



**COMPREENDENDO A MOBILIDADE DE PESSOAS IDOSAS:
EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS
AUXILIARES DE MOBILIDADE**

**UNDERSTANDING THE MOBILITY OF OLDER PEOPLE: EXPERIENCES
AND PERSPECTIVES ON THE USE OF AIDS MOBILITY**

Dartel Ferrari de Lima¹

Adelar Aparecido Sampaio²

Dayane Cristina de Souza³

Daiana Machado⁴

Francielle Selzler Breche Beckert⁵

Resumo: O avanço da idade relaciona-se a restrições na locomoção, frequentemente levando idosos a adotar dispositivos auxiliares de mobilidade. Até o momento, poucas pesquisas exploraram os fatores ambientais, sociais e individuais que influenciam a seleção desses dispositivos. Este estudo objetiva compreender as percepções e experiências de homens e mulheres idosos diante das dificuldades de locomoção e decisões para aperfeiçoar a mobilidade, utilizando uma metodologia qualitativa, descritiva e interpretativa com grupo focal presencialmente realizado. O grupo de estudo, composto por cinco homens e cinco mulheres com 65 a 96 anos, residentes em uma instituição de longa permanência para idosos, destaca como fatores culturais e sociais influenciam a adoção de bengalas, muletas e cadeiras de rodas para auxiliar a locomoção. A diversidade de contextos sublinha a necessidade de soluções personalizadas, ao passo que discursos negativos sobre o envelhecimento podem perpetuar estigmas, demandando revisão das políticas públicas para melhor atender aos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Limitação da Mobilidade; Bengala; Cognição; Doença Crônica.

Abstract: Aging is associated with mobility restrictions, often leading elderly people to use mobility aids. Little research has explored the environmental, social, and individual factors that influence the choice of these devices. This study aims to understand the perceptions and experiences of elderly men and women regarding mobility issues and their choices to improve mobility. To this end, we used a qualitative, descriptive, and interpretative approach with a face-to-face focus group. This group consisted of five men and five women aged between 65 and 96, living in a long-term care facility for the elderly. The study

¹ Doutorado em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Educação Matemática (PPGECM/Unioeste), Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: dartel.lima@unioeste.br

² Doutorado em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professor na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Corumbá, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: adelar.sampaio@ufms.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade São Judas Tadeu (USJT). Professora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Marechal Cândido Rondon, Paraná, Brasil. E-mail: daiana.machado1@unioeste.br

⁴ Doutorado em Educação Física e Saúde, Universidade Estadual de Maringá (UEM). Professora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Marechal Cândido Rondon, Paraná, Brasil. E-mail: daynycs@gmail.com

⁵ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Educação Matemática (PPGECM/Unioeste), Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: franciellebeckert@educacao.cascavel.pr.gov.br



highlighted how cultural and social factors influence the choice of walking sticks, crutches, and wheelchairs to aid mobility. The variety of contexts underlines the need for personalized solutions, whereas negative rhetoric towards aging can perpetuate stigma. Thus, public policies should be revised to better assist the elderly.

Keywords: Aging; Mobility Limitation; Cane; Cognition; Chronic Disease.

1 Introdução

Múltiplas evidências na área da gerontologia indicam que a autonomia na mobilidade constitui um elemento fundamental para que idosos mantenham seu bem-estar físico, mental e qualidade de vida. Facilitar a capacidade desses indivíduos de se locomoverem de maneira independente não apenas sustenta como também amplia suas conexões sociais, combatendo a solidão. Essa autonomia promove o suporte emocional e retarda os declínios funcionais, os quais são preocupações substanciais para o bem-estar dos idosos, tendo um impacto positivo no sentimento de pertencimento à comunidade. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais (Lima *et al.* 2022).

A prevalência de dificuldades de mobilidade é consideravelmente maior entre populações idosas. Dados estatísticos revelam que um terço das pessoas com 65 anos ou mais e dois terços daquelas com 85 anos ou mais enfrentam obstáculos na locomoção, como dificuldades em caminhar de forma independente e em subir e descer escadarias. Esses números ressaltam a magnitude do desafio e sua relevância crescente à medida que a população envelhece (Bechtold; Stauder; Fieder, 2021).

Concomitantemente ao aumento dos desafios de locomoção associados ao avanço da idade, cresce a adoção de dispositivos auxiliares de mobilidade, como cadeiras de rodas, bengalas, andadores e muletas. Entretanto, é importante ressaltar que o aumento no uso desses dispositivos não deve ser interpretado como um sinal de declínio, mas sim como uma oportunidade para superar as limitações de mobilidade, promovendo maior independência e qualidade de vida (Rushton *et al.* 2017).

A escolha de dispositivo auxiliar de mobilidade varia conforme as necessidades individuais e o grau de restrição de mobilidade. Cada dispositivo apresenta suas vantagens e é selecionado com base na condição de saúde e preferências do usuário. Cadeiras de rodas, por exemplo, fornecem suporte robusto para pessoas com limitações significativas de mobilidade, enquanto bengalas e andadores contribuem para a estabilidade durante a marcha, oferecendo um ponto de apoio adicional, sendo os auxílios de locomoção mais empregados (Albuquerque *et al.* 2018).



As investigações sobre o uso de dispositivos auxiliares de mobilidade na fase adulta têm sido relativamente restritas. Alguns estudos, sobretudo na área da reabilitação física, têm se dedicado a examinar a eficácia desses dispositivos na redução do risco de quedas, o impacto no desempenho funcional dos idosos, além de seu papel na promoção da independência e na melhoria da qualidade de vida (Lima *et al.* 2022). Apesar deste conjunto emergente de trabalhos ter proporcionado perspectivas significativas sobre a utilização desses dispositivos na vida adulta, especialmente entre os idosos, a aceitação e a adesão ao uso desses equipamentos são áreas de interesse, uma vez que algumas pessoas podem aderir ou resistir ao seu uso devido a estigmas sociais, culturais ou de autoimagem (Ferrell *et al.* 2023).

Dessa forma, evidencia-se uma lacuna no conhecimento no que tange à comparação das experiências e perspectivas entre indivíduos que fazem uso de dispositivos auxiliares de mobilidade, destacando-se a necessidade de explorar as diferenças entre homens e mulheres. Escassos são os estudos que abordam a interação dos fatores sociais e ambientais com as variáveis pessoais, que podem influenciar as decisões de adotar ou rejeitar esses dispositivos ao longo da vida. Nota-se que os poucos estudos disponíveis sobre este tema geralmente adotam uma abordagem predominantemente biomédica, focando na gestão de doenças, deficiências e incapacidades.

Nesse contexto delineado, é essencial investigar o conhecimento para aprofundar a compreensão das especificidades das experiências e perspectivas de homens e mulheres idosos que necessitam de auxílio para a mobilidade, levando em conta as diferenças de gênero e as diversas visões associadas ao uso desses dispositivos. Além disso, alguns estudos têm explorado como o ageísmo pode influenciar a autopercepção dos adultos mais velhos e moldar suas vivências com seus corpos envelhecidos, refletindo o estigma prevalente associado ao envelhecimento como um período de declínio físico e cognitivo inevitável, o que frequentemente resulta em marginalização e restrição das oportunidades para os idosos (Lima; Sampaio, 2023).

Este estudo é orientado por duas questões estruturantes: como os indivíduos idosos percebem e vivenciam as limitações de locomoção no seu dia a dia? E como o contexto social e ambiental influencia o uso dispositivos auxiliares de mobilidade na vida desses adultos mais velhos? A primeira questão investiga as percepções subjetivas dos idosos sobre sua mobilidade, abrangendo as restrições físicas, emocionais e sociais decorrentes das dificuldades de locomoção. A segunda questão explora como fatores



externos como o ambiente físico, o suporte social e as atitudes sociais moldam as escolhas e experiências dos idosos em relação ao uso de dispositivos auxiliares de locomoção.

O objetivo desta pesquisa é compreender as percepções e vivências de homens e mulheres idosos diante de suas dificuldades de locomoção e das decisões para melhorar a mobilidade.

2. Metodologia

Este estudo emprega um método exploratório-descritivo de abordagem qualitativa (Cordeiro *et al.* 2023), utilizando interpretação de baixa inferência para elucidar as dificuldades de locomoção e a decisão de utilizar dispositivos para auxílio da mobilidade por idosos. Essa estratégia metodológica visa compreender e descrever fenômenos complexos, utilizando as próprias palavras e perspectivas de um grupo de idosos reunidos em um grupo focal dedicado ao tema (Lima; Sampaio, 2023).

A interpretação de baixa inferência implica que os pesquisadores concentraram-se em relatar as observações de forma objetiva, sem inserir muitas interpretações pessoais. Isso permite que as vozes e experiências dos participantes do grupo focal se sobressaiam, contribuindo para um retrato mais autêntico do fenômeno estudado. Destaca-se a centralidade das experiências e compreensões dos participantes, considerando o contexto social e ambiental de suas dificuldades de mobilidade (Rodrigues; Dias; Roazzi, 2002).

2.1 Grupo focal como técnica de coleta de dados

A técnica de pesquisa com grupo focal é uma abordagem qualitativa preciosa, desenvolvida para capturar informações subjetivas sobre a percepção dos participantes, oferecendo uma compreensão mais profunda dos valores e motivações que influenciam seus comportamentos (Bicudo, 2009). Este método permite aos pesquisadores explorar as perspectivas dos participantes de maneira mais interativa e dinâmica em comparação com entrevistas individuais, promovendo uma compreensão rica e multifacetada das experiências e opiniões (Lima; Sampaio, 2023).

2.2 Recrutamento do grupo

Os participantes do grupo focal foram selecionados de forma espontânea e contingencial a partir da prática profissional do pesquisador, sem divulgação de informações sensíveis que pudessem identificar os envolvidos. Originalmente concebido



como atividades voltadas para educação, ensino e treinamento, o grupo focal é derivado de um projeto de extensão universitária intitulado "Treinamento físico terapêutico para residentes de instituições de cuidados para idosos: enfrentando os desafios morfofisiológicos do envelhecimento", ocorrido de 2022 a 2024, com a participação de estudantes de graduação em educação física.

O estudo de pesquisa foi realizado em uma instituição de longa permanência para idosos, denominada neste artigo como residencial para idosos, situada no município de Marechal Cândido Rondon, na região oeste do estado do Paraná. A escolha deste local específico pode ter impactos significativos nas percepções e experiências dos participantes, uma vez que se trata de um residencial filantrópico, sustentado por doações da comunidade local e destinado a acolher idosos abandonados ou rejeitados por suas famílias. A participação anterior dos membros do grupo focal no projeto de extensão universitária foi cuidadosamente considerada na condução do grupo, dada a possibilidade de influenciar as percepções dos participantes em relação à mobilidade e ao uso de dispositivos auxiliares.

Entre os 38 residentes que apresentavam dificuldade de locomoção e utilizavam algum dispositivo auxiliar para o deslocamento, foram selecionados dez participantes, sendo cinco homens e cinco mulheres, com idades variando de 65 a 96 anos, de acordo com critérios de conveniência (Sampaio *et al.* 2021). A amostra indica que os participantes foram escolhidos com base em sua acessibilidade e disponibilidade, prática comum em pesquisas qualitativas. A seleção de homens e mulheres, assim como a inclusão de diversas faixas etárias, visou garantir a diversidade de perspectivas no grupo focal. A possibilidade de convidar 38 pessoas ressalta a disponibilidade de uma amostra considerável para a seleção dos participantes do grupo focal (Trad, 2009).

2.3 Moderador

A função de mediador foi desempenhada por um único indivíduo, graduado em fisioterapia e professor universitário em uma instituição pública de ensino superior por quatro décadas, com pós-graduação em Medicina Preventiva, experiência clínica em reabilitação física, e expertise na condução de grupos focais e na publicação de artigos científicos qualitativos de elevado impacto, indicando um profundo conhecimento no tema em estudo. Esta qualificação proporcionou um ambiente propício para as discussões



no grupo focal fluírem naturalmente, permitindo que todos os participantes expressassem suas opiniões livremente.

2.4 Roteiro de discussão e adequação do local de reunião

O roteiro foi elaborado com questões estruturadas, utilizando palavras e frases simples para serem compreendidas por todos os participantes, que possuíam educação formal até o primeiro grau. Isso assegurou que as perguntas fossem entendidas de maneira clara, promovendo a inclusão e a igualdade na participação. O grupo foi conduzido presencialmente em uma única sessão, com duração de 120 minutos. A interação face a face foi escolhida para facilitar a comunicação, possibilitando uma compreensão mais rica das expressões faciais, linguagem corporal e sutilezas nas respostas dos participantes (Atwa *et al.* 2022).

A reunião do grupo focal ocorreu em uma sala de reuniões especialmente designada para essa atividade, localizada nas dependências da instituição. A familiaridade com o ambiente contribuiu significativamente para a dinâmica do grupo focal, eliminando a necessidade de deslocamento e preservando um espaço que já era familiar aos participantes.

As questões do guia orientaram o desenvolvimento da sessão do grupo focal. O roteiro básico foi elaborado com 11 perguntas que permitiam respostas subjetivas: 1) Você consegue locomover-se sem ajuda ou utilizando bengala, muleta ou cadeira de rodas? 2) Como se sente quando não consegue locomover-se sozinho(a)? 3) Como se sente em relação aos seus familiares e amigos ao não poder locomover-se sozinho(a)? 4) Quais são as diferenças entre como se sente agora e quando era mais jovem e capaz de locomover-se sozinho(a)? 5) Quais são as principais dificuldades que enfrenta com seu corpo hoje em dia? 6) Qual é a sua percepção ao se ver no espelho? 7) Como percebe sua saúde atualmente? 8) Qual é sua avaliação de sua condição física (força, disposição, etc.)? 9) Acredita que sua mente funciona bem? 10) Enxerga algum obstáculo em utilizar bengala/muleta/cadeira de rodas em casa ou na rua? 11) O que o impede ou dificulta de caminhar?

2.5 Transcrição do debate

A sessão foi registrada e transcrita literalmente após o término da reunião, utilizando o Google Docs, um programa desenvolvido pela empresa Google que



simplifica e acelera o processo de transcrição automática de áudios. Os autores realizaram uma leitura minuciosa do conteúdo gerado pelo programa para evitar omissões ou substituições de palavras. As falas transcritas neste artigo estão apresentadas entre aspas, para refletir fielmente as palavras dos participantes, inclusive os erros linguísticos. O uso de três pontos consecutivos [...] indica partes da fala que foram omitidas por questões de concisão. Repetições de palavras e pausas na fala (como "uh!") foram excluídas.

Sempre que viável, foram incluídas na transcrição descrições do comportamento e das emoções dos participantes durante suas respostas. Essas observações adicionais oferecem ao leitor uma perspectiva importante sobre as emoções, expressões faciais e outras nuances que podem influenciar a interpretação das respostas. Por fim, a identidade dos participantes foi protegida, conforme o compromisso estabelecido pelo comitê de ética que avaliou a pesquisa descrita neste artigo. Os participantes do grupo focal são identificados no texto por uma letra "H" para homens e "M" para mulheres, seguidos de um numeral de 1 a 5, indicando a distinção entre os membros de cada grupo (H1 a H5 para homens e M1 a M5 para mulheres).

A opção de não divulgar a idade de cada participante nas descrições de suas falas visa salvaguardar a privacidade e a identidade dos indivíduos envolvidos. Este cuidado ético e prático visa evitar qualquer potencial estigmatização ou categorização baseada na idade, permitindo que as vozes dos participantes sejam avaliadas pelo seu conteúdo e contexto, sem influências externas. Isso também promove uma análise mais imparcial e focada nos temas discutidos, preservando a confidencialidade e o respeito pelos direitos dos envolvidos na pesquisa.

As transcrições das falas foram manipuladas e guardadas em um local reservado e seguro. A decisão de destacar apenas os depoimentos que contribuíram de forma significativa ao contexto do grupo focal é fundamentada em princípios de eficiência e relevância na análise dos dados. Em pesquisas qualitativas como esta, os recursos de tempo são limitados, sendo crucial maximizar a utilidade dos resultados apresentados. A seleção dos depoimentos mais pertinentes permite concentrar-se na compreensão profunda das questões discutidas, evitando dispersões ou informações menos relevantes. Além disso, esta abordagem protege a privacidade dos participantes ao não divulgar falas que possam não agregar valor substantivo ao estudo, garantindo assim a integridade e o foco da pesquisa. Dessa maneira, a decisão intencional de destacar apenas os depoimentos mais impactantes assegura uma análise robusta e concentrada nos aspectos mais relevantes e significativos do estudo com os idosos.



Os registros com as gravações foram transferidos para um dispositivo portátil de memória (*pendrive*), sendo mantidos sob a responsabilidade do pesquisador principal. Após a finalização do estudo, todo o material original será deletado, exceto o que for solicitado pelos participantes.

2.6 Análise de dados

A análise dos dados seguiu as sete etapas analíticas propostas por Marshall e Rossman (2006), que incluem: (a) organização dos dados; (b) imersão nos dados; (c) geração de categorias e temas; (d) codificação dos dados; (e) oferta de interpretações por meio de memorandos analíticos; (f) busca de entendimentos alternativos; e (g) redação do relatório. A decisão de realizar uma transcrição literal das falas, juntamente com anotações de comportamento, evidencia o compromisso em preservar a autenticidade das experiências dos participantes, enriquecendo a compreensão do conteúdo verbal com a inclusão de expressões não verbais, como risos, choros e espanto.

Na sequência, as transcrições foram codificadas em quatro categorias distintas: “com utilização de dispositivo e sem queixas”; “com utilização de dispositivo e com queixas”; “sem utilização de dispositivo e sem queixas”; “sem utilização de dispositivo e com queixas”. Esses identificadores foram cruciais como rótulos representativos dos temas ou padrões emergentes nas falas dos participantes, objetivando classificar os dados brutos e viabilizar a análise global, agregando múltiplos segmentos. No processo de síntese e abstração, os códigos foram agrupados, resumidos e categorizados em dez temáticas, conforme ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1: Processo de síntese e abstração com os códigos agrupados, resumidos e categorizados em dez temáticas

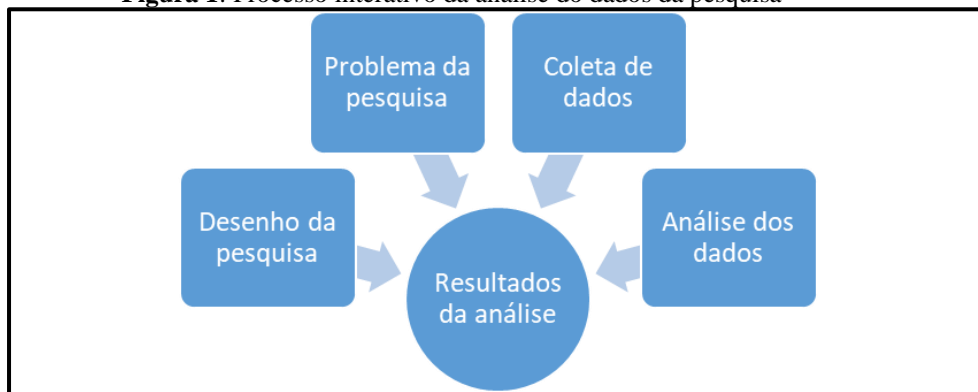
Categorização da temática	Descrição da temática
Mobilidade independente	Aborda a capacidade de locomoção independente e o impacto no cotidiano.
Aspectos sociais da mobilidade	Aborda os papéis da mobilidade em atividades sociais, familiares e comunitárias.
Experiências de envelhecer	Aborda as percepções sobre as mudanças físicas, emocionais e sociais com o envelhecimento.
Percepção corporal	Aborda as percepções sobre o corpo, incluindo a forma como a autoimagem influencia a mobilidade.
Percepção de saúde	Aborda a relação da mobilidade com a percepção da saúde.
Limitação física e mental	Aborda as deficiências físicas ou mentais com a idade avançada; estratégias de enfrentamento e resiliência.
Dispositivos auxiliares de marcha	Aborda a percepção do uso de bengalas ou andadores, incluindo a aceitação, negação e a adaptação.
Barreiras à mobilidade	Aborda os desafios e obstáculos sociais e ambientais em relação à mobilidade.
Caminhabilidade	Aborda os significados do ato de caminhar, incluindo aspectos simbólicos, emocionais e culturais.

Mobilidade geral	Aborda diversas dimensões da mobilidade que não se encaixa nos códigos anteriores.
------------------	--

Fonte: Autores.

A categorização da temática facilitou a identificação dos tópicos pertinentes e das variações nas respostas dos participantes. O resultado final do processo de codificação e análise proporcionou uma visão abrangente sobre os comportamentos relacionados ao uso de dispositivos auxiliares de mobilidade em pessoas idosas. Isso contribui para abordar as questões de pesquisa e alcançar os objetivos do estudo. O processo interativo de análise dos dados da pesquisa está sintetizado na Figura 1.

Figura 1: Processo interativo da análise do dados da pesquisa



Fonte: Adaptado de Busetto, Wick e Gumbinger (2020).

A organização dos dados foi o ponto de partida, sistematizando e categorizando as informações coletadas durante o grupo focal com o editor de textos Word da Microsoft, integrado ao Office. A imersão nos dados destacou a importância de explorar transcrições e anotações comportamentais para capturar a complexidade das experiências dos participantes. A geração de categorias revelou padrões significativos, facilitando a organização das informações. A codificação centralizou a análise, atribuindo códigos aos trechos das transcrições. Reflexões detalhadas na elaboração de interpretações enfatizaram a consideração de múltiplas perspectivas e interpretações alternativas, culminando no relatório claro e objetivo dos resultados da análise.

2.7 Definição de mobilidade

A definição de mobilidade ainda procura consenso entre as diversas correntes de entendimento. O conceito fornecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) abrange uma vasta gama de desafios, podendo se manifestar de várias maneiras, como dificuldades para locomover-se, mudar ou manter a posição do corpo, manipular objetos e utilizar transporte, afetando diversos aspectos da capacidade das pessoas para realizar



suas atividades diárias (Parodi; Runzer-Colmenares, 2022). Este entendimento da OMS servirá como base para a discussão deste artigo.

2.8 Considerações éticas

A pesquisa foi apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Parecer 1.124.367 e seguiu todos os compromissos firmados previamente.

3 Resultados e discussões

A variação entre os participantes em relação aos diferentes dispositivos de auxílio à mobilidade, os motivos para usar um dos dispositivos, assim como o período e a frequência de uso, adiciona uma camada significativa de complexidade e diversidade às experiências estudadas. A combinação de uma bengala e um andador ou o uso exclusivo de uma bengala foram os auxílios de locomoção mais comuns entre os participantes. Isso indica a preferência por dispositivos que oferecem suporte tanto para o equilíbrio quanto para a locomoção. Dois homens e duas mulheres utilizavam dispositivos de mobilidade com rodas. Ambos haviam sido diagnosticados com uma condição neurológica e apresentavam sequelas permanentes. Curiosamente, apenas os homens utilizavam cadeiras de rodas motorizadas.

A disparidade observada na utilização exclusiva de cadeiras de rodas motorizadas pelos homens reflete normas de gênero e percepções sobre autonomia e independência. Tradicionalmente, as mulheres são incentivadas a usar dispositivos de mobilidade mais discretos, refletindo uma pressão social para se ajustarem às limitações físicas de maneira menos visível, enquanto os homens escolhem cadeiras de rodas motorizadas, associando-as à velocidade e eficiência de deslocamento. Essas escolhas são influenciadas não apenas por normas culturais, mas também por diferenças nas condições neurológicas que afetam homens e mulheres de maneiras distintas. Portanto, a preferência por cadeiras de rodas motorizadas entre os gêneros reflete uma interação complexa entre expectativas sociais e necessidades individuais de adaptação às sequelas neurológicas.

A maioria dos participantes (60%) explicou diversos motivos que os levaram a iniciar o uso de bengalas ou andadores, incluindo questões ortopédicas como dores nas costas, quadris e joelhos, fadiga, diminuição do equilíbrio, coordenação comprometida e dificuldades cognitivas que impactavam negativamente sua mobilidade. Compreender



essas razões pode guiar estratégias de suporte personalizadas, adaptadas às necessidades individuais, potencialmente melhorando a eficácia dos programas de intervenção voltados para a mobilidade dos idosos.

3.1 Experiências sobre a perda de mobilidade

Na amostra, composta por sete participantes (três homens e quatro mulheres), houve inicialmente uma certa hesitação em discorrer sobre problemas de saúde e dificuldades de locomoção. Por exemplo, M1 começou suas observações com as seguintes palavras: *“Eu não ando há muito tempo. Já costumei assim, não tenho novidade. É assim.* Moderador: *“Você poderia falar um pouco sobre isso? Como tem sido para você não poder andar sozinha?”* M1: *“Eu deixei tudo na mão de Deus e fico esperando meu dia, só isso.”* Neste ponto, um dos participantes (H2) assumiu a palavra e afirmou:

H2: *“Faz mais ou menos três anos que eu uso bengala. Quando estava morando sozinho, saí para ir na casa do pai e, no caminho, fiquei tonto e tive que me agarrar no muro pra não cair. Meu pai me emprestou a bengala dele pra eu voltar pra casa e até hoje não devolvi”.* Moderador: *“E seu pai, como ficou sem a bengala?”* H2: *“Ele tinha duas, uma pra cada perna.”* (Risos se seguiram).

Assim, apesar da resistência inicial em abordar suas dificuldades de saúde e mobilidade, todos os dez participantes compartilharam extensivamente suas vivências com a dor, a fadiga e a perda de equilíbrio decorrentes de suas limitações físicas. Dado que vários membros do grupo enfrentavam múltiplas doenças crônicas, alguns mencionaram mais de uma razão para suas restrições de movimento. Conforme observado por M3:

M3: *“Quando eu levanto, eu preciso da bengala porque dói meus joelhos, aí eu ando um pouco e o joelho para de doer e começa doer a coluna. Preciso pegar o andador. Aí começa a doer os braços e eu vou pra cadeira de roda. Quando começa doer os quartos (refere-se à região glútea) eu vou pro sofá.* Moderador: *“Você toma remédio para diminuir a dor?”* M3: *“Sim, mas não adianta muito. A dor só melhora depois do terço.”* (o terço é uma parte do rosário católico, composto por 50 orações).

Os integrantes do grupo, inicialmente reservados quanto à revelação de suas limitações, surpreenderam ao encerrar suas falas de maneira peculiar, alternando entre formalidade e humor. A interseção entre idade e religiosidade revelou-se complexa, dependendo de diversos fatores como cultura, educação e experiências de vida. Contudo, as manifestações de crença e fé religiosa foram bastante evidentes entre todos os



participantes, demonstrando claramente como essas convicções atenuam o sofrimento pessoal.

3.2 Deficiência de mobilidade no cotidiano

Além de influenciar a saúde e as atividades diárias, a redução da mobilidade dos participantes modificou suas percepções corporais. Três homens e duas mulheres discutiram como passaram a ter uma consciência mais aguçada de seus corpos devido às suas dificuldades de locomoção, conforme destacado por H2:

H2: *“Eu tive de aprender a levantar os pé, pra não tropeça. Eu tropecei numa pedra, virei o pé e quebrei um osso.”* (Nesse momento, H2 levanta a calça para mostrar uma cicatriz cirúrgica no 1/3 inferior da fíbula direita e contuna:) H2: *“Agora eu ando diferente, levanto mais a perna em cada passo, aí eu não tropeço. Desse jeito eu vou mais devagar e me canso mais. Então só vou em lugar perto.”*

Outros participantes, como M4 e H5, mencionaram ter desenvolvido uma maior consciência corporal ao perceberem que atividades aparentemente simples, anteriormente consideradas fáceis, tornaram-se desafiadoras. A dificuldade enfrentada nessas tarefas sugere uma alteração na percepção de suas capacidades físicas, incluindo na manutenção da higiene corporal. Além disso, emergiu no grupo uma comparação entre o "eu" individual e os outros, além do impacto do distanciamento familiar, conforme discutido por M4, H5 e M2:

M4: *“Ir caminhando até lá nas orquídias, tem uma subidinha que me cansa (referindo-se a uma rampa de acesso). Quando cheguei aqui (referindo-se ao residencial), essa subidinha, eu subia de costas (facilmente). Hoje, por mim, as orquídias pode secá. Ainda bem que a gringa moiá todo dia (referindo-se à uma hóspede paraguaia). Não é que eu não consigo andar, eu só não ando muito e, quando eu ando, eu balanço tanto, que todo mundo acha que eu vou cair. Os velhinho (referindo-se aos homens hospedados no residencial) só se acalma quando eu sento.”* (Risos se seguiram, principalmente dos homens).

Moderador: *“A senhora disse que os “velhinhos” só se acalmam quando você senta. Como você se vê com a idade que tem? Você se sente diferente das outras pessoas que moram aqui? A senhora se importaria em falar um pouquinho sobre isso?”*

M4: *“É que eles são meio caduco e eu não. Eles ficam pintando umas figura. Meu Deus! Que horror; e vem a dotora e diz que tá bonito (se referindo à psicóloga). Acho que ela não enxerga direito. Eu posso ser velha, mas não só mentirosa. [...] Meu problema é que não ando direito, mas também não vou a lugar nenhum Olha professor (referindo-se ao moderador), você só percebe que ficô velho quando todos vão embora (referindo-se aos familiares). Não andar direito é ruim, mas nem se compara com a solidão.”*

Moderador: *“E seus amigos que moram aqui com você, eles não lhe fazem boa companhia? Eles não ajudam a afastar a solidão?”*

(Após um riso forçado, M4 respondeu): *“Às vezes sim, mas a solidão que falo é da família. Tem remédio que só melhora, mas não cura”. Quando eu tô com*



eles eu até ando melhor. (referindo-se aos raros encontros com os familiares); *Eu capricho pra mostrar que tô bem.*”

H5: *“Eu quando vô lá no bailinho, não dá pra dançar mais* (referindo-se ao baile semanal dos idosos que acontece em um clube próximo ao residencial); *Fico só sentado olhando e só de olhá fico cansado. Nem quero ir mais. Eles fica olhando pra gente e cochicham* (referindo-se aos outros participantes do baile que não moram no mesmo residencial). *Eles acha que tamo doente, temo piolho e que nois não toma banho. Eu não vô mais.*”

M2: *“Eu nunca pensava para fazer as coisa, eu simplesmente fazia. Agora eu tenho que pensar antes de fazer as coisas.*”

Outros três homens e três mulheres compartilharam como se tornaram mais conscientes de seus corpos devido à imprevisibilidade de suas deficiências. H3, por exemplo, descreveu como a doença de Parkinson fez com que ele sentisse que seu corpo estava subitamente fora de controle e relatou: H3: *“Você não sabe o que seu pé vai fazer. Nunca tenho a certeza se meu pé vai ficar no lugar certo. Tenho que me concentrar nisso o tempo todo. É muito cansativo. Às vezes, eu me distraio e chuto alguém ou algo.”* Moderador: *“Como você vive com a sua doença lhe incomodando todo o tempo?”* H3: [...] *“meu médico disse que se a doença não me matar, eu vou morrer com ela. Então é só tomar os remédios e rezar.”*

Assim, tanto os sintomas provocados por suas limitações corporais quanto as ramificações das dificuldades de locomoção influenciaram as percepções dos participantes acerca de seus corpos. Parece que essas limitações físicas têm um impacto significativo nas percepções individuais sobre o corpo. Este fenômeno é especialmente evidente quando atividades que anteriormente pareciam simples se transformam em desafios devido a essas restrições físicas. Tais alterações nas percepções podem englobar aspectos físicos e emocionais

Indivíduos podem começar a perceber seus corpos de maneira distinta devido aos obstáculos que enfrentam, o que pode influenciar sua autoimagem, autoestima e até mesmo suas interações com o ambiente ao seu redor. Além disso, a conscientização das limitações físicas pode conduzir a uma reavaliação das capacidades e da autonomia pessoal (Peat; Peyerl; Muehlenkamp, 2008).

3.3 Percepções de saúde e da deficiência pelos participantes

Mesmo quando os participantes detalhavam diversas preocupações com a saúde e a mobilidade, muitos ainda se classificavam ou se consideravam em estado de boa saúde. Esta observação destaca um fenômeno interessante e comum em estudos sobre percepção



da saúde. Uma possível explicação para essa discrepância é a adaptação psicológica que ocorre ao longo da evolução do problema

As pessoas podem se acostumar com suas condições de saúde ou limitações de mobilidade com o tempo, ajustando suas percepções para refletir uma visão mais positiva de si mesmas. Além disso, a autopercepção da saúde é fundamentada em indicadores objetivos e subjetivos, como a capacidade de realizar atividades cotidianas ou manter interações sociais, mesmo diante de dificuldades (Nair *et al.* 2021).

Outro aspecto relevante é que a percepção da saúde é multifacetada e influenciada por diversas perspectivas culturais, sociais e individuais. Assim, alguns indivíduos podem valorizar aspectos específicos da saúde ao avaliarem seu estado geral, enquanto outros podem focar na capacidade de funcionalidade diária. Por exemplo, M1 afirmou:

M1: *“Estou quase sempre bem de saúde. Já fiz várias operações, mas minha saúde ainda é boa, principalmente comparada a uns aí (referia-se a outros hóspedes do residencial). Cortaram um pedaço do meu seio mas não era câncer. Operaram também a minha bexiga; agora vaza só um pouquinho na fraude (referia-se a uma incontinência urinária leve). Sou meia esquecida, mas tá bom assim. Deus quer assim, né?”*

Moderador: *“É a sua fé em Deus que te deixa sempre animada?”*

M1: *“Olha filho (referindo-se ao moderador); tem coisa que nós escolhe e tem coisa que escolhe a gente; então a gente só aceita. Dói menos, né?”*

O participante H1 destacou-se como o membro do grupo mais afetado fisicamente, enfrentando uma combinação de diabetes, insuficiência renal, retinopatia, neuropatia periférica, dores intensas nas pernas e depressão, apesar disso, autoavaliava sua condição de forma positiva. H1: *“[...] eu tenho vários problema, mas andar é meu grande problema. Essa dor na perna me mata, mas todos os outros problemas de saúde estão melhorando. Menos o meu rim. Está tudo sob controle. Tenho sorte de estar vivo e de estar aqui.”*

Três homens e duas mulheres relataram que o surgimento de doenças e limitações físicas é considerado uma parte natural do processo de envelhecimento. Um dos principais exemplos foi o caso de H1:

H1: *“[...] A doença e a deficiência são coisas que os idosos têm de lidar. Faz parte da vida. A gente muda com o passar do tempo. Muitas pessoas passam ou passarão por isso. Não é só comigo. Acho que isso é apenas a natureza acontecendo. Poderia ser pior, muito pior”.* (O grupo troca olhares e parece concordar com a afirmação de H1, assentindo com a cabeça; M3 faz o sinal da cruz, beija o crucifixo, respira profundamente e solta um suspiro de alívio audível.

Quatro participantes (dois homens e duas mulheres) concordaram com H1, afirmando que não podiam se queixar, pois estavam mais saudáveis do que esperavam, e



que suas preocupações atuais com a saúde e a mobilidade eram significativamente menores do que problemas de saúde enfrentados no passado. Por exemplo, M5 comparou suas dificuldades de locomoção a um episódio anterior de câncer.

M5: [...] *“Sinceramente, poderia ser pior. Não vejo isso como um grande problema. É ruim em alguns momentos, porque não faça tudo que quero, mas nem se compara ao câncer no intestino (referindo-se à superação de um câncer de cólon); Esse sim é de chorar. Quem passa por isso, nem tem com o que se preocupar depois.”*

A experiência compartilhada por esses participantes (H1 e M5) ressalta a avaliação relativa da saúde e da mobilidade em comparação com experiências anteriores. Em especial, eles manifestaram um sentimento de gratidão ou satisfação por estarem em melhor estado de saúde do que esperavam, considerando os desafios enfrentados no passado.

O testemunho de H1 e a analogia de M5 sobre suas dificuldades de mobilidade em comparação com episódios anteriores de doenças ilustram a relevância da perspectiva temporal na avaliação da saúde. Indivíduos geralmente ponderam suas condições de saúde em relação a eventos ou estados de saúde anteriores, o que pode moldar sua percepção de bem-estar.

A noção de que as preocupações presentes são vistas como menos significativas em comparação com desafios anteriores destaca a resiliência humana e a capacidade de adaptação. Mesmo diante de dificuldades atuais, algumas pessoas conseguem encontrar conforto e otimismo ao recordar superações passadas. Este tipo de perspectiva pode ter implicações profundas para a abordagem de cuidados de saúde e apoio emocional, sublinhando a importância de considerar não apenas as condições de saúde presentes, mas também as experiências e histórico médico dos indivíduos ao avaliar seu bem-estar geral (Wister, 1989).

3.4 Mobilidade deficiente e percepções de envelhecimento bem-sucedido

É notável que, enquanto algumas pessoas idosas abordam as perdas de atividade relacionadas ao envelhecimento, muitos reconhecem estar envelhecendo de maneira bem-sucedida. Manter uma vida social e fisicamente ativa é essencial para o bem-estar físico, emocional e mental ao longo da vida, especialmente para aqueles enfrentando doenças crônicas (Silva *et al.* 2021). Participar de eventos sociais, interagir com amigos e familiares, envolver-se em atividades comunitárias e praticar exercícios físicos regulares



contribuem significativamente para um processo de envelhecimento mais saudável (Lima *et al.* 2018).

O sucesso no envelhecimento frequentemente está ligado à resiliência. Idosos que aceitam e lidam eficazmente com as limitações físicas conseguem manter um equilíbrio emocional mais estável (Teater; Chonody, 2020). Assim, manter a autonomia e autodeterminação permite que pessoas idosas conservem o controle sobre suas vidas, tomem decisões e desempenhem um papel ativo em suas escolhas, experimentando um senso de realização nessa fase da vida. Por exemplo, H1 e H3 afirmaram que fazem o possível para utilizar seu tempo de forma eficiente:

H1: “[...] *Eu me canso com muita facilidade e, às vezes, quando faço um trabalho, fico cansado de repente. Não posso fazer muita coisa, mas também não posso fazer nada. Então, faço o que posso. Vou na fisioterapia, colho fruta e chuchu (há uma pequena horta no residencial) e depois gosto de jogar baralho. O jogo mexe com a minha cabeça. E eu faço conta de matemática de cabeça enquanto jogo. Nessa hora, não fico pensando bobagens; e tem gente aqui (referindo-se à gerência do residencial) que acha que baralho é coisa de desocupado e limita nossa diversão. Só pode jogar um pouquinho à tarde.*”

H3: *Não estou muito feliz por ter adoecido (referindo-se ao Parkinson). Mas acho que estou aceitando cada vez mais, porque ainda posso ser útil pra outras pessoas. Essa é uma coisas que descobri com a doença. Não é a velhice ou a doença que faz você ficar inútil. Mesmo velho e doente, ainda dá pra fazer muita coisa. Eu acho que é a pessoa de cabeça fraca (referindo-se às pessoas sem atitudes) que se esconde na doença e na idade que tem. Enquanto meu coração tiver batendo, eu estou vivo. Eu gosto da minha vida.*”

Moderador: *“Eu achei bacana o que você disse sobre se esconder na doença. Você poderia falar mais um pouquinho sobre isso? Claro, só se quiser!”*

H1: *“Sabe professor (referindo-se ao moderador), choramingar é igual a chuva. Um pouco faz bem, mas se vier muita, só dá pra criar sapo (referindo-se à ampliação de uma dificuldade). Homem que é homem (usa, inocentemente, uma expressão de masculinidade) pode até chorá, mas não a vida toda. Quanto mais chora, mais cria sapo. Nem todo mundo gosta de sapo, então, quem não gosta corre de você. O que sobra, professor? (referindo-se ao mediador); Um monte de sapo pra engolir. E quanto mais sapo engole, mais ainda o chorador quer chorar.”*

É notável como homens e mulheres idosos destacam as estratégias para preservar sua saúde e participação social e física, mesmo diante da deterioração da saúde e da capacidade de mobilização independente. Ao adotarem essas estratégias, os participantes demonstram enfrentar os desafios do envelhecimento com resiliência, mantendo uma qualidade de vida significativa, apesar das limitações físicas. Uma abordagem proativa em relação à saúde e ao envolvimento social pode fazer uma diferença substancial no bem-estar geral de pessoas mais velhas, especialmente aquelas em condições de residência distante da família.



Essas estratégias permitiram explorar a compreensão do impacto multidimensional das dificuldades de locomoção na vida das pessoas idosas. Os relatos dos participantes sobre suas limitações refletiram estudos anteriores que associam dispositivos auxiliares de marcha ao manejo de diversas condições médicas típicas do envelhecimento, como problemas ortopédicos, neurológicos e metabólicos (Uiga *et al.* 2015).

Os resultados que indicam que os participantes enfrentaram dificuldades para realizar atividades cotidianas, como tarefas domésticas, locomoção pela casa e atividades de autocuidado, estão alinhados com descobertas de estudos anteriores sobre o envelhecimento e a mobilidade. Essa consistência reforça a compreensão de que a deterioração da saúde e as limitações de mobilidade podem impactar significativamente a capacidade dos idosos de realizar atividades diárias de maneira independente (Taylor *et al.* 2024).

A observação de que os homens da amostra foram mais hesitantes em falar sobre seus sintomas físicos e desafios diários decorrentes das dificuldades de locomoção, possivelmente devido à hegemonia de gênero masculino que enfatiza a força e a proeza física, é uma reflexão interessante das influências culturais e sociais na expressão das experiências de saúde.

A hegemonia de gênero pode influenciar as expectativas sociais em relação ao comportamento masculino, associado à força, independência e resistência. Isso pode criar barreiras para que os homens expressem abertamente suas dificuldades de locomoção, pois isso é percebido como uma ameaça à imagem tradicionalmente associada à masculinidade (Jewkes *et al.* 2015).

Em contrapartida, as mulheres expressaram insatisfação com as formas pelas quais suas dificuldades de locomoção diminuíram suas habilidades para realizar tarefas domésticas e desempenhar inversão de papéis sociais de gênero, antes a zeladora, agora a zelada. Ao reconhecer e desafiar as normas de gênero que podem restringir a comunicação aberta sobre saúde, é possível criar espaços mais empáticos e inclusivos, permitindo que homens e mulheres expressem suas necessidades e desafios de forma mais genuína e eficaz.



3.5 Percepções e experiências sobre o uso dispositivos auxiliares de locomoção

Ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a utilizar dispositivos auxiliares de marcha, três homens e quatro mulheres indicaram que adquiriram uma bengala ou um andador devido a condições crônicas de saúde. Por exemplo, H3 relatou que começou a usar um andador quando passou a ter quedas devido ao avanço da doença de Parkinson, confirmando que a necessidade desses dispositivos está associada à progressão das condições de saúde.

É interessante observar que os participantes inicialmente demonstraram hesitação em usar dispositivos auxiliares de locomoção, uma reação comum entre pessoas que enfrentam mudanças na sua mobilidade. Essa hesitação está associada a preocupações com estigmas, a percepção de dependência ou mesmo à aceitação da própria condição de saúde. No entanto, a ambivalência dos participantes em relação às suas bengalas, andadores e cadeiras de rodas diminuiu quando perceberam os benefícios desses auxílios de locomoção.

Além disso, é notável que, antes de adotarem formalmente algum dispositivo auxiliar para a locomoção, os participantes exploraram estratégias alternativas, como apoiar-se em paredes e móveis, ou improvisar objetos do cotidiano, como cadeiras, guarda-chuvas e carrinhos de supermercado, como auxílios de locomoção. Essas estratégias improvisadas podem refletir a criatividade e a adaptabilidade das pessoas diante das limitações impostas por suas condições de saúde.

Essas narrativas destacam a importância de compreender as complexidades emocionais e práticas associadas à adoção de dispositivos auxiliares de locomoção e como as pessoas desenvolvem maneiras de enfrentar as mudanças em sua mobilidade.

M1 relatou o seguinte:

M1: [...] Antes do andador, eu me agarrava numa cadeira para andar e não cair. Meu véio (referindo-se ao esposo falecido) achava engraçado, mas eu não ligava. Esse era o jeito para andar sozinha pela casa. Eu conseguia andar mas não podia carregar as coisas porque as minhas mãos estavam sempre ocupadas, até que descobri que um carrinho de mercado funcionava melhor. Podia andar e carregar as coisa. Depois que meu véio tirou a escada da cozinha, comecei a ir mais longe. Quando alguém na rua perguntava a onde eu ia com aquele carrinho, eu dizia que ia no mercado fazer compra.” (Houve muitas risadas. (H2 segurava o abdômen com as mãos, tentando, sem sucesso, conter a gargalhada. O moderador, igualmente contagiado, participou do momento hilário, prolongando e intensificando as risadas).

M4: [...] A minha primeira muleta foi de presente. Faiz muito tempo. Ganhei do meu vizinho, porque ele foi pra cadeira de rodas. Ele me disse que eu ia precisá e ele não. Eu ainda andava sozinha, mas devagar. Depois de um tempo não teve mais jeito, então peguei as muleta. Depois que eu caí, peguei um



andador. Era mais fácil andar com o andador, eu não tinha mais medo de cair. Outro dia eu caí de novo e comecei a tê medo. O medo não passô até hoje, por isso que ando pouco.” (Novas gargalhadas sucederam).

As vivências compartilhadas por aqueles que começaram a utilizar uma bengala ou andador após uma queda, semelhantes à história de M4, destacam como a decisão de adotar esses dispositivos é impulsionada por eventos específicos ou incidentes que evidenciam a necessidade de maior apoio à locomoção. Para M4, a queda representou um ponto de virada que a convenceu a começar a usar o andador. Esse tipo de experiência frequentemente se revela um momento de conscientização para muitos, levando-os a reconhecer a importância de medidas preventivas e suportes para melhorar a segurança durante a marcha.

No entanto, a constatação de que esses indivíduos adiaram a compra e/ou o uso de dispositivos auxiliares de locomoção até que sua saúde e mobilidade estivessem ameaçadas, ressalta um padrão recorrente. Muitos enfrentam uma resistência inicial em adotar esses dispositivos, possivelmente devido a preocupações emocionais, estigma ou uma natural relutância à mudança. Isso pode refletir uma tentativa de lidar com a situação através de estratégias alternativas, conforme mencionado anteriormente, ou uma resistência inicial em aceitar a necessidade desses suportes (Lindemann *et al.* 2016).

Apesar da hesitação inicial em adotar seus dispositivos, muitos participantes expressaram gratidão pela forma como suas bengalas e andadores lhes proporcionaram um nível seguro de mobilidade. Esse entendimento é exemplificado pelo relato de M5: “[...] *antes de ter o andador, eu não tinha dificuldade para andar com o andador, posso me locomover mais. Quando começa a usá-lo, foi estranho, mas depois que se acostuma, você pensa que deveria ter começado a usar isso muito antes.*”

Além disso, os participantes mencionaram que seus dispositivos de locomoção possibilitaram a caminhada em terrenos irregulares, a subida e descida de escadas, além de alertar outras pessoas sobre suas limitações de mobilidade. Como afirmou H1:

H1:[...] Para distâncias curtas, não é ruim, mas para distância longa pode ser difícil. Na semana passada, fiquei muito feliz. Fui na casa do meu irmão. Ele mora na colônia (expressão sulista que corresponde à chácara ou um pequeno sítio); sem o andador eu teria dificuldade de andar; lá o terreno era irregular e tem muita grama, mas eu subi sozinho na escada do crechário (creche de suínos após o desmame); e todo mundo teve paciência de me esperar.”

3.6 Vivenciando o uso de bengalas e andadores como obstáculos à mobilidade

A literatura concorda com a maior utilização de bengalas e andadores em segmentos específicos da população idosa, especialmente aqueles com mais de 85 anos.



Pesquisadores evidenciaram que os usuários de bengala e andador superam os usuários de cadeira de rodas na proporção de três para um entre indivíduos com mais de 65 anos. Os resultados de uma revisão da literatura examinaram como os auxiliares de marcha (bengalas, muletas e andadores) assistem na marcha deficitária, mostrando que 10 a 16% dos adultos mais idosos usam bengala, e 5 a 12% usam andador. Da mesma forma, 27 a 32% dos idosos com mais de 85 anos usam bengala, e 15 a 29% usam andador (Bertrand *et al.* 2017).

Mesmo ao enumerarem os benefícios de possuir uma bengala ou um andador, os participantes mencionaram que esses dispositivos, ocasionalmente, complicavam sua mobilidade. Por exemplo, M5 observou que ao usar o andador, precisa aplicar esforço para erguê-lo do chão, o que o cansa. Além disso, ele relatou estar desenvolvendo síndrome do túnel do carpo devido à compressão do nervo mediano no pulso. H1, por sua vez, hesitava em utilizar sua bengala em trajetos longos, pois isso exacerbava as dores decorrentes da artrite nos joelhos. Por essa razão, preferia o andador, embora este dispositivo seja ainda mais difícil de transportar, guardar e manobrar.

M5: “[...] Não dói muito para andar, mas esse punho agora está voltando a me incomodar. A mão está ficando bastante dormente e dolorosa. Eu já operei o punho, mas a dor tá voltando. Será que vou ter que operar de novo?. Meu Deus! Só que faltava.”

H1. “[...] A bengala é mais fácil levar; ela dobra e eu coloco numa bolsa quando não preciso. O andador precisa de mais espaço pra andar. Ele também dobra, não dá pra por na bolsa. Às vezes não tem lugar pra guardar. No ônibus, ainda tem gente que olha torto” (referindo-se a desaprovação pela ocupação de mais espaço); “Com a bengala eu vou mais depressa, mas os joelhos dói mais.”

Observou-se que vários participantes consideravam seus dispositivos de auxílio à locomoção uma necessidade indesejada, devido às diversas maneiras pelas quais seus dispositivos causavam dor, desconforto, prejudicavam o equilíbrio e limitavam a mobilidade, especialmente devido às dimensões e peso. O desconforto físico e as limitações impostas pelo tamanho e peso desses auxílios podem representar obstáculos adicionais para a independência e qualidade de vida dos usuários. Assim, as pessoas enfrentam um dilema entre os benefícios proporcionados em termos de mobilidade e segurança por esses dispositivos e os desafios relacionados ao conforto e praticidade.

3.7 Percepções dos significados dos dispositivos auxiliares por pessoas idosas

A dificuldade dos participantes em reconciliar suas concepções anteriores de si mesmos como jovens e saudáveis com suas novas identidades como usuários de



dispositivos auxiliares de mobilidade evidencia os desafios psicológicos e emocionais associados à adoção desses dispositivos. A percepção de si mesmos como idosos e debilitados devido às dificuldades de locomoção pode impactar a autoimagem e a autoestima dos indivíduos. Pode surgir um conflito entre a antiga imagem de vitalidade e independência e a nova realidade de depender de dispositivos para se locomover.

Abordar as questões emocionais e psicológicas é crucial no suporte às pessoas que utilizam bengalas e andadores. As intervenções devem transcender as necessidades físicas, abrangendo suporte psicológico para promover a aceitação e adaptação à nova realidade. Isso é essencial para facilitar o uso dos dispositivos auxiliares e melhorar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados, conforme relatado por M1 e H3.

M1: “[...] Na verdade, no começo, não usava, mas era por vergonha. Aquele orgulho bobo que a gente tem. A gente tá ficando velha e precisa dessas coisas. Embora eu sabia que estava ficando velha, é difícil admitir. De repente, a gente percebe que a vida tá acabando e que Deus tá chamando. A gente finge que é surdo, mas não adianta.”

H3: “Sinto que, quando ando com a bengala, fico mais curvado. Minha bengala é alta, mas quando percebo, estou curvado mesmo assim.”

Por fim, o grupo expressou preocupações quanto à possibilidade de que a visibilidade de suas deficiências os tornasse mais vulneráveis ao preconceito relacionado à idade e à deficiência. Desde jovens, aprenderam que a falta de mobilidade era frequentemente associada a características negativas. Para H3: *“é comum as pessoas confundirem a velhice com deficiência mental. Isso é algo com que nós, temos de lidar.”*

As preocupações dos participantes sobre o significado social de seus auxílios de locomoção, oriundas de suas próprias experiências passadas ou de receios realistas sobre o potencial de discriminação contra idosos ou pessoas com deficiência, revelam uma preocupação legítima com o estigma e o preconceito que podem enfrentar. A sociedade tende a perpetuar estereótipos negativos associados à dependência de dispositivos auxiliares de locomoção, o que pode impactar a autoimagem e a autoestima daqueles que os utilizam. O medo de serem maltratados ou estigmatizados devido à sua necessidade de bengalas e andadores pode criar obstáculos adicionais para a aceitação e o uso eficaz desses dispositivos (Dogru *et al.* 2016).



3.8 O contexto social e ambiental da mobilidade

Os fatores sociais e ambientais que influenciaram o uso de dispositivos auxiliares de mobilidade pelos participantes foram moldados ao longo da vida, refletindo as oportunidades acumuladas associadas à classe social, ocupação, educação, gênero e estado civil. Por exemplo, algumas mulheres compartilharam como os cuidados e o suporte dentro de relacionamentos conjugais facilitaram ou dificultaram sua mobilidade, conforme destacado por M1: “[...] *Se não fosse meu véio (referindo-se ao esposo falecido) nem com andador eu andava. Ele me tirava do sossego só para eu me mexer. Ele falava que sentia cheiro de gás na cozinha, eu ia lá e não tinha nada. Depois de um tempo eu percebi que era malandrage dele.*”

Houve relatos sobre a dependência dos seus parceiros para atividades diárias, e agora a necessidade de cuidados continua, com a mudança do agente cuidador de antes, o(a) parceiro(a), para os funcionários do residencial. As mulheres participantes do estudo, em particular, destacaram como os cuidados oferecidos pela instituição acabavam negligenciando suas próprias necessidades, o que exacerbava ainda mais suas dificuldades de locomoção. Conforme relatou M1:

M1: “Hoje eu não tenho mais meu véio e eu sinto falta dele (referindo-se ao esposo falecido); mas acho que meu véio tá melhor agora do que comigo” (muitos risos); “Eu só não gosto que fiquem me bajulando aqui (referindo-se ao atendimento do residencial). Quando chega a hora da comida, penso em ir pra mesa e já tão me arrastando numa cadeira de rodas. Assim eu não ando mesmo.”

Alguns participantes mencionaram como sua condição socioeconômica compromete a mobilidade devido à perda da independência financeira. Eles destacaram que suas dificuldades financeiras impediram a aquisição ou manutenção de dispositivos de assistência. Em especial, uma das mulheres (M5) expressou o desejo de possuir uma scooter elétrica (motociclo):

M5: “eu queria comprar um carrinho elétrico (referindo-se à scooter) mas era muito caro. Tentamos na prefeitura, mas lá, no máximo, davam uma cadeira de rodas e nem motor tinha. É daquelas de empurrar; eu não quis. Eu não quero ninguém me empurrando.”

A priorização inadequada de projetos em espaços públicos e residenciais para acomodar pessoas idosas destaca um desafio considerável enfrentado por indivíduos com mobilidade reduzida. A existência de obstáculos ambientais, como escadas, portas estreitas, falta de rampas nas calçadas e superfícies irregulares, pode impor sérias restrições à mobilidade.



Esses obstáculos não apenas dificultam a locomoção, mas também contribuem para a exclusão social e restringem a participação plena na vida cotidiana. A insuficiência das intervenções de acessibilidade voltadas para apoiar pessoas com mobilidade reduzida, como bengalas e andadores, sublinha a importância de considerar a diversidade de necessidades e adotar abordagens inclusivas ao projetar ambientes acessíveis, como exemplificado pelas observações de M1: “[...] Na rua, nem pensar. A calçada tem buraco, e tem muito carro e moto andando rápido. Também tem uns loquinho nas bicicleta que não respeita a gente. Melhor nem sair daqui” (referindo-se ao residencial).

É imprescindível que a comunidade e os indivíduos necessitados sejam envolvidos para assegurar que as intervenções de acessibilidade sejam eficazes e adequadas às necessidades específicas dos usuários de bengalas, andadores e outros dispositivos auxiliares de locomoção. Frequentemente, as necessidades dos adultos idosos com deficiência são negligenciadas na concepção de espaços públicos.

3.9 Limitação do método

As limitações deste estudo incluem o uso de um único grupo focal com 10 idosos residentes em uma instituição de longa permanência como método principal de coleta de dados. Esta abordagem pode limitar a representatividade dos resultados, não capturando a diversidade de perspectivas que poderiam ser obtidas com amostras maiores ou diferentes contextos. Além disso, a exclusividade do grupo focal pode restringir a generalização dos achados para outras populações de idosos fora do ambiente específico da instituição investigada. Adicionalmente, a falta de possibilidade de reflexão-ação dos depoentes sobre suas falas pode limitar a profundidade e a contextualização dos dados coletados, impactando a compreensão completa das experiências e opiniões dos participantes.

4 Considerações finais

O uso de bengalas e andadores por adultos idosos é significativamente moldado pelo contexto social e ambiental em que vivem. O ambiente físico, incluindo a acessibilidade de espaços públicos e privados, pode facilitar ou dificultar o uso desses dispositivos. Por exemplo, calçadas bem conservadas e equipamentos públicos acessíveis tornam mais fácil o uso de andadores. Além disso, normas culturais e atitudes sociais em relação à idade e à mobilidade também desempenham um papel crucial. Em algumas



culturas, o uso de dispositivos de auxílio à locomoção pode ser estigmatizado, enquanto em outras pode ser visto como uma necessidade aceitável e até encorajada. O apoio social e familiar também é essencial, pois pode influenciar a aceitação e a adoção desses dispositivos pelos idosos.

Os resultados destacam como significados culturais e fatores sociais como gênero, posição socioeconômica, idade e tipo de deficiência de mobilidade moldam as experiências individuais no uso de dispositivos de auxílio para caminhar. A diversidade de contextos sugere que soluções personalizadas são necessárias para atender às necessidades variadas das pessoas idosas. Além disso, a retórica negativa associada ao envelhecimento bem-sucedido pode perpetuar estigmas prejudiciais, reforçando a percepção do envelhecimento como um período de dependência e declínio. Essas descobertas sublinham a necessidade urgente de reexaminar e reestruturar a construção social e ambiental da deficiência entre os idosos, orientando políticas públicas e estratégias de implementação para melhor atender a essas necessidades.

Referências

- ALBUQUERQUE, V. S.; FERNANDES, DELGADO, F. R. F.; MÁRMORA, C. E. O uso de dispositivos auxiliares para marcha em idosos e sua relação com autoeficácia para quedas. **Revista Hupe**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 53-58, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40858/29471>. Acesso em: 14 jan. 2024.
- ATWA, H.; SHEHATA, M. H.; AL-ANSARI, A.; KUMAR, A.; JARADAT, A.; AHMED, J.; DEIFALLA, A. Online, Face-to-Face, or Blended Learning? Faculty and Medical Students' Perceptions During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Method Study. **Front Med**, Lausanne, v3. n. 9, p. 91352, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.791352>
- BECHTOLD, U.; STAUDER, N.; FIEDER, M. Let's Walk It: Mobility and the Perceived Quality of Life in Older Adults. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 18, n. 21, p. e11515, nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111515>.
- BERTRAND, K.; RAYMOND, M. H.; MILLER, W. C.; GINIS, K. A.; DEMERS, L. Walking Aids for Enabling Activity and Participation: A Systematic Review. **Am J Phys Med Rehabil**, California, v. 96, n. 12, p. 894-903, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000836>.
- BICUDO, M. A. V. Pesquisa qualitativa: significados e a razão que a sustenta. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 7-26, fev. 2009. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/7>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- BUSETTO, L.; WICK, W.; GUMBINGER, C. How to use and assess qualitative research methods. **Neurol Res Pract**, Heidelberg, v. 27, n. 2, p. 1-10, may. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>.



CORDEIRO, F. N. C. S.; CORDEIRO, H. P.; PINTO, L. O. A. D.; SEFER, C. C. I.; SANTOS-LOBATO, E. V.; DE MENDONÇA, L. T.; SÁ, A. M. M. Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, Itajaí, v. 6, n. 3, p. 11670–11681, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-259>

DOGRU, E.; KIZILCI, H.; BALCI, N. C.; KORKMAZ, N. C.; CANBAY, O.; KATAYIFCI, N. The effect of walking sticks on balance in geriatric subjects. **J Phys Ther Sci.**, Tokio, v. 28, n. 12, p. 3267-3271, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.28.3267>

FERRELL, S. C.; FERRELL, M. C.; CLAASSEN, A.; BALOGUN, S. A.; VASSAR, M. Frequently asked questions about mobility devices among older adults. **Eur Geriatr Med.** Vienna, v.14, n. 5, p. 1075-1081, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00815-9>.

JEWKES, R.; MORRELL, R.; HEARN, J.; LUNDQVIST, E.; BLACKBEARD, D.; LINDEGGER, G.; QUAYLE, M.; SIKWEIYA, Y.; GOTTZÉN, L. Hegemonic masculinity: combining theory and practice in gender interventions. **Cult Health Sex.**, New South Wales, v. 17, (sup2), p. 112-27, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1085094>.

LIMA, D. F.; SAMPAIO, A. A. Grupos focais como ferramenta de pesquisa qualitativa na fisioterapia: implicações e expectativas. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.11, n. 27, p. 361–374, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.27.577>.

LIMA, D. F.; LIMA, L. A.; MAZZARDO, O.; ANGUERA, M. das G.; PIOVANI, V. G. S.; JUNIOR, A. P. da S.; SILVA, M. P.; SAMPAIO, A. A. O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros. **Caderno de Educação Física e Esporte**, Marechal Cândido Rondon, v. 16, n. 2, p. 39–49, 2018. DOI: <https://doi.org/10.36453/2318-5104.2018.v16.n2.p39>

LIMA, D. F.; LIMA, L. A.; SAMPAIO, A. A. Recreational physical activity in Brazilian older adults: secondary analysis of the 2018 Vigitel survey. **Geriatr Gerontol Aging**, Rio de Janeiro, v. 16, p. e0220015, 2022. DOI: <https://doi.org/10.53886/gga.e0220015>

LINDEMANN U.; SCHWENK, M.; KLENK, J.; KESSLER, M.; WEYRICH, M.; KURZ, F.; BECKER, C. Proble, of older persons using a wheeled walker. **Aging Clin Exp Res.** London, v. 28, n. 2, p. 215-220, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0410-8>.

MARSHALL, D. C.; ROSSMAN, G. B. **Designing qualitative research**. 5th ed. Newbury: Sage; 2011.

NAIR D.; BONNET K.; WILD, M. G.; UMEUKEJE, E. M.; FISSELL, R. B.; FAULKNER, M. L.; BAHRI, N. S.; BRUCE, M. A.; SCHLUNDT, D. G.; WALLSTON, K. A.; CAVANAUGH, K. L. Psychological Adaptation to Serious Illness: A Qualitative Study of Culturally Diverse Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. **J Pain Symptom Manage**, Durham, v. 61, n. 1, p. 32-41, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>.

PARODI, J. F.; RUNZER-COLMENARES, F. M. Impact of social support on limited mobility in older people in high Andean communities in Peru. **Rev Panam Salud Publica.** Washington, v. 1, n. 45, p. e88, sep. 2021. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.88>.

PEAT, C. M.; PEYERL, N. L.; MUEHLENKAMP, J. J. Body image and eating disorders in older adults: a review. **J Gen Psychol.**, London, v. 135, n. 4, p. 343-358, oct. 2008. DOI: <https://doi.org/10.3200/GENP.135.4.343-358>.

RODRIGUES, A. A.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. Raciocínio lógico na compreensão de texto. **Estud. psicologia**, Natal, v. 7, n. 1, p. 117-132, jan. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100012>.



RUSHTON, P. W.; MORTENSON, B. W.; VISWANATHAN, P.; WANG, R. H.; MILLER, W. C.; HURD C. L. CanWheel Research Team. Intelligent power wheelchair use in long-term care: potential users' experiences and perceptions. **Disabil Rehabil Assist Technol**. London, v. 12, n. 7, p. 740-746, oct. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/17483107.2016.1260653>.

SAMPAIO, A. A.; STOBAUS, C. D.; LIMA, D. F.; MAZZARDO, O.; PIOVANI, V. G. S.; BOTH, J. Validação do questionário saúde docente para o contexto brasileiro. **J. Phys. Educ**. Maringá, v. 32, e3228, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v32i1.3228>

SILVA, M. P. S.; MAZZARDO, O. FONTANA, F.; CAMPOS, J. G.; LIMA, D. F.; PALUDO, A. C.; CAMPOS, W. Time trends of physical inactivity in Brazilian adults from 2009 to 2017. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v. 67, n. 5, p. 681-689, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20201077>

TAYLOR, E.; GOODWIN, V. A.; BALL, S. A.; BROWN, L.; FROST, J. Older Adults' Perspectives of Independence Through Time: Results of a Longitudinal Interview Study. **Gerontologist**., Oxford, v. 64, n. 1, p. 167-190, feb. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnad073>.

TEATER, B.; CHONODY, J. M. How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. **Int J Aging Hum Dev**. Virginia, v. 91, n. 4, p. 599-625, Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091415019871207>.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Temas Livres**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 777-795. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

UIGA, L. K. C; WILSON, M. R.; MASTERS, R. S.; CAPIO, C. M. Acquiring visual information for locomotion by older adults: a systematic review. **Ageing Res Rev**. Bologna, v. 20, p. 24-34, mar. 2015.

WISTER, A.V. Environmental adaptation by persons in their later life. **Res Aging**. Lago, v. 11, n. 3, p 267-291, sep. 1989. DOI: <https://doi.org/10.1177/0164027589113001>.

Recebido em: 01 de maio de 2024.

Aceito em: 09 de julho de 2024.