃO e BUCHER-MALUSCHKE, 2009). Alguns dos principais motivos para ter esse medo corroboraram os achados de outros estudos (FALCÃO, 2006; BACKES et al., 2009). A percepção negativa da DA e as vivências negativas no relacionamento com quem tem essa enfermidade está ligada a vários fatores, dentre eles, o fato de que a perda da memória e as mudanças que as pessoas idosas vivenciam em decorrência do processo demencial, assemelham-se a uma morte em vida. É como se antes da morte física, já ocorresse a morte das características de identidade

do enfermo e de sua função na família (COELHO e DINIZ, 2005). Ocorre que a pessoa com DA progressivamente assume um outro modo de ser, embora os traços físicos permaneçam. A perda da memória torna difícil a aproximação das pessoas em suas relações afetivas e sociofamiliares.

Destaca-se que a maioria dos cuidadores era familiar das pessoas idosas com demência e além destes, 13,5% (N=6) dos cuidadores sinalizou que havia outros membros da família com a mesma enfermidade. Esse resultado reflete o sofrimento dos cuidadores diante da ideia de possivelmente vivenciar a mesma doença do parente, especialmente devido aos fatores hereditários. Essa possibilidade levava alguns a buscar ajuda de profissionais, efetuar exames que rastreassem a enfermidade e, sobretudo, a prevenir-se.

Os profissionais que trabalham na área devem considerar que os sentimentos favoráveis e desfavoráveis diante do exercício de cuidar também são parâmetros, na avaliação da dinâmica dos cuidados, abarcando seus aspectos multidimensionais. A relação de ajuda entre a pessoa idosa com DA e o cuidador é complexa e passa por alterações ao longo do tempo. Observou-se que as pessoas que desenvolviam o cuidado por obrigação eram mais acometidas por sentimentos negativos do que aquelas que o faziam com prazer. Ao mesmo tempo em que, os cuidadores sinalizavam que os papéis exercidos afetavam o seu bem-estar físico e psicológico, também lhe traziam benefícios, tais como, uma oportunidade de auto-avaliação e crescimento.

## Considerações Finais

Neste estudo, os cuidadores eram predominantemente mulheres idosas que cuidavam de outras pessoas idosas, sinalizando o impacto do envelhecimento populacional, discutido na literatura nacional e internacional. Frente a esta realidade destaca-se a importância de se desenvolver programas de apoio, a ampliação dos existentes, e a criação e implementação de políticas públicas para o acompanhamento e capacitação voltados para essa população, visto que à medida que a enfermidade evolui, as demandas aumentam.

O estudo foi feito com base em uma amostra pequena obtida por conveniência e, portanto, os resultados não devem ser generalizados. Para estudos posteriores, sugere-se a investigação do perfil dos homens que exercem a tarefa de cuidar, a fim de contribuir com a literatura nacional e internacional. Sugere-se o acompanhamento longitudinal de grupos de intervenção psicoeducativas, com avaliações periódicas, a fim de verificar o impacto do papel de cuidar na vida pessoal, social e na saúde destes cuidadores.

## Referências

- AMADO, D. K.; BRUCKI, S. M. D. Knowledge about Alzheimer's disease in the Brazilian population. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v.76, n.11 p.775-782, 2018.
- ARAKAKI, B. K.; TSUBAKI, J. N. S.; CARMELLI, P.; NITRINI, R.; NOVELLI, M. M. P. C. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.23 n.2, p.113-121, 2012
- BACKES, A.J.; ROSANELLI, C.L.S.P.; HILDEBRANT, L.M.; STUMM, E.M.F.; LORO, M.M; PIOVESAN, S.M.S. Vivências de cuidadores familiares de pessoas portadoras da doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento**, Passo Fundo, v.6, n.2, p.264-275, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Lisboa, 2000.
- CIPOLLI, G. C.; FALCÃO, D. V. Relações sociais, cognição na doença de Alzheimer: revisão sistemática. **Psico**, Rio Grande do Sul, v.48, n.4, p.329-338, 2017.
- COELHO, V.L.D.; DINIZ, G.R.S. Da solidão à solidariedade: grupos de familiares de idosos com demência. In T. FÉRES-CARNEIRO (Org.), **Família e casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: PUC, 2005. p.177-199.
- DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.147-157, 2021
- FALCÃO, D. V. S.; TEODORO, M. L. M.; BUCHER-MALUSCHKE; J. S. N. F. Family cohesion: A study on caregiving

- daughters of parents with Alzheimer's disease. **Interpersona: an International Journal on Personal Relationships**, v.10, n.1, p.61-74, 2016.
- FALCÃO, D.; BRAZ, M.; GARCIA, C.; SANTOS, G. D.; YASSUDA, M.; CACHIONI, M.; FORLENZA, O. Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.19, n.2, p.377-389, 2018.
- FALCÃO, D.V.S. **Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares**. Tese de doutorado - Universidade de Brasília, Brasília, 2006
- FALCÃO, D.V.S.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Cuidar de Familiares Idosos com a Doença De Alzheimer: Uma Reflexão Sobre Aspectos Psicossociais. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.4, p.777-786, 2009.
- FIGUEIREDO, D.; GUERRA, S.; MARQUES, A.; SOUSA, L. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.1, p.31-55, 2012.
- FLAUZINO, K.L.; TODARO, M.A. Motivos para frequentar um curso de cuidadores de idosos: um estudo comparativo. **Revista Kairós Gerontologia**, v.15, n.3, p.141-157, 2012.
- GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.150-7, 2012.
- GARCES, S.B.B; KRUG, M. R.; HANSEN, D.; BRUNELLI, A.V; COSTA, F.T.L.; ROSA, C.B.; BIANCHI, P.D.; MATTOS, C.M.Z; SEIBEL, R.. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.2, p.335-352, 2012.
- GARCIA, C. R.; CIPOLLI, G. C.; DOS SANTOS, J. P.; FREITAS, L. P.; BRAZ, M. C.; DA SILVA FALCÃO, D. V. Cuidadores familiares de idosos com a doença de Alzheimer. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.20, n.1, p.409-426, 2017.
- GREENWOOD, N.; SMITH, R. Motivations for being informal carers of people living with dementia: a systematic review of qualitative literature. **BMC geriatrics**, v.19, n.1, p.1-18, 2019.
- IAVARONE, A.; ZIELLO, A.R.; PASTORE, F.; FASANARO, A.M.; PODERICO, C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, n.10, p.1407-1413, 2014
- JESUS, I. T. M. D.; ORLANDI, A. A. D. S.; ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, p.194-204, 2018
- KANG, H.S; MYUNG, W.; NA, D. L.; KIM, S. Y.; LEE, J.H.; HAN, S.H.; CHOI, S. H.; KIM, S.Y.; KIM, S.; KIM, D.K. Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease. **Psychiatry Investigation**, v.11, n.2, p.152-159, 2014
- KNOPMAN, D. S.; AMIEVA, H.; PETERSEN, R. C.; CHÉTELAT, G.; HOLTZMAN, D. M.; HYMAN, B. T.; JONES, D. T. Alzheimer disease. **Nature Reviews Disease Primers**, v.7, n.1, p.1-21, 2021.
- LENARDT, M.H.; SILVA, C.S.; WILLIG, M.H.; SEIMA, M.D. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.14, n.3, p.301-307, 2010.
- Lopes, L. D. O.; Cachioni, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, p. 443-460, 2013.

- MOREIRA, M. L.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S.; CARVALHO, J.; FALCÃO, D. V. S. Cuidadores informais de familiares com Alzheimer: vivências e significados em homens. **Contextos Clínicos**, v.11, n.3, p.373-385, 2018.
- NASCIMENTO, C. R. R.; BIASUTTI, C. M.; DE ARAÚJO, I. C. C.; TRINDADE, Z. A. Os papéis da mulher e do homem nas famílias pela óptica masculina: um estudo de duas gerações. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.16, n.4, p.1-18, 2021.
- QUINN, C.; CLARE, L.; WOODS, R.T. The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. **International Psychogeriatrics**, v.22, p.43-55, 2010.
- SCHUMANN, C.; ALEXOPOULOS, P.; PERNECZKY, R. Determinants of self-and carer-rated quality of life and caregiver burden in Alzheimer disease. **International journal of geriatric psychiatry**, v.34, n.10, p.1378-1385, 2019.
- SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.233-40, 2014.
- SÖRENSEN, S.; CONWELL, Y. Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. **The American Journal of Geriatric and Psychiatry**, v.19, n.6, p.491-6, 2011.
- VISENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idoso com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.4, p.445-584, 2010.
- YOON, K. H.; MOON, Y. S.; LEE, Y.; CHOI, S. H.; MOON, S. Y.; SEO, S. W.; CARE (CAREGIVERS OF ALZHEIMER'S DISEASE RESEARCH) INVESTIGATORS. The moderating effect of religiosity on caregiving burden and depressive symptoms in caregivers of patients with dementia. **Aging & mental health**, v.22, n.1, p.141-147, 2018.
- ZAHED, S.; EMAMI, M.; BAZARGAN-HEJAZI, S.; ESLAMI, A. A.; BAREKATAIN, M.; ZAMANI-ALAVIJEH, F. What motivates informal caregivers of people with dementia (PWD): a qualitative study. **BMC palliative care**, v.18, n.1, p.1-7, 2019.

# DO VELHO PARA O NOVO: O PROCESSO DE *STUDENTIFICATION* DE UM BAIRRO PAULISTA NA PERSPECTIVA DE PESSOAS IDOSAS

Mariana Alves da Silva do Nascimento,  
Deusivania Vieira da Silva Falcão e Maria Luisa Trindade Bestetti

---

No Brasil e no mundo, sobretudo no Sul Global, as cidades têm crescido e se desenvolvido em um acelerado processo de urbanização e crescimento urbano (BUFFEL et al., 2021; GEHL, 2013). Essa expansão dá margem a diversas transformações no espaço urbano, como a criação de novos bairros, reurbanização de outros, gentrificação, especulação imobiliária, entre outros. Com isso “a tradicional função do espaço da cidade como local de encontro e fórum social para os moradores foi reduzida, ameaçada ou progressivamente descartada” (GEHL, 2013, p. 3).

Mudanças no espaço urbano afetam o ambiente social e físico de quem o habita, causando diferentes percepções em diferentes pessoas, refletindo em padrões de comportamento que traduzem os estímulos recebidos do ambiente (BESTETTI, 2014), impactando nos laços sociais e emocionais estabelecidos com o lugar (LAGER, VAN HOVEN e HUIGEN, 2013). Considerando que a maior parte da população idosa brasileira vive em cidades (IBGE, 2014), estas pessoas tendem a vivenciar com maior proximidade as transformações do ambiente, especialmente quando elas ocorrem na escala local, ou seja, em nível de bairro, já que boa parte das atividades de pessoas idosas ocorre no local onde vivem, em suas residências e arredores (TOMASZEWSKI, 2013).

Quando transformações ocorrem de forma rápida e intensa no ambiente urbano, podem levar o indivíduo a diminuir seu senso de familiaridade com o lugar, fazer surgir a sensação de insegurança, desorientação espacial, perda da independência, diminuição da participação, e até exclusão social (PHILLIPS et al., 2013), afetando o senso de pertencimento e as relações sociais da pessoa (LAGER, VAN HOVEN e HUIGEN, 2013), além dos impactos na saúde física e mental.

As relações sociais são importantes, especialmente na velhice, pois influenciam na saúde, bem-estar e qualidade de vida do indivíduo, aumentando a expectativa de vida, reduzindo situações de estresse, diminuindo ou retardando o aparecimento de doenças, melhoran-

do a capacidade cognitiva, entre outros benefícios que promovem a satisfação com a vida e a felicidade (CHARLES e CARSTENSEN, 2010). A vizinhança tem, então, papel fundamental para a manutenção das relações sociais das pessoas idosas, já que a vida nas cidades oferece muitos benefícios, tais como, o acesso a serviços de saúde e cultura, apoio para as necessidades cotidianas, e opções de lazer e trocas sociais (RÉMILLARD-BOILLARD, BUFFEL e PHILIPSON, 2020).

Boa parte das oportunidades de encontro e relacionamento das pessoas idosas ocorre no bairro de residência (TOMASZEWSKI, 2013), pois há uma preferência em envelhecer em suas próprias casas e comunidades, um fenômeno chamado de “*age in place*” (AIP) (WILES *et al.*, 2012; BENEFIELD e HOLTZCLAW, 2014; IECOVICH, 2014; CAMPBELL, 2015; POWELL, 2016; JIANG, LOU e LU, 2018; SMITH, LEHNING e KIM, 2018).

*Age in place* refere-se à opção do indivíduo de viver em sua casa e/ou comunidade de forma segura, independente e confortável, recebendo serviços e assistência apropriados, suprimindo suas necessidades, promovendo sua autonomia, independentemente de sua idade ou capacidade pelo maior tempo possível (VANLEERBERGHE *et al.*, 2017; JIANG, LOU e LU, 2018). Wiles e colaboradores (2012) definiram *age in place* como um processo complexo que não diz respeito apenas à relação com a habitação propriamente dita, mas sim à contínua reintegração da pessoa idosa no lugar e a renegociação de significados e identidade frente às constantes e dinâmicas mudanças nos ambientes social, cultural, político, econômico e pessoal de cada um. Pessoas idosas preferem envelhecer no lugar pois desta forma preservam o senso de apego,

independência, autonomia, e segurança através da familiaridade com o lugar e do suporte social estabelecido (JIANG, LOU e LU, 2018).

Nesse contexto, a vizinhança, a moradia e os vizinhos tornam-se elementos chave no aspecto social da vida das pessoas idosas (BURNS, LAVOIE e ROSE, 2012). Vizinhos são importantes para o suporte e capital social, especialmente por seu valor funcional, já que a proximidade geográfica lhes permite prover assistência imediata (GREENFIELD, 2016). O capital social, ou o conjunto recursos de apoio embutidos em sistemas sociais, pode se expressar, por exemplo, através da confiança, reciprocidade, participação social, organizações e atividades sociais disponíveis (JIANG; LOU; LU, 2018). Já o suporte pode ser fornecido de várias maneiras, apesar de haver um predomínio do suporte instrumental associado aos vizinhos (e.g. troca de itens domésticos, dar caronas, fazer compras pelo outro, etc.).

Gehl (2013) relatou que três tipos de atividades incentivam as pessoas a saírem de casa e participarem ativamente da vida na cidade, a saber: atividades *necessárias*, ou seja, atividades obrigatórias como ir ao trabalho ou à escola, ir ao mercado, esperar por transporte público, que ocorrem sob qualquer condição. As atividades *opcionais* são aquelas consideradas recreativas, como passear pela cidade ou caminhar em um calçadão de compras. O terceiro tipo são as atividades *sociais*, que exigem a comunicação com outros e a presença de pessoas no ambiente, o que leva às trocas sociais, seja através da simples observação passiva ou de uma conversa. As atividades opcionais e sociais dependem de um ambiente propício para que ocorram.

Complementarmente, para Lawton (1989, *apud* BATISTONI, 2014)<sup>15</sup> o ambiente deve ter três funções básicas para promover qualidade de vida na velhice: *manutenção*, *estimulação* e *suporte*. A função de *manutenção* dá importância ao vínculo com o lugar, criado através da constância e previsibilidade do ambiente, permitindo que o indivíduo atribua significados e crie sentimentos de pertencimento e apego. A função de *estimulação* propõe que o ambiente aflore novos comportamentos, através de atividades de lazer, sociais e estímulos cognitivos, e da interação constante com o ambiente e com outras pessoas. Já a função de *suporte* colabora para compensar competências perdidas ou reduzidas, de forma que promovam segurança, orientação e funcionamento independente (BATISTONI, 2014).

Sendo assim, as transformações urbanas devem abrigar as diferentes atividades das pessoas idosas, de forma a preservar as maneiras já existentes e familiares de interagir no espaço físico e social do bairro, considerando não apenas as necessidades físicas e funcionais dos mais velhos, mas, também, as sociais (LAGER, VAN HOVEN e HUIGEN, 2013; YUNG, CONEJOS e CHAN, 2016).

### **Studentification: um processo de transformação urbana**

O que ocorre quando um processo de transformação urbana desencadeia uma drástica mudança no ambiente físico e social do bairro? Um dos processos ainda pouco estudado é o chamado *studentification*. Esse termo, cunhado na década de 2000, nomeia

o processo de formação de “guetos” estudantis, onde há a concentração de estudantes universitários em determinadas áreas ou bairros que abriguem grandes universidades (SMITH, 2005; POWELL, 2016).

O *studentification* ocasiona transformações físicas, culturais, sociais, e econômicas, já que traz consigo uma população flutuante de estudantes que muda a cada novo ciclo escolar. A atração de investidores acaba alterando a morfologia e o uso dos espaços nas vizinhanças adjacentes à universidade, substituindo as residências unifamiliares por pequenas unidades individuais para locação (SMITH, 2005), trazendo, também, aumento do comércio local cujo público-alvo são os estudantes (POWELL, 2016).

Estas mudanças afetam a capacidade do indivíduo envelhecer em comunidade, e em alguns casos podem causar a sensação de estar “preso” ao lugar (do inglês “*stuck in place*”, tradução livre das autoras), que ocorre quando a pessoa idosa continua a envelhecer em sua residência enquanto seu entorno se transforma por conta do processo de *studentification*. A medida que as características físicas e sociais da vizinhança mudam ao seu redor, eles envelhecem no lugar não porque querem necessariamente ficar em suas próprias casas, mas porque não tem condições para realocar-se, sobretudo financeiras, muitas vezes sentindo-se acuados em um território que antes lhe era familiar (LEHNING, SMITH e DUNKLE, 2015; POWELL, 2016).

Pessoas idosas e estudantes acabam vivendo em universos paralelos, que se cruzam quando há conflitos, mas não conversam entre si. Os conflitos geracionais causam tensão entre os grupos, gerando desconfiança e perda

15 • LAWTON, M. P. Environmental Proactivity in Older People. In: BENGTSON, V. L., SCHAIE, K. W. (Eds.). **The Course of Later Life**. New York: Springer Publisher, 1989. p. 15-23.

da coesão comunitária (POWELL, 2016), além de afetar os relacionamentos entre vizinhos, já que muitos dos moradores antigos mudam-se antes dos problemas aparecerem, enfraquecendo os laços sociais daqueles que ficam.

Apesar dos aspectos negativos, os bairros vizinhos a universidades também guardam grandes potencialidades, especialmente quanto a seu desenvolvimento. Além das mudanças na paisagem ocasionadas por investidores com as novas construções, esse tipo de vizinhança atrai outros moradores, inclusive pessoas idosas, por conta das amenidades ali encontradas graças à presença dos estudantes e da universidade, como oferta de moradias, comércios e serviços facilmente alcançáveis a pé, acesso a transporte público e a educação de qualidade (POWELL, 2016). Com esta perspectiva, foram criadas nos Estados Unidos as chamadas *University Based Retirement Communities* (UBRC), comunidades de aposentados, pessoas idosas ou não, criadas nas proximidades de universidades, que se aproveitam da localização geográfica para promover atividades bidirecionais entre comunidade-universidade, tais como projetos de extensão universitária e universidades abertas para pessoas idosas, ofertando programas educativos, atividades sociais, de lazer e culturais para os mais velhos. Além de fomentar as trocas intergeracionais entre moradores e a comunidade universitária (SMITH, ROZEK e MOORE, 2014), iniciativas como as mencionadas contribuem para a promoção da aprendizagem ao longo da vida e da participação, pilares do envelhecimento ativo, que acabam influenciando positivamente outras esferas da vida como saúde, bem-estar e qualidade de vida, como relatado por Cachioni (2012).

Embora tenha havido um crescimento nos estudos de tipos diferentes de vizinhanças e seus efeitos sobre o *age in place*, a literatura pouco tem focado nas vizinhanças adjacentes a universidades, enfatizando mais aqueles que se foram do que aqueles que ficaram (POWELL, 2016; SMITH, LEHNING e KIM, 2018). Visando a preencher essa lacuna, em 2019 foi apresentada uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado em Gerontologia, parte do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade de São Paulo, que teve como objetivo averiguar se o processo de *studentification* afetou o desejo dos participantes de continuar envelhecendo naquela comunidade e suas relações sociais.

Este artigo traz parte dos resultados obtidos na referida pesquisa e tem como objetivo explorar os efeitos do processo de *studentification* no ambiente social e físico e nas relações sociais de pessoas idosas, relatando os aspectos do ambiente que sofreram modificações sob o ponto de vista das pessoas idosas durante o processo transformação urbana e descrevendo a relação delas com seus vizinhos e com os estudantes universitários.

É fundamental compreender como diferentes contextos têm afetado os laços individuais das pessoas idosas que envelhecem no lugar (CORNWELL e BEHLER, 2015), pois as características da vizinhança influenciam nas relações sociais, comportamento e, em última instância, na qualidade de vida na velhice. Espera-se que este artigo contribua para que as transformações urbanas possam atender às necessidades físicas, funcionais, psicológicas, e sociais das pessoas idosas que envelhecem em comunidade.

## MÉTODO

### Desenho e participantes

A pesquisa foi realizada em 2018. Tratou-se de um estudo de caso de caráter qualitativo, exploratório, transversal e descritivo.

A amostra consistiu em 21 participantes com mais de 60 anos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) ter 60 anos ou mais; b) residir no bairro há pelo menos 10 anos; c) indivíduos autônomos ou com graus de dependência I e II estabelecidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 283 de 2005 (BRASIL, 2005a); d) aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: a) não aceitar participar do estudo e/ou não assinar o TCLE; b) ser reprovado no teste de avaliação cognitiva *Cognitive Abilities Screening*

*Instrument – Short Form (CASI-S)* (DE OLIVEIRA *et al.*, 2016). O número de participantes deu-se através da saturação de dados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008), que ocorreu quando novos entrevistados passaram a repetir elementos já mencionados em relatos anteriores.

### Local do estudo e contexto

Os dados foram coletados em um bairro residencial adjacente à uma universidade pública federal em Santo André (SP). O bairro Bangú (Figura 1) está localizado em Santo André (SP), cidade do sudeste brasileiro, 25º município mais populoso do país, 5º no estado, com mais de 670.000 habitantes (IBGE, 2010). Segundo dados do último censo demográfico do IBGE (2010), o bairro tinha cerca de 4.100 habitantes em 2010, aproximadamente 20% idosos com 60 anos ou mais.

**Figura 1** – Vista aérea do bairro Bangú e pontos de referência em 2015, sem escala



Fonte: Mariana Alves da Silva do Nascimento, 2018

A cidade tem um forte histórico de desenvolvimento relacionado à construção da linha férrea, à proximidade do Rio Tamanduateí, e à industrialização (PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ, s.d.). O Bangú localiza-se no vale do rio e próximo a linha férrea, tendo abrigado diversas indústrias nos séculos XIX e XX, o que ocasionou a criação de grandes glebas de terra. Os antigos terrenos passaram a ser ocupados por diversos empreendimentos comerciais, residenciais, educacionais e de serviços, configurando um bairro predominantemente residencial (Figura 2).

Em meados da década de 2000 foi proposta a criação de uma universida-

de pública na região do ABC paulista. Em 2005 a lei para a criação da universidade foi sancionada e no ano seguinte iniciaram-se as obras do *campus* Santo André (BRASIL, 2005b) da Universidade Federal do ABC (Figura 3), localizado no bairro deste estudo, com previsão de conclusão para o ano de 2010 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC, [s.d.]), o que não ocorreu e as obras se estenderam por mais alguns anos (Figura 4). Ocupando um terreno de 77.443,90m<sup>2</sup>, a universidade atraía, antes da pandemia, um público de cerca de 12 mil pessoas (entre funcionários, alunos e professores), mais de três vezes o número de moradores do bairro (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC, 2017).

**Figura 2** – Vista do bairro Bangú, onde nota-se a predominância de construções com baixo gabarito



Fonte: Mariana Alves da Silva do Nascimento, 2019.

**Figura 3** – Universidade Federal do ABC, *campus* Santo André



Fonte: Mariana Alves da Silva do Nascimento, 2019.

**Figura 4** – Vista da Rua Santa Adélia, uma das entradas da universidade, em 2010 e 2017



Fonte: Google Maps, 2018.

## Instrumentos

Foi elaborado um protocolo de pesquisa para a entrevista com base na literatura, organizado em cinco blocos. O primeiro bloco consistia na busca pelos dados sociodemográficos dos participantes (e.g. idade, sexo, escolaridade, tempo de residência, etc.). O segundo bloco avaliava mudanças cognitivas através do CASI-S, teste utilizado por sua facilidade de aplicação e rapidez (cerca de 5 minutos). O teste avalia orientação temporal, fluência verbal e evocação espontânea de três palavras, totalizando um escore máximo de 33 pontos – sujeitos com escore abaixo de 23 eram automaticamente excluídos do estudo (DE OLIVEIRA *et al.*, 2016). Este bloco serviu apenas como critério de inclusão ou exclusão dos participantes, não tendo sido contabilizado na análise de dados.

O terceiro bloco avaliava a satisfação dos participantes, focando na satisfação global com a vida, com a moradia, com o bairro, com os relacionamentos (familiares, vizinhos e amigos), e com o suporte social recebido no bairro, através de uma escala de 1 a 5, sendo 1 “muito pouco” e 5 “muitíssimo”. O quarto bloco investigou o bem-estar residencial em 7 questões, utilizando as mesmas opções de resposta do bloco anterior.

O quinto bloco focalizou os impactos da transformação urbana a partir da implantação da universidade, e consistia em perguntas abertas onde o participante expressava sua opinião. Neste bloco, também foram utilizadas as “Q-Cards” (PERRACINI, 1994), cartões-estímulo confeccionados em papel com aproximadamente 15 cm x 20 cm (tamanho A5), que contém palavras-chave relacionadas à ambiência, elaboradas a partir da revisão de literatura (e.g. calçadas, comércio, segurança etc.) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; LAGER, VAN HO-

VEN e HUIGEN, 2015; CAMPBELL e KIM, 2016; POWELL, 2016; YUNG, CONEJOS e CHAN, 2016). Utilizando os cartões, o participante foi solicitado a expressar o que considerou ter afetado seu bem-estar positivamente, negativamente ou ter permanecido igual com o processo de *studentification*, e posteriormente justificar suas escolhas.

## Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo e aprovada em dezembro de 2017 (CAAE: 80716417.7.0000.5390). Foi utilizada a técnica de “bola de neve”, onde um participante indica outros, tendo sido o primeiro sujeito contatado por intermédio do zelador de um condomínio residencial nas proximidades da universidade.

As entrevistas foram realizadas de modo individual, e em alguns casos quando casais participavam da pesquisa, cada sujeito respondeu os quatro primeiros blocos individualmente e ambos responderam o quinto bloco em conjunto, complementando suas visões. Todos os participantes assinaram o TCLE e suas entrevistas foram gravadas e transcritas com sua autorização.

## Análise dos dados

Os dados qualitativos referentes ao quinto bloco do protocolo de pesquisa, aqui apresentados, foram analisados através do *software* Maxqda 2018, utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que busca identificar categorias emergidas a partir das falas e significações dos participantes, descrita de forma objetiva, sistemática e quantitativa.

A técnica foi executada em três etapas: *pré-análise*, *exploração do ma-*

*terial e tratamento dos resultados.* Na fase da *pré-análise*, foi feita uma leitura flutuante. Na *exploração do material*, foram obedecidas regras de: (a) exaustividade – esgotou-se a totalidade da comunicação, não omitindo nenhuma informação; (b) representatividade – o universo da amostra foi representado; (c) homogeneidade – os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e empregadas por indivíduos semelhantes; (d) pertinência – as entrevistas foram adaptadas aos objetivos da pesquisa; e (e) exclusividade – cada elemento foi classificado em apenas uma categoria.

O material foi explorado e codificado em função das regras supracitadas, sendo feita a escolha pela unidade temática e pela unidade de contexto, coletadas por meio de núcleos de sentido das falas dos participantes. As categorias foram definidas e classificadas de acordo com seus conteúdos, e o material das entrevistas foi organizado de acordo com um significado comum, expresso em códigos. A análise qualitativa da informação codificada verificou as ocorrências de cada categoria, a identificação de subcategorias, e a extração dos trechos das entrevistas correspondentes a elas.

Além do cumprimento dessas etapas, o tratamento dos resultados e as interpretações também incluíram a frequência simples das unidades de análise. A ponderação da frequência de cada unidade traduz um caráter quantitativo (dimensão, número de falas repetidas, isto é, agrupadas pela semelhança do conteúdo expresso nas verbalizações) e qualitativo (direção, classificação dos conteúdos). Os conteúdos analisados foram classificados em *favorável* (aspectos positivos das declarações), *desfavorável* (aspectos negativos das informações) ou *neutra* (conteúdo vago, indefinido,

indiferente, indeterminado ou imparcial, que não se expressava nem a favor nem contra). Para Bardin (2016), a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação, assim, foi realizada uma análise “quali-quantitativa” das entrevistas.

Os dados sociodemográficos coletados foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17, com o intuito de descrever o perfil da amostra. As variáveis categóricas (gênero, faixa etária, tipo de moradia etc.) foram expostas em tabela com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), assim como as variáveis numéricas (idade e tempo de residência), com valores de média e desvio padrão.

## Resultados

Constatou-se que a maioria dos participantes era mulher (n=15), com idade média de aproximadamente 69 anos (DP=7,08), casada (62%), aposentada (71,43%) e que viviam com o cônjuge (38,10%). O tempo médio de residência dos participantes foi de 26,57 anos (DP=14,44), sendo apartamento o tipo de moradia predominante (n=13). Verificou-se ainda que 10 participantes possuíam ensino superior completo (47,62%), 4 possuíam ensino médio (19,05%), e 7 possuíam apenas o ensino fundamental (33,33%).

Os dados qualitativos do estudo foram organizados em categorias emergidas a partir da análise de conteúdo das falas dos participantes sobre as mudanças ocorridas no bairro com a chegada da universidade; quais aspectos mais sofreram alterações; se essas mudanças afetaram seus relacionamentos e; se o bairro é um bom lugar para envelhecer. No Quadro 1 são descritas as categorias elencadas, suas definições, codifica-

ções, as subcategorias e os exemplos das respostas dadas pelos participantes. Foram criadas 4 categorias, a saber: *ambiente do bairro, relações, pertenci-*

*mento*, cada uma com 3 subcategorias cada, e *segurança*, com 2 subcategorias, totalizando 11 subcategorias.

**Quadro 1.** Categorias e subcategorias, definições, códigos e exemplos de respostas emergidas das falas dos participantes

Categorias: definições e códigos	Subcategorias, códigos e exemplos de trechos extraídos das entrevistas
<p>Categoria 1: Ambiente do bairro (Código: A)</p> <p>Definição: Esta categoria reúne os conteúdos referentes às características relacionadas aos ambientes sociais e físicos do bairro, destacando aspectos que valorizaram o local, aspectos da paisagem e características importunas que são vistas como incômodos aos moradores.</p>	<p><i>Valorização do bairro (VB):</i> Ex.: “Valorizou o bairro, os imóveis.”</p> <p><i>Paisagem (PA):</i> Ex.: “Antes era um bairro que tinha muito idoso aqui, e a faculdade tem muita gente jovem, então o bairro mudou um pouco a cara, do velho para o novo. [...] O que mudou também são essas construções, está mudando a cara do bairro, está até mais bonitinho...”</p> <p><i>Incômodos (I):</i> Ex.: “Às vezes é barulho né... incomoda. Transporte e trânsito é ‘embaçado’, em dia de aula fica bem carregado.”</p>
<p>Categoria 2: Relações sociais no bairro (Código: R)</p> <p>Definição: Esta categoria abarca conteúdos sobre os relacionamentos dos participantes com seus vizinhos e com os estudantes, além de expressar a opinião e o desejo das pessoas idosas de participar de atividades sociais e esportivas no bairro, demonstrando sua necessidade por estimulação e ativação através do senso de agência.</p>	<p><i>Atividades (AT):</i> Ex.: “Atividades sociais e esportivas, essa eu nunca participei de nada, nunca vi nada interessante aqui no bairro.”</p> <p><i>Relações com estudantes universitários (RE):</i> Ex.: “Não tenho contato, eu tinha com o pessoal que morava aqui, mas eles mudam constantemente.”</p> <p><i>Relações com vizinhos (RV):</i> Ex.: “A gente conhece assim mais ou menos de ‘bom dia, boa tarde’, [...] porque já saiu muita gente daqui.”</p>
<p>Categoria 3: Pertencimento ao lugar e envelhecimento (Código: APL)</p> <p>Definição: Nesta categoria estão reunidos os conteúdos que expressam apego ao lugar, as opiniões sobre envelhecer no lugar, e a demonstração do não reconhecimento do envelhecimento e de si próprio como pessoa idosa.</p>	<p><i>Apego ao lugar (AP):</i> Ex.: “É bom, eu vou ficar, eu vou envelhecer aqui”</p> <p><i>Envelhecer no lugar (EL):</i> Ex.: “Eu mudaria, eu não acho um bom lugar para envelhecer.”</p> <p><i>Não se reconhecer como pessoa idosa (NI):</i> Ex.: “Quando eu ficar bem velhinha, porque esse ano eu ainda faço 70 anos.”</p>
<p>Categoria 4: Segurança no bairro (Código: S)</p> <p>Definição: Esta categoria compreende os conteúdos referentes à questão da segurança e violência no bairro, expresso através dos sentimentos de segurança e insegurança.</p>	<p><i>Sentir-se seguro (SS):</i> Ex.: “Eu tenho mais confiança de sair na rua.”</p> <p><i>Insegurança (IN):</i> Ex.: “A violência que aumentou, o assalto.”</p>

Fonte: NASCIMENTO, 2019.

Na Tabela 1 é possível visualizar a frequência das unidades de análise, separadas por categorias e subcategorias, onde destacam-se as subcategorias “*Incômodos*” (n=59) e “*Relações com vizinhos*” (n=56), demonstrando que as mudanças ocorridas no bairro trouxeram perturbações (e.g. barulho, trânsito, lixo

etc.) e afetaram o relacionamento com os vizinhos. Contraditoriamente, quando diretamente questionados se as transformações haviam afetado suas relações com familiares, amigos e vizinhos, todos os participantes responderam negativamente, apesar de alguns demonstrarem o contrário em outras falas.

**Tabela 1.** Frequência das unidades de análise em valor absoluto e porcentagem, separadas por categorias e subcategorias

Ambiente do bairro	Frequência de unidades de análise	
	Absoluta	Percentual
Valorização do bairro	40	26,85
Paisagem	50	33,56
Incômodos	59	39,60
Total	149	100
<b>Relações sociais no bairro</b>		
Atividades	37	29,37
Relações com estudantes universitários	33	26,19
Relações com vizinhos	56	44,44
Total	126	100
<b>Pertencimento ao lugar e envelhecimento</b>		
Apego ao lugar	17	34,00
Envelhecer no lugar	24	48,00
Não se reconhecer como pessoa idosa	9	18,00
Total		100
<b>Segurança no bairro</b>		
Sentir-se seguro	7	22,58
Insegurança	24	77,42
Total	31	100

Fonte: NASCIMENTO, 2019.

## Discussão

O perfil sociodemográfico dos participantes demonstrou a predominância da chamada geração *baby boomer*, nascida entre o final da década de 1940 e o começo da década de 1960 (CAMPBELL e KIM, 2016). Muitos participantes eram aposentados, e por isso tinham maiores chances de acompanhar o dia a dia do bairro, como de-

monstrado na fala de M (homem, 62 anos): “*depois que eu me aposentei, eu comecei a viver mais o bairro*”, e ML (mulher, 70 anos): “*eu ando bastante a pé, eu vou nos mercados, e vou tudo a pé*”, estando mais suscetíveis às transformações ocorridas por conta do processo de *studentification*.

## Ambiente do bairro

Para os participantes, o ambiente do bairro foi o aspecto que mais sofreu com as mudanças decorrentes do *studentification*, sendo a subcategoria “*incômodos*” a mais mencionada, seguida por “*paisagem*” e “*valorização do bairro*”. De acordo com os entrevistados, os principais pontos elencados como “*incômodos*” foram barulho, aumento no trânsito nos arredores da universidade, lixo nas ruas, ruas e calçadas ruins, diminuição das áreas verdes. Transporte e a realocação do posto de saúde do bairro, também, apareceram na lista como pontos negativos, porém, sem associação com as mudanças ocasionadas pela universidade. Mesmo assim, boa parte dos participantes mencionaram que tais aspectos têm melhorado com o passar do tempo, porém, ainda causam transtornos.

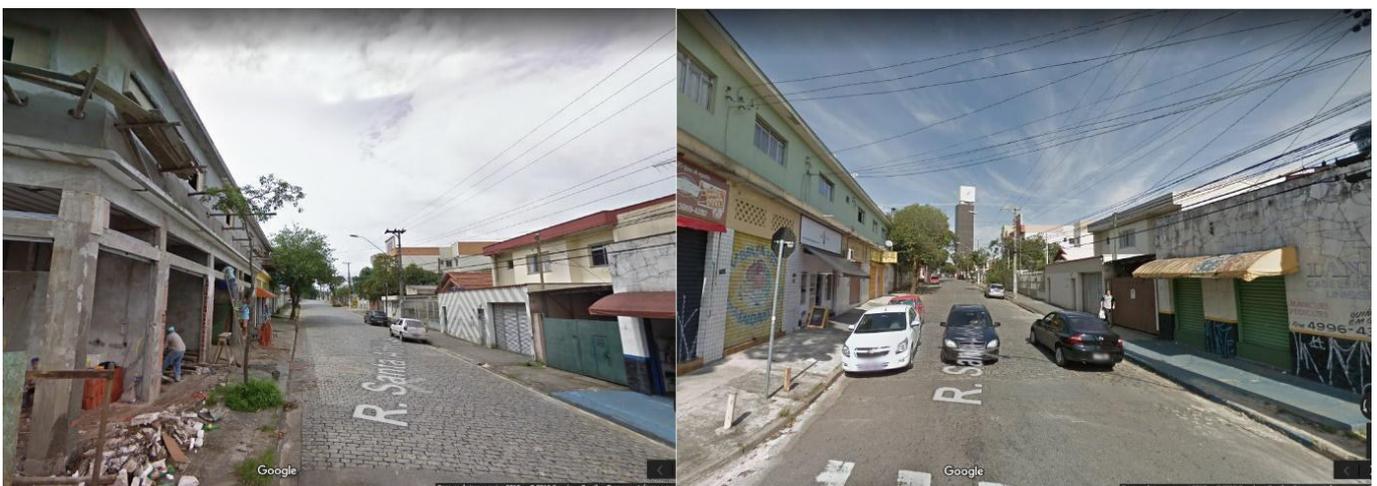
Já na subcategoria “*paisagem*”, os relatos tratam tanto do ambiente físico

como do social, como demonstrado na fala de D (homem, 65 anos):

Antes era um bairro que tinha muito idoso aqui, e a faculdade tem muita gente jovem, então o bairro mudou um pouco a cara, do velho para o novo. [...] O que mudou também são essas construções, está mudando a cara do bairro, está até mais bonitinho, apesar de eu não gostar deste tipo de construção, mas está ficando mais bonitinho.

Para os participantes, a paisagem do bairro se modificou com mais pessoas jovens nas ruas, novas construções com moradias estudantis, e novos comércios, especialmente de lanchonetes e restaurantes. As ruas, antes tranquilas e vazias, tornaram-se mais cheias nos períodos de aula, principalmente com carros estacionados. Para alguns, a paisagem ficou mais bonita do que anteriormente. As Figuras 5 e 6 ilustram a fala dos participantes.

**Figura 5** – Rua Santa Adélia em 2010 e 2017, mostrando aumento no comércio do bairro



Fonte: Google Maps, 2018.

**Figura 6** – Aumento na quantidade de moradias voltada para o público estudantil, como percebido na Rua Speers entre 2011 e 2017



Fonte: Google Maps, 2018.

Na subcategoria “*valorização do bairro*”, as pessoas idosas enfatizaram a valorização dos imóveis e do bairro como um todo como sendo positiva, sobretudo por conta do aumento do comércio, como ilustrado em: “*Acho que isso valoriza aqui o nosso bairro, não só o bairro, mas uma universidade no lugar é um diferencial assim muito importante*” (S, mulher, 74 anos). Contraditoriamente, um entrevistado que reside e tem comércio no bairro há 20 anos disse que para os comerciantes a chegada da universidade e dos estudantes universitários não foi boa – “*o comércio prejudicou bastante, porque a molecada não compra aqui*” (V, homem, 68 anos).

### **Relações sociais no bairro**

No geral, os entrevistados manifestaram não ter um relacionamento contínuo com os estudantes universitários, apenas interações ocasionais na vizinhança. Mesmo com pouco contato, elogiaram o comportamento dos jovens, “*são educados, os meninos que moram aqui, são ‘super’gentis*” (AL, 68 anos), contrariamente ao observado por Lager,

Van Hoven e Huigen (2015), que expuseram em seu estudo o desapontamento das pessoas idosas com seus vizinhos jovens nas tentativas de contato. Alguns dos participantes expressaram o desejo de construir um vínculo com os estudantes, porém, a transitoriedade dos jovens que vive no bairro acaba dificultando isso (LAGER, VAN HOVEN e HUIGEN, 2015), como expresso por B (mulher, 60 anos): “*Não tenho contato, eu tinha com o pessoal que morava aqui, mas eles mudam constantemente*”.

Esses resultados condizem com os encontrados por Powell (2016), que verificou em seu estudo que há pouca interação entre estudantes e pessoas idosas em vizinhança adjacente à universidade em uma cidade dos Estados Unidos. A transitoriedade faz com que os jovens não conheçam seus vizinhos, e as pessoas idosas tampouco tenham incentivo para os conhecer, visto que estabelecer conexões demanda tempo (LAGER, VAN HOVEN e HUIGEN, 2015).

A subcategoria “*relacionamentos com vizinhos*” trouxe falas que evidenciaram uma fraca rede de relações entre vizinhos, impactando no capital so-

cial da comunidade e no suporte social. Embora haja evidência da mudança no relacionamento com vizinhos, curiosamente, quando diretamente questionados se a chegada da universidade e dos estudantes afetou as relações com familiares, amigos e vizinhos, apenas um entrevistado afirmou que sim. Esta contradição, também, foi encontrada por Burns, Lavoie e Rose (2012), que afirmaram que a percepção dos participantes nem sempre reflete a realidade das mudanças do bairro.

Todavia, mesmo antes da chegada dos estudantes universitários, notou-se que os vizinhos pouco conversavam entre si, não frequentavam as casas um do outro, nem mesmo solicitavam suporte quando necessário. A título de ilustração cita-se a fala de AL (mulher, 68 anos):

Eles [os vizinhos] ficam muito ausentes, eles trabalham né. [...] A gente interage mais é só assim de cumprimentar, de se conversar rapidamente no elevador, saber se tá tudo bem, troca algumas informações, [...] coisa rápida, nada de ficar um na casa do outro, de jeito nenhum. [...] Ninguém incomoda ninguém.

Aliado a isso, percebeu-se certo receio ou constrangimento em pedir ajuda quando necessário, deixando o suporte por conta de familiares e amigos. Esses achados são condizentes com os encontrados por Greenfield (2016) em um estudo que explorou a relação entre suporte fornecido por vizinhos e *age in place* nos arredores de Nova Iorque, o qual relatou que as pessoas idosas de seu estudo afirmaram que os vizinhos podem colaborar com certas tarefas, mas não todas. Por exemplo, cozinhar, oferecer carona, buscar coisas para o outro no mercado, conferir se o outro está bem, e solicitar assistência são tarefas que os vizinhos podem desenvol-

ver pela proximidade geográfica e que requerem pouco nível de intimidade. Já oferecer suporte para questões financeiras, que demandem muito tempo, ou tarefas específicas que requeiram ajuda profissional são mais delegadas para familiares e amigos. Similarmente, prover apoio emocional, dar conselhos ou visitar um ao outro requer alto nível de intimidade, e não são fornecidos por vizinhos (GREENFIELD, 2016).

As participantes mais velhas (entre 74 e 88 anos) foram as que relataram ter melhor relacionamento com seus vizinhos, com falas mais positivas quanto ao suporte prestado por esses. Elas mencionaram durante a entrevista situações que precisaram do apoio de vizinhos e puderam contar com eles, mas apenas para tarefas simples, similares às encontradas por Greenfield (2016). Segundo a autora, bons relacionamentos com vizinhos baseiam-se em relações de longas datas, o que leva à percepção de que o vizinho é confiável e amigável, interagindo com eles com maior regularidade.

De acordo com a teoria SPOT (*Social-Physical Place Over Time*) (WAHL, IWARSSON e OSWALD, 2012), que busca compreender a relação entre indivíduo e lugar (contexto físico e social) ao longo do tempo, isso se dá através do senso de *agência*, ou seja, a habilidade do indivíduo exercer controle sobre seu contexto, e o senso de *pertencimento*, ou o quão conectada a pessoa se sente ao seu ambiente físico e social (WAHL, IWARSSON e OSWALD, 2012; BATISTONI, 2014; MOORE, 2014; SMITH, ROZEK e MOORE, 2014).

Com o envelhecimento, as necessidades pessoais variam da busca por agência para a busca por pertencimento, através de três conjuntos de dimensões: *estimulação* e *ativação*

- oportunidades para o engajamento e estímulo em atividades, *segurança e familiaridade* – hábitos, rotinas e repertórios construídos continuamente, *continuidade e significado* – apego ao lugar e desejo de estabilidade ao longo da vida (MOORE, 2014; SMITH, ROZEK e MOORE, 2014). Conforme Wahl, Iwarsson e Oswald (2012), no começo da velhice, há uma maior busca por estimulação e ativação, ou seja, há um elevado grau de agência, que vai decrescendo conforme o indivíduo continua a envelhecer, havendo certo equilíbrio ente as três dimensões após um tempo, seguido por uma busca maior continuidade e significado, ou seja, por pertencimento, na velhice avançada.

Pessoas idosas mais longevas tendem a buscar relações e ambientes que lhes transmitam segurança, familiaridade, continuidade e significado, ou seja, seu senso de pertencimento é maior. Ao focar em processos de pertencimento, a pessoa idosa se volta para atividades e ambientes sócio físicos que lhes conferem mais valor, selecionando aqueles que prefere e que trazem bem-estar e emoções positivas, minimizando o estresse e as emoções negativas, praticando a chamada seletividade socioemocional (CHARLES e CARSTENSEN, 2010; WAHL, IWARSSON e OSWALD, 2012; UPENIEKS, SETTELS e SCHAFER, 2018). No caso das participantes mais velhas, a teoria SPOT e a Teoria da Seletividade Socioemocional são possíveis caminhos para compreender por que elas relataram ter relacionamentos mais positivos com seus vizinhos, já que a familiaridade com os que estão ao redor é maior, lhes dando a confiança necessária para estabelecer vínculos e trocas sociais.

Com relação à subcategoria “*atividades*”, os resultados sugerem que não

há a oferta de atividades físicas ou sociais na comunidade, “cada um procura o seu por conta própria” (N, mulher, 74 anos). Dentre as falas, surgiu a demanda de atividades ofertadas pela universidade, pois os participantes acreditam não haver nada direcionado à comunidade, como expresso em três falas:

Eu espero que a universidade faça algo para os moradores, por enquanto não deram nada, [...] um teatro, algo assim (V, homem, 68 anos).

Eu não vejo melhora de nada assim [atividades], [...] porque tem um ambiente todo preparado aí, tem quadra, tem tudo isso, que poderia ser aberto ao público (M, homem, 62 anos).

Eu gostaria que tivesse muita coisa aqui, [...] o espaço que eles têm lá, eles poderiam muito bem [oferecer atividades]. Eu vi que a terceira idade tem cursos gratuitos na USP, mas eu queria aqui, então aqui deveria ter alguma coisa (MA, mulher, 67 anos).

## **Pertencimento ao lugar e envelhecimento**

A categoria pertencimento ao lugar e envelhecimento abrigou unidades de análise que tratavam do quão conectado o indivíduo se sentia ao lugar, influenciado pelo ambiente físico (e.g. residir na mesma casa por anos) e social (e.g. conhecer os vizinhos). Dentro dessa categoria, foram elencadas as subcategorias “*apego ao lugar*”, “*envelhecer no lugar*” e “*não se reconhecer como pessoa idosa*”.

O apego ao lugar diz respeito a atribuição de valores, memórias e expectativas ao ambiente, criando histórias coletivas e individuais que geram identificação com o lugar e o sentimento de pertencimento. As pessoas idosas entrevistadas demonstraram

grande senso de apego ao lugar, sentindo-se pertencentes ao bairro Bangú, especialmente por conta de seus lares, onde construíram memórias afetivas que tornam aquele local especial, o que foi demonstrado na fala de N (mulher, 74 anos) - *“Eu nasci em Santo André, há quantos anos eu moro aqui, e eu não me veria envelhecer em outro lugar. [...] Aqui ‘pra mim tá’ ótimo, minha casa, meu porto seguro.”*

Similarmente, o desejo de envelhecer no lugar prevaleceu, mesmo com o processo de *studentification*. Dos 21 participantes, apenas 7 revelaram interesse em se mudar do bairro. Nesse caso, familiaridade e significado, refletidas no senso de pertencimento, foram dimensões importantes para o *age in place*. Para VA (mulher, 62 anos), *“envelhecer no próprio bairro é você deixar sua história fincada lá, boa ou ruim”*, complementada por V (homem, 68 anos), *“já ‘tô’ enraizado aqui, então pra você ir pra outro local você vai ter que novamente criar as amizades e os contatos.”*

As características físicas e sociais da vizinhança interferem no senso de agência e pertencimento do indivíduo, afetando seus comportamentos e interações sociais. Lager, Van Hoven e Huigen (2013) evidenciaram em seu estudo que o senso de pertencimento é renegociado nas interações do dia a dia, fornecendo senso de continuidade apesar das transformações na vizinhança. Isso se deve ao senso de agência das próprias pessoas idosas, que tentam dar estabilidade ao bairro no meio das mudanças, já que a casa e a vizinhança muitas vezes representam as conquistas e o *status* social da pessoa, tendo valor simbólico elevado (TOMASZEWSKI, 2013), fazendo parte da identidade do indivíduo. Ao utilizar de mecanismos para relacionar-se apenas

entre o mesmo grupo social e conferir a manutenção dos laços afetivos já estabelecidos, aqueles que ali ficaram criam formas para continuarem sentindo-se pertencentes àquele lugar.

Os participantes que não desejam envelhecer no bairro, também, apresentaram falas que revelaram sua não identificação como pessoa idosa, apesar de todos terem mais de 60 anos, e o não reconhecimento do próprio envelhecimento, resultado similar ao encontrado por Lager, Van Hoven e Huigen (2015). O não pertencimento a esta fase da vida foi expresso em frases como *“eu não gostaria de envelhecer”* (D, homem, 65 anos). Seus depoimentos revelaram visões estereotipadas do envelhecimento e da velhice, como *“eu acho que lugar de idoso é no litoral”* (A, mulher, 70 anos), e *“envelhecer em qualquer lugar não vai ser bom”* (B, mulher, 60 anos). Logo, para esses participantes, o bairro não apresenta condições favoráveis ao *age in place*, pois em suas opiniões, envelhecer não é bom, e deve-se viver a fase da velhice em lugares mais “tranquilos” e com maior concentração de pessoas idosas.

## Segurança no bairro

Por fim, a última categoria criada a partir das falas dos participantes tratou de questões de segurança, mais precisamente da sensação de sentir-se seguro ou não. Vários participantes relataram que o processo de *studentification* acentuou a violência no bairro, com maior número de roubos e assaltos por conta da presença dos estudantes; também, houve aumento no número de usuários de drogas, e brigas nas ruas, segundo suas percepções, tendo que a polícia intervir diversas vezes, muitas dessas acionadas pelos mais velhos.

A insegurança acabou afetando a rotina dos moradores, como relatado por N (mulher, 74 anos), “antes não tinha assalto e agora tem, aqui em casa sempre foi grade baixa e eu tive que mudar. Segurança e tranquilidade ‘mudou’ bastante aqui, já tivemos que acionar ‘viatura’ várias vezes, por causa de bagunça relacionada a droga”, e P (mulher, 66 anos), “Não [saio], a pé não, o mais tarde que eu fico na rua é 20:00 horas, quando eu chego do ‘serviço’, mas eu tenho medo. De manhã também eu não saio sozinha.” Contraditoriamente, alguns participantes descreveram sentirem-se mais seguros com a presença de mais pessoas nas ruas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou o efeito do processo de *studentification* no ambiente social e físico e nas relações sociais daqueles que envelhecem no lugar, utilizando uma amostra de 21 pessoas idosas moradores de um bairro residencial adjacente à uma universidade pública federal, na cidade de Santo André (SP).

Verificou-se que as mudanças ocorridas no bairro trouxeram muitas melhorias, segundo os participantes, como a valorização dos imóveis, aumento do comércio local, maior número de pessoas nas ruas, especialmente jovens, mas também vários incômodos como barulho, trânsito, muitas moradias novas para locação, ruas e calçadas que continuam inadequadas, mais lixo nas ruas, entre outros.

Os participantes não atribuíram às mudanças no ambiente o desejo de permanecer envelhecendo no bairro. As falas expressavam um forte sentimento de apego com a casa e o bairro, tendendo a demonstrar alto senso de pertencimento através dos conjuntos de dimensões *segurança e familiaridade*

e *continuidade e significado* (MOORE, 2014; SMITH, ROZEK e MOORE, 2014), mas nenhum elemento do ambiente da vizinhança foi mencionado como chave para a opção de envelhecer ali.

Várias pessoas idosas relataram ter bons relacionamentos com os jovens moradores da vizinhança e exprimiram apreço por esse novo laço estabelecido, tecendo elogios aos universitários; outros, que ainda não tem esse tipo de vínculo, demonstraram o anseio por se relacionar com os jovens. As trocas intergeracionais são importantes para a integração social, participação, e colaboram na manutenção do capital social comunitário (STEELS, 2015). Ainda assim, nem todos os participantes acham essa relação com os jovens positiva, e não demonstraram o desejo de criar novas conexões, permanecendo em um universo paralelo aos estudantes universitários.

A mudança de alguns vizinhos também colaborou para o enfraquecimento das redes sociais, perda de capital e suporte social no bairro, como relatado por A: “mudou muito o perfil da coisa, dos moradores, ‘tá’ acabando os moradores antigos, só ficou uma cidade de jovem praticamente... Você não conhece mais ninguém assim, só gente jovem.”. No entanto, dado o desenho da pesquisa, não é possível dizer se antes do processo de *studentification* o capital social do bairro era maior ou se as relações entre vizinhos eram mais constantes.

Considera-se que os impactos do processo de *studentification* do bairro não afetaram a capacidade de envelhecer em comunidade dessa amostra de pessoas idosas, já que os aspectos do ambiente não são a única razão para a capacidade de envelhecer em comunidade, aspectos individuais e relacionais também devem ser considerados (GREENFIELD, 2016).

O processo de *studentification* e as transformações ocorridas no bairro devem servir como estímulos para a criação e manutenção dos vínculos com o lugar. Esse fenômeno poderia ser visto como uma ferramenta para a melhoria do capital social e do suporte social da vizinhança, promovendo o fortalecimento das redes sociais, do engajamento e participação, e do contato interpessoal (POWELL, 2016), impactando positivamente a qualidade de vida das pessoas em busca do envelhecimento ativo. É importante enfatizar, todavia, que o ambiente social e físico do bairro deve ser trabalhado de forma que não cause a perda da familiaridade para essas pessoas, o que poderia impactar no seu senso de pertencimento e causar um efeito contrário ao desejado, portanto, a participação da comunidade local deve ser incentivada e considerada nos processos de implementação e tomada de decisão sobre o bairro.

Por fim, dada as limitações deste estudo não se sabe se os resultados encontrados são representativos de outras vizinhanças próximas a universidades, também se acredita que seria interessante compreender a perspectiva de moradores de outras faixas etárias, inclusive os próprios universitários, sobre seus próprios processos de envelhecimento no lugar e suas relações com vizinhos, futuras pesquisas poderiam testar estes pontos. Além disso, a pesquisa foi conduzida em um contexto anterior a pandemia da COVID-19, que teve um impacto significativo na vida das pessoas idosas e também nas universidades, com campus esvaziados e atividades migradas para o ambiente virtual, modificando novamente o território em seus entornos – um estudo que investigue os efeitos desse período tão marcante no ambiente físico e social das pessoas idosas seria incentivado.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTONI, S. S. T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 647-657, 2014.
- BENEFIELD, L. E.; HOLTZCLAW, B. J. Aging in place: merging desire with reality. **Nurs Clin North Am**, v. 49, n. 2, p. 123-31, 2014.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601-610, 2014.
- BRASIL. Resolução RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Órgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 11.145 de 26 de julho de 2005. Institui a Fundação Universidade Federal do ABC – UFABC e dá outras providências.. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2005b.
- BUFFEL, T. et al. Locked down by inequality: Older people and the COVID-19 pandemic. **Urban Studies**, Setembro 2021.
- BURNS, V. F.; LAVOIE, J. P.; ROSE, D. Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. **J Aging Res**, v. 2012, p. 148-287, 2012.
- CACHIONI, M. Universidades Abertas à Terceira Idade como contextos de convivência e aprendizagem: implicações para o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n. 7, p. 23-32, 2012.

- CAMPBELL, N. Designing for social needs to support aging in place within continuing care retirement communities. **Journal of Housing and the Built Environment**, v. 30, n. 4, p. 645-665, 2015.
- CAMPBELL, N.; KIM, D. Designing an Ageless Social Community: Adapting a New Urbanist Social Core to Suit Baby Boomers in Later Life. **Journal of Housing For the Elderly**, v. 30, n. 2, p. 156-174, 2016.
- CHARLES, S. T.; CARSTENSEN, L. L. Social and emotional aging. **Annu Rev Psychol**, v. 61, p. 383-409, 2010.
- CORNWELL, E. Y.; BEHLER, R. L. Urbanism, Neighborhood Context, and Social Networks. **City Soc (Wash)**, v. 14, n. 3, p. 311-335, 2015.
- DE OLIVEIRA, G. M. et al. The applicability of the cognitive abilities screening instrument—short (CASI-S) in primary care in Brazil. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 1, p. 93-99, 2016.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- GEHL, J. **Cidades Para Pessoas**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- GREENFIELD, E. A. Support from neighbors and aging in place: Can NORC programs make a difference? **The Gerontologist**, v. 56, n. 4, p. 651-659, 2016.
- IECOVICH, E. Aging in place: From theory to practice. **Anthropological Notebooks**, v. 20, n. 1, p. 21-33, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE 2010.
- \_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- JIANG, N.; LOU, V. W. Q.; LU, N. Does social capital influence preferences for aging in place? Evidence from urban China. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 3, p. 405-411, 2018.
- LAGER, D.; VAN HOVEN, B.; HUIGEN, P. P. P. Dealing with change in old age: Negotiating working-class belonging in a neighbourhood in the process of urban renewal in the Netherlands. **Geoforum**, v. 50, p. 54-61, 2013.
- \_\_\_\_\_. Understanding older adults' social capital in place: Obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. **Geoforum**, v. 59, p. 87-97, 2015.
- LEHNING, A. J.; SMITH, R. J.; DUNKLE, R. E. Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income detroit elders. **Journal of Applied Gerontology**, v. 34, n. 2, p. 158-180, 2015.
- MOORE, K. D. An ecological framework of place: Situating environmental gerontology within a life course perspective. **International Journal of Aging & Human Development**, v. 79, n. 3, p. 183-209, 2014.
- NASCIMENTO, M. A. S. **Do velho para o novo: percepções de idosos sobre o processo de studentification, as mudanças sócio-físicas do bairro e o aging in place**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia global: cidade amiga do idoso**. Genebra: OMS, 2008.
- PERRACINI, M. R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. 1994. 111 f. Dissertação (Mestrado em Educação).

- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- PHILLIPS, J. et al. Older people and outdoor environments: Pedestrian anxieties and barriers in the use of familiar and unfamiliar spaces. **Geoforum**, v. 47, p. 113-124, 2013.
- POWELL, K. H. A New Neighborhood Every Fall: Aging in Place in a College Town. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 59, n. 7-8, p. 537-553, 2016.
- PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ. História de Santo André. Disponível em: <http://www2.santoandre.sp.gov.br/index.php/cidade-de-santo-andre/historia>. Acesso em: 22 jan. 2018.
- RÉMILLARD-BOILARD, S.; BUFFEL, T.; PHILLIPSON, C. Developing Age-Friendly Cities and Communities: Eleven Case Studies from around the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 1, p. 133, 27 dez. 2020.
- SMITH, D. P. 'Studentification': the gentrification factory? In: ATKINSON, R. B., G. (Ed.). **Gentrification in a global context: the new urban colonialism**. Routledge, UK: Housing and Society Series, 2005. cap. 5, p.72-89.
- SMITH, E. K.; ROZEK, E. K.; MOORE, K. D. Creating SPOTs for Successful Aging: Strengthening the Case for Developing University-Based Retirement Communities Using Social-Physical Place Over Time Theory. **Journal of Housing For the Elderly**, v. 28, n. 1, p. 21-40, 2014.
- SMITH, R. J.; LEHNING, A. J.; KIM, K. Aging in place in gentrifying neighborhoods: Implications for physical and mental health. **The Gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 26-35, 2018.
- STEELS, S. Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. **Cities**, v. 47, p. 45-52, 2015.
- TOMASZEWSKI, W. Living Environment, Social Participation and Wellbeing in Older Age: The Relevance of Housing and Local Area Disadvantage. **Journal of Population Ageing**, v. 6, n. 1-2, p. 119-156, 2013.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC. Campus Santo André. Disponível em: [http://antigo.ufabc.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=87](http://antigo.ufabc.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=87). Acesso em: 22 jan. 2018.
- \_\_\_\_\_. UFABC em números. 2017. Disponível em: <http://propladi.ufabc.edu.br/informacoes/ufabc-em-numeros>. Acesso em: 22 jan. 2018
- UPENIEKS, L.; SETTELS, J.; SCHAFER, M. H. For everything a season? A month-by-32 month analysis of social network resources in later life. **Social Science Research**, v. 69, p. 111-125, jan. 2018.
- VANLEERBERGHE, P. et al. The quality of life of older people aging in place: A literature review. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 11, p. 2899-2907, 2017.
- WAHL, H. W.; IWARSSON, S.; OSWALD, F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. **The Gerontologist**, v. 52, n. 3, p. 306-16, 2012.
- WILES, J. L. et al. The meaning of "aging in place" to older people. **The Gerontologist**, v. 52, n. 3, p. 357-366, 2012.
- YUNG, E. H. K.; CONEJOS, S.; CHAN, E. H. W. Social needs of the elderly and active aging in public open spaces in urban renewal. **Cities**, v. 52, p. 114-122, 2016.

# ENSINO DE USO DE TABLETS PARA IDOSOS NO CONTEXTO DE UMA UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE

Glaucia Martins de Oliveira Alvarenga E Meire Cachioni

## Introdução

O termo de gerontotecnologia refere-se a um conjunto de esforços em pesquisa baseados no desenvolvimento, engenharia e gerontologia que tangenciavam a pessoa idosa e as tecnologias (GRAAFMANS; BROUWERS, 1989). Trata-se de uma área profissional nova, ou disciplina aplicada, concebida para o desenvolvimento de técnicas e produtos baseados no conhecimento do processo do envelhecimento e preferências e aspectos culturais dos idosos. Pode-se afirmar que gerontotecnologia é uma área interdisciplinar de intervenção e pesquisa psicossocial e clínica. Pode proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida, visto o desenvolvimento de produtos e ambientes e serviços com tecnologia apropriada para o público idoso.

Compreende, ainda, o estudo multidisciplinar do envelhecimento e da tecnologia para adaptar os ambientes no qual vivem e trabalham os idosos e seus cuidadores para que tenham sua independência preservada, possam participar da sociedade e trabalhar melhor com saúde conforto e segurança (BARROS *et al.*, 2012). Desta forma, a gerontotecnologia está fortemente ligada ao desenvolvimento de inovações tecnológicas e adaptações que tragam benefícios no dia-dia dos idosos, como também possa auxiliar no processo do envelhecimento. Também pode ser apresentada como gerontotecnologia educacional, como por exemplo, no auxílio e de profissionais motivados a pro-

porcionar um melhor cuidado ao ser humano (PERRACINI, 2008).

No Brasil, as pesquisas sobre a relação entre envelhecimento e tecnologia se referem, principalmente, à interação das pessoas idosas com o computador. Outras áreas, como as tecnologias assistivas ou recursos tecnológicos para garantir uma vida mais confortável, segura e independente na idade avançada, ainda são pouco desenvolvidas. Teorias que focalizam mais os aspectos sociológicos se baseiam, geralmente, no conceito de coorte e na perspectiva histórica e em aspectos socioestruturais, como classe social, renda familiar, gênero,

dentre outros. (WAHL; MOLLENKOPF, 2003). Uma outra teoria, a da inovação (NIMROD, 2008) analisa as mudanças que o ambiente impõe aos indivíduos, como aposentadoria ou mudança de moradia. Esta teoria sustenta que, apesar da tendência de continuidade no processo de envelhecimento, são possíveis inovações na velhice, que geralmente possibilitam uma reinvenção do self, exercendo um impacto positivo ao bem-estar das pessoas idosas.

Pode-se destacar que neste campo as pesquisas sobre a relação de pessoas idosas com o computador têm crescido significativamente, como também pesquisas relacionadas sobre as atitudes de idosos frente ao computador, e conceitos como a exclusão, a inclusão, alfabetização e letramento digital (CARVALHO; ARANTES; CINTRA, 2016).

As atividades de pesquisa básica e aplicada envolvem a interação dos idosos com produtos e a construção de ambientes adaptados. Particularmente importantes são os desafios e oportunidades do envelhecimento humano normal e patológico. Os desafios se referem ao processo das alterações físicas, psicológicas, de percepção, cognitiva e motora relacionadas com a idade que podem se tornar inconvenientes. As oportunidades se referem aos resultados positivos advindos das novas atividades proporcionadas pelo maior tempo livre, como a descoberta de novos potenciais relacionados ou não com o trabalho, relacionamento com os familiares e pessoas da comunidade (WOOLRYCH, 2016).

A gerontotecnologia pode ser aplicada a áreas específicas voltadas à idosos ativos e não-ativos. Wahl, Claßen e Oswald (2010) apresentam cinco abordagens para intervenções:

- Aumento do desempenho de idosos com sistemas que os auxiliem a executar uma determinada tarefa que eles tenham dificuldades.
- Prevenção, de forma que evite problemas como declínio de força, flexibilidade e resistência, que são consequências do envelhecimento (declínio funcional relacionado a idade).
- Compensação de perdas no declínio de capacidades, de forma que mecanismos e sistemas auxiliem na execução das tarefas.
- Tecnologias de assistência no autocuidado, como também o suporte ao cuidado, promovendo recursos tecnológicos e ambientes adequados.
- Pesquisa básica e aplicada com idosos, com o objetivo de melhorar as ferramentas no estudo do envelhecimento e o uso da tecnologia.

Ao estudar o campo, é possível notar que desde o início foi marcado pela participação de diferentes grupos, interesses e enfoques. Ou seja, se observam duas grandes possibilidades de trabalhos proporcionados pela gerontotecnologia.

A primeira refere-se aos estudos, pesquisas e desenvolvimento de produtos que possibilitam às pessoas idosas com algumas restrições, manterem suas atividades cotidianas, o que facilita a execução de tarefas e garante a segurança nos seus ambientes. Contempla os estudos da engenharia, informática e da ergonomia, que trabalham com o conceito de *ambient assisted living* – ambiente que assiste ao viver (AAL), também conhecida como “casa inteligente” (PERRACINI, 2008).

Nesse campo também está localizado o conceito de “Tecnologia Assistiva” (TA), que tem sua origem no trabalho com pessoas com necessidades especiais e que em sua essência englobam produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços (BRASIL, 2007), e nos últimos anos, surgiram trabalhos voltados para pessoas idosas.

A segunda, denominada Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), abrange as tecnologias utilizadas pela população em geral, como o uso de caixas eletrônicos de bancos, computadores, smartphones e *tablets*. Como se trata de tecnologias presentes hoje no cotidiano, pessoas idosas também se confrontam com estes aparelhos, às vezes como possibilidade e opção, às vezes como obrigação.

A Gerontologia comporta numerosas interfaces com áreas de aplicação e de prestação de serviços, principalmente a geriatria, a fisioterapia, a enfermagem, o serviço social, o direito, a psicologia clínica e a psicologia educacional, o que permite classificá-la como campo multiprofissional (DEVORE *et al.*, 2017). Entretanto, a pluralidade de especialidades da gerontologia não impede a constituição de saberes claramente delimitados em que cada disciplina e profissão contribui para definir a última etapa da vida como categoria de idade com propriedades específicas, que exige intervenções especializadas. Dentre as especialidades da área, destaca-se a gerontologia educacional como um campo interdisciplinar, que se ocupa da discussão sobre quais devem ser o conteúdo e o formato da educação dirigida a idosos e como deve ocorrer a formação de recursos humanos para

realizá-la (OLIVEIRA; TOSCHI, 2015; ALVES; VIANNA, 2010).

Podemos observar a aplicação da gerontologia educacional nas universidades abertas à terceira idade (UnATI), caracterizadas como uma modalidade de educação permanente propiciada por programas não formais. As UnATIs têm recebido atenção especial no campo da investigação sobre a gerontologia educacional, uma vez que possuem um importante papel na inclusão educacional de idosos. Dentre suas possibilidades de intervenção, destaca-se a aproximação ao campo da gerontotecnologia e ao desenvolvimento de inovações tecnológicas. No Brasil, as pesquisas sobre a relação entre envelhecimento, educação e tecnologia dedicam-se, principalmente, à interação das pessoas idosas com o computador, sendo que os primeiros estudos iniciaram no final dos anos de 1980 (WAHL; CLABEN; OSWALD, 2010).

A popularização de dispositivos móveis, como *tablets* e *smartphones*, aumentou o acesso dos idosos aos recursos tecnológicos, uma vez que são financeiramente acessíveis e possuem sistemas operacionais mais simples de usar do que computadores. O uso deste tipo de nova tecnologia pode gerar motivação e melhoras no processo de aprendizado, no entanto, por ser uma tecnologia relativamente nova, o estudo do seu uso na inclusão digital de idosos tem sido mais voltado a entender sua usabilidade e traçar diretrizes sobre a criação de *softwares* e aplicativos específicos para os idosos, haja vista a escassez de produtos e serviços específicos para este segmento etário (CARNEIRO; ISHITANI, 2014).

Construir estratégias de abordagens educacionais para preparar pes-

soas idosas no domínio operacional dos recursos tecnológicos, gerar a alfabetização da nova linguagem que se faz presente em todos os setores da sociedade, promover a inclusão do idoso na era digital, são questões importantes que podem gerar intervenções e pesquisas científicas. Enquanto a alfabetização digital se refere ao processo inicial de aprender a utilizar o computador, o letramento digital envolve competências como compreender, assimilar, reelaborar e chegar a um conhecimento, a partir de práticas de leituras, releituras de informações e a escrita, a fim de utilizar as TIC como benefício na vida pessoal e coletivo. O letramento digital apresenta objetivo de inserção em práticas sociais através de uma análise crítica das informações disponibilizadas (MACHADO; LONGHI; BEHAR, 2013). A perspectiva deste processo é tornar as pessoas capazes de usufruir dos recursos tecnológicos e desenvolver a criticidade na sua utilização ao longo da vida.

Em relação ao processo de inclusão digital de pessoas idosas, existe uma série de aspectos específicos a serem considerados para a elaboração de um programa adequado, a fim de promover um ambiente de aprendizagem próprio às características dos mais velhos. Como os idosos acumulam uma experiência crescente, o que constitui um recurso rico para o aprendizado; devem ser direcionados pela aplicação imediata do conhecimento na prática. Com isso, privilegiam a abordagem voltada para a resolução de problemas; os idosos são motivados a aprender preferencialmente por fatores internos que por fatores externos. A satisfação em aprender e o alcance de metas pessoais são exemplos que têm maior efeito frente a recompensas e incentivos

externos. Deve-se considerar, ainda, as restrições decorrentes da idade, tais como: declínio da percepção visual e da audição; declínio da capacidade de memorização e da velocidade de processamento de novas informações; redução do controle motor e da destreza (MONTEIRO, 2014).

A aprendizagem deve ser gradativa e em etapas, realizando frequentes intervenções no processo. As turmas de alunos devem ser pequenas e de preferência que haja monitores/tutores auxiliando o professor durante as aulas, evitando, desta forma, a desmotivação que pode ocorrer quando o idoso não consegue realizar determinada tarefa no computador (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2016).

Para introduzir adultos maduros e idosos no mundo da informática existem vários projetos sendo desenvolvidos em instituições brasileiras, sendo que os cursos seguem linhas didáticas diversas. São oferecidos principalmente por UnATIs ou por projetos de extensão universitários. Infelizmente ainda não existem dados sistematizados sobre essas iniciativas, por serem isoladas e por não haver uma rede de cooperação entre as instituições nesta linha de pesquisa. No entanto, pode-se elencar as diferentes modalidades abordadas e algumas práticas pedagógicas adotadas nos cursos (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2016):

- Oficinas: geralmente nesta modalidade são trabalhados especificamente alguns recursos de softwares mais usuais pelo público, onde o tempo é determinado em horas. Este tipo de prática basicamente é voltado para o aprimoramento no uso de determinados recursos de algum software no qual a demanda exige;

- Curso de curta duração: podem ser cursos introdutórios ou divididos por módulos, possibilitando que os idosos aprendam a utilizar tanto hardwares como softwares. Geralmente cada módulo é pré-requisito para o próximo, e o tempo necessário para a realização dos mesmos é em meses ou mesmo semestres. Esta forma de inclusão digital cria espaços de convivência e, conseqüentemente, grupos de socialização que extrapolam o espaço físico do curso;
- Curso de longa duração: são cursos que não possuem tempo determinado para o seu término. Iniciam com a introdução da informática e no decorrer do processo, a partir da demanda exigida pelo público alvo, são criados os módulos seguintes a partir das necessidades emergentes dos alunos. Este tipo de curso permite a criação de laços afetivos e de amizades entre os integrantes, possibilitando uma maior socialização entre os mesmo;
- Curso no formato de Educação à Distância: esta modalidade de curso ainda é recente. São cursos virtuais oferecidos que exigem um mínimo de conhecimento de informática. Utiliza-se, nestes cursos, ambientes virtuais de aprendizagem como apoio para a realização das atividades, ferramentas de comunicação entre os integrantes, disponibilização de materiais como tutoriais, apostilas e vídeos explicativos. Apesar de se tratar de cursos virtuais, há a necessidade de o professor mediar o processo, bem como de encontros presenciais no decorrer do processo.

Os cursos ou oficinas devem ser construídos partindo-se de conteúdos básicos até os mais avançados para que o idoso possa interagir em vários ambientes. Considerando-se cada equipamento e o sistema utilizado pode-se promover o ensino gradual em computadores, tablets ou smartphones. Ainda são poucos os cursos voltados para idosos que possuem como objetivo o manuseio dos dispositivos móveis.

No campo da educação existem raríssimos estudos publicados sobre o tema. As pesquisas são voltadas para questões técnicas e não para o processo de ensino-aprendizagem e o uso e a aplicabilidade dos dispositivos móveis entre os idosos. Para a aprendizagem inicial deste tipo de recurso o recomendado é apresentar os principais conceitos sobre o tema e, principalmente, mostrar de forma prática o uso dos dispositivos móveis e aplicação no cotidiano (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2016).

Ferreira *et al.* (2015) ressalta que para trabalhar com este público exige constantemente trabalhar o respeito pelas diferenças, estabelecer relações interpessoais positivas de indivíduos que vão se conhecer e reconhecer uns aos outros, com diferentes níveis de autoimagem, autoestima e autoconceitos, elementos afetivos, entre outros temas diretamente relacionados à educação e à inclusão.

Considerando as necessidades do aluno-idoso, o Quadro 1 apresenta recomendações que podem ser implementadas para a boa condução do processo de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de projetos e intervenções de letramento digital em dispositivos móveis.

## Quadro 1 - Recomendações para execução de cursos e oficinas

ESTRATÉGIAS	TÉCNICAS DE ENSINO
Organizar o conteúdo de ensino a partir dos interesses do grupo	Organizar o material didático de apoio solicitando-se a opinião dos idosos
Salas pequenas e preferencialmente com um tutor para cada aluno-idoso, possibilitando o feedback imediato do conhecimento	Seguir etapas gradativas de aprendizagem
Mais tempo para a execução e repetição das tarefas	Utilizar os conhecimentos prévios dos idosos
Recomendar a utilização de dispositivos móveis de fácil touchs creen e usabilidade	Organizar intervenções programadas para serem realizadas em ambientes do cotidiano
Criar acesso às redes sociais para contato contínuo do grupo	Solicitar aos idosos que avaliem o programa de ensino

Fonte: Adaptado de Doll, Machado e Cachioni (2016)

Com o intuito de descrever uma intervenção de inclusão digital com *tablets*, o presente estudo, realizado com idosos de uma UnATI, apresenta a metodologia, os conteúdos ministrados, e os resultados da avaliação.

### Métodos

A pesquisa teve caráter exploratório, descrito e analítico relativo à intervenção educativa de inclusão digital com uso de *tablets* para pessoas idosas. A amostra foi composta por pessoas idosas ingressantes na UnATI da Escola de Artes, Ciências e Humanidade da Universidade de São Paulo (EACH-USP) que se matricularam no Programa Idosos On-line. Estes alunos foram convidados a participar da pesquisa e a registrar seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da EACH-USP, sob o número do Parecer 1.180.722 de 10/08/2015.

Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram: pessoas com 60 anos ou mais de ambos os sexos,

matriculadas no Programa Idosos On-line da UnATI EACH-USP, que não possuíam conhecimento prévio dos aplicativos selecionados em relação ao uso de *tablets*. Foram excluídos da amostra pessoas com limitações visuais, auditivas e motoras que impediam a compreensão de instruções e a realização de tarefas cognitivas; pessoas com outras doenças clínicas não controladas (como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus), ou doenças psiquiátricas, como depressão grave, esquizofrenia, transtorno bipolar, entre outras. Também foram excluídos idosos com nota inferior a 78 pontos no ACE-R (Exame Cognitivo de Addenbronke), com escolaridade menor que quatro anos, e que não dispuseram de 15 horas semanais para participar do programa no período de agosto a outubro de 2015.

Os idosos participantes da pesquisa foram divididos em três grupos, sendo um intervenção e dois controles: 1 - grupo de intervenção que participou de oficinas de aprendizado com *tablets* e aplicativos; 2 - grupo de atividades sociais, sem investimento de ensino de novas habilidade intelectu-

ais; 3 - grupo controle que não recebeu intervenção ao longo da aplicação da pesquisa, mas participou do pré teste e pós teste.

Foi agendada uma entrevista individual de, aproximadamente, 90 minutos cujas respostas compuseram o banco de dados de pré-teste, e após o período da intervenção eles foram convidados a fazer o pós-teste. Na entrevista, os participantes foram submetidos a um protocolo de avaliação que continha o Questionário sociodemográfico (idade, escolaridade, sexo, renda, estado civil, doenças) e o questionário da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME, 2008). Ao término da intervenção, os participantes foram avaliados por meio da Escala de Satisfação, Avaliação e Atitudes em Relação ao Aprendizado em Cursos de Informática proposta por Villar (2003), adaptada para versão tablet. Este instrumento é composto por questões sobre o material, professor e conteúdo, sendo as respostas apresentadas em escala tipo Likert.

No grupo de intervenção, os idosos participaram de um programa de 10 semanas, onde se comprometeram a passar no mínimo 15 horas semanais a aprender um novo conjunto de competências associadas ao tablet. Isto incluiu duas aulas de formação de duas horas e meia, que foram realizadas a cada semana EACH-USP e 10 horas o idoso se comprometeu a realizar em casa as atividades que foram registradas em um diário. Todas as aulas foram conduzidas pela pesquisadora (instrutora principal), que disponibilizou aos alunos um detalhado manual. Três alunas do último semestre do Curso de Bacharelado em Gerontologia da EA-

CH-USP foram instrutoras colaboradoras. O Programa para uso de tablet foi realizado em dois laboratórios de informática do Programa Idosos On-line da UnATI EACH-USP. Os tablets utilizados foram iPads da marca Apple e tablet Samsung Galaxy Note 10.1. 2014. Desbloqueado. 3G. Tela 10.1. 16 GB, ambos tablets possuíam funcionalidade para os aplicativos selecionados (*Facebook, Skype, Instagram*).

A primeira semana de aula teve como foco aprender as funções básicas e navegação do tablet (por exemplo, controles de *hardware*, configurações de *software*, de volume) e descobrir a variedade de aplicativos disponíveis. As outras semanas subsequentes foram organizadas por temas, em que os participantes aprenderam a função e utilização de aplicativos relacionados ao tema. Cada encontro semanal foi desenvolvido sob a seguinte estrutura:

1. Introdução do tema do dia: Aplicativo que será utilizado (20 minutos). Os aplicativos do tablet utilizados foram os seguintes:

- “Conectividade e Redes Sociais” - os participantes aprenderam a se cadastrar nas redes sociais, adicionar amigos, upload de fotos, e jogar jogos que usam redes sociais como plataformas. F a r e m o s o cadastro no *Facebook*, e foram apresentados como encontrar novos amigos, conversar de forma privada, publicar algo no feed de notícias de forma pública, privada e amigos; também foi apresentado como curtir, comentar e compartilhar publicações e como excluir posteriormente. Os idosos aprenderam também a utilizar o aplicativo *Skype* para se comuni-

car e conversarem entre si e com novos amigos.

- “Saúde”- os idosos receberam dicas e recursos para a saúde. Serão apresentados aplicativos, como o *Drink Water*, para o idoso lembrar de tomar água. *Foodweeks*, verifica as calorias que foram ingeridas no dia.

- “Finanças” - os participantes aprenderão a baixar e utilizar aplicativos do banco que utiliza. Foi ensinado aos idosos a logarem no aplicativo do banco o qual usam e efetuar pagamentos através do leitor de código de barras.

- Utilizaram um diário para documentar a quantidade de tempo que passaram utilizando o tablet em suas residências. Também foi perguntado a cada começo de aula o que eles trabalharam durante as 10 horas adicionais e anotado pelo instrutor.

2. Interação e uso da(s) ferramenta(s) proposta(s) com duração de 60 minutos com 15 minutos de intervalo.

3. Reunião de grupo ao final da oficina para avaliação do trabalho do dia com duração de 15 minutos.

4. Exercícios que foram realizados em casa. Os alunos realizaram exercícios voltados às aulas de cada semana em suas residências durante 10 horas semanais. Por exemplo, quando o instrutor iniciou o aprendizado do Aplicativo *Instagram*, os idosos fizeram em casa o uso do aplicativo, como *upload* de imagens, curtir e comentar. Também neste aplicativo, nas horas adicionais, a tarefa será

desenvolvida com a supervisão, via rede, do instrutor.

Os alunos usaram um manual confeccionado pela pesquisadora como complemento de informações sobre como utilizar os tablet e seus aplicativos. Como observado nos estudos em que tiveram como objetivo o ensino de informática para idosos (KACHAR, 2003; XAVIER, 2007; MARCONDES, 2008; SALES; MARIANI; ALVAREZ, 2009; ORDONEZ; YASSUDA; CACHIONI, 2011) há a necessidade de organizar uma apostila de apoio para os cursos direcionados a este grupo, pois as informações e explicações tendem a ser armazenadas em agendas e folhas avulsas, que geralmente são perdidas ou esquecidas em casa, e isso pode dificultar o entendimento posterior. Desta forma, a apostila utilizada foi composta pelos temas abordados em classe: Conectividade e Redes Sociais (*Facebook, Instagram, Skype*), saúde (*My drink water, Tudo Gostoso*) e Finanças (*Banco do Brasil*), contava também com figuras ilustrativas e passo-a-passo. Os temas orientadores do material de apoio para o curso foram: a) fornecer informações básicas a serem consultadas; b) exercitar em outro local o que havia sido aprendido; c) servir de referência ao que estão aprendendo e propiciar o acompanhamento das etapas de evolução das aulas; d) fornecer um espaço adequado para anotar as novas informações, construídas no próprio processo vivenciado, como mais um caminho para o entendimento da situação-problema em que estão envolvidos (KACHAR, 2003).

No grupo de atividades sociais (controle) igualmente ao grupo de intervenção, os idosos participaram de um programa de 10 semanas, onde se comprometeram a passar no mínimo

15 horas semanais a participar de atividades cujos temas envolveram viagens, história e arte. Isto incluiu duas aulas de formação de duas horas e meia, que foram realizadas a cada semana na EACH-USP e 10 horas o idoso irá se comprometer a realizar atividades adicionais com o grupo o qual faz parte. Todas as aulas foram conduzidas pela pesquisadora (instrutora principal). Três alunas do último semestre do Curso de Bacharelado em Gerontologia da EACH-USP foram instrutoras colaboradoras.

As atividades previstas foram organizadas em torno de dinâmicas semiestruturadas e foram dependentes de conhecimentos já existentes entre o grupo, ao invés da inserção de novas informações. Os idosos puderam compartilhar memórias, histórias e bens que forem relacionados à dinâmica, e oportunamente realizaram um passeio de campo relacionada com o tema (por exemplo, museu de arte) com o grupo. Além das duas sessões semanais, os participantes se comprometeram a 10 horas adicionais de atividades com o grupo a cada semana, o que pode incluir tarefas como, por exemplo, troca de receitas, visitar um museu, participar de outra atividade na EACH-USP.

Foram propostas atividades adicionais, como filmes, caça-palavras, quebra-cabeças baseados em conhecimento prévios; leitura de artigos populares de revistas informativas; como também ouvir músicas clássicas disponíveis na “Biblioteca do Cérebro” (local onde concentra todas as atividades que deveriam ser realizadas nas residências). Cada encontro semanal foi desenvolvido sob a seguinte estrutura:

1. Introdução do tema do dia: Explicação da dinâmica do dia (20 minutos).
2. Interação e uso da(s) ferramenta(s) proposta(s) com duração de 60 minutos com 15 minutos de intervalo.
3. Reunião de grupo ao final da oficina para avaliação do trabalho do dia com duração de 15 minutos.
4. Atividades complementares.

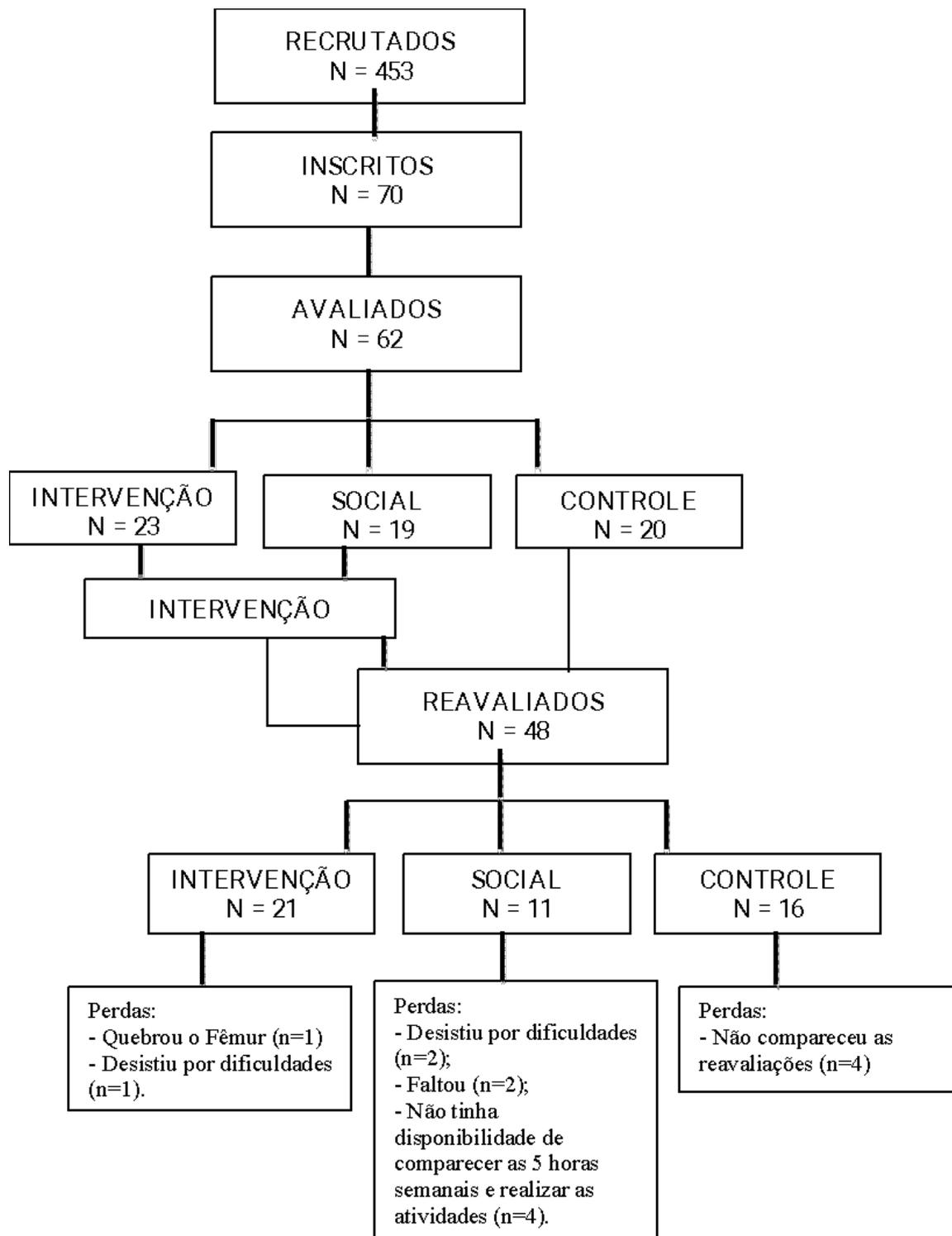
O segundo grupo controle realizou o preenchimento de um diário completo de suas atividades e tempo que realizou cada uma delas durante o período da intervenção. Eles preencheram o pré-teste e o pós-Teste. Após a finalização da pesquisa, aqueles idosos que desejaram, puderam participar de um programa de ensino de uso de tablet.

As informações obtidas mediante a aplicação dos instrumentos foram submetidas à análise estatística descritiva. Para descrever o perfil da amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, foi elaborada uma tabela de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas, como medidas de posição e dispersão, das variáveis contínuas. Os dados foram digitados e analisados no programa computacional SPSS v.20.0.

## Resultados

O estudo teve a participação de 62 pessoas idosas. O fluxograma dos participantes representado na Figura 1 indica a quantidade de pessoas recrutadas, inscritas e avaliadas/reavaliadas na pesquisa, bem como os motivos que levaram à desistência de participantes na fase de reavaliação.

**Figura 1** - Fluxograma dos Participantes



Fonte: Autores, 2018.

A Tabela 1 corresponde aos dados de caracterização da amostra do estudo. Observa-se que do total de 62 participantes a maioria eram mulheres (82,5%) que residiam com o cônjuge e outros familiares (33,3%), apresentavam escolaridade elevada (34,9%), com renda média de 1-3 salários mínimos (33,3%) e classificação socioeconômica C (38,1%). Destaca-se também que 85,7% eram aposentados com idade média de 68 anos.

**Tabela 1** - Dados de caracterização da amostra do estudo (n=62)

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	15,9
Feminino	52	82,5
<b>Com quem mora</b>		
Sozinho	02	03,2
Cônjuge e outros familiares	37	58,7
Filhos	07	11,1
Outros familiares	16	27,0
<b>Grupos de idade</b>		
60-64	09	14,5
65-69	27	43,6
70-74	16	25,8
75-79	10	16,1
Média (DP)	68,87(5,0)	
Mediana	68,0	
Mínimo – Máximo	60,0-79,0	
<b>Escolaridade (em anos)</b>		
4 anos	08	12,7
De 5 a 8 anos	13	20,6
De 9 a 11 anos	18	28,6
12 anos ou mais	22	34,9
<b>Renda Familiar (em salários mínimos)</b>		
0-1 salários mínimos	07	11,1
De 1,1 a 3 salários mínimos	21	33,3
De 3,1 a 5 salários mínimos	15	23,8
Acima de 5,1 salários mínimos	14	22,2
<b>Classificação Socioeconômica</b>		
Classe A	07	11,1
Classe B	29	46,1
Classe C	24	38,1
Classe D	01	01,6
<b>Aposentado ou Pensionista</b>		
Não	07	11,1
Sim	54	88,6

Fonte: Autores, 2023.

A Tabela 2 corresponde às médias e desvios padrão dos grupos no pré e no pós-teste, demonstrando que não havia diferença estatística entre os grupos pré e pós intervenção para as variáveis Idade, EDG, ACE-R e MEEM, somente diferenciando nas médias entre os grupos referentes à escolaridade.

**Tabela 2** - Características demográficas e clínicas dos grupos Tablet (n=21), Placebo (n=16), Controle (n=11) que completaram o pré e o pós teste.

Característica	Grupo Intervenção (n=21)		Grupo Social (n=16)		Grupo Controle (n=11)		p-valor
	M	DP±	M	DP±	M	DP±	
Idade	68,57	4,85	68,63	5,89	69,91	3,91	0,751
Escolaridade	11,62	3,62	12,17	5,95	7,40	3,56	0,028 <sup>a</sup>
EDG	2,14	2,74	3,63	3,46	2,64	2,20	0,312
ACE-R	90,71	5,97	88,19	7,12	88,0	4,18	0,354
MEEM	27,57	2,08	27,38	1,89	27,52	1,93	0,933

Nota: ACE-R = Exame Cognitivo de Addenbronke; MEEM= Mini- Exame do Estado Mental; EDG= Escala de Depressão Geriátrica. p-valor: Anova, a = GT e GP ≠ GC. Fonte: Autores, 2023.

Ao final das Oficinas os participantes do grupo intervenção responderam a avaliação sobre a metodologia utilizada e as principais dificuldades. Conforme representado na Tabela 3, mais de 50% dos participantes do grupo de intervenção acharam o material muito fácil de entender e 66,7% deles avaliaram o dispositivo como muito útil. Após responderem sobre o material, os participantes avaliaram a didática do professor. Observou-se que mais de 70% destacaram como muito/muitíssimo claro, e mais de 80% apontaram o professor como facilitador e incentivador de participação. Quanto ao conteúdo das Oficinas, 55,6% destacaram que em relação ao conteúdo foi pouco fácil de entender, porém muito útil (66%) e que poderia ser utilizado no cotidiano (77,8%). Os alunos também responderam sobre o tempo de duração da Oficina, o qual foi considerado suficiente (77,8%). O material recebido foi avaliado como bom (88%), e o tablet também (77,8%). Quando questionado sobre as instalações, 55% destacou como serem boas (55,6%).

**Tabela 3** – Dados sobre material, professor, conteúdo e oficina na percepção dos idosos participantes da Oficina Idosos Online tablet (Grupo Intervenção), segundo o instrumento de Villar (2003).

Variável	(%)
<b>Material</b>	
<i>Fácil de entender</i>	
Pouco	33,3
Muito	55,6
Muitíssimo	11,1
<i>É útil</i>	
Pouco	22,2
Muito	66,7
Muitíssimo	11,1
<b>Professor</b>	
<i>Foi claro e objetivo</i>	
Pouco	22,2
Muito	66,7
Muitíssimo	11,1
<i>Facilitou e incentivou participação</i>	
Pouco	11,1
Muito	55,6
Muitíssimo	33,3

[cont]

[cont]

Variável	(%)
<b>Conteúdo das Oficinas</b>	
<i>Foram fáceis de entender</i>	
Pouco	55,6
Muito	44,4
<i>São úteis</i>	
Pouco	33,3
Muito	44,4
Muitíssimo	22,2
<b>Poderei utilizá-lo no meu dia-a-dia</b>	
Pouco	22,2
Muito	55,6
Muitíssimo	22,2
<b>Oficina</b>	
<i>Duração</i>	
Excelente	11,1
Bom	77,8
Razoável	11,1
<i>Número de Participantes</i>	
Bom	44,4
Razoável	55,6
<i>Material Recebido</i>	
Bom	88,9
Razoável	11,1
<i>Tablet utilizado</i>	
Excelente	22,2
Bom	77,8
<i>Instalações onde se desenvolveu o curso</i>	
Excelente	11,1
Bom	55,6
Razoável	22,2
Péssimo	11,1

Fonte: Autores, 2023.

A Tabela 4 corresponde às percepções dos alunos após a oficina. Cerca de 77,8% dos participantes responderam saber mais sobre internet e tecnologias e 66,7%, saber utilizar os aplicativos disponíveis no tablets. A satisfação

em aprender um novo instrumento foi identificada entre os participantes, os quais passaram a gostar mais das novas tecnologias (77,8%). Porém, alguns ainda são inseguros na utilização do dispositivo (44,4%).

Quando questionados sobre terem conhecido pessoas com interesses parecidos e manter contato com as pessoas do curso, 88,9% responderam que muito, mantiveram este contato com as pessoas do curso e gostariam de fazer mais cursos deste tipo, pois conheceram novas formas de um mundo virtual que não conheciam (100%), porém nem todos acreditam saber mais sobre internet e tecnologias (77,8%).

**Tabela 04** – Percepções dos participantes após a Oficina, segundo o instrumento de Villar (2003)

Após o término da intervenção	(%)	Após o término da intervenção	(%)
<i>Sei mais sobre Internet e Tecnologias</i>		<i>Conheci muitas pessoas com interesses parecidos aos meus</i>	
Pouco	22,2	Pouco	11,1
Muito	77,8	Muito	88,9
<i>Sei fazer coisas com o tablet que antes não sabia</i>		<i>Manter contato com as pessoas do curso</i>	
Pouco	22,2	Muito	88,9
Muito	66,7	Muitíssimo	11,1
Muitíssimo	11,1	<i>Gostaria de fazer mais cursos deste tipo</i>	
<i>Passei a gostar mais das novas tecnologias</i>		Muito	55,6
Pouco	22,2	Muitíssimo	44,4
Muito	55,6	<i>Conheci novas formas de um mundo virtual qual não conhecia</i>	
Muitíssimo	22,2	Muito	77,8
<i>Me sinto seguro e capaz quando utilizo o tablete</i>		Muitíssimo	22,2
Pouco	44,4	<i>Sei mais sobre Internet e Tecnologias</i>	
Muito	44,4	Pouco	22,2
Muitíssimo	11,1	Muito	77,8

Fonte: Autores, 2023.

## Discussão

Em relação as características sociodemográficas, a amostra foi bastante semelhante à de outras coortes brasileiras, com maioria da amostra composta pelo sexo feminino,. Dentro desse contexto, destaca-se o processo da feminização da velhice (SALES *et al.*, 2014), que tem sido amplamente analisado e discutido. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo e as estimati-

vas são de que as mulheres vivam, em média, de 5 a 7 anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 (IBGE, 2010). A prevalência do gênero feminino nos faz refletir sobre a resistência dos homens a buscar inovações tecnológicas e melhorias na qualidade de vida (LOLLI; MAIO, 2015).

Por meio dos resultados, observa-se a satisfação dos alunos em re-

lação às aulas. Essa satisfação revela a qualidade do trabalho desenvolvido nas oficinas, uma vez que foi oferecido aos idosos espaços para o exercício da criatividade, da socialização, construção e reconstrução do conhecimento, do desenvolvimento do pensamento, e da capacidade de memorização (MACHADO, 2007). É necessário estabelecer relações interpessoais positivas com pessoas que vão se conhecer e reconhecer uns aos outros, com diferentes níveis de autoimagem, autoestima e autoconceitos, elementos afetivos, entre outros temas diretamente relacionados à educação e à inclusão (FERREIRA *et al.*, 2015).

Ao correlacionar as percepções de idosos sobre acessibilidade e facilidade de manejo de tablets, Machado e Vergara (2012) em estudo com adultos e idosos, entre 50 e 60 anos de idade, relataram os impactos sociais que as mudanças tecnológicas proporcionam e em relação ao aprendizado todos os participantes foram aumentando seu desempenho durante os testes, assim demonstrando que o aprendizado ocorre gradativamente. No presente estudo, trabalhou-se gradativamente das funções básicas e navegação do tablet às variedades de aplicativos disponíveis. Os aplicativos foram selecionados por temas, e os participantes aprenderam todas as etapas de suas aplicabilidades.

Sabe-se que o uso de nova tecnologia pode gerar motivação e melhoras no processo de aprendizado (CARNEIRO; ISHITANI, 2014). Machado, Longhi e Behar (2013) afirmam que a construção de estratégias de abordagens educacionais para preparar pessoas idosas no domínio operacional dos recursos tecnológicos, gerar a alfabe-

tização da nova linguagem que se faz presente em todos os setores da sociedade, promover a inclusão do idoso na era digital, são questões importantes que podem gerar intervenções e pesquisas científicas, como realizado na pesquisa ora apresentada. A perspectiva deste processo é tornar as pessoas capazes de usufruir dos recursos tecnológicos e desenvolver a criticidade na sua utilização ao longo da vida.

É importante destacar que há restrições decorrentes da idade como o declínio da percepção visual e da audição, como também da capacidade de memorização e da velocidade de processamento de novas informações; redução do controle motor e da destreza (MONTEIRO, 2014). Foi levado em consideração o que Doll, Machado e Cachioni (2016), relatam sobre as turmas de alunos serem pequenas e de preferência que haja monitores/tutores auxiliando o professor durante as aulas.

Considerando-se as necessidades do aluno-idoso em relação ao desempenho diante das tarefas propostas no final da oficina, observou-se que a maioria apresentou avaliação satisfatória. Nos achados apresentados por Machado (2007), verificou-se que, após um tempo de manuseio do computador, os idosos demonstraram indicativos de satisfação com o próprio desempenho, expressaram sentimentos de inclusão no mundo tecnológico e social. Ordoñez, Yassuda e Cachioni (2011) demonstram que a satisfação com o professor, o conteúdo, e as atitudes positivas em relação à oficina, exerceram forte influência no rendimento dos participantes. Assim como no presente estudo, os participantes demonstraram satisfação positiva em relação ao professor, desta forma, ressalta-se a importância

também da motivação oferecida ao longo do processo de aprendizagem e não apenas nos estágios iniciais.

Tompsonski (2003) relata que apesar da dificuldade de aprendizado devido aos declínios sensoriais e da capacidade da memória de curto prazo, o aluno idoso quando bem orientado e motivado, tende a se sentir satisfeito e amparado e, conseqüentemente, apreende novas informações de forma tão eficaz como os alunos mais jovens, corroborando com os nossos achados.

Os resultados obtidos nas oficinas reiteram que, embora necessitem de mais tempo que os adultos mais jovens, os idosos são capazes de aprender a usar os dispositivos móveis, como os tablets (KACHAR, 2010). Estudos como de Candido (2015) apontam como o processo de inclusão digital possibilita a reconstrução das crenças de autoeficácia em idosos favorecendo um envelhecimento bem-sucedido.

Há evidências de que a estimulação crítica sobre a tarefa intelectual que o idoso está desempenhando pode ajudar no processo de aprendizagem. Esta estimulação crítica é uma forma de promover a adaptação e flexibilização dos idosos com relação ao modelo de ensino posto em prática numa intervenção histórica sobre informática e internet, e ao trabalhar informações de interesse comum, como os de saúde e envelhecimento durante as aulas, acredita-se, no presente estudo, que se tenha promovido tal estimulação (MARTINS, 2016).

A preparação de uma apostila para o curso também auxiliou no aprendizado dos participantes. O feedback das ações, a preparação com antecedência das instruções de forma facilitada, e o delineamento claro do objetivo princi-

pal das tarefas a serem aprendidas, foram atividades fundamentais do pesquisador no ensino do uso de tablet para o idoso (ORDONEZ; YASSUDA; CACHIONI, 2011).

É importante ressaltar, que para se elaborar uma oficina de inclusão digital, é necessário considerar quem são os idosos, suas principais características e motivações. É preciso conhecer todos os aspectos pertinentes ao processo do envelhecimento, para se organizar um programa adequado, e de acordo com a realidade dos participantes envolvidos.

Assim como Machado (2007) afirma, as novas tecnologias vêm forçando mudanças nos métodos de ensino, esses métodos precisam ser sempre atualizados e atraentes, para que ofereçam o efetivo aprendizado. Utilizadas adequadamente tornam o ensino interessante, estimulam a criatividade, a curiosidade e a comunicação. Aprender a utilizar o tablet representa, para a maioria dos idosos, uma conquista especial.

O prazer de aprender a executar um novo aplicativo (maioria dos idosos relataram que foi bom) trouxe benefícios e relatos positivos aos idosos, muitos relataram durante as intervenções que atualmente conversam pelo skype com netos, filhos que se encontram em outras cidades de diferentes estados do Brasil. Além disso, a inserção de uma nova tecnologia móvel no cotidiano do idoso oferece condições para que ele consiga realizar de forma autônoma, a comunicação por intermédio de novos aplicativos como, por exemplo, o *Skype*, publicar fotos e compartilhar momentos pelo *Facebook* e o *Instagram*.

O meio digital pode possibilitar tanto a manutenção dos contatos de qualidade existentes quanto oportuni-

dades para satisfação de outras necessidades para além das emocionais, as redes dos idosos formada por maioria de amigos e familiares, eles também fazem uso com o intuito de apropriar-se dessa rede social já existente com o intuito de ter acesso à novos saberes (CHIARELLI, 2017). O aprendizado destes aplicativos apontam que para os idosos estes aplicativos podem trazer benefícios em suas relações sociais, o que os motivam a este novo aprendizado e como resultado a curiosidade por um novo aprendizado tem feito com que percebam que não há limites para se aprender nesta fase da vida também.

Limitações do presente estudo incluem a dificuldade de comparar os resultados atuais com pesquisas brasileiras sobre este tema, visto que não foram encontrados estudos nacionais sobre inclusão digital com uso de tablets. Para estudos futuros, sugere-se a replicação da metodologia da presente pesquisa, com maior número de aulas e menor número de participantes, visando a relação entre aprendizagem, desempenho cognitivo, satisfação, motivação, atitudes e crenças em relação ao uso de dispositivos móveis.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS INSTITUTOS DE PESQUISA DE MERCADO [Abipeme]. **Crerios de classificaço socioeconômico do Brasil (CCSEB)**. São Paulo: ABA, ANEP, ABIPEME, 2008.
- ALVES, Vicente; VIANNA, Lucy. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 68, p.489-510, 2010.
- BARROS, Edaiane *et al.* Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estimulado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p.95-101, 2012.
- BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Ata VII Reunião do Comitê de Ajudas Técnicas – CAT**, Brasília, 2007.
- CANDIDO, Helena. **O uso de dispositivos móveis pelos idosos: um estudo de caso**. 2015. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Mídias na Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- CARNEIRO, Rommel; ISHITANI, Lucila. Aspectos de usabilidade de mobile learning voltado para usuários com restrições decorrentes da idade. **Revista Brasileira de Computação Aplicada**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 81-94, 2014.
- CARVALHO, Eliana; ARANTES, Rodrigo; CINTRA, Angélica. A inserção de idosos do Instituto Henrique da Silva Semente (IHSS) no município de Indaiatuba/SP na era digital: contribuições fisiogerontológicas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.567-575, 2016.

- CHIARELLI, Tássia. **Relações sociais na velhice via Facebook**: um exame da extensão da teoria da seletividade socioemocional. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Gerontologia – Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, 2017.
- DEVORE, Elizabeth *et al.* Prediction of Long-term Cognitive Decline Following Postoperative Delirium in Older Adults. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 72, n. 2, p.1697-1702, 2017.
- DOLL, Johannes; MACHADO, Letícia; CACHIONI, Meire. O idoso e as novas tecnologias. *In*: FREITAS, Elizabete; PY, Ligia. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016, p.1604-1611.
- FERREIRA, Sônia *et al.* Training effects on older adults in information and communication technologies considering psychosocial variables. **Educational Gerontology**, v. 41, n. 7, p.482-493, 2015.
- GRAAFMANS, Jan; BROUWERS, Tonny. Gerontechnology™, the Modelling of Normal Aging. **Proceedings of the Human Factors Society Annual Meeting**, v. 33, n. 3, p.187-189, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. interação em novas tecnologias. Um estudo aplicado com idosos. *In*: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE ERGONOMIA E USABILIDADE DE INTERFACES HUMANO-TECNOLOGIA**, nº 12., 2012, Natal. Anais... Natal: Blucher Proceedings, 2012. p.1-9.
- KACHAR, Vitória. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.131-147, 2010.
- KACHAR, Vitória. **Terceira idade e Informática**: aprender revelando potencialidades. São Paulo: Cortez, 2003.
- LOLLI, Maria Carolina; MAIO, Eliane. Uso da tecnologia para idosos: perfil, motivações, interesses e dificuldades. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, Sinop, v. 5, n. 2, p.211-223, 2015.
- MACHADO, Lais; VERGARA, Lizandra. Análise de aspectos sensoriais e cognitivos ligados a
- MACHADO, Letícia; LONGHI, Magali; BEHAR, Patrícia. Domínio tecnológico: saberes e fazeres na educação à distância. *In*: BEHAR, Patrícia Alejandra (Org.). **Competências em Educação à Distância**. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 56-80.
- MACHADO, Maria Alice. O movimento dos idosos: um novo movimento social? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 221-233, 2007.
- MARCONDES, Andrea. **Informática para iniciantes**. São Paulo: Livro Pronto, 2008.
- MARTINS, Tânia Andreia. **Impacto de um programa de intervenção centrado na dança na cognição em idosos institucionalizados**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Curso Atividade Física e Saúde no Idoso – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2016.
- MONTEIRO, Maria Laura. **A limitação de acesso e a limitação cognitivo informacional de idosos em interação com Websites de Secretarias Esta-**

- duais de Turismo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.40-53, 2010.
- NIMROD, Galit. In support of innovation theory: innovation in activity patterns and life satisfaction among recently retired individuals. **Aging and Society**. Cambridge, v. 28, n. 6, p. 831-846, 2008.
- OLIVEIRA, Márcia; TOSCHI, Mirza. Idoso: que tendência seguir? *In*: **SEMINÁRIO DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, ENSINO E EXTENSÃO DO CC-SEH- SEPE**, nº 1, 2015. Anápolis. Anais... Anápolis: Universidade Estadual de Goiás, 2015, p.1-11.
- ORDONEZ, Tiago; YASSUDA, Mônica; CACHIONI, Meire. Elderly online: effects of a digital inclusion program in cognitive performance. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 53, n. 2, p.216-219, 2011.
- PERRACINI, Mônica. Gerontotecnologia. *In*: NERI, Anita (org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.
- SALES, Márcia *et al.* Tecnologias de Informação e Comunicação via web: preferências de uso de um grupo de usuários idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.59-77, 2014.
- SALES, Márcia; MARIANI, Antônio; ALVAREZ, Ângela. **Informática para a terceira idade**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2009.
- TOMPOROWSKI, Phillip. Performance and perceptions of workload among young and older adults: effects of practice during cognitively demanding tasks. **Educational Gerontology**, v. 29, n. 5, p. 447-466, 2003.
- VILLAR, Feliciano. Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación. **evista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 38, n. 2, p. 86-94, 2003.
- WAHL, Hans-Werner; CLAßEN, Katrin; OSWALD, Frank. Technik als zunehmend bedeutsame Umwelt für Ältere: Ein Überblick zu Konzepten, Befunden und Herausforderungen. *In*: FACHINGER, Uwe; HENKE, Klaus-Dirk (eds.). **Der private Haushalt als Gesundheitsstandort: Theoretische und empirische Analysen**. Baden-Baden: Nomos, 2010, p.15-32.
- WAHL, Hans-Werner; MOLLENKOPF, Heidrun. Impact of everyday technology in the home environment on older adults' quality of life. *In*: CHARNESS, Neil;
- SCHAIE, Warner (eds.). **Impact of technology on successful aging**. New York: Springer, 2003, p. 215-241.
- WOOLRYCH, Ryan. Gerontechnology: creating enabling environments to meet the challenges and opportunities of an aging society. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 56, n. 2, p. 5-6, 2016.
- XAVIER, André Junqueira. **Estado cognitivo, capacidade funcional e o processo de inclusão digital de idosos**. 2007. Tese (Doutorado) – Curso do Departamento de Informática em Saúde – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2007.

# CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Alexandra Lindy Silva Cezar, Suzana Carvalho Vaz de Andrade, Flávio Rebuscini e Ruth Caldeira de Melo

A avaliação multidimensional da população idosa, também conhecida ou denominada como global, ampla, geriátrica ou exaustiva, dentre outros termos, permitem levantar informações do estado biopsicossocial dos idosos e, conseqüentemente, identificar possíveis riscos, demandas e potencialidades para o planejamento da atenção gerontológica (LUK; OR; WOO, 2000; WELSH; GORDON; GLADMAN, 2014; WILKINSON; HARPER, 2021).

Para ser adequada, este tipo de avaliação deve constituir-se como um processo dinâmico e contínuo e precisa ser ampla, sistemática e individualizada, incluindo aspectos relacionados à: saúde mental, saúde física, funcionalidade, condições socioeconômicas, culturais e ambientais, além das preferências e expectativas da pessoa idosa e sua família, atentando-se a condições que vão além das questões clínicas tradicionalmente preconizadas pela medicina e pela reabilitação (WELSH; GORDON; GLADMAN, 2014; GLADMAN et al., 2016; WILKINSON; HARPER, 2021).

A efetividade das avaliações multidimensionais na população idosa passou a ser evidenciada aos longo dos anos, através dos benefícios constata-

dos em diferentes estudo, incluindo a maior precisão diagnóstica, a melhora ou manutenção do estado funcional, afetivo e cognitivo, o prolongamento da sobrevida e da permanência na própria residência, a redução de custos/uso de cuidados médicos e institucionais, a detecção de problemas até então desconhecidos, a maior assertividade nas intervenções, a melhora na qualidade do cuidado, dentre outros (BARRAGÁN; DE GÓMEZ BARRAGÁN; RAMALLE-GÓMARA, 2003; COUNSELL et al., 2007; ELLIS et al., 2011; HÄSELER-OUART et al., 2021; WILHELMSON et al., 2022).

A estrutura e os instrumentos utilizados para compor as avaliações multidimensionais da população idosa variam muito dependendo do local

de aplicação, equipe responsável e características dos assistidos (LUK; OR; WOO, 2000; WILHELMSON et al., 2022). Independente dos instrumentos utilizados, é importante garantir que estes sejam válidos e confiáveis. Assim, é necessário que o pesquisador seja muito crítico na escolha e/ou construção de um instrumento, pois fazê-lo erroneamente é desastroso não só para a pesquisa, mas em especial para os desfechos da assistência (DEVELLIS, 2016).

Entretanto, o contexto de pesquisas brasileiras sobre avaliação de idosos parece constituir-se por apresentações metodológicas confusas, utilização assistemática de instrumentos, com raridade e pouca preocupação em adaptá-los formalmente, assim como, pouca importância à avaliação de propriedades psicométricas quando novos instrumentos são desenvolvidos (SILVA; REBUSTINI, 2021; KUANG et al., 2016)

Diante destas considerações, o presente estudo teve o objetivo principal de mapear e avaliar as características psicométricas de instrumentos de avaliação multidimensional de idosos validados atualmente na literatura internacional. Como objetivos específicos pretendeu-se verificar a presença de adaptação transcultural e validação para a população brasileira das escalas encontradas e, consequentemente, analisar as características psicométricas das escalas usadas nacionalmente.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática realizado de acordo com as recomendações da PRISMA (LIBERATI et al., 2009).

## Estratégias de Busca

As bases de dados selecionadas para a presente pesquisa foram: Pubmed, SciELO (*Brasil Scientific Electronic Library Online*), Scopus e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), sendo os descritores em inglês analisados desde o seu primeiro registro até 06 de outubro de 2017. O descritor “*geriatric assessment*” e correlatos (*comprehensive geriatric assessment, comprehensive geriatric evaluation, multidimensional geriatric assessment, multidimensional geriatric evaluation*) foram combinados com descritores relacionados com a validação de escalas (*validity e reliability*) e a população alvo do estudo (*elderly, aged, older adults, aging*), utilizando-se os boleanos “AND” e “OR” quando apropriado. Os descritores em português relativos a avaliação multidimensional do idosos (avaliação geriátrica ampla, avaliação geriátrica abrangente, avaliação multidimensional do idoso) e a validação de escalas (validade e confiabilidade) foram também pesquisados nas bases de dados Scielo e LILACS.

A estratégia de busca detalhada para cada base de dados pode ser visualizada no Quadro 1. Além disso, as listas de referências dos artigos selecionados para leitura também foram utilizadas na busca de potenciais escalas, principalmente quando foi identificado na leitura completa do artigo que o mesmo não se tratava da validação original. Após a seleção final das escalas, foi feita busca adicional pelos artigos de adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa na base de dados de trabalhos acadêmicos do Google até o dia 19 de Janeiro de 2018.

**Quadro 1.** Estratégias de busca utilizadas em cada uma das bases de dados pesquisadas.

Bases	Ordem	Linha de Busca	Registros
Pubmed	1#	(((((geriatric assessment[MeSH Terms]) OR comprehensive geriatric assessment[Title/Abstract]) OR comprehensive geriatric evaluation[Title/Abstract]) OR multidimensional geriatric assessment[Title/Abstract]) OR multidimensional geriatric evaluation[Title/Abstract] OR assessment, geriatric[Title/Abstract]) OR assessments, geriatric[Title/Abstract])	23.743
	2#	validity	142.710
	3#	reliability	133.881
	4# (final)	((#1) AND #2) AND #3	637
Scielo	#1 (final)	((comprehensive geriatric assessment) OR (comprehensive geriatric evaluation) OR (multidimensional geriatric assessment) OR (multidimensional geriatric evaluation) OR (geriatric assessment) OR (geriatric evaluation)) AND (validity) AND (reliability)	17
LILACS	#1	(tw:(geriatric assessment)) AND (tw:(validity)) AND (tw:(reliability))	15
	#2	(tw:( comprehensive geriatric assessment)) AND (tw:( validity)) AND (tw:(reliability))	1
	#3	(tw:( comprehensive geriatric evaluation)) AND (tw:( validity)) AND (tw:(reliability))	1
	#4	(tw:(multidimensional geriatric assessment)) AND (tw:(validity)) AND (tw:(reliability))	3
	#5	(tw:( multidimensional geriatric evaluation)) AND (tw:( validity)) AND (tw:(reliability))	4
	TOTAL		
Scopus	#1	TITLE-ABS-KEY("geriatric assesment")	25.341
	#2	TITLE-ABS-KEY ("comprehensive geriatric assessment")	1.946
	#3	TITLE-ABS-KEY ("multidimensional geriatric assessment")	100
	#4	TITLE-ABS-KEY ("multidimensional geriatric evaluation")	22
	#5	TITLE-ABS-KEY ("comprehensive geriatric evaluation")	36
	#6	TITLE-ABS-KEY(validity)	446.516
	#7	TITLE-ABS-KEY(reliability)	700.066
	#8	((TITLE-ABS-KEY("geriatric assesment")) AND (TITLE-ABS-KEY(validity))) AND (TITLE-ABS-KEY (reliability)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	661

[cont]

Scopus	#9	((TITLE-ABS-KEY("comprehensive geriatric assessment")) AND (TITLE-ABS-KEY(quality))) AND (TITLE-ABS-KEY(reliability)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	33
	#10	((TITLE-ABS-KEY("multidimensional geriatric assessment"))) AND (TITLE-ABS-KEY(quality)) AND (TITLE-ABS-KEY(reliability)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	3
	#11	((TITLE-ABS-KEY("multidimensional geriatric evaluation"))) AND (TITLE-ABS-KEY(quality)) AND (TITLE-ABS-KEY(reliability)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	0
	#12	((TITLE-ABS-KEY("comprehensive geriatric evaluation"))) AND (TITLE-ABS-KEY(quality)) AND (TITLE-ABS-KEY(reliability)) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	0
TOTAL			697

Fonte: Autores

### Critérios de inclusão

Para a inclusão dos artigos, os seguintes critérios foram adotados: 1) estudos sobre desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação multidimensionais; 2) amostra composta por idosos (idade  $\geq$  60 anos), 3) estudos publicados na língua inglesa e língua portuguesa e 4) escalas que avaliaram no mínimo três dimensões, incluindo condições biológicas (i.e., saúde, comorbidades, mobilidade, atividades de vida diária, quedas, nutrição, uso de medicamentos, etc), psicológicas (cognição e transtornos de humor) e socioambientais (recursos financeiros, suporte social, moradia, etc).

### Critérios de exclusão

Foram excluídos artigos que não corresponderam aos critérios descritos acima, revisões da literatura e estudos nos quais as pessoas idosas avaliadas apresentavam condições específicas (por exemplo, Doença de Alzheimer). Optou-se por não excluir os artigos que envolvessem idosos com diagnóstico de câncer, já que escalas de avaliação multidimensional são muito utilizadas nesta população. Os estudos identificados como não sendo originais (ou seja, adaptações transculturais de uma determinada escala para outros países, com exceção do Brasil) foram igualmente excluídos. Os estudos referentes a avaliações multidimensionais proveniente de junção de múltiplas escalas validadas individualmente também não foram consideradas na presente revisão.

### Seleção dos artigos

Dois revisores independentes realizaram a pesquisa a partir do título e resumo dos artigos e excluíram aqueles que não corresponderam aos critérios de inclusão. Adaptações transculturais em outras línguas, artigos em duplicidade

e escalas multidimensionais com construtos específicos (por exemplo: capacidade funcional) foram excluídos do estudo. Caso houvesse discordância entre os revisores, um terceiro revisor foi consultado. Quando a mesma escala era reportada por diferentes estudos e/ou não estava claro no resumo que se tratava de uma adaptação transcultural, o artigo com data mais antiga foi selecionado para leitura completa. Se fosse constatado que o artigo não era o original, buscava-se pelo mesmo entre as referências do artigo lido na íntegra. Quando o artigo original era localizado, artigos de validação complementares ao mesmo e, bem como, a adaptação transcultural e validação para população brasileira eram pesquisados dentro da lista de trabalhos que citaram o original (via Google Acadêmico).

### Extração dos dados

As seguintes informações foram coletadas dos estudos durante a fase de extração de dados: autores, país de origem, nome da escala, acrônimo da escala (quando presente), quantidade de questões, forma de aplicação do instrumento, população de estudo (origem, quantidade, idade média, sexo) e características psicométricas (construto latente, evidências de validade de conteúdo, de estrutura interna e de relação com outras variáveis).

### Análise da Qualidade dos Estudos

Para a análise da qualidade dos estudos, utilizou-se as recomendações *Standards* (AERA; APA; NCME, 2014) na busca de evidências de validade dos instrumentos. Neste cenário, adotou-se as recomendações para as 5 etapas de evidências: Conteúdo, Processo de Resposta, Estrutura Interna, Relação com

outras variáveis e Consequência do Teste. Quando o conceito de evidências foi adotado e os critérios de qualidade dos procedimentos e dos indicadores os instrumentos foram classificados como baixo risco de viés, de forma diversa quando os conceitos contemporâneos não foram atendidos os instrumentos foram considerados com alto risco de viés quando uma ou mais destas etapas não foram identificadas nos estudos incluídos. Deve-se ressaltar que o *Standards* não recomenda o uso de checklists.

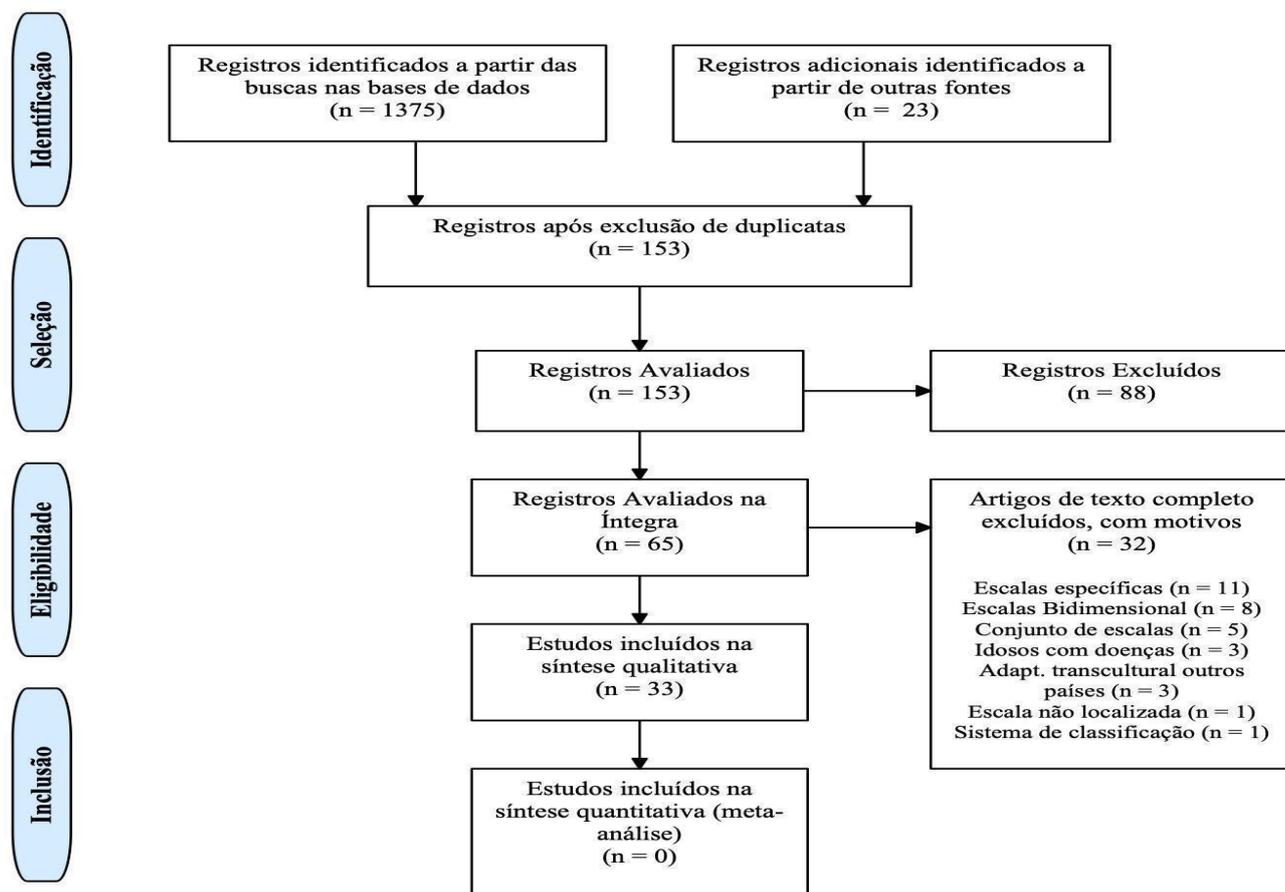
## RESULTADOS

A busca nas bases de dados retornou o total de 1375 artigos. Após a exclusão dos trabalhos duplicados, das publicações em outras línguas, das revisões da literatura e dos estudos envolvendo idosos com condições específicas, 42 artigos foram selecionados para a leitura completa. Com a leitura do artigo na íntegra, 32 artigos foram excluídos por apresentarem: 1) escalas específicas (exemplo: capacidade funcional) ( $n=11$ ), 2) escalas bidimensionais ( $n = 8$ ), 3) junção de escalas ( $n = 5$ ), 4) idosos com condições específicas ( $n = 3$ ), adaptação transcultural de outros países ( $n = 3$ ), sistema de classificação e não uma escala propriamente dita ( $n = 1$ ). Em um caso, o estudo preenchia todos os critérios mas, no entanto, a escala não estava disponível para consulta, sendo o mesmo excluído pela impossibilidade de analisar os seus domínios.

A pesquisa adicional na lista de referências dos artigos incluídos e no Google Scholar (lista de artigos que citaram o original) permitiu a inclusão de 23 estudos, totalizando 33 trabalhos incluídos e 14 escalas diferentes identificadas. A figura 1 ilustra todo processo de seleção dos artigos do presente estudo.



## PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

**Figura 1.** Fluxograma de seleção e inclusão dos estudos.

Das 14 escalas localizadas nesta revisão, metade foi desenvolvida na Holanda (50%, n=7). As demais têm origem no Canadá (14,3%, n=2), Estados Unidos (14,3%, n=2) e em outros países da Europa (21,4%, n=3). Quanto ao construto latente, foi identificado que 50% (n=7) das escalas são referentes a fragilidade, seguido por identificação de demandas/

risco de saúde (28,5%, n=4) e saúde subjetiva (7,2%, n=1). Em duas escalas (14,3%), o construto latente não estava claro em suas descrições. O número de questões variou entre 6 e 139 questões, sendo o valor médio de 35 itens (Quadro 2).

Em relação às principais formas de aplicação das escalas, 64,2% (n=9) são aplicadas (entrevista) por profissionais

da área da saúde, e 21,4% (n=3) são auto-preenchidas pelos participantes. Os locais e amostras utilizadas nas validações foram constituídas principalmente por idosos da comunidade (35,7%, n=5) e hospitalizados (14,3%, n=2). Alguns estudos incluíram também idosos de clínicas e centros de reabilitação (n=3), institucionalizados (n=3) e serviços ligados a atenção primária (n=1) (Quadro 2).

**Quadro 2.** Características da Escalas Identificadas

Referências	País de Origem	Escala	Construto Latente	Qtde Questões	Tipo de Aplicação	Local de Aplicação
(HUNT et al., 1980; HUNT; MCEWEN, 1980)	Reino Unido	NPH	Saúde subjetiva	38	Entrevista	Comunidade
(LAWTON et al., 1982)	EUA	PGMAI	Não está claro	139 (full) 40 (middle) 26 (short)	Entrevista	Comunidade
(DONALD, 1997).	EUA	EARRS	Não está claro	20	Entrevista	Comunidade Hospital
(PHILP, 1997; PHILP et al., 2002; OLDE-RIKKERT; LONG; PHILP, 2013; PHILIP et al., 2014)	Holanda	EASY-CARE Standard	Identificação de demandas	49	Entrevista	Comunidade Hospital Reabilitação Atenção primária
(VAN KEMPEN et al., 2013, 2014)	Holanda	EASY-CARE Two-step older persons screening	Fragilidade	14 (Step1) 64 (Step 2)	Observação (Step1) Entrevista (Step2)	Comunidade
(MCCUSKER et al., 1998, 1999; DENDUKURI; MCCUSKER; BELZILE, 2004; WARBURTON et al., 2004)	Canadá	ISAR	Risco de eventos adversos	27 6 (versão atual)	Auto-aplicação ou Entrevista	Hospital
STEVERINK et al., 2001; (METZELTHIN et al., 2010; DANIELS et al., 2012; PETERS et al., 2012)	Holanda	GFI	Fragilidade	15	Auto-aplicação	Comunidade Hospital e ILPI
(ROLFSON et al., 2006)	Canadá	EFS	Fragilidade	11 (nove questões e dois testes)	Entrevista	Hospital-dia Pronto Socorro Clínica de reabilitação
(GOBBENS et al., 2010)	Holanda	TFI	Fragilidade	15	Entrevista	Comunidade
(WILD et al., 2011)	Alemanha	IM-E	Cuidados complexos de saúde	20 (16 do idosos e 4 do gestor do caso)	Entrevista	Hospital Clínica de reabilitação

[cont]

(PETERS et al., 2013)	Holanda	IM-E-SA	Cuidados complexos de saúde	20	Auto-aplicação	Comunidade ILPI
(DE WITTE et al., 2013a, 2013b)	Bélgica	CFAI	Fragilidade	23	Auto-aplicação	Comunidade
(DE VRIES et al., 2013)	Holanda	EFIP	Fragilidade	50	Entrevista	Comunidade ILPI
(WARNIER et al., 2016)	Holanda	MFST-HP	Fragilidade	15	Entrevista	Hospital

NPH: Nottingham Health Profile; PGMAL: Philadelphia Geriatric Multilevel Assessment Instrument; EARRS: Elderly at Risk Rating Scale; EASY-CARE Tos: EASY CARE Two-step Older persons Screening; ISAR: Identification of Seniors At Risk Screening Tool; GFI: Groningen Frailty Indicator; EFS: Edmonton Frail Scale; TFI: Tilburg Frailty Indicator; IM-E: INTERMED for the Elderly; IM-E-SA: INTERMED for the Elderly Self Assessment; CFAI: Comprehensive Frailty Assessment Instrument; EFIP: Evaluative Frailty Index for Physical activity; MFST - HP: Maastricht Frailty Screening Tool for Hospitalised Patients. ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Quanto às medidas psicométricas, observou-se que a confiabilidade foi analisada em todas as escalas, a partir de diferentes técnicas, ora combinadas, ora isoladamente. A segunda característica mais avaliada foi a validade de critério concorrente, em 78,5% (n=11) das escalas. Já a validade de critério preditiva coube a apenas 35,7% (n=5) das escalas. A maioria das escalas (78,5%, n=11) teve os seus processos de desenvolvimento e validação de conteúdo descritos nos estudos encontrados, sendo a validade de face incluída em apenas 21,4% (n=3) das escalas. Igualmente, poucas escalas apresentaram indícios de validade de estrutura interna (ex-construído) (21,4%, n=3) (Quadro 3). A seguir é apresentada uma descrição mais detalhada dos resultados dessas medidas extraídos dos artigos originais.

A validade de face foi avaliada nos estudos (referentes aos instrumentos *Nottingham Health Profile*, *EASY Care Standard*, *INTERMED for the Elderly Self Assessment*) de duas formas diferentes: 1) teste de aceitabilidade do instrumento por parte dos profissionais, dos idosos, ou ambos e; 2) teste de viabilidade, considerando boa uma taxa de itens não respondidos de 0 a 5%. A validade de estrutura interna foi medida (nos instrumentos *Groningen Frailty Indicator*, *Maastricht Frailty Screening Tool for Hospitalised Patients*, *Comprehensive Frailty Assessment Instrument*) pela análise fatorial, sendo a abordagem confirmatória reportada apenas em um estudo. Já a validade de critério, a qual foi avaliada em quase todos os instrumentos (com exceção do *Philadelphia Geriatric Multilevel Assessment Instrument*, *EASY Care Standart* e *INTERMED for the Elderly*) foi estabelecida por: 1) validade de critério concorrente, através de correlações com testes de performance física, capacidade funcional e fragilidade, com índices de correlação variando entre 0,51 e 0,87; 2) validade de critério discriminante, através de correlações com diversas escalas, dentre avaliações de qualidade de vida e satisfação com a vida, com índices de correlação variando entre 0,26 e 0,53; e 3) validade de critério preditiva, utilizando-se de análises de regressão multivariada para predição de morte, institucionalização e re-hospitalização e/ou avaliação de sensibilidade e especificidade (para incapacidades, depressão, hospitalizações, mortalidade) com taxas variando de 52% a 98% e 54% a 76%, respectivamente. Por último, a confiabilidade foi analisada (em todos os instrumentos) principalmente pelas técnicas de teste-reteste, com correlações intra e inter observadores variando de 0,58 a 0,95, e consistência interna com o alfa de *Cronbach* variando de 0,62 a 0,82.

**Quadro 3.** Medidas psicométricas das escalas incluídas na revisão.

Escalas	Medidas psicométricas reportadas						
	Validade					Confiab.	ATC Brasil
	Face	Conteúdo	Construto	Crit. Concor	Crit. Predit.		
NPH	•	•		•	•	•	•
PGMAI		•				•	
EARRS		•		•		•	
EASY- CARE Standard	•	•				•	
EASY- CARE TOS		•		•		•	
ISAR		•		•	•	•	
GFI		•	•	•	•	•	
EFS				•		•	•
TFI		•		•	•	•	•
IM-E		•				•	•
IM-E-AS	•			•		•	
CFAI		•	•	•		•	
EFIP		•		•		•	
MFST- HP			•	•	•	•	

NPH: Nottingham Health Profile; PGMAI: Philadelphia Geriatric Multilevel Assessment Instrument; EARRS: Elderly at Risk Rating Scale; EASY-CARE Tos: EASY CARE Two-step Older persons Screening; ISAR: Identification of Seniors At Risk Screening Tool; GFI: Groningen Frailty Indicator; EFS: Edmonton Frail Scale; TFI: Tilburg Frailty Indicator; IM-E: INTERMED for the Elderly; IM-E-SA: INTERMED for the Elderly Self Assessment; CFAI: Comprehensive Frailty Assessment Instrument; EFIP: Evaluative Frailty Index for Physical activity; MFST - HP: Maastricht Frailty Screening Tool for Hospitalised Patients; Crit. concor.: critério concorrente; Crit. predict.: critério preditiva, ATC Brasil: Adaptação transcultural para o Brasil.

Dentre as 14 escalas identificadas nesta revisão, para quatro (28,5%) foram encontrados artigos de adaptação transcultural para a população idosa brasileira: *Nottingham Health Profile*, *Edmonton Frail Scale*, *Tilburg Frailty Indicator* e *INTERMED for the Elderly*. Segue no quadro 4 a síntese das características dos estudos brasileiros sobre estes instrumentos.

**Quadro 4.** Síntese das características das escalas adaptadas para o contexto brasileiro.

Nome da escala	Nottingham Health Profile	Edmonton Frail Scale (EFS)	Tilburg Frailty Indicator (TFI)	INTERMED for the Elderly
Referências	(TEIXEIRA-SALME-LA et al., 2004)	(FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009, 2013)	(SANTIAGO et al., 2012, 2013)	(WEBER et al., 2012)
Amostra	170 idosos (≥ 60 anos), 30 indivíduos (≥ 34 anos) com hemiplegia crônica, 15 indivíduos (≥ 40 anos) com doença de Parkinson	40 idosos comunitários (pré-teste)  137 idosos (≥ 65 anos) residentes na comunidade	30 idosos comunitários (pré-teste)  219 idosos (≥ 60 anos) comunitários	30 (≥ 21 anos) pacientes de três hospitais com tempo mínimo de internação de 5 dias (pré-teste)
Localidade	Belo Horizonte (MG)	Ribeirão Preto (SP)	Não informado	Não informado.
Etapas de ATC realizadas	Tradução, retrotradução e avaliação do comitê de especialistas.	Tradução, retrotradução, avaliação comitê de juízes e pré-teste.	Tradução, retrotradução, avaliação do comitê de especialistas, pré-teste, revisão e apreciação pelo pesquisador da versão original.	Tradução, retrotradução, avaliação do especialistas, cálculo IVC, reunião de consenso/síntese, pré-teste e grupo focal.
Características do comitê de especialistas	Profissionais da área com domínio do tema e fluentes nos idiomas inglês e português.	7 juízes com conhecimento em envelhecimento e fragilidade, domínio da língua portuguesa e inglesa e conhecimento na metodologia de ATC.	4 profissionais das áreas clínicas e de pesquisa.	9 profissionais com experiência em gestão em saúde, assistência e metodologia de pesquisa.
Medidas psicométricas analisadas	Análise da calibração dos itens (análise de Rasch: apenas dois itens não se ajustaram no modelo estatístico, ou seja, construto unidimensional).	Validade de estrutura interna (coeficiente de correlação com MEEM e MIF). Validade de critério (TDR: sensibilidade alta e especificidade baixa). Reprodutibilidade inter e intra observadores (Kappa 0,81 e 0,83, respectivamente, e coeficiente de correlação 0,87 em ambos).	Confiabilidade (teste-reteste: concordância simples entre 63% a 100% e kappa dos domínios de 0,67 a 0,88). Consistência interna (alfa de Cronbach de 0,78). Validade de estrutura interna convergente e divergente (diferentes testes e escalas: correlações consistentes).	Não realizadas.

ATC: Adaptação transcultural, MIF: Medida de Independência Funcional, MEEM: Mini-Exame do Estado Mental, TDR – Teste do Relógio.

Como estabelecido nos critérios de inclusão, todas as escalas possuíam questões que cobriam aspectos biológicos, psicológicos e socioambientais. No quadro 5 estão apresentados os domínios englobados pelas escalas. A dimensão com maior número de domínios identificados foi a referente às questões biológicas, dentro da qual o domínio capacidade funcional esteve presente em quase todas as escalas (92,8%, n=13). Outros domínios frequentes foram sentidos (64,2%, n=9),

mobilidade e equilíbrio (64,2%, n=9) e uso de medicamentos (50%, n=7). Já na dimensão psicológica, questões pertencentes aos domínios depressão (92,8%, n=9) e cognição (85,7%, n=12) estiveram presentes na grande maioria das escalas. Outras questões também presentes referiam-se a solidão (57,1%, n=8) e sintomas ansiosos (50%, n=7).

Por fim, na dimensão social, as questões referentes ao suporte social, em especial, relacionadas à qualidade das relações sociais e disponibilidade de outras pessoas na necessidade de apoio, estiveram presentes em todas as escalas. Os demais domínios desta dimensão foram pouco prevalentes, sendo que os recursos individuais (renda suficiente para as necessidades), os recursos da comunidade (acesso e frequência de utilização de serviços) e o ambiente (condições de moradia) estavam presentes em menos de 36% das escalas. Dentre todos os domínios avaliados, o menos prevalente foi relativo a violência (7,2%; n=1).

## DISCUSSÃO

Os instrumentos multidimensionais para avaliação da pessoa idosa encontrados nesta pesquisa apresentam construtos relacionados com a área da saúde, em especial, na identificação de fragilidade e riscos adversos de saúde de idosos inseridos em diversos contextos. Apesar dos instrumentos contemplarem aspectos biopsicossociais, é evidente a predominância da dimensão biológica, em especial, da avaliação de capacidade funcional, mobilidade e equilíbrio, sendo a dimensão socioambiental ainda pouco explorada. A seguir, os presentes resultados serão discutidos com base na fundamentação teórica da gerontologia e da psicometria.

O interesse pela avaliação de questões de saúde biológica da população idosa, em especial da capacidade funcional, é construído historicamente e observado no trabalho pioneiro da médica Warren (WARREN, 1946; DENHAM, 2011) e na conferência de consenso sobre métodos geriátricos de avaliação convocada, em 1987, por grandes instituições de saúde americanas (dentre elas o *National Institutes of Health*) diante o aumento de idosos frágeis, com alto custo dos cuidados de saúde e grande incerteza dos profissionais de saúde quanto às tomadas de decisão clínica (SOLOMON et al., 2003), além de outros trabalhos posteriores (RUBENSTEIN et al., 1989; APPLGATE; BLASS; WILLIAMS, 1990), os quais possibilitaram maior destaque às avaliações multidisciplinares no trabalho das questões de saúde da população idosa, reconhecendo-se que a anamnese, o exame físico e o diagnóstico diferencial não eram suficientes.

Com o passar dos anos, a capacidade funcional passou a ser o novo paradigma de saúde e foco das intervenções da área, principalmente, diante dos desafios referentes aos cuidados destinados ao controle e prevenção das doenças crônicas inerentes ao envelhecimento populacional (OLIVEIRA, 2019; RUDNICKA et al., 2020). Como a presença dessas doenças está associada à dependência para a realização das atividades da vida diária (ALVES et al., 2007), a funcionalidade, ou seja, a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente, tornou-se crucial na velhice. Sendo assim, a independência passou a ser considerada o principal marcador de saúde na população idosa e a avaliação da capacidade funcional um

meio de obter mais informação do que o diagnóstico clínico de uma determinada doença (DE WIT; SCHUURMANS, 2017; RUDNICKA et al., 2020). Na maioria dos instrumentos encontrados, a capacidade funcional foi medida através do desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária. O único instrumento (GOBBENS et al., 2010; SANTIAGO et al., 2012) que não utilizou deste conteúdo, apresenta avaliação de mobilidade, aspecto esse preditor de incapacidade em atividades básicas e instrumentais (DONOGHUE et al., 2014).

A maior prevalência de construto de fragilidade entre as escalas encontradas é justificável, uma vez que este apresenta caráter multidimensional. Embora ainda não exista consenso sobre a definição de fragilidade, existem duas abordagens mais utilizadas: a teoria de acúmulo de déficits (ROCKWOOD et al., 1994) e o fenótipo de fragilidade (FRIED et al., 2001). A primeira considera a fragilidade multifatorial e dinâmica, abordando a coexistência e acumulação de uma ampla gama de déficits em um determinado indivíduo, os quais o colocam em risco de fragilidade. Já a segunda considera a fragilidade uma síndrome biológica e faz uso apenas de variáveis físicas, avaliando a presença de sintomas específicos: perda de peso involuntária, baixos níveis de atividade e consumo de energia, exaustão, lentidão e fraqueza. Nesse sentido, não é por acaso que os instrumentos encontrados nesta pesquisa, com construto latente de fragilidade, estejam alinhados à primeira abordagem. Exemplo disto é notado na definição de fragilidade utilizada no estudo de validação do instrumento GFI como “um estado no qual diminuem as reservas relativas as funções

e recursos que são essenciais para um indivíduo manter um nível aceitável de funcionamento físico, social e psicológico” (STEVERINK et al., 2001).

De acordo com Puts e Alibhai (PUTS; ALIBHAI, 2018), o termo avaliação geriátrica ampla deve ser apenas usado para avaliações que incluam os quatro domínios propostos por Rubenstein (RUBENSTEIN, 2004): saúde física (comorbidades, medicamentos, hábitos, etc.), estado funcional (atividades básicas e instrumentais de vida diária e mobilidade), saúde psicológica (status cognitivo e afetivo) e fatores socioambientais (redes e apoios sociais, segurança ambiental, entre outros). Esta colocação reforça os princípios desta pesquisa para a seleção dos instrumentos, à medida que buscou-se encontrar medidas que contemplam as três dimensões: 1) biológica, na qual engloba-se saúde física e estado funcional; 2) psicológica; e 3) socioambiental.

Quanto às medidas psicométricas reportadas nos artigos encontrados nesta revisão, de forma geral, as técnicas de validação utilizadas foram variadas e as descrições ou definições de seus métodos são, por vezes, confusas ou incompletas. Um instrumento é apenas considerado validado, com validade total, quando se realiza todos os tipos de validação. Quanto mais evidências de validade um instrumento de medida apresentar, maiores são as evidências, que de fato, está medindo o que se pretende medir. A validade total é obtida por meio das soma de todas as validades (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017), caso contrário, o instrumento apresenta evidência de determinada validade para determinada população. Dentre as 14 escalas encontradas nesta revisão, apenas

três escalas apresentaram indícios em mais de dois tipos de validades, além da análise de confiabilidade: *Notttingham Health Profile*, *Comprehensive Frailty Assessment Instrument* e *Groningen Frailty Indicator*, sendo a validade de estrutura interna avaliada apenas nas duas últimas.

É importante destacar que o modelo predominante é o formulado por Messick (MESSICK, 2005) que considera três macro-estruturas no processo de validação: validade de conteúdo, a qual absorveu a validade face e aparente; validade de estrutura interna que é a aplicação em campo e, portanto, é a testagem de que o instrumento apresenta evidências de medir o que ele se destina; e a validade de critério em que se compara a capacidade do instrumento em medir de forma similar a variável latente com outros instrumentos/indicadores, ou medir de forma diversa, ou ainda medir a capacidade de prever o comportamento da variável latente a partir de outros indicadores. Além disso, como apontam Zumbo (ZUMBO, 2014) e Newton (NEWTON, 2016), há cinco grandes eixos de evidência: evidências baseadas no conteúdo do teste, evidências no processo de resposta ao teste, evidências de estrutura interna, evidências com a relação com outras variáveis e evidências de validade e consequências do teste.

Infelizmente tem havido um descompasso entre o que pode ser considerado o estado da arte da psicometria e o que sistematicamente tem sido apresentado nos artigos de validação. Um ponto interessante é a utilização da validade de face ou aparente nos artigos, como apontam Ark et al. (ARK; ARK; ZUMBO, 2014), que a validade de

face/aparente não está mais incluída como uma fonte de validade contemporânea pelo teóricos da psicometria desde 1989, mesmo assim, é amplamente utilizada em diversas áreas.

Ainda mais preocupante é a utilização do alfa de Cronbach como medida única e supervalorizada da precisão de um instrumento, sem se considerar uma série de características dos dados. Trizano-Hermosilla e Alvarado (CORTINA, 1993; TRIZANO-HERMOSILLA; ALVARADO, 2016) indicam que os índices de confiabilidade sofrem efeitos da natureza da distribuição dos dados e do tamanho da amostra. Soma-se que diversos artigos têm apontado inconsistência da confiabilidade por meio do alfa de Cronbach (CORTINA, 1993; TRIZANO-HERMOSILLA; ALVARADO, 2016; VASKE; BEAMAN; SPONARSKI, 2017). Além dos efeitos da distribuição dos dados e tamanho da amostra, o alfa de Cronbach pode ter seus valores elevados em decorrência de escalas longas, de itens paralelos e/ou redundantes ou de cobertura restrita do construto em análise (PANAYIDES, 2013). Este uso indiscriminado do Alfa de Cronbach deve-se ao fato de que os autores utilizam ainda um conceito estabelecido por Cronbach há mais de 50 anos.

Outro achado deste estudo foi a notável escassez de instrumentos originalmente brasileiros ou de adaptações transculturais das escalas validadas internacionalmente para uso com idosos brasileiros. Quando pretende-se utilizar um instrumento originalmente desenvolvido em língua, cultura ou país diferente, é necessário que se faça a adaptação transcultural (ATC) do mesmo para se alcançar equivalência entre a fonte original e a versão alvo e preparar o instrumento para ser usado

em outro contexto. Para tanto, a ATC engloba um processo que analisa questões de linguagem e ou de cultura. Não se trata apenas de tradução livre, a qual não possui rigor, a ATC implica em um processo orientado/sistemático constituído por minimamente seis fases: 1) Tradução inicial, 2) Síntese das traduções, 3) Retrotradução, 4) Comitê de especialistas para avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, 5) Pré-teste, 6) Submissão do instrumento aos desenvolvedores ou comitê coordenador (BEATON et al., 2000). Após a conclusão da ATC o instrumento ainda necessita de testes adicionais sobre as propriedades psicométricas para garantir sua validade. Diretrizes mais recentes ampliam o número de fases e incluem, por exemplo, a análise fatorial (OHRBACH et al., 2013).

Sobre os estudos de adaptação transcultural dos quatro instrumentos encontrados para uso na população brasileira e avaliação das medidas psicométricas das respectivas versões discute-se que é fundamental apontar que nem a versão original do NPH1 (HUNT et al., 1980; HUNT; MCEWEN, 1980; SHARPLES et al., 2000), nem a versão brasileira (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004) testaram a dimensionalidade do instrumento. No original, a validade de estrutura interna foi testada por teste-reteste e consistência interna, sem utilizar qualquer técnica exploratória dos dados. Portanto, os itens arbitrariamente foram dispostos nas dimensões. Na versão brasileira, isso se torna ainda mais complicado e pode ser uma das fontes de problemas indicados pelos autores. A técnica de Rasch, utilizada por Teixeira-Salmela, é mais adequada aos modelos uni-

dimensionais. Como aponta Andriola (ANDRIOLA, 2009), há um modismo no uso massivo de modelos unidimensionais na Teoria de Resposta ao Item (TRI), isto porque, dados psicossociais e educacionais raramente podem ser considerados unidimensionais (MCDONALD, 1989).

Neste mesmo sentido, destaca-se que em nenhum dos estudos brasileiros (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009, 2013) sobre a *Edmonton Frail Scale* há testagem de dimensionalidade, sendo os resultados baseados apenas em reprodutibilidade e confiabilidade, os quais não deveriam ter sido aplicados sem que o construto fosse previamente testado. (AERA, APA, NCME, 2014; BANDALOS, 2018)

Já em relação a adaptação do *Tilburg Frailty Indicator* para o contexto brasileiro, é importante lembrar que a análise de concordância (SANTIAGO et al., 2013) não pode ser considerada validação de construto e, portanto, não há evidência desta fase da validação da escala para a versão adaptada do instrumento. Outro aspecto recorrente nos artigos é a utilização do teste-reteste como confiabilidade. Isto incorre em um novo erro conceitual apontado por Berchtold (BERCHTOLD, 2016), pois a correlação é uma medida de associação e não de confiabilidade. Adicionalmente, não é porque muitas publicações a utilizam no teste-reteste que a mesma deve ser seguida. Há inúmeras técnicas mais apropriadas para esse fim (LIN, 1989).

Por último, quanto a *INTERMED for the Elderly*, considerada uma ferramenta que pode ser acrescentada ao prontuário médico para apoiar decisões e gerenciar os casos, os autores

relatam que o processo de ATC proporcionou a inclusão de aspectos específicos da cultura brasileira e a adoção de uma linguagem clara, simples e de fácil acesso aos profissionais e pacientes, concluindo-se que a IM-E está adequadamente traduzida e adaptada para a realidade brasileira (WEBER et al., 2012). Entretanto, essa conclusão foge das técnicas contemporâneas já apresentadas, principalmente pelo modelo unificado de validação de Messick (MESSICK, 2005). Não se pode apontar um instrumento como válido sem que ao menos ele tenha vencido a etapa de construto. A validação de conteúdo não atesta o que o instrumento mede, e sim se ele tem o potencial de medir. Este instrumento se quer ainda foi aplicado à população a que se destina, não bastando um estudo piloto ou um teste-reteste para atestar sua validade e capacidade de medir a variável latente, e muito menos confirmar sua precisão.

Considerando os apontamentos discutidos, se faz urgente e essencial a realização de estudos que se dediquem à tarefa de julgar a qualidade dos métodos e dados psicométricos de estudos de validação já realizados, para proporcionar melhor compreensão do real panorama de escalas de avaliação multidimensionais validadas para uso com a população idosa e, bem como, um olhar mais crítico sobre o uso geral de instrumentos.

Esta revisão sistemática apresenta o levantamento de um conjunto de instrumentos multidimensionais voltados para avaliação de idosos e seus respectivos estudos de validade, confiabilidade e adaptação transcultural para o Brasil (quando existentes). No entanto, não foi realizada pesquisa de outros tipos de estudos, que não publicados

em revistas científicas, como teses e dissertações, relatórios e outros documentos, podendo assim, existir outros instrumentos internacionais e/ou nacionais (desenvolvidos, adaptados e/ou validados) além dos encontrados.

Conclui-se que os instrumentos internacionais encontrados na revisão são mais voltados para a área da saúde e apresentam limitações nos procedimentos de validação. Já no contexto nacional, ficou notável a escassez de instrumentos de avaliação multidimensional de idosos originados no país ou adaptados apropriadamente. É importante que estudos futuros, que pretendem desenvolver, adaptar e/ou validar instrumentos, sigam de maneira mais cuidadosa a análise das medidas psicométricas à luz de seus aspectos contemporâneos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. [The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil]. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, ago. 2007.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION & NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT. **Standards for educational and psychological testing**. American Psychological Association. 2014.
- ANDRIOLA, W. B. Psicometria Moderna: características e tendências. **Estudos em avaliação educacional**, v. 20, n. 43, p. 319, 30 ago. 2009.
- APPLEGATE, W. B.; BLASS, J. P.; WILLIAMS, T. F. Instruments for the Functional Assessment of Older Patients. **The New England journal of medicine**, v. 322, n. 17, p. 1207–1214, 26 abr. 1990.
- ARK, T. K.; ARK, N.; ZUMBO, B. D. Validation practices of the objective structured clinical examination (OSCE). Em: **Validity and Validation in Social, Behavioral, and Health Sciences**. Cham: Springer International Publishing, 2014. p. 267–288.
- BANDALOS, D. L. Measurement Theory and Applications for the Social Sciences, **Gilford**, 2018.
- BARRAGÁN, M. J. G. de G.; DE GÓMEZ BARRAGÁN, M. J. G.; RAMALLE-GÓMARA, E. **Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria Atención Primaria**, 2003. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70743-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70743-4)>.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 15 dez. 2000.
- BERCHTOLD, A. Test–retest: Agreement or Reliability? **Methodological innovations**, v. 9, p. 205979911667287, 1 jan. 2016.
- CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **The journal of applied psychology**, v. 78, n. 1, p. 98–104, 1993.
- COUNSELL, S. R. et al. Geriatric Care Management for Low-Income Seniors: A Randomized Controlled Trial. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 22, p. 2623–2633, 12 dez. 2007.
- DANIELS, R. et al. The Predictive Validity of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community. **BMC public health**, v. 12, p. 69, 23 jan. 2012.
- DE VRIES, N. M. et al. Evaluative Frailty Index for Physical Activity (EFIP): A Reliable and Valid Instrument to Measure Changes in Level of Frailty. **Physical therapy**, v. 93, n. 4, p. 551–561, abr. 2013.
- DE WIT, N. J.; SCHUURMANS, M. J. Future Care for Older People in General Practice: Paradigm Shifts Are Needed. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 67, n. 664, p. 500–501, nov. 2017.
- DE WITTE, N. et al. The Comprehensive Frailty Assessment Instrument: Development, Validity and Reliability. **Geriatric nursing**, v. 34, n. 4, p. 274–281, jul. 2013a.
- DE WITTE, N. et al. Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. **European geriatric medicine**, v. 4, n. 4, p. 248–254, set. 2013b.
- DENDUKURI, N.; MCCUSKER, J.; BELZILE, E. The Identification of Seniors at Risk Screening Tool: Further Evidence of Concurrent and Predictive Validity. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 2, p. 290–296, fev. 2004.

- DENHAM, M. J. Dr Marjory Warren CBE MRCS LRCP (1897-1960): The Mother of British Geriatric Medicine. **Journal of medical biography**, v. 19, n. 3, p. 105–110, ago. 2011.
- DEVELLIS, R. F. **Scale Development: Theory and Applications**. [s.l.] SAGE, 2016.
- DONALD, I. P. Development of a Modified Winchester Disability Scale--the Elderly at Risk Rating Scale. **Journal of epidemiology and community health**, v. 51, n. 5, p. 558–563, out. 1997.
- DONOGHUE, O. A. et al. Using Timed up and Go and Usual Gait Speed to Predict Incident Disability in Daily Activities among Community-Dwelling Adults Aged 65 and Older. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 95, n. 10, p. 1954–1961, out. 2014.
- ELLIS, G. et al. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Adults Admitted to Hospital: Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. **BMJ**, v. 343, p. d6553, 27 out. 2011.
- FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Cross-Cultural Adaptation and Validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian Elderly Sample. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1043–1049, nov. 2009.
- FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Reproducibility of the Brazilian Version of the Edmonton Frail Scale for Elderly Living in the Community. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1330–1336, nov. 2013.
- FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The journals of gerontology. Series A, biological sciences and medical sciences**, v. 56, n. 3, p. M146–56, mar. 2001.
- GLADMAN, J. R. F. et al. New Horizons in the Implementation and Research of Comprehensive Geriatric Assessment: Knowing, Doing and the “Know-Do” Gap. **Age and ageing**, v. 45, n. 2, p. 194–200, mar. 2016.
- GOBBENS, R. J. J. et al. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 11, n. 5, p. 344–355, jun. 2010.
- HÄSELER-OUART, K. et al. Geriatric Assessment for Older Adults Admitted to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Experimental gerontology**, v. 144, p. 111184, fev. 2021.
- HUNT, S. M. et al. A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study. **Journal of epidemiology and community health**, v. 34, n. 4, p. 281–286, dez. 1980.
- HUNT, S. M.; MCEWEN, J. The Development of a Subjective Health Indicator. **Sociology of health & illness**, v. 2, n. 3, p. 231–246, nov. 1980.
- KUANG, M. et al., Taking Diversity into Account: Assessment of Older Adults. In Leong, Frederick T. L. et al. (Eds.). **The ITC International Handbook of Testing and Assessment**. Oxford, GB: Oxford University Press, 290–299, 2016.
- LAWTON, M. P. et al. A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. **Journal of gerontology**, v. 37, n. 1, p. 91–99, jan. 1982.
- LIBERATI, A. et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Healthcare Interventions: Explanation and Elaboration. **BMJ**, v. 339, p. b2700, 21 jul. 2009.
- LIN, L. I. A Concordance Correlation Coefficient to Evaluate Reproducibility. **Biometrics**, v. 45, n. 1, p. 255–268, mar. 1989.
- LUK, J. K.; OR, K. H.; WOO, J. Using the Comprehensive Geriatric Assessment Technique to Assess Elderly Patients. **Hong Kong medical journal = Xiang-**

- gang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine**, v. 6, n. 1, p. 93–98, mar. 2000.
- MCCUSKER, J. et al. Detection of Older People at Increased Risk of Adverse Health Outcomes after an Emergency Visit: The ISAR Screening Tool. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 47, n. 10, p. 1229–1237, out. 1999.
- MCCUSKER, J. et al. Screening for Geriatric Problems in the Emergency Department: Reliability and Validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. **Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, v. 5, n. 9, p. 883–893, set. 1998.
- MCDONALD, R. P. Future Directions for Item Response Theory. **International journal of educational research**, v. 13, n. 2, p. 205–220, jan. 1989.
- MESSICK, S. Standards of Validity and the Validity of Standards in Performance Assessment. **Educational Measurement Issues and Practice**, v. 14, n. 4, p. 5–8, 19 dez. 2005.
- METZELTHIN, S. F. et al. The Psychometric Properties of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community. **BMC public health**, v. 10, p. 176, 31 mar. 2010.
- NEWTON, P. E. **Macro- and micro-validation: Beyond the “five sources” framework for classifying validation evidence and analysis**. University of Massachusetts Amherst, , 2016. . Disponível em: <<https://scholarworks.umass.edu/pare/vol21/iss1/12/>>.
- OHRBACH, R.; BJORNER, J.; JEZEWSKI, M.A.; JOHN, M. T.; LOBBEZOO, F. **Guidelines for establishing cultural equivalency of instruments**. New York: University at Buffalo; 2013. [**No title**]. Disponível em: <[https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-of-Instruments-2013\\_05\\_118608.pdf](https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/Guidelines-for-Translation-and-Cultural-Equivalency-of-Instruments-2013_05_118608.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2022.
- OLDE-RIKKERT, M. G. M.; LONG, J. F.; PHILIP, I. Development and Evidence Base of a New Efficient Assessment Instrument for International Use by Nurses in Community Settings with Older People. **International journal of nursing studies**, v. 50, n. 9, p. 1180–1183, set. 2013.
- OLIVEIRA, A. S. **TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL** Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2019. . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14393/hygeia153248614>>.
- PANAYIDES, P. Coefficient alpha: Interpret With Caution. **European journal of psychological assessment: official organ of the European Association of Psychological Assessment**, v. 9, n. 4, p. 687–696, 29 nov. 2013.
- PETERS, L. L. et al. Development and Measurement Properties of the Self Assessment Version of the INTERMED for the Elderly to Assess Case Complexity. **Journal of psychosomatic research**, v. 74, n. 6, p. 518–522, jun. 2013.
- PETERS, L. L. et al. Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in Home-Dwelling and Institutionalized Elderly People. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 6, p. 546–551, jul. 2012.
- PHILIP, K. E. et al. Development of EASY-Care, for Brief Standardized Assessment of the Health and Care Needs of Older People; with Latest Information about Cross-National Acceptability. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 15, n. 1, p. 42–46, jan. 2014.

- PHILP, I. Can a Medical and Social Assessment Be Combined? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 90 Suppl 32, p. 11–13, 1997.
- PHILP, I. et al. Repeatability of Standardized Tests of Functional Impairment and Well-Being in Older People in a Rehabilitation Setting. **Disability and rehabilitation**, v. 24, n. 5, p. 243–249, 20 mar. 2002.
- PUTS, M. T. E.; ALIBHAI, S. M. H. Fighting Back against the Dilution of the Comprehensive Geriatric Assessment. **Journal of geriatric oncology**, v. 9, n. 1, p. 3–5, jan. 2018.
- ROCKWOOD, K. et al. Frailty in Elderly People: An Evolving Concept. **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 150, n. 4, p. 489–495, 15 fev. 1994.
- ROLFSON, D. B. et al. Validity and Reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and ageing**, v. 35, n. 5, p. 526–529, set. 2006.
- RUBENSTEIN, L. V. et al. Health Status Assessment for Elderly Patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 6, p. 562–569, jun. 1989.
- RUBENSTEIN, L. Z. Joseph T. Freeman Award Lecture: Comprehensive Geriatric Assessment: From Miracle to Reality. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, v. 59, n. 5, p. 473–477, maio 2004.
- RUDNICKA, E. et al. The World Health Organization (WHO) Approach to Healthy Ageing. **Maturitas**, v. 139, p. 6–11, set. 2020.
- SANTIAGO, L. M. et al. [Cross-cultural adaptation of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) for use in the Brazilian population]. **Cadernos de saude publica**, v. 28, n. 9, p. 1795–1801, set. 2012.
- SANTIAGO, L. M. et al. Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 57, n. 1, p. 39–45, jul. 2013.
- SHARPLES, L. D. et al. Measurement properties of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 health status measures in a population sample of elderly people living at home: Results from ELPHS. **British journal of health psychology**, v. 5, n. 3, p. 217–233, set. 2000.
- SILVA, A. C., REBUSTINI, F. Instrumentos psicossociais para idosos brasileiros: uma scoping review. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2021, 22(2), 703-738. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220231>.
- SOLOMON, D. et al. Best Paper of the 1980s: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making. 1988. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 10, p. 1490–1494, out. 2003.
- SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Psychometric Properties in Instruments Evaluation of Reliability and Validity. **Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 3, p. 649–659, jul. 2017.
- STEVERINK, N.; SLAETS, J. P. J.; SCHUURMANS, H.; VAN LIS, M. Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). **The Gerontologist**, v. 41, n. 1, p. 236, 2001.
- TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. [Adaptation of the Nottingham Health Profile: a simple measure to assess quality of life]. **Cadernos de saude publica**, v. 20, n. 4, p. 905–914, jul. 2004.

- TRIZANO-HERMOSILLA, I.; ALVARADO, J. M. Best Alternatives to Cronbach's alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 769, 26 maio 2016.
- VAN KEMPEN, J. A. L. et al. Construct Validity and Reliability of a Two-Step Tool for the Identification of Frail Older People in Primary Care. **Journal of clinical epidemiology**, v. 67, n. 2, p. 176–183, fev. 2014.
- VAN KEMPEN, J. A. L. et al. Development of an Instrument for the Identification of Frail Older People as a Target Population for Integrated Care. **The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 63, n. 608, p. e225–31, mar. 2013.
- VASKE, J. J.; BEAMAN, J.; SPONARSKI, C. C. Rethinking internal consistency in cronbach's alpha. **Leisure Sciences**, v. 39, n. 2, p. 163–173, 4 mar. 2017.
- WARBURTON, R. N. et al. Identification of Seniors at Risk: Process Evaluation of a Screening and Referral Program for Patients Aged > or =75 in a Community Hospital Emergency Department. **International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services**, v. 17, n. 6, p. 339–348, 2004.
- WARNIER, R. M. J. et al. Screening for Frailty in Hospitalized Older Adults: Reliability and Feasibility of the Maastricht Frailty Screening Tool for Hospitalized Patients (MFST-HP). **Research in gerontological nursing**, v. 9, n. 5, p. 243–251, 1 set. 2016.
- WARREN, M. **CARE OF THE CHRONIC AGED SICK** *The Lancet*, 1946. . Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(46\)91633-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(46)91633-9)>.
- WEBER, B. et al. Tradução e adaptação transcultural do Interdisciplinary Medicine Instrument - INTERMED – método de avaliação biopsicossocial no Brasil. **RAHIS**, n. 9, p. 87, 29 nov. 2012.
- WELSH, T. J.; GORDON, A. L.; GLADMAN, J. R. Comprehensive Geriatric Assessment--a Guide for the Non-Specialist. **International journal of clinical practice**, v. 68, n. 3, p. 290–293, mar. 2014.
- WILD, B. et al. Reliable Integrative Assessment of Health Care Needs in Elderly Persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E). **Journal of psychosomatic research**, v. 70, n. 2, p. 169–178, fev. 2011.
- WILHELMSON, K. et al. Positive Effects on Activities of Daily Living One Year after Receiving Comprehensive Geriatric Assessment - Results from the Randomised Controlled Study CGA-Swed. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 180, 3 mar. 2022.
- WILKINSON, I.; HARPER, A. Comprehensive Geriatric Assessment, Rehabilitation and Discharge Planning. **Medicine**, v. 49, n. 1, p. 10–16, jan. 2021.
- ZUMBO, B. D. What Role Does, and Should, the TestStandardsPlay outside of the United States of America? **Educational Measurement Issues and Practice**, v. 33, n. 4, p. 31–33, dez. 2014.