



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.43.122.AO02>

Envelhecimento no interior do Pará: fatores emocionais, cognitivos e ocupacionais

Aging in the interior of Pará: emotional, cognitive and occupational factors

Lerlen Michaelle Silva dos Santos
Universidade Federal do Pará
<https://orcid.org/0009-0006-7529-3815>
lerlen.santos@ifch.ufpa.br

Jeisiane dos Santos Lima
Universidade Federal do Pará
<https://orcid.org/0000-0002-7029-8549>

Resumo

A investigação sobre o ambiente em que a pessoa envelhece é imprescindível para a compreensão do processo que ela vivência. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi investigar o processo de envelhecimento, considerando as variáveis cognitivas, funcionais, ocupacionais e de humor, em uma cidade do interior do Estado do Pará (Aurora do Pará). **Método:** estudo descritivo e transversal, com uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, em que participaram 30 pessoas idosas residentes no município de Aurora do Pará, selecionadas por conveniência, sendo 12 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, sob critério de serem alfabetizadas. Os dados foram coletados por meio de instrumentos validados sobre ansiedade, depressão e cognição. **Resultados e discussão:** Com relação aos fatores cognitivos, funcionais e emocionais (depressão e ansiedade), os valores obtidos pelos participantes estiveram dentro da média, entretanto, foi identificado déficit quanto ao apoio familiar e no que se refere ao envolvimento com atividades prazerosas; as ocupações mais frequentes envolviam tarefas domésticas. **Considerações finais:** Foi possível refletir que, apesar das características positivas de ambientes rurais, como por exemplo a tranquilidade, os participantes do estudo passavam a maior parte do dia em atividades pouco prazerosas e com poucas interações familiares.

Palavras-chave: Pessoas idosas; cognição; funcionalidade; humor; qualidade de vida.

Resumen

Investigar el entorno en el que las personas envejecen es esencial para comprender el proceso que experimentan. Objetivo: el objetivo de este estudio fue investigar el proceso de envejecimiento, considerando variables cognitivas, funcionales, ocupacionales y anímicas, en una ciudad del interior del Estado de Pará (Aurora do Pará). Método: estudio descriptivo, transversal, con abordaje metodológico cuantitativo y cualitativo, en el que participaron 30 ancianos residentes en el municipio de Aurora do Pará, seleccionados por conveniencia, 12 varones y 18 mujeres, según el criterio de estar alfabetizados. Los datos se recopilaron mediante instrumentos validados sobre ansiedad, depresión y cognición. Resultados y discusión: En cuanto a los factores cognitivos, funcionales y emocionales (depresión y ansiedad), los valores obtenidos por los participantes estuvieron dentro del promedio, sin embargo, se identificó un déficit en cuanto al apoyo familiar y en cuanto a la implicación en actividades placenteras; las ocupaciones más frecuentes involucraban tareas domésticas. Consideraciones finales: Se pudo reflexionar que, a pesar de las características positivas de los ambientes rurales, como la tranquilidad, los participantes del estudio pasaron la mayor parte del día en actividades poco placenteras y con pocas interacciones familiares.

Palabras clave: Personas mayores; cognición; funcionalidad; humor; calidad de vida.

Abstract

Research into the environment in which people age is essential to understanding the process they experience. Objective: The objective of this study was to investigate the aging process, considering cognitive, functional, occupational and mood variables, in a city in the interior of the state of Pará (Aurora do Pará). Method: A descriptive and cross-sectional study, with a quantitative and qualitative methodological approach, in which 30 elderly people living in the city of Aurora do Pará participated, selected by convenience, 12 males and 18 females, based on the criterion of being literate. Data were collected using validated instruments on anxiety, depression and cognition. Results and discussion: Regarding cognitive, functional and emotional factors (depression and anxiety), the values obtained by the participants were within the average; however, a deficit was identified regarding family support and involvement in pleasurable activities; the most frequent occupations involved household chores. Final considerations: It was possible to reflect that, despite the positive characteristics of rural environments, such as as tranquility, the study participants spent most of the day in unpleasurable activities and with few family interactions.

Keywords: Elderly; cognition; functionality; mood; quality of life.

Introdução

O crescimento da população idosa no mundo é um reflexo do avanço científico, das novas alternativas em promoção de cuidados e prevenção de doenças, da melhoria dos serviços de assistência à saúde e das condições de vida. No entanto, essa alteração no perfil demográfico também aponta para questões como o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, que implicam em uma provável perda da autonomia e independência, sendo também um fator de risco para mortalidade devido às adversidades que pessoas com doenças físicas e/ou mentais estão vulneráveis (Bernardo & Carvalho, 2020).

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a população idosa no Brasil aumentou em 56% em relação aos dados de 2010. Isso representa 32.113.490 pessoas com 65 anos ou mais, ou seja, 15,6% da população brasileira é formada atualmente por pessoas idosas. No Estado do Pará, o índice de envelhecimento é de 29,6 para 100 e essa estatística se traduz em 29 idosos de 65 anos ou mais para cada 100 crianças de até 14 anos. Em 2010, o índice era de 15,3 para 100.

O aumento da expectativa de vida da população, juntamente com a crescente prevalência de doenças crônicas, tornou-se um sério desafio para a saúde pública. Logo, atender adequadamente a população idosa exige uma abordagem diferenciada, pois este grupo etário possui necessidades específicas como multicomorbidades, alterações cognitivas, possíveis déficits sensoriais que impactam na forma de avaliação e intervenção entre outras questões (Veras, 2023). Sendo assim, a detecção precoce de possíveis déficits é fundamental para a realização de intervenções eficazes e para retardar ou prevenir o desenvolvimento de condições mais graves, como por exemplo a demência (Smith, 2022).

A avaliação multidimensional da pessoa idosa é um procedimento que envolve a investigação da funcionalidade global, cognição, humor, mobilidade, comunicação, dentre outros aspectos que englobam o lazer e as interações sociais (Nunes, 2018). Além disso, pode ser utilizada para levantar demandas e direcionar intervenções multiprofissionais para promover o envelhecimento saudável.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2022), envelhecimento saudável envolve o desenvolvimento e a manutenção, pelo maior tempo possível, da capacidade funcional para obter bem-estar na velhice, sendo que a habilidade funcional interage com a capacidade intrínseca do indivíduo (físicas e mentais), o ambiente onde vive a pessoa idosa, e como essas pessoas interagem com seu ambiente (OPAS, 2022). Partindo desse pressuposto, é notório que a investigação sobre o ambiente em que a pessoa envelhece é imprescindível para a compreensão do processo que ela vivencia, além do levantamento de variáveis que possibilitem a compreensão da diversidade deste processo. Fatores socioculturais, de gênero, raça, etnia, situação socioeconômica, orientação sexual e residência urbana/rural podem influenciar na experiência e expressão da saúde da população longeva. Sobre isto, considerando as publicações nacionais, alguns estudos têm sido realizados com o objetivo de descrever ou relacionar diversos aspectos presentes na avaliação multidimensional com idosos de diferentes contextos (Brasil *et al.* 2021; Correa 2016; Costa *et al.* 2020; Faller *et al.* 2018; Garbaccio *et al.* 2018; Miranda & Banhato 2008; Nascimento *et al.* 2021).

Nascimento *et al.* (2021), por exemplo, investigou uma parcela de 108 pessoas idosas ribeirinhas, residentes nas ilhas do município de Cametá – PA, com média de idade de 70,4 anos. Os autores tinham o objetivo de traçar um perfil cognitivo, de desempenho funcional e sintomas depressivos. O desempenho cognitivo da amostra foi médio/baixo e 13% demonstraram sinais de depressão. No geral, a maioria dos idosos ribeirinhos investigados se apresentou não-frágil (51,9%), seguido de pré-frágil (38,9%) e frágil (9,3%). Dentre os que apresentaram fragilidade, esta estava associada ao comprometimento cognitivo e à presença de sintomas depressivos. Segundo os autores, o alto índice de idosos não frágeis demonstra que os participantes, residentes no contexto ribeirinho, experienciam a fase da velhice com vigor físico e sem graves déficits cognitivos e de humor.

Ao investigar o envelhecimento considerando uma amostra mais ampliada, identifica-se que, no geral, há uma percepção negativa do processo associada a uma saúde debilitada (Brasil *et al.*, 2021). Em pesquisa nacional, realizada em cinco regiões do país, com 12.324 pessoas idosas, constatou-se que os participantes tinham uma percepção negativa em relação à própria saúde e em relação ao aumento da idade, além de terem um estado de saúde mais comprometido.

Entender que existe uma diferenciação entre idosos que residem em zonas rurais e urbanas é essencial para que se possa falar sobre qualidade de vida na velhice. Corrêa (2016), em seu estudo sobre o envelhecer na cidade, destaca os desafios enfrentados pelos idosos em um contexto de crescente urbanização e traz reflexões sobre temas como a presença e circulação dos idosos nas cidades, a violência urbana, a mobilidade e o processo de gentrificação (mudanças nos perfis residenciais dos bairros que se caracteriza pela valorização dos imóveis e pelo aumento do custo de vida), além das memórias que tanto os idosos quanto as cidades acumulam ao longo do tempo. Ainda segundo o autor, o acesso dos idosos à cidade é comprometido por barreiras físicas, como escadas e transporte inadequado, e por barreiras sociais que limitam seus espaços de atuação e interação, resultando em guetos etários. Essas segregações são reforçadas por zoneamentos urbanos que não apenas separam diferentes grupos demográficos, mas também estabelecem hierarquias sociais baseadas em idade, classe e identidade. Corrêa (2016) propõe que essas questões são pontos de partida para uma reflexão mais profunda sobre como garantir a apropriação da cidade pelos idosos e combater os estereótipos que cercam sua presença no espaço urbano.

Com relação às informações sobre o envelhecer no contexto rural, o estudo transversal, realizado com 100 idosos da comunidade, com idades variando de 60 a 79 anos, de Costa *et al.* (2020) objetivou-se caracterizar o nível de desempenho cognitivo, funcionalidade e saúde física dos idosos da zona rural do município de Coari no interior do Estado do Amazonas. Os autores utilizaram o Mini Exame do Estado Mental (Brucki *et al.*, 2003), o Questionário sobre o Declínio Cognitivo em Idosos (Sanches & Lourenço, 2009), o Índice de Comorbidade Funcional (Groll, 2005), dentre outros instrumentos de avaliação cognitiva e funcional. Os principais resultados do estudo indicaram que os participantes apresentavam déficits cognitivos, os quais aumentavam o risco de incapacidade e quedas. Apesar disso, os idosos rurais se mostravam ativos, com o trabalho manual frequentemente associado a sentimentos de satisfação, o que contribuía para sua autonomia e independência no processo de envelhecimento, segundo os autores. No entanto, a pesquisa também aponta a falta de políticas públicas direcionadas a essa população no interior do Amazonas e o baixo nível de escolaridade dos participantes.

A pesquisa de Garbaccio *et al.* (2018) também investigou aspectos do envelhecimento em ambientes rurais. Os autores realizaram um estudo transversal, em

quatro municípios do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de verificar a relação entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas. Participaram do estudo 182 idosos, com média de idade 69 anos (de 60 a 95 anos). Os resultados mostraram que os idosos da zona rural apresentaram uma boa qualidade de vida e saúde, destacando-se em aspectos cognitivos, no acesso a serviços e bens, e em seus hábitos de vida. No entanto, os pesquisadores alertaram para a importância de uma atenção contínua às vulnerabilidades sociais que essa população enfrenta.

No que se refere a fatores de proteção que favoreçam o envelhecimento saudável, independente do contexto (rural ou urbano), Miranda e Banhato (2008) apontaram que a participação social/grupal afeta o desenvolvimento humano em suas diferentes fases, inclusive na velhice. Em sua pesquisa, os idosos que participavam ativamente de grupos tinham uma percepção de melhor qualidade de vida em comparação aos que não se envolviam regularmente em atividades coletivas. Faller *et al.* (2018) verificou que a experiência de envelhecer revelou-se como um processo singular para cada indivíduo e que os valores atribuídos ao processo eram influenciados pela cultura em que o idoso/idosa estava inserido.

Os estudos supracitados contribuem com a reflexão de que ao se discutir sobre envelhecimento saudável é essencial considerar o ambiente e outras características como condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e suporte social, pois essas variáveis impactam diretamente a qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar o processo de envelhecimento, considerando as variáveis cognitivas, funcionais, ocupacionais e de humor, em uma cidade do interior do Estado do Pará, cujo nome é Aurora do Pará.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi investigar o processo de envelhecimento, considerando as variáveis cognitivas, funcionais, ocupacionais e de humor, em uma cidade do interior do Estado do Pará, cujo nome é Aurora do Pará.

Métodos

Delineamento da pesquisa

Este estudo adotou uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa e se caracteriza como um estudo descritivo e transversal. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará com o parecer nº 6.159.182.

Participantes

Participaram da pesquisa 30 pessoas idosas residentes do município de Aurora do Pará, selecionadas por conveniência, sendo 12 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, sob critério de serem alfabetizadas (fazer leitura, mesmo que com grau de dificuldade). Itens como a presença de depressão, ansiedade, dificuldades de fala ou escrita não foram considerados como critérios de exclusão de um potencial participante, no entanto, problemas como demência ou baixa visão entraram como critério para exclusão, pois impossibilitaria a aplicação completa dos instrumentos. Os participantes tinham em média 70,6 anos de idade, variando entre 60 e 92 anos, e estudaram por 7,8 anos em média, variando entre o ensino fundamental incompleto e o médio completo.

Ambiente de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os dias 4 de janeiro de 2024 e 25 de março de 2024, na residência dos participantes (sala de estar, varanda, cozinha etc.), sem a presença de outras pessoas e em um ambiente livre de ruídos.

Instrumentos

O protocolo de coleta de dados utilizado nesta pesquisa era composto por: Miniexame do Estado Mental - MEEM (Folstein *et al.* 1975); Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD (Lawton & Brody, 1969); Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 (Almeida & Almeida, 1999); Inventário de Ansiedade Geriátrica - GAI (Martiny *et al.*, 2011) e o questionário psicossocial, elaborado pelas autoras.

O MEEM é uma ferramenta de triagem amplamente utilizada para avaliar a função cognitiva (Folstein *et al.* 1975), frequentemente utilizada em contextos clínicos para ajudar a detectar possíveis déficits cognitivos associados à demência ou a outras condições neurológicas. O instrumento avalia várias áreas da função cognitiva, como: orientação temporal (data, dia da semana, mês, ano) e espacial (local onde se encontra, cidade, país); memória de registro, o participante é solicitado a repetir uma lista de três palavras, testando a capacidade de registrar novas informações; atenção e cálculo, incluindo a tarefa que avalia a capacidade de atenção e cálculo, subtraindo sucessivamente 7 a partir de 100; memória de curto prazo, pois após alguns minutos, o paciente deve recordar as três palavras mencionadas anteriormente; linguagem, avalia a nomeação de objetos, repetição de frases, seguir comandos, leitura, escrita e a capacidade de copiar uma figura geométrica simples. Os pontos de corte variam por escolaridade: participantes analfabetos com pontuação abaixo de 20 podem indicar comprometimento cognitivo; participantes com até 8 anos de escolaridade podem indicar comprometimento cognitivo com pontuação abaixo de 25; participantes com mais de 8 anos de escolaridade, somente abaixo de 27/26 pontos (Brucki *et al.* 2003).

Para investigar os aspectos funcionais foi utilizado o Índice de Lawton, também denominado de Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), proposto por Lawton e Brody em 1969. Essas atividades são tarefas mais complexas do que as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e são necessárias para a vida independente em uma comunidade. Elas incluem ações que exigem tanto habilidades físicas quanto cognitivas e são fundamentais para a manutenção da autonomia do indivíduo, especialmente em pessoas idosas ou com alguma condição de saúde que possa comprometer suas habilidades funcionais (Lawton & Brody, 1969).

As principais atividades investigadas por esse instrumento são o uso de telefone: capacidade de fazer e receber chamadas; capacidade de fazer compras de forma independente; capacidade de planejar e preparar refeições; capacidade de cuidar da casa (inclui limpeza, manutenção e outras tarefas domésticas); gestão financeira: capacidade de administrar o dinheiro e pagar contas; capacidade de usar meios de transporte para se deslocar; responsabilidade por medicações: tomar remédios na dosagem e horários corretos; capacidade de cuidar da roupa pessoal. Não há um "ponto de corte" padronizado. Em vez disso, a avaliação das AIVDs geralmente resulta em uma pontuação que indica o

nível de independência da pessoa em relação a cada atividade. Cada AIVD é avaliada de forma binária (sim/não) ou em uma escala (por exemplo, 0 a 3). As pontuações mais baixas indicam maior dependência ou necessidade de assistência, enquanto pontuações mais altas indicam maior independência. A escala utilizada nesse estudo foi a de Lawton e Brody (2018), uma das ferramentas mais comuns para avaliar as AIVDs, que utiliza uma pontuação que varia de 0 (totalmente dependente) a 8 (totalmente independente) para homens, e de 0 a 9 para mulheres (pois inclui uma atividade adicional para o preparo de refeições). Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência do indivíduo.

Para o rastreio de humor foram utilizados dois instrumentos, o primeiro foi o GAI, desenvolvido por Pachana *et al.* (2007) e posteriormente traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Martiny *et al.* (2011), o qual é uma ferramenta de triagem projetada especificamente para avaliar a ansiedade em pessoas idosas, reconhecido por sua simplicidade e eficácia, sendo útil tanto em contextos clínicos quanto em pesquisas, sendo uma escala validada no Brasil. O segundo instrumento foi a GDS-15, que se refere à Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica) em sua versão curta, composta por 15 perguntas. A GDS-15 é uma ferramenta de triagem amplamente utilizada para avaliar sintomas de depressão em pessoas idosas. Foi desenvolvida para ser fácil de aplicar e entender, mesmo em populações com alguma deficiência cognitiva leve.

O GAI é composto por 20 itens que são respondidos com "sim" ou "não" e tem a finalidade de avaliar os sintomas de ansiedade em pessoas idosas, diferenciando-os de sintomas relacionados a outras condições, como a depressão ou o declínio cognitivo. A pontuação total é obtida somando-se o número de respostas afirmativas ("sim") com um escore máximo de 20 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 9 geralmente é considerada indicativa de ansiedade clinicamente significativa em pessoas idosas (Martiny *et al.*, 2011).

A GDS-15 consiste em 15 perguntas de "sim" ou "não", focadas em sintomas e sentimentos relacionados à depressão. A ferramenta tem como objetivo avaliar a presença e a gravidade dos sintomas depressivos em pessoas idosas, diferenciando esses sintomas de outras condições, como o declínio cognitivo. Os pontos de corte são avaliados da seguinte maneira: 0-4 indica normal (não depressivo); - 5-8: depressão leve; - 9-11: depressão moderada; - 12-15: depressão severa (Almeida & Almeida, 1999).

Por fim, o questionário psicossocial, que teve como objetivo coletar dados sobre os contextos de vida dos participantes e obter métricas como estado civil, escolaridade e ocupações, continha uma combinação de perguntas fechadas, semiabertas e abertas. Ao todo, foram 24 perguntas, as quais envolviam, além dos dados sociodemográficos, investigações sobre: problemas de saúde, rede de apoio familiar e social, ocupações diárias, percepção sobre a própria memória e participação social. As perguntas foram organizadas da seguinte maneira: 1 - nome e sobrenome; 2 – data de nascimento; 3 – idade; 4 - estado civil; 5 – escolaridade; 6 – consegue ler e escrever?; 7 – possui doenças? Se sim, quais?; 8 – é aposentado?; 9 – possui parentes vivos?; 10 – possui alguma religião?; 11 – como utiliza seu tempo?; 12 – o que acha da sua memória?; 13 – acha que sua memória mudou com a idade?; 14 – em relação a memória, o que mais lhe incomoda no dia a dia?; 15 – descreva sua rotina diária; 16 – costuma participar de grupos fora de casa; 17 – recebe suporte dos seus familiares?; 18 – recebe suporte de não-familiares? 19 – já passou por algum exame de cabeça (radiografia, tomografia ressonância etc.)?; 20 – já teve episódios de queda?; 21 – possui alguma deficiência?; 22 – como está a sua vista (visão)?; 23 – e a sua audição?; 24 – já teve algum episódio de AVC (Acidente Vascular Cerebral)? Se sim, há quanto tempo?

Procedimento

Conforme dados coletados pelo IBGE em 2022, o município de Aurora do Pará contabiliza pouco mais de vinte mil habitantes e não há dados sobre o número da população de idosos no município. Apesar de ter muitos interiores, a área central e urbanizada da cidade é de apenas 5km². Por ser um município pequeno, ao invés de restringir a coleta de dados a um espaço como a Unidade Básica de Saúde (UBS), optou-se por realizá-la nas residências das pessoas idosas de todos os bairros da cidade, sendo eles: Centro, Aparecida, Manelândia, Vila Nova/Jaderlândia e o recente bairro “Nova Aurora”, abrangendo, assim, uma amostra diversa, com diferentes classes sociais. Além disso, o ambiente físico e a organização dos atendimentos realizados nas UBS ou hospital não favorecia a disponibilidade das pessoas para participarem da pesquisa. Mesmo que a seleção dos participantes tenha sido realizada por conveniência, foi estabelecido o critério de escolha de seis idosos por bairro, considerando os cinco bairros do município, além de tentar coletar dados com pessoas idosas de diferentes ruas no mesmo bairro, uma vez que

a pesquisadora selecionava participantes a cada duas ruas, a fim de obter uma amostra heterogênea em suas realidades e demandas.

A coleta de dados foi feita majoritariamente no período vespertino, de segunda à sexta de 14h às 18h da tarde, pois foi considerado que pela manhã a maioria dessas pessoas se engajam em atividades domésticas e outras. A apresentação do projeto foi feita por meio de abordagem espontânea. Foram realizados contatos de porta em porta, aproximações em praças, comércios etc. No geral, a recepção dos participantes foi positiva, pois apenas um potencial participante se recusou a contribuir com a pesquisa. A duração de aplicação do protocolo de instrumentos foi em média de uma hora e meia por participante, com uma máxima de dois participantes por dia. A aplicação seguiu a ordem do protocolo de pesquisa, sendo: apresentação dos objetivos (TCLE), questionário psicossocial, MEEM; Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária; GDS-15 e GAI.

A análise dos dados envolveu a tabulação em uma planilha através da Google Planilhas, versão 1.24.342.01.90, onde foram realizadas análises de frequência e porcentagem. Os dados da entrevista foram transcritos e ponderados a partir da análise categorial e análise temática proposta por Bardin (2009) seguindo os passos de: a) pré-análise, com leitura flutuante, exaustiva e elaboração de indicadores; b) exploração do material, a fim de identificar categorias temáticas e c) interpretação, a fim de captar os significados do conteúdo.

Resultados

A apresentação dos resultados obtidos será dividida em relato de dados quantitativos e dados qualitativos.

Com relação aos dados quantitativos (Tabela 1), observou-se que a média de idade dos participantes foi de 70,6 anos, variando entre pessoas de 60 a 92 anos, sendo 18 mulheres e 12 homens. Da amostra de 30 pessoas, a maioria possuía apenas o ensino fundamental completo, sendo comum o relato de abando escolar para trabalhar; apenas três (10%) chegaram a concluir o ensino médio, duas destas tardivamente através do programa Educação de Jovens e Adultos (EJA) criado pelo Governo Federal com o intuito de promover escolaridade a jovens, adultos e idosos que não tiveram oportunidade de

ingressar na escola convencional na idade apropriada. A média de escolaridade dos participantes foi de 7,8 anos.

Com relação aos problemas de saúde, os participantes destacaram principalmente problemas cardíacos, hipertensão e diabetes. Todos os participantes eram atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade, as quais suprem a necessidade de medicação e insulina, mas em casos mais pontuais como o da Participante 27, que tem diagnóstico de problema renal e necessita realizar tratamento de hemodiálise, o suporte oferecido pela Secretaria de Saúde do Município é feito somente pela disponibilização de transporte para o deslocamento até um hospital da região onde é realizado o tratamento.

Considerando a percepção dos idosos sobre a própria memória, 40% deles alegaram ter uma boa memória, mas afirmam que ela está pior se comparada à de cinco anos atrás. Os relatos dos participantes condizem com o desempenho geral no instrumento de rastreio cognitivo, apontando resultados favoráveis com relação à memória. Apenas 4 participantes relataram queixas severas sobre a memória, com dificuldades para recordar nomes de familiares, caminhos para locais que vão frequentemente, como a igreja e a padaria. Destaca-se que foram participantes que já passaram por episódios de Acidente Vascular Cerebral (3) ou que estavam em idade acima de 75 anos (2).

Com relação às ocupações rotineiras e prazerosas, a maioria dos participantes citou: trabalhos domésticos, interação social (vizinhos) e familiar, uso de eletrônicos (televisão e rádio) e trabalhos manuais, como artesanato. A participante 24 é aposentada, mas continua a trabalhar- com uma frequência menor em relação ao seu trabalho na juventude - com conserto de roupas e confecção de tapetes, “(...) *dá um dinheiro extra e eu gosto de passar o tempo assim*”, afirma. Entretanto, para a participante 30 a ideia de continuar fazendo crochê como alternativa de renda não soa prazerosa, “*eu faço mesmo porque um dinheiro extra é bem-vindo para ajudar nas contas, mas já não sinto prazer nisso, trocaria facilmente por boas horas no meu sofá assistindo televisão*”.

Com relação aos fatores cognitivos, funcionais e emocionais (depressão e ansiedade), os valores obtidos pelos participantes estiveram dentro da média, isto é, considerando os dados desta amostra e os instrumentos utilizados, não foi observado prejuízo cognitivo, de funcionalidade ou de humor conforme a Tabela 1.

Tabela 1

Média do desempenho dos participantes nos testes de rastreio cognitivo, atividades instrumentais, depressão e ansiedade e dados da entrevista

	Percen tual	Mé dia Geral	M ÍN.	M ÁX.	M P	D
Idade	-	70, 6	60	92		9
Escolarida de	-	7,8	0	14		2, 8
MEEM	-	26, 3	21	30		2, 3
AIVD	-	23, 7	14	27		3, 4
GDS-15	-	1,5	0	6		0, 57
GAI	-	1,6	0	6		1, 7
ESTADO						
CIVIL						
Casados		50%	-	-	-	-
Viúvos		36,6%	-	-	-	-
Solteiros		13,3%	-	-	-	-
PROBLE						
MAS DE SAÚDE						
Doenças cardíacas		60%	-	-	-	-
Diabetes		30%	-	-	-	-
Colesterol alto/ Osteoporose		16,6%	-	-	-	-
OCUPAÇ ÕES		63,3%	-	-	-	-

Trabalho					
doméstico					
Interação social/familiar	33,3%	-	-	-	-
Eletrônico					
s (televisão e rádio)	26,6%	-	-	-	-
Trabalhos manuais	20%	-	-	-	-
<hr/>					
PERCEP					
ÇÃO SOBRE A					
PRÓPRIA					
MEMÓRIA					
Ótima	6,6%	-	-	-	-
Boa	40%	-	-	-	-
Regular	40%	-	-	-	-
Ruim	13,3%	-	-	-	-

Nota: MG= média geral; MÍN.= mínimo; MÁX.= máximo; DP= desvio padrão.

No que diz respeito à avaliação cognitiva, a média obtida pelos participantes no MEEM estava dentro do ponto de corte para a média de escolaridade. Os resultados do AIVD variaram de 14 a 27 pontos, com média de 23,7 pontos. Um aspecto que merece destaque é que as três menores notas (14, 17 e 17) foram obtidas por pessoas idosas já em idades avançadas (90, 92 e 85 anos, respectivamente). Entretanto, apenas um participante apresentou dependência parcial, acometido de baixa visão e dificuldades de mobilidade devido a diabetes e precisando de suporte em grande parte de suas atividades da vida diária. Considerando os resultados da GDS-15, apenas um participante atingiu a pontuação de alerta para estado depressivo (6), sendo este o participante 28, de 92 anos. Os dados do questionário psicossocial deste participante permitiram a identificação de um contexto de vida traçado por muitas perdas, restaram poucas pessoas do contexto de sua juventude, inclusive, o participante apresentou falas como “(...) já estou passando do tempo na Terra” e “(...)eu me sinto um ‘peso morto em casa’”. No inventário de ansiedade,

a nota mais elevada foi de 6 pontos, indicando baixíssimo nível de ansiedade entre os participantes.

Os dados qualitativos foram organizados em três categorias (solidão, eletrônicos como companhia e apoio social e familiar) a partir das respostas às seguintes perguntas da entrevista: 15 – descreva sua rotina diária; 16 – participação em grupos; 17 – percepção sobre suporte dos familiares; 18 – percepção sobre suporte de não-familiares.

Solidão

Cerca de 10 participantes pontuaram como a solidão é um enfrentamento constante na rotina. Mesmo os que não moram sozinhos (3) alegaram que o fato de morar com outras pessoas não necessariamente significa que elas interagem com eles da forma como gostariam, ou seja, não dando a atenção esperada por eles. O participante 28 ilustra esse sentimento na seguinte fala:

“(...)não é como se morar junto fosse tudo de bom. Eu vivo aqui com a minha filha, meu genro e meus dois netos, mas às vezes me sinto um ‘peso morto’ nessa casa. Me pego deprimido e solitário pensando na vida que eu já tive e onde eu vim parar. Eu já fui o senhor da casa, agora eu sou um velho na casa de outro senhor(...)”.

Considerando as ocupações diárias, mesmo os participantes que viviam sozinhos (8) tinham autonomia e independência para preparar as refeições, organizar o lar, gerenciar as finanças etc. A decisão da pessoa idosa de viver sozinha estava ligada a diversas circunstâncias, como a viuvez, separação ou a falta de familiares próximos. Mudanças na estrutura familiar, como filhos que saem de casa, também impactaram nessa escolha. Há casos em que, apesar de poderem morar com familiares, os participantes relataram preferir ficar sozinhos em busca de mais autonomia, privacidade e um ambiente tranquilo.

Eletrônicos como companhias

Para 8 participantes o celular era a principal fonte de distração e 12 sujeitos não souberam responder sobre seus gostos pessoais, hobbies, atividades preferidas ou qualquer termo que se referisse a lazer e tempo de qualidade. Isto pode ser observado no relato do Participante 4, o qual afirmou: “(...) *como vivo sozinho e não tenho com quem*

conversar à noite, prefiro ficar no celular à televisão, aí só largo quando estou caindo de sono” e no relato do participante 9, que destacou “(...) quando se é ‘velho’, se faz ‘coisa de velho’, não tem muito o que fazer além de jogar dominó e conversar”.

Apoio social e familiar

Com relação ao apoio familiar e social, dos 30 participantes, 16 vivem sozinhos e recebem com pouca ou nenhuma frequência a visita de familiares. O maior suporte percebido vem dos vizinhos, as variáveis proximidade e suporte da comunidade foram bastante citadas, destacando sua relevância, como no trecho da entrevista com o Participante 19:

“É, se for falar de apoio dos vizinhos, está bom mesmo. Fazem mais do que os filhos! A minha vizinha já me ajudou quando quebrei o braço, já me ajudou a tomar medicações e, principalmente, me visita né, coisa que só acontece de ano em ano com os filhos. Eu sei que vivo sozinho, mas não abandonado, sabe? Se me der algum problema a qualquer hora eu sei a quais pessoas pedir ajuda e sei que sentiriam a minha falta, isso é muito importante e me deixa seguro”.

Discussão

O propósito deste trabalho foi investigar o processo de envelhecimento em uma cidade do interior do Estado do Pará, focando na investigação das seguintes variáveis: humor, ocupação, funções cognitivas e funcionalidade. A partir dos dados descritos tem-se um perfil de idosos relativamente jovens, com baixa escolaridade e do gênero feminino, tais resultados corroboram com o evidenciado na literatura que demonstra a feminização da velhice (Maximiano-Barreto, 2019) e a baixa escolaridade entre pessoas idosas residente no interior das cidades (Nascimento et al., 2021; Pedreira et al., 2016).

Considerando os aspectos cognitivos, de funcionalidade e humor, pode-se observar que os resultados foram bastante positivos, uma vez que a pontuação obtida pelos participantes estava dentro da média aceita para a idade. Por outro lado, destaca-se a importância de se trabalhar com prevenção e promoção de saúde, pois a maioria dos participantes apresentam diagnósticos de problemas cardíacos e diabetes. Tais doenças

crônicas são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de quadros demenciais segundo o último relatório do *The Lancet* (Livingston et al., 2024).

Além disso, há de se considerar as diferenças quanto a qualidade de vida de quem reside no Pará e em outras regiões do Brasil. Segundo Sant'Ana e D'Elboux (2019), a maior disparidade está no acesso aos serviços de saúde, o qual é mais restrito em áreas rurais, fato que pode ser observado no exemplo do participante 27 que tem uma rotina exaustiva por se deslocar 184,6 km, por cerca de 2h30 (5h de viagem em média), três vezes por semana para receber atendimento de saúde.

Com relação ao apoio familiar, Reis et. al (2009) afirma que tal apoio é uma das variáveis relevantes para a qualidade de vida de longevos que residem no interior, assim como o menor custo de vida e o ritmo mais tranquilo das áreas rurais, especialmente para aqueles que dependem de cuidados. A rede de apoio familiar e social, o alto índice de interação social e coletividade, até a forma de locomoção do dia a dia podem interferir na saúde mental (Fajersztajn et al., 2016). Entretanto, o observado neste estudo demonstra um afastamento da família, mesmo quando esta reside no mesmo domicílio que a pessoa idosa.

A revisão sistemática da literatura elaborada por Almeida et al., (2020) aponta que o enfrentamento da solidão por parte do adulto mais velho perpassa pela ressignificação e fortalecimento dos vínculos sociofamiliares e, nesse sentido, a literatura conclama a comunidade a se responsabilizar pelas gerações que estão envelhecendo. A solidão, em qualquer faixa etária, pode ser perigosa. Segundo Almeida et al. (2020), um dos principais desafios do envelhecimento é a capacidade de adaptação a situações adversas e a manutenção da qualidade de vida. Nesse contexto, a família desempenha um papel fundamental como apoio, simbolizando cuidados e proteção em todas as camadas sociais. Para pessoas idosas, receber cuidados de familiares reflete uma tradição cultural de retribuição pelo amor e atenção recebidos ao longo da vida. A família pode influenciar positivamente o envelhecimento saudável, promovendo autonomia nas atividades diárias e oferecendo suporte emocional. O apoio familiar vai além da presença física, abarcando ações como telefonemas e mensagens que demonstrem preocupação e proximidade, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa.

Outro ponto relevante para discussão é com relação às ocupações destes indivíduos, a maioria se engaja apenas em atividades domésticas e, quando há interação

social esta é restrita ao contato com os vizinhos, os relatos de atividades prazerosas são quase inexistentes, as ações do dia a dia parecem ser realizadas de modo automático. Segundo o estudo de Carvalho et al. (2024), quando pessoas idosas estão engajadas em atividades de lazer, como jogos por exemplo, cria-se um ambiente propício para emissão de repertórios verbais que favorecem a interação social. De acordo com Bernardo e Carvalho (2020), engajar-se em atividades culturais é uma forma de compreender e respeitar a diversidade cultural, resgatar as identidades sociais, usufruir e proporcionar experiências de alto valor social, com impactos benéficos na vida das pessoas idosas. Apesar das considerações positivas levantadas pelos entrevistados sobre o auxílio de não-familiares e satisfação com as alternativas de lazer do município, a temática mais comum trazida por eles foi a solidão, a qual também interage com o uso constante do celular como principal fonte de distração. Este é um dado preocupante, uma vez que o uso de celular por idosos brasileiros está associado a maior tempo sentado e ao sedentarismo, tornando-se um alerta para as repercussões negativas na saúde física e mental dos mesmos, especialmente para quadros de depressão e vulnerabilidade emocional (Abdon *et al.*, 2022).

Conclusão

O presente estudo permitiu a reflexão sobre o perfil cognitivo, emocional e ocupacional de uma amostra de pessoas idosas de Aurora do Pará e sobre a dinâmica da rotina e vida de uma parcela dessa população, além de fomentar discussões sobre aspectos do envelhecimento e seus desafios em relação a saúde, lazer e participação social, avaliando, também, parâmetros de autopercepção, autoestima e funcionalidade. Identificou-se que o processo de envelhecimento no interior envolve aspectos positivos, como o contato com a natureza, ambiente mais tranquilo, força da comunidade e maior liberdade de locomoção, mas, também há pontos negativos como a menor disposição de políticas públicas voltadas para serviços de saúde especializados e lazer, o que pode muitas vezes levar o quadro de “tranquilidade” para o de “tédio”, pela escassez de atividades culturais. Para melhorar esse cenário faz-se necessário que o poder público tenha participação mais efetiva no que se refere a ampliação de serviços de saúde e promoção de eventos culturais acessíveis para essa faixa etária.

Ao considerar a importância de estudos de rastreio e perfil cognitivo para a gerontologia e saúde pública, esta pesquisa contribuiu trazendo uma perspectiva em um contexto rural ainda pouco explorado pela literatura atual. Além de identificar aspectos a serem trabalhados em planos de intervenções individuais e grupais com pessoas idosas da comunidade investigada, servindo de subsídio para a elaboração de políticas públicas para o município. O presente estudo apresentou algumas limitações a serem observadas e preenchidas por pesquisas futuras sobre a temática devido à utilização de uma amostragem não probabilística, isto é, por conveniência, não representando a totalidade de idosos residentes em contexto de interior. Assim, este estudo não sugere a generalização dos resultados para todos os idosos que vivem em ambientes rurais, os quais podem apresentar uma realidade diferente. Ademais, o desenho transversal empregado impede a determinação de relações de causa e efeito, detendo-se na exploração das variáveis selecionadas para análise e descrição do cenário. Para novas investigações, sugere-se a aplicação dos dados obtidos neste estudo para a realização de pesquisas aplicadas que visem a modificação de quadros de solidão, ampliação de repertórios comportamentais de autonomia e independência, além de variação quando a busca de atividades de interesse para além do uso do celular.

Referências

Abdon, A. P. V., Barros, M. C. D. V., Abreu, C. C. T., Falcão, T. N., Sousa, J. G. de O. e., & Mont'Alverne, D. G. B. (2022). Tempo de uso do smartphone e condições de saúde relacionadas em idosos durante a pandemia da covid-19. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 25(6), e210194. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210194.pt>

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, 57(2B), 421–426. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

Almeida, P. K. P., de Lima Dantas, J. L., Trigueiro, J. G., Junior, J. M. P., & do Nascimento, E. G. C. (2020). “Vivi, estudei, amei, e até cri”: Revisão sistemática sobre a solidão no idoso brasileiro. *Revista Intellectus*, 57(1), 41-55. Recuperado de: <https://scholar.google.com.br/citations?user=AkxSjlAAAAAJ&hl=pt-BR>

Almeida, P. K. P. de ., Sena, R. M. de C., Pessoa Júnior, J. M., Dantas, J. L. de L., Trigueiro, J. G., & Nascimento, E. G. C. do .. (2020). Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 23(5), e200225. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200225>

Barbosa, B. J. A. P., Siqueira Neto, J. I., Alves, G. S., Sudo, F. K., Suemoto, C. K., Tovar-Moll, F., Smid, J., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Souza, L. C. de ., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Engelhardt, E., & Chaves, M. L. F.. (2022). Diagnóstico do comprometimento cognitivo vascular: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3), 53–72. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S104PT>

Bardin, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009. Recuperado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BAR_DIN_L_1977._Analise_de_conteudo._Lisboa__edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf

Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H.. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, 61(3B), 777–781. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

Carvalho, D. W. de; Lima, J. S.; Silva, A. J. M. (2024). Interação através de jogos e o efeito sobre o comportamento verbal de idosas institucionalizadas. *Psicologia Argumento*, 42(116), 178-197. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.42.116.AO08>

Correa, M. R. (2016). Envelhecer na cidade. *Revista Espaço Acadêmico*, 16(184), 35-46. Recuperado de: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/32813>

Costa, R. S. da, Leão, L. F., & Campos, H. L. M. (2020). Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas: Desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: Um estudo transversal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(1), 83–103. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p83-103>

Fajersztajn, L., Veras, M., & Saldiva, P. H. N. (2016). Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores? *Estudos Avançados*, 30(86), 07–27. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100002>

Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2018). Estrutura conceptual do envelhecimento em diferentes etnias. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 39, e66144. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.66144>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G., & Barcelos, B. J.. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 724–732. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>

Gomes, G. C., Moreira, R. da S., Maia, T. O., Santos, M. A. B. dos ., & Silva, V. de L.. (2021). Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1035–1046. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>

Groll, D. L., To, T., Bombardier, C., & Wright, J. G. (2005). The development of comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol*, 58(6) 595-602. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2004.10.018

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Aurora do Pará (PA) | Cidades e Estados. IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/aurora-do-pará/panorama>

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (2018). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 58(3), 508-516. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx084>

Livingston, Gill et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404, Issue 10452, 572 – 628.

Martiny, C., Silva, A. C. de O.; Nardi, A. E., & Pachana, N. A. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Archives of Clinical Psychiatry (são Paulo)*, 38(1), 08–12. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100003>

Maximiano-Barreto, M. A., Andrade, L., Campos, L. B. de, Portes, F. A., & Generoso, F. K. (2019). A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: UMA ABORDAGEM BIOPSICOSSOCIAL DO FENÔMENO. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 8(2), 239–252. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>

Nascimento, A., Pinto, D., Magalhães, M. D., Cardoso, P., Cunha, P., Piedade, P., & Puga, P. (2021). Fragilidade, desempenho cognitivo e sintomas depressivos de idosos ribeirinhos da Amazônia. *Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia*. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n2p23>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base. Resumo. Washington, D.C.: OPAS. <https://doi.org/10.37774/9789275726754>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>

Pedreira, R. B. S., Andrade, C. B., Barreto, V. G. A., Pinto Junior, E. P., & Rocha, S. V. (2016). Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(1), 103–119. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i1p103-119>

Reis, L. A. dos, Torres, G. de V., Araújo, C. C. de, Reis, L. A. dos, & Novaes, L. K. N.. (2009). Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. *Psicologia Em Estudo*, 14(2), 295–301. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CJtpsWPLvnsPy3qd39RBqmJ/#>

Sant'Ana, L. A. J., & D'Elboux, M. J. (2019). Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde em Debate*, 43(121), 503-519. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912117>

Sanches, M. S., & Lourenço, R. A. (2009). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(7), 1455-1465. Recuperado em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/03.pdf>.

Smith, J. (2022). Rastreio cognitivo em idosos: Uma revisão sistemática da literatura. *Journal of Gerontology*, 35(2), 123-135.

Veras, R. P. (2023). Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 26, e230233. <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230233.pt>