

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 2



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 2

1ª Edição

Belo Horizonte
Poisson
2019

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Msc. Davilson Eduardo Andrade

Msc. Fabiane dos Santos Toledo

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T674

**Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 2/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-7042-104-3

DOI: 10.5935/978-85-7042-104-3

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem

I. Título

CDD-610

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1: Fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com doença de alzheimer: Uma revisão integrativa..... 06

Cristiane Batista Santos, Alex Sandra de Melo Pereira, Lilian Aparecida Mesquita, Luciana Batista Santos, Maria Betânia Maciel da Silva

Capítulo 2: A contribuição do enfermeiro frente aos cuidados prestados pelos cuidadores informais de idosos: Relato de experiência..... 13

Maria Marília da Silva, Samara Dayane Cunha Silva, Gabriela Pereira Batista

Capítulo 3: Caracterização sociodemográfica e estilo de vida da população dos idosos do rio grande do norte com diabetes mellitus: Um estudo quantitativo 16

Wenderly Pinto Córdula Dionísio de Andrade, Pedro Gilson da Silva, Mayany Cleyses Moraes de Souza, Valdeniz da Silva Cruz Junior

Capítulo 4: Vulnerabilidades no envelhecimento e práticas interdisciplinares na gestão do cuidado intersetorial na perspectiva da clínica ampliada e da estratégia estudo de caso em ILPI pública..... 22

Joselia Batista da Silva Lages, Aurea Sandra Ildfonso de Alcantara, Viviane Natalia Victor Pereira da Silva

Capítulo 5: Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento hemodialítico 30

José Israel Emanuel de Medeiros, Fagner Heyttor Oliveira Silva, Fernanda Alves da Silva, Eduardo José Guerra Seabra, Clécio André Alves da Silva. Maia

Capítulo 6: Articulação da residência multiprofissional em saúde do idoso na aplicabilidade de instrumentos nas visitas domiciliares..... 34

Isabella Takehara Branco, Priscila Figueiredo Correia, Carolina Augusta Florindo, Tuane Magalhães, Larissa Sapucaia Ferreira Esteves

Capítulo 7: Discussões temáticas – um instrumento de desenvolvimento da autonomia de idosos institucionalizados..... 38

Loyse Madeleine Raboud Mascarenhas de Andrade

Capítulo 8: Efeito hipotensivo do treinamento resistido em idosos hipertensos: Uma revisão de literatura 46

Dennis David de Oliveira Falconi, Kamila Rebeca Lopes Magalhães, Kelly Takiguti Barreto, Rodrigo Cribari Prado

SUMÁRIO

Capítulo 9: Perfil de sensibilidade e resistência antimicrobiana para infecção de trato urinário em idosos institucionalizados 54

Tarcilene Daiane Goulart, João Luis Almeida da Silva, Myria Ribeiro da Silva

Capítulo 10: Avaliação da eficácia terapêutica farmacológica e não farmacológica em idosos com HAS do CCI em João Pessoa-PB..... 62

Gabriel Fernandes de Sousa, Karolinny Donato Pinto de Oliveira, Maria das Graças da Silva, Mazureyk Nascimento Araújo, Noeme Coutinho Fernandes

Capítulo 11: Acupuntura: uma importante ferramenta no tratamento da ansiedade 67

Andressa Mendonça Turci, Andréia Affonso Barreto Montandon, Lígia Antunes Pereira Pinelli, Laiza Maria Grassi Fais, Aline Mendonça Turci

Capítulo 12: Condições de vida do idoso frente ao êxodo etário em ascensão 76

Maria Aparecida de Souza Silva, Samara Maria de Jesus Veras, Rebeca Cavalcanti Leal, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves, Cynthia Roberta Dias Torres Silva

Capítulo 13: Qualidade de vida e risco de depressão geriátrica em idosos institucionalizados no município de Palmas - PR..... 82

Clenise Liliane Schmidt, Mariângela Gobatto, Maria Isabel Gonçalves da Silva, Sabrina Lencina Bonorino, Alcione Oliveira de Souza

Capítulo 14: Esclerose lateral amiotrófica: fatores de risco e diagnóstico 89

Danielle Suassuna Alencar, Juliana Melo de Figueiredo, Louise Cabral Gomes, Vivian Maria Vieira Moura de Holanda, Valéria Cristina da Silva

Capítulo 15: Acesso aos serviços e percepções acerca da qualidade de vida e saúde em cidades rurais: Aspectos de vulnerabilidade ao adoecimento 93

Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa, Eunice Aristides Araújo, Francisca Marina de Souza Freire Furtado, Flávio Lúcio Almeida, Ana Alayde Saldanha

Capítulo 16: Longevidade e produtividade no trabalho: Visão da indústria..... 100

Diva Irene da Paz Vieira, Yara Prates Kenappe

Autores: 108

Capítulo 1

Fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com doença de alzheimer: Uma revisão integrativa

Cristiane Batista Santos

Alex Sandra de Melo Pereira

Lilian Aparecida Mesquita

Luciana Batista Santos

Maria Betânia Maciel da Silva

Resumo: No Brasil, a Doença de Alzheimer é a principal causa de demência entre a população idosa. Ela tem início gradual e vai comprometendo a memória até afetar todas as funções cognitivas. À medida que a doença avança, a autonomia do idoso é interferida e ele deixa de fazer atividades simples que antes eram realizadas normalmente no seu dia a dia, o que acaba comprometendo sua qualidade de vida. Sendo assim, torna-se necessário, portanto, pensar em medidas que proporcionem qualidade de vida ao idoso com Doença de Alzheimer. **OBJETIVO:** Identificar fatores que contribuam para a qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em março e abril de 2016 na base de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Os dados foram coletados a partir de três cruzamentos com os seguintes descritores/ MeSH Terms: Saúde do Idoso AND Doença de Alzheimer; Idoso AND Doença de Alzheimer; Doença de Alzheimer AND Qualidade de Vida. Os critérios de inclusão foram: responder a pergunta de pesquisa, público idoso (60 anos ou mais), idioma em português, inglês e espanhol e artigos completos disponíveis na base. Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses e editoriais. **RESULTADOS:** O estudo totalizou 267 artigos pré-selecionados, resultando em 11 artigos para serem analisados na íntegra e compor o presente trabalho. A partir da análise evidenciaram-se cinco principais fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer: praticar atividade física, ter interação com a família e sociedade, participar de programas assistenciais com equipes multiprofissionais que envolvam o idoso e seu cuidador, ocupar o tempo do idoso com alguma atividade e ouvir músicas. Esses fatores propiciam bem-estar e melhora a qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer. **CONCLUSÃO:** O conhecimento dos fatores que ajudam a melhorar a qualidade de vida do idoso com DA, se faz necessário para que seja possível realizar atividades que ajude o idoso e a família a minimizar o impacto e as incapacidades provocados pela Doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Idoso, Saúde do idoso, Qualidade de vida, Doença de Alzheimer.

1. INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) mostraram que em 2000, a taxa de fecundidade equivalia a 2,39%, e o número de idosos representava 5,6% do total da população no país, mas até 2030 a taxa de fecundidade representará 1,51% e a população idosa corresponderá a 13,4% do total da população (IBGE, 2013).

Esses dados revelam que o processo de envelhecimento no país tem sido cada vez mais acelerado, e tal crescimento, também é resultado de investimentos na saúde por parte do Governo Federal junto ao Ministério da Saúde (MS), que vem trabalhando com medidas de promoção, prevenção e educação em saúde, nos diferentes níveis de complexidade, principalmente na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2012).

Deste modo, a Política Nacional do Idoso, instituída na Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, surgiu com o objetivo de assegurar os direitos ao idoso e garantir sua autonomia, integração e participação real na sociedade. O estatuto do idoso disposto na Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 regulamenta os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, garantindo o acesso universal e igualitário à saúde, em conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Segundo Mendes (2011), as doenças crônicas degenerativas atualmente são as que mais atingem a população idosa, sendo as demências as de maior prevalência. A demência, segundo Frota *et al.* (2011) é diagnosticada quando existe percepção de sinais de alterações comportamentais e nas funções cognitivas, afetando a capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária.

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2012 destacou que a demência atualmente tem afetado mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo, e até 2030, esse número dobrará, e em 2050, triplicará.

No Brasil, a Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência entre a população idosa, ela tem início gradual e vai comprometendo a memória até afetar todas as funções cognitivas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A Portaria de nº 703, de 12 de abril de 2002, criou o Programa de Assistência às pessoas com a Doença de Alzheimer, que tem a finalidade de produzir ações que permitam organizar melhor a assistência às pessoas com doença de Alzheimer.

No entanto, por ser uma doença que requer demandas de cuidados, como refere Pinto *et al.* (2009) muitas vezes, a qualidade de vida do idoso é comprometida, pois à medida que a doença avança, a autonomia do idoso é interferida e ele deixa de fazer atividades simples que antes eram realizadas normalmente no seu dia a dia. Neste caso, a saúde do idoso com DA é afetada, e torna-se necessário pensar em medidas que proporcionem qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a percepção que o indivíduo tem com relação ao mundo em que ele vive, como suas expectativas, preocupações, padrões, objetivos, e principalmente o papel que ele exerce no contexto cultural o qual está inserido.

Dessa forma, a realização deste trabalho, justifica-se pela importância de se identificar fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com DA, a fim de auxiliar na criação de novos modelos assistenciais capazes de identificar demandas, criar serviços, estabelecer redes intersetoriais e gerenciar a assistência crônica de forma integrada ao idoso (PILGER, MENON e MATHIAS, 2012).

Portanto, a temática do estudo é relevante porque assim como as demais áreas do conhecimento contribui para promoção do idoso, a enfermagem exerce um papel fundamental na orientação aos cuidadores e familiares dos idosos com DA. Logo, temos como objetivo desse estudo identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores que contribuem para qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer.

Para responder ao objetivo proposto escolhemos como método a revisão integrativa da literatura, que é a síntese de estudos já realizados sobre um tema, tendo a finalidade de verificar o que já foi produzido, e trazer uma discussão do que ainda pode ser tratado (BOTELHO, CUNHA e MACEDO, 2011).

2.METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa seguiu criteriosamente as seis etapas do método da revisão integrativa, como mostrado em Botelho, Cunha e Macedo (2011) quais sejam: 1^a. Etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2^a. Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3^a. Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4^a. Etapa: Categorização dos estudos selecionados; 5^a. Etapa: Análise e interpretação dos resultados; 6^a. Etapa: Apresentação da síntese do conhecimento.

Neste estudo, propomos uma revisão integrativa norteada pela seguinte questão: quais os fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer? A busca foi realizada em março e abril de 2016 na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os dados foram coletados a partir de três cruzamentos com os seguintes descritores/ MeSH Terms: Saúde do Idoso and Doença de Alzheimer; Idoso and Doença de Alzheimer; Doença de Alzheimer and Qualidade de Vida. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: responder à pergunta de pesquisa, público idoso (60 anos ou mais), idioma em português, inglês e espanhol e artigos completos disponíveis na base. Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses e editoriais.

3.RESULTADOS

A estratégia de busca identificou 267 estudos. Os artigos pré-selecionados para análise ocorreu através da leitura dos títulos e resumos, que buscou verificar se estes respondiam à questão de pesquisa. A amostra desta revisão integrativa totalizou 11 artigos para serem analisados na íntegra e compor este trabalho.

Tabela 1. Pré-seleção e seleção dos estudos selecionados na base de dados LILACS, 2016.

| Fluxo de localização de trabalhos | Quantidade |
|---|------------|
| Artigos pré-selecionados de acordo como os critérios de (inclusão e exclusão) | 267 |
| Artigos excluídos por repetição | 6 |
| Artigos excluídos por não responderem a pergunta norteadora | 261 |
| Total de artigos excluídos | 250 |
| Artigos selecionados para a pesquisa | 11 |

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 2. Características dos estudos selecionados para a pesquisa.

| Base de dados | Título de publicação | Autores | Considerações dos artigos |
|---------------|---|----------------------------|--|
| LILACS | Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. | Vital <i>et al.</i> 2010 | O estudo mostrou que não há consenso em relação aos benefícios do exercício ao o idoso com DA, existindo controvérsias em relação ao melhor tipo de exercício, intensidade e duração para que se possa reduzir os sintomas depressivos em pacientes com DA. |
| LILACS | Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. | Garuffi <i>et al.</i> 2011 | “O Programa de Cinesioterapia Funcional e Cognitiva em Idosos com Doença de Alzheimer” (PRO- CDA) que busca interferir nos sintomas progressivos da doença, através da prática de Atividade Física, contribui com melhora e diminuição dos sintomas progressivos da DA, assim como a melhora da saúde e qualidade de vidados cuidadores. |

(Continuação ...)

Tabela 2. Características dos estudos selecionados para a pesquisa.

| Base de dados | Título de publicação | Autores | Considerações dos artigos |
|---------------|---|---|---|
| LILACS | Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores | Hernandez <i>et al.</i> 2010 Ino uye, Pedrazzani e Pavarini, 2010 Borghi <i>et al.</i> 2011 | O estudo mostrou que a atividade física pode representar uma importante contribuição não farmacológica no sentido de atenuar a taxa de declínio cognitivo e motor diante da progressão da DA. Os resultados desse estudo mostram que idosos com DA apresentam medidas de QV inferiores, sugerindo que a DA influencia negativamente sua percepção. O estudo ressaltou a importância da necessidade de uma assistência que beneficie não só o doente, mas também o cuidador, uma vez que este estando com uma QV satisfatória garantirá melhor assistência ao idoso e consequentemente uma melhoria em sua QV. |
| LILACS | Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer | Grosso <i>et al.</i> 2012 | O estudo mostrou que um programa de exercícios físicos generalizados, realizados de maneira regular e sistematizados, por um período de seis meses, é uma alternativa possível, de baixo custo e eficaz na redução de sintomas depressivos de idosos com DA. |
| LILACS | La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de Alzheimer | Castro, 2014 | O estudo evidenciou que a ocupação é um fator preventivo ao idoso com DA. |
| LILACS | Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. Nível de atividade física, sono e qualidade de vida de pacientes com doença de Alzheimer | Albuquerque <i>et al.</i> 2012 Borghi <i>et al.</i> 2011 | O estudo mostrou que o uso da música é uma terapêutica complementar valiosa, que exerce influência sobre os aspectos neurocognitivos, emocionais, psíquicos e sociais do idoso com Alzheimer em instituição de longa permanência, portanto, e desempenha importante papel na manutenção e melhora da qualidade de vida, além de propiciar maior interação deste com o meio social e familiar. Foi observado que pacientes com DA apresentam um nível de atividade física considerado baixo. Não foram encontradas relações significativas entre nível de atividade física e distúrbios do sono, nem entre nível de atividade física e qualidade de vida, bem como não foram verificadas diferenças no sono e na qualidade de vida quando comparados os grupos menor e maior nível de AF de pacientes com DA. |
| LILACS | Reeducación psicomotriz en personas con enfermedad | Ferrer, Collado e Castells, 2013 | Um guia re-educação psicomotora (PSEG) trouxe melhora significativa na aptidão física e na qualidade de vida de pacientes em estágios leve e moderado da DA. |
| LILACS | Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease | Arcoverde <i>et al.</i> 2008 | O estudo mostrou que a estimulação física e cognitiva em pacientes com DA pode contribuir na diminuição do declínio cognitivo e funcional. |

Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 3. Fatores que contribuem para qualidade de vida do idoso com Doença de Alzheimer (DA).

| Fatores | nº artigos | % |
|--|------------|----|
| Praticar atividade física de forma sistemática | 7 | 44 |
| Apoio e interação da família e da sociedade | 4 | 25 |
| Programas de assistência com equipe multiprofissional que atenda ao idoso e seu cuidador | 3 | 19 |
| Ocupar o idoso com alguma atividade como forma de contribuir para sua autonomia | 1 | 6 |
| Ouvir música como efeito terapêutico complementar | 1 | 6 |

Fonte: elaborado pelos autores.

4.DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos evidenciaram-se cinco principais fatores que contribuem para a qualidade de vida do idoso com DA: praticar atividade física, ter interação com a família e sociedade, participar de programas assistenciais com equipes multiprofissionais que envolvem o idoso e seu cuidador, ocupar o tempo do idoso com alguma atividade e ouvir músicas. Esses fatores propiciam bem-estar e melhora a qualidade de vida do idoso com DA.

A prática de atividade física é um fator que contribui para diminuição dos sintomas progressivos da demência e estimula o desempenho físico e cognitivo do idoso (GARUFFI et al. 2011).

No entanto, Vital et al. (2010) diz que ainda há necessidade de novos estudos controlados para que seja melhor comprovado os efeitos que a atividade física produz na diminuição dos sintomas depressivos. Ainda assim, muitos trabalhos tem reforçado a contribuição que a prática da atividade física propicia ao idoso com DA, pois, além disso, é um tratamento não farmacológico, e de baixo custo (HERNANDEZ et al. 2010).

A interação com a família e com a sociedade é outro importante fator que contribui para a qualidade de vida do idoso com DA, pois a falta de memória causada pela DA provoca sentimentos de impotência, fazendo com que o idoso tenha dificuldades no relacionamento familiar, afetivo e social (ABREU, FORLENZA e BARROS, 2005)

Sendo necessário, portanto, o reconhecimento da doença por parte dos familiares e da sociedade, e a aproximação desses, mesmo diante das suas limitações, pois esse apoio pode produzir sensação de bem-estar e de aceitação no idoso.

Do mesmo modo, os programas assistenciais com equipes multiprofissionais beneficiam ao idoso, pois trazem uma abordagem integral no atendimento às suas necessidades, buscando dessa forma, promover qualidade de vida tanto ao idoso quanto ao seu cuidador, a fim de reduzir os sintomas progressivos da doença e divulgar a população o entendimento sobre a DA (GARUFFI et al. 2011).

Outro importante fator beneficente é a ocupação do idoso com alguma atividade, pois isso estimula sua autonomia e faz com ele se sinta útil, mesmo diante de suas limitações (CASTRO et al. 2014).

O que evidencia que a qualidade de vida está intimamente ligada na percepção que o individuo tem sobre seu papel no contexto em que ele vive.

E por último, como um efeito terapêutico, a música, que auxilia no resgate à memória e as lembranças da vida do idoso, influenciando nos aspectos cognitivos emocionais, psíquicos, sociais e desempenhando um significativo papel que proporciona qualidade de vida ao idoso (ALBUQUERQUE et al. 2012).

5.CONCLUSÃO

Os resultados alcançados nesta revisão mostram que fatores como pratica da atividade física de forma sistemática, o apoio e a interação da família e sociedade, entre outros, contribuem para a qualidade de vida do idoso com DA, sendo esses de suma importância para auxiliar na criação de novos modelos assistenciais, pois o país está envelhecendo, e diante disso, é necessário reconhecer as doenças mais comuns nos idosos, e às demências, em especial a Doença de Alzheimer.

O conhecimento dos fatores que ajudam a melhorar a qualidade de vida do idoso com DA, se faz necessário para que o enfermeiro realize atividades que ajude o idoso e a família a minimizar o impacto e as incapacidades provocados pela DA.

É importante ressaltar ainda, que são necessários mais estudos que investiguem fatores que melhorem a qualidade de vida da pessoa com a DA.

REFERÊNCIAS

- [1] Abreu, I. D; et al. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005;32(1):131-6. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a05v32n3.pdf>>. Acesso em 07 de mai de 2016.
- [2] Albuquerque, M.C.S.; et al. Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):404-13. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a21.htm>. Acesso em 02 de abri de 2016.
- [3] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-V. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. Disponível em:< <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe-ducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em 13 de mar de 2016.
- [4] Arcoverde, C. Role of Physical Activity on the Maintenance of Cognition and Activities of Daily Living in Elderly with Alzheimer’s Disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66(2-B):323-327. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2008000300007>. Acesso em 02 de abril de 2016.
- [5] Borghi, A.C.; et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):751-8. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_05.pdf>. Acesso em 02 de abri de 2016.
- [6] Botelho, L.L.R.; Cunha, C. C. A.; Macedo, M.. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade.* Belo Horizonte - Volume 5, número 11-P. 121-136.
- [7] Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.
- [8] Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política nacional do idoso.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- [10] Brasil. Portaria GM/MS n.º 703, de 12 de abril de 2002. Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer.
- [11] Camarano, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 58-73. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf> Acesso em 19 de mar de 2016.
- [12] Castro, J.M.A. La ocupación como factor protector de La Demencia por enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de terapia ocupacional.* ISSN 0717-6767. Vol. 14, Nº2, Diciembre 2014. Disponível em:<<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/35718>>. Acesso em 02 de abri de 2016.
- [13] Ferrer, B.C.S. I; Collado, A. O; Castells, P.À. Reeducação psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Med Chile* 2013; 141: 735-742. Disponível em:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000600007>. Acesso em 02 de abril em 2016.
- [14] Frota, N.A.F. et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement neuropsychol.* 2011; 5(1 Suppl): 5-10. Disponível em: < <file:///C:/Users/TEMP.ACAD-UNP.000/Downloads/v5s1a02.pdf>>. Acesso em 13 de mar de 2016.
- [15] Garuffi, M. et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Atividade Física & saúde.* V16. nº1 2011. Disponível em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/562/562>>. Acesso em 02 de abri de 2016.
- [16] Groppo, H.S. Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.4, p.543-51, out./dez. 2012.* Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000400002>. Acesso em 02 de abri de 2016.
- [17] Hernandez, S. et al. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Rev. bras. Fisioter.* vol.14 no.1 São Carlos Jan./Feb. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000100011>. Acesso em 09 de abri de 2016.

- [18] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>, acesso em 02 de Nov de 2015.
- [19] Inouye, K; Pedrazzani, E.S; Pavarini, S. C. I. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400034. Acesso em 02 de abril de 2016.
- [20] Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em:< <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2016.
- [21] Oms. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol.html>. Acesso em 09 de abril de 2016.
- [22] Oms. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: WHO; 2012. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?Ua=1
- [23] Pilger, C; Menon, M. U; Mathias, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):213-20. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027> Acesso em 07 de mar de 2016.
- [24] Pinto, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de Idosos com doença de Alzheimer. Acta Paul Enferm. 2009; 22(5): 652-7. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>>. Acesso em 09 de abril de 2016.
- [25] Stein, A. M. et al. Nível de atividade física, sono e qualidade de vida de pacientes com doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde Pelotas/RS 17(3): 200-205. Jun/2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1859>. Acesso em 02 de abril de 2016.

Capítulo 2

A contribuição do enfermeiro frente aos cuidados prestados pelos cuidadores informais de idosos: Relato de experiência

Maria Marília da Silva

Samara Dayane Cunha Silva

Gabriela Pereira Batista

Resumo: Discutir sobre a contribuição do enfermeiro frente aos cuidadores informais de idosos durante o estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, que aconteceu durante o estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB intitulada Plínio Lemos, estágio esse disponibilizado pela Faculdade Mauricio de Nassau. **Resultados e discussão:** A realização da atividade de Educação em Saúde no ambiente domiciliar chamou atenção pela carência de conhecimento, por grande parte dos cuidadores de idosos cadastrados na Unidade, sobre os cuidados que deveriam ser prestados aos idosos. **Conclusões:** Por esse relato de experiência pode-se concluir que, a atenção do enfermeiro frente aos cuidados prestados pelos cuidadores de idosos dispensada no domicílio, tem por finalidade atender às necessidades básicas que são afetadas por falta de conhecimento da prática de cuidar, para proporcionar melhorias na qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Enfermeiro. Cuidadores de Idosos. Idosos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, em que pode variar de pessoa para pessoa, sendo então de forma gradativa para uns e mais rápido para outros (AREIAS; BONFIM; SCHIAVETO, 2015). Atualmente, no Brasil, é estimada a existência de cerca de 17,6 milhões de idosos, e esse aumento do envelhecimento populacional tem contribuído também para o aumento da expectativa de vida, isso quando a pessoa resiste ao envelhecimento fisiológico, o envelhecimento apresenta, como consequências, o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (BRUM et al, 2013). Nesse sentido, vale ressaltar que o crescimento da população idosa é constatado pelo aumento da expectativa de vida, e com esse ganho surge uma maior responsabilidade dos gestores públicos e a sociedade. No entanto é necessário investir e incentivar a promoção da autonomia e de uma vida saudável desse grupo social, assim como proporcionar uma assistência adequada às necessidades humanas do indivíduo (MINAYO, 2012). Para tanto, o desenvolvimento das doenças crônicas se tornou a principal preocupação com a saúde da população idosa, que, muitas das vezes, podem levar à incapacidade e dificultam o cuidado, no entanto, demandam da enfermagem atenção de forma integral. Ademais, vale destacar, que além do cuidado fornecido pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, os idosos, principalmente, àqueles acometidos por alguma doença limitante ou acamados, necessitam em seu cotidiano ser acompanhados por um cuidador, que na maioria das vezes é um parente/familiar que assume este papel de maneira natural, instintiva, por disponibilidade ou, ainda, por obrigação (SILVEIRA et al, 2012). Vale destacar que o sucesso do cuidado no ambiente domiciliar depende do cuidador, e de sua capacidade de lidar com as situações e aprendizagem dos cuidados sem pôr em causa o seu bem-estar da pessoa idosa cuidada (LE MOS, 2012). Ademais, é relevante conhecer sobre a contribuição do enfermeiro frente aos cuidadores informais de idosos, dentro de um processo assistencial, o qual passa pela necessidade de analisar o cenário e as condições das atividades nelas desenvolvidas, para possivelmente tomar novas decisões. Daí a necessidade da formação de mais espaços informativos, como os grupos de apoio para orientação das pessoas que cuidam de idosos dependentes. Esse fato refere a lembrarmos da importância do enfermeiro nesta atenção, tendo como primordial, a busca de alternativas e maneiras capazes de minimizar o impacto do cuidar na vida da família/cuidador. Assim, trabalhos como este se revestem de grande importância para a Saúde Pública, uma vez que fornecem informações relevantes sobre a contribuição do profissional enfermeiro aos cuidadores de idosos, proporcionando cuidados de prevenção de agravos à saúde que tanto preocupa. O relato de experiência tem como objetivo discutir sobre a contribuição do enfermeiro frente aos cuidadores informais de idosos durante o estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde da Família.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que aconteceu durante o estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB intitulada Plínio Lemos, estágio esse disponibilizado pela Faculdade Maurício de Nassau. Para tanto, a atividade desenvolvida no ambiente domiciliar realizada pelo enfermeiro e pelos estudantes do curso de enfermagem traz a divulgação e o debate das informações como fonte de atualização e conhecimento para os cuidadores de idosos sobre os cuidados prestados embasados nos aspectos relacionados aos hábitos de vida, suporte nas medicações, conforto, higiene corporal, biossegurança, nutrição, déficit na realização das atividades diárias, eliminações fisiológicas e déficit de comportamento, como suporte ao cuidador visando auxiliar e orientar os cuidados de enfermagem a pessoa idosa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização da atividade de Educação em Saúde no ambiente domiciliar chamou atenção pela carência de conhecimento, por grande parte dos cuidadores de idosos cadastrados na Unidade, sobre os cuidados que deveriam ser prestados aos idosos. Vale ressaltar, que os cuidadores informais em sua maioria não se sentem preparados para assumir as diversas tarefas no cuidado em domicílio, por falta de experiência com essa atividade e pela carência de orientações pelos profissionais de saúde (BOARETTO et al, 2014). Diante de tal circunstância, é fundamental para a realização da Educação em Saúde, que o enfermeiro tenha conhecimento da vivência de cuidadores informais de idosos dependentes para poder auxiliá-los de forma mais completa, pois, na maioria dos casos, os cuidadores não apresentam a devida qualificação para exercerem essa função (BOARETTO et al, 2014). Daí então foi necessário fazer intervenções pautadas na higiene corporal (banho no leito, higiene bucal e hidratação da pele), na ingestão e no oferecimento da alimentação (tipo de comida e consistência), no auxílio e execução das atividades de vida diária (deslocamento), no controle da pressão arterial (aferir aproximadamente três vezes ao dia), no sono e

repouso e controle das eliminações fisiológicas (se o mesmo está sentindo dor ao urinar e se está constipado). É importante mencionar a respeito dos fatores que proporcionam conforto e higiene ao idoso, pois necessitam de apoio para tal realização, bem como sobre a importância de cuidados para prevenção dos incidentes relacionados à biossegurança tais como: quedas, queimaduras e outros acidentes domésticos, horários das medicações a serem dadas ao idoso, bem como saber o nível de instrução do cuidador (se sabe ler e escrever). Para tanto, na conversa realizada durante o estágio com os cuidadores, foi também necessário inserir na prática do cuidar saberes sobre a evolução do processo de envelhecimento do ser humano, pois este vai perdendo as suas condições de mobilidade, agilidade e flexibilidade, diminuindo seus níveis de consciência e agilidade motora, ocorrendo muitas vezes acidentes domésticos, em que geralmente ocorrem fraturas, e para que isso não aconteça o cuidador precisa prover de condições suficientes para cuidar do idoso (DICK; PINTO, 2015). No entanto, o enfermeiro e sua contribuição para com os cuidados prestados pelos cuidadores de idosos têm por finalidade a prevenção de agravos, levando em considerações as limitações físicas, psíquicas e ambientais do idoso, minimizando assim os impactos gerados no núcleo familiar, possibilitando um cuidado integral e com diminuição de sofrimento e desgaste, para que ambos tenham uma vida mais saudável e equilibrada (AREIAS; BONFIM; SCHIAVETO, 2015). Diante disso, durante a realização do estágio, observou-se que a maioria dos cuidadores, que foram visitados ao longo do atendimento domiciliar pelo enfermeiro e pelos estudantes do curso de enfermagem, começou-se a fazer uma análise da importância do saber no que diz respeito aos cuidados prestados aos idosos, somando-se a isso um bom envelhecimento e melhoria na qualidade de vida. Nesse mesmo contexto, foi também observado o quanto este tema chamou a atenção dos ouvintes, os quais se mantinham vigilantes e demonstrando bastante interesse durante toda a conversa, na qual houve a oportunidade de esclarecer as dúvidas, responder as indagações a respeito do tema, mostrando ter sido satisfatória e tendo alcançado o objetivo proposto.

4. CONCLUSÕES

Por esse relato de experiência pode-se concluir que, a atenção do enfermeiro frente aos cuidados prestados pelos cuidadores de idosos dispensada no domicílio, tem por finalidade atender às necessidades básicas que são afetadas por falta de conhecimento da prática de cuidar, para proporcionar melhorias na qualidade de vida desses indivíduos. Além disso, os cuidadores informais de idosos precisam da contribuição e suporte dispensados pelos enfermeiros para que possam fornecer o cuidado adequado. Ademais, o enfermeiro procura criar um ambiente que proporcione aos idosos as condições adequadas para sua sobrevivência, assim como realizar atividades de Educação em Saúde, procurando promover a diminuição ou até mesmo minimizar os danos causados a essa população.

REFERÊNCIAS

- [1] Areias, Beatriz B; Bonfim, Mariana M; Schiaveto, Fábio V. A participação da enfermagem frente ao cuidador de idosos portadores de Alzheimer. Revista Fafibe On-Line, Bebedouro São Paulo, v.8, n.1, p: 44-63, 2015. Disponível em: < http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/301020151834_28.pdf >.
- [2] Boaretto, Mariana L et al. A percepção de cuidadores familiares de idosos dependentes sobre o seu preparo para exercer essa atividade. FisiSenectus, Unochapecó v.2, n.1, p.3-11, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/view/1836/1692>>.
- [3] Brum, Ana K. R et al. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 4, p: 619-24, jul./ago., 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400025 >.
- [4] Dick, Nidea M.; Pinto, Joséli N. Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos: Relato de experiência. Revista de Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 3, n.2, p. 119- 128, nov. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2317-8582.15.9/0>.
- [5] Gil, A. C. Métodos e técnicas de elaborar uma pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008. 197 p.
- [6] Lemos, Jacinta A. Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo. Bragança, Dezembro, 2012. p. 110.
- [7] Minayo, Maria C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Revista Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.208-209, fev, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n2/01.pdf>>.
- [8] Silveira, Celso L et al. Cuidadora de idoso familiar com doença crônica incapacitante: Percepção, motivações e repercussões. Revista de Enfermagem UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 67-78, jan./abr, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3828>>.

Capítulo 3

Caracterização sociodemográfica e estilo de vida da população dos idosos do rio grande do norte com diabetes mellitus: Um estudo quantitativo

Wenderly Pinto Córdula Dionísio de Andrade

Pedro Gilson da Silva

Mayany Cleyses Moraes de Souza

Valdeniz da Silva Cruz Junior

Resumo: A diabetes mellitus junto com outras doenças crônicas não transmissíveis estão associadas a hábitos e estilo de vida não adequados e a exposição de longa duração a estes, assim o envelhecimento populacional junto aos fatores de risco modificáveis contribuirá para o aumento dessas patologias nos próximos anos. Trata-se de um estudo transversal, exploratória, descritivo de abordagem quantitativa na base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, realizou a análise estatística através do programa SPSS, com o objetivo de analisar a prevalência das características sociodemográficas e de estilo de vida da população de idosos como o diagnóstico autorreferido de diabetes mellitus no estado do Rio Grande do Norte/RN. A prevalência de diabetes mellitus na população de idosos do RN no ano em 2013 foi de 13%, sendo maior nas mulheres (58,6%) de raça/cor branca (57,6%). É preciso planejar ações e políticas para atuar na promoção, prevenção e diagnóstico da diabetes e assim evitar as complicações e mortalidade devido doença que acomete esse público.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas na atualidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, sobretudo em países em desenvolvimento. Neste grupo desata-se a *Diabetes mellitus*, por esta relacionada a fatores de risco evitáveis e não evitáveis, como herança genética, idade, sexo, consumo nocivo de álcool, tabaco, inatividade física e outros (MENEZES, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca que no Brasil aproximadamente 11,3 milhões de pessoas serão portadores da diabetes *mellitus* até o ano de 2030, este crescente número está atribuído ao envelhecimento populacional que ocorrerá nos próximos anos (MENEZES, 2014).

No Brasil, dados afirmam que existem cerca de 17,6 milhões de idosos, e no ano de 2050 este número será de aproximadamente 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2010) e quanto maior a faixa etária, maior o percentual de pessoas diagnosticadas com diabetes *mellitus* (IBGE, 2014).

Conforme Viegas-Pereira (2008) citando Leite et al. (2005) que realizaram uma projeção no Brasil para os anos 1998 e 2013, a diabetes *mellitus* seria de maior incidência nos idosos de ambos os sexos.

O cuidado com a saúde do idoso difere bastante do adulto, onde predomina a presença da fragilidade, este termo é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, todavia, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso (BRASIL, 2007).

O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (SPEROTTO, SPINELLI, 2010). Devido à relevância desse problema, a Organização Mundial da Saúde criou o Relatório Mundial para Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, que de acordo com esse documento, o tratamento não se baseia na etiologia da doença, mas nas exigências que ela impõe ao sistema (BRASIL, 2011).

É de grande valia a prática da investigação podendo assim enfrentar e amenizar possíveis problemas da doença e os fatores de decorrente do quadro atual da diabetes *mellitus* na vida do idoso.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a prevalência das características sociodemográficas e de estilo de vida da população idosa como o diagnóstico autorreferido de diabetes *mellitus* no estado do Rio Grande do Norte/RN e verificar possíveis associações com características demográficas, estilos de vida e outras doenças crônicas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, tendo como base de dados a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013, realizando as análises. Segundo o método descritivo é utilizado para estudar a relevância de certos fenômenos e descrever sua distribuição em uma população (PINSONNEAULT, 1993). De acordo com este método que pode ser descrito como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicando como representante de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, geralmente um questionário (COUTINHO, 2013).

Na abordagem quantitativa, há uma questão pontual que é a objetividade de fatos relativos ao mundo concreto, objetivo e mensurável. Representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, visto que aumenta a margem de segurança na comprovação das hipóteses ou do problema formulado (FIGUEIREDO, 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde do ano 2013 (PNS), foi a fonte de dados utilizada neste estudo, é uma pesquisa domiciliar, no âmbito nacional, realizada pelo Ministério de Saúde com parceria do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é um suplemento aprimorado da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), tendo a finalidade de buscar informações para cuidado aos indivíduos acometidos de doenças crônicas, realizar a monitoramento dos fatores associados às DCNT, avaliando as ações e os programas de andamento (SZWARCOWALD et al, 2014). A PNS demanda de uma subamostra que foi selecionada por amostragem por conglomerados em três estágios (a estratificação das unidades primárias da amostragem, o setor censitário selecionou aleatoriamente os domicílios e o morador acima de 18 anos foi selecionado por amostragem aleatória simples). Houveram em torno de 81.254 domicílios visitados, dentre estes 69.994 estavam em situação de ocupação, realizou-se 60.202 entrevistas em todo território do Brasil sendo 48,3% do sexo masculino e 51,7% do sexo feminino.

Para análise deste trabalho foram selecionados os dados referentes ao estado do Rio Grande do Norte totalizando 1691 casos (entrevistas), mas contabilizando 326 idosos público alvo específico.

Nesse estudo a seleção e categorização das variáveis utilizadas tiveram como a base os estudos realizados com os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013. Iniciando com apresentação e categorização das variáveis do perfil da amostra da pesquisa (Quadro 1), utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20 (IBM Corp. Armonk, Estados Unidos), apresentando a descrição do perfil através das análises de frequência absoluta e valores percentuais.

Quadro 01 – Descrição e categorização das variáveis sociodemográficas e estilo de vida da amostra, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013, Natal/RN, 2019.

| Variáveis Sociodemográficas | Categorização |
|--------------------------------------|--|
| Sexo | Masculino Feminino |
| Grupo Etário | 60 - 69 anos 70 - 79 anos 80 anos e mais |
| Estado Civil | Casado Viúvo Solteiro |
| Nível de Instrução (escolaridade) | Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior |
| Raça/Cor | Branca Preta Parda |
| Variáveis Estilo de Vida | Categorização |
| Avaliação de Saúde | Bom estado Regular estado Ruim estado |
| Consumo de Bebida Alcoólica | Não bebe Menos de 1 vez Uma vez ou menos |
| Consumo de Cigarros Industrializados | Fuma (diariamente) Sim (menos que diariamente) Não fuma |
| Prática de Atividade Física | Prática Não pratica |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, PNS-2013.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados da Tabela 01 classifica por grupos etários os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos desta pesquisa, e mostra que a maior prevalência dos indivíduos diabéticos estão no subgrupo de 70 a 79 anos (48,8%). Este resultado já era esperado devido a história natural desta patologia e estas pessoas foram mais tempo expostas aos fatores de risco.

Tabela 01- Distribuição dos grupos etários dos idosos (indivíduos com 60 anos e mais) com o diagnóstico autorreferido de *diabetes melittus*. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013, Natal/RN, 2019.

| N = 43 | | | |
|-----------------|------|--|----|
| Faixa etária | % | | n |
| 60 a 69 anos | 41,9 | | 18 |
| 70 a 79 anos | 48,8 | | 21 |
| 80 anos ou mais | 9,3 | | 04 |
| Total | 100% | | 43 |

Fonte – Pesquisa Nacional de Saúde-2013.

A Tabela 02, apresenta as características sociodemográficas da população de idosos com o diagnóstico autorreferido da diabetes *melittus*, uma frequência foi 67,4% em mulheres, raça/cor a branca (51,2%), casadas (41,9%) tendo como nível de instrução (escolaridade) o ensino médio (55,8%), neste trabalho observou-se maior prevalência nas mulheres em toda população do estado em relação ao sexo masculino, este resultado relacionado ao sexo pode ser atribuído ao fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde do que os homens, além possuir uma expectativa de vida maior quando comparada ao sexo masculino (PINTO, 2015).

Tabela 02- Prevalência das características sociodemográficas e estilo de vida da população de idosos (60 anos ou mais) com o diagnóstico autorreferido de diabetes mellitus. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013, Natal/RN, 2019 (n=43).

| Variáveis | | % | P-Valor* |
|--------------------------------------|-----------------------------|------|-----------------|
| Demográficas | | | |
| Sexo | Masculino | 32,6 | < 0,001 |
| | Feminino | 67,4 | |
| Raça/Cor | Branca | 51,2 | < 0,001 |
| | Preta | 9,3 | |
| | Parda | 39,5 | |
| Estado Civil | Casado | 41,9 | < 0,001 |
| | Viúvo | 30,2 | |
| | Solteiro | 27,9 | |
| Variáveis Demográficas | | | P-Valor* |
| Nível de Instrução (Escolaridade) | Analfabeto | 44,2 | < 0,001 |
| | Ensino Fundamental | - | |
| | Ensino Médio | 55,8 | |
| | Ensino Superior | - | |
| Estilos de vida | | | |
| Consumo de bebida alcoólica | Não bebe | 86,0 | < 0,001 |
| | Menos de 1 vez | 7,0 | |
| | Uma vez ou menos | 7,0 | |
| Prática de atividade física | Pratica | 16,3 | < 0,001 |
| | Não Pratica | 83,7 | |
| Consumo de cigarros industrializados | Fuma (diariamente) | 9,3 | < 0,001 |
| | Sim (menos que diariamente) | - | |
| | Não fuma | 90,7 | |

Fonte –Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Em relação a prática de atividade física, 83,7% não praticou nenhum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos meses, este resultado pode ser atribuído a alterações no metabolismo decorrentes do envelhecimento em si, que deixa o idoso mais limitado a prática de atividade física e a própria história natural da doença já que o sedentarismo é um dos principais fatores de risco para o surgimento das DCNT's e pode afirmar que a prática de atividade física é apontada como uma estratégia de promoção e prevenção da doença (FRANCISCO et al. 2010, BRASIL, 2011).

Para o hábito de fumar e o uso de bebida alcoólica os resultados foram respectivamente 90,7% (não faz uso de cigarro industrializado) e 86,0% (não faz uso de bebida alcoólica), entretanto como se trata de um estudo transversal não se pode afirmar se os indivíduos já tinham hábitos de vida saudável em relação ao tabagismo e o uso de bebida alcoólica ou mudaram depois do diagnóstico da doença (MEDRONHO, 2009), outra possível explicação pode ser associada aos vieses de sobrevivência, o qual qualquer característica associada a sobrevivência será mais comum entre os casos (MEDRONHO, 2009; GORDIS, 2009; ROTHMAN, 2008).

A Tabela 03 destacam-se a prevalência de outra doença evidenciada na análise e a autoavaliação de saúde dos indivíduos com o diagnóstico autorreferido de *diabetes mellitus*. A maioria da amostra apresenta o diagnóstico de hipertensão arterial obtendo a prevalência de 87,1% nos idosos, e autorreferiam um estado de saúde avaliado como ruim (76,7%) neste sentido, estes resultados ocorrem devido aos impactos na qualidade de vida, ocasionados pelas possíveis complicações e incapacidades que prejudicam as atividades laborais diárias decorrentes do uso contínuo de medicamentos (MALTA; SILVA, 2014).

A hipertensão arterial presente nos indivíduos com diabetes comprova uma relação entre essas doenças, aponta-se um maior grau com a hipertensão e a resistência à insulina, tornando mais susceptível o hipertenso ao desenvolvimento da diabetes, ocasionado seu agravamento pelo uso de medicamentos anti-hipertensivos (FRANCISCO, 2010).

Outra doença encontrada na avaliação foi o diagnóstico do alto nível de colesterol, mas constatando que 76,2% não referiam ter alto nível de colesterol. O controle do aumento da gordura corporal é uma medida preventiva capaz retardar a piora e complicações do diabetes, resultando na melhor qualidade de vida desse indivíduos (CORREIA et al, 2003).

Tabela 03 - Prevalência de hipertensão arterial, colesterol alto e autoavaliação de saúde na população de idosos (60 anos ou mais) com o diagnóstico autorreferido de diabetes mellitus. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013, Natal/RN, 2019 (n=43).

| Variáveis | | % | p-valor* |
|-------------------------------------|----------------|---------------|----------|
| Diagnóstico de hipertensão arterial | Sim | 87,1 | < 0,001 |
| | Não | 12,9 | |
| Diagnóstico de colesterol alto | Sim | 23,8 | < 0,001 |
| | Não | 76,2 | |
| Autoavaliação de Saúde | Bom estado | 7,0 16,3 76,7 | < 0,001 |
| | Regular Estado | | |
| | Ruim Estado | | |

Fonte – Elaboração própria dos autores segundo dados da PNS2013.

4. CONCLUSÕES

Os dados obtidos no presente estudo apontaram que o fator de risco mais prevalente foi o sedentarismo, hipertensão arterial, consumo do fumo seguida da ingestão de bebidas alcoólicas.

Diante da prevalência de diabetes mellitus e seus fatores associados na população em envelhecimento se faz necessário o planejamento de ações, de políticas e programas para fornecer subsídios a melhoria na promoção, prevenção e diagnóstico precoce desse agravo, dando garantia ao atendimento nos serviços de saúde para evitar as complicações e mortalidade devido ao diabetes.

Assim, sugere-se a realização de outros estudos qualitativos ou, ainda, intervenção de para o fortalecimento da prática de atividade física regular, dieta saudável e, conseqüentemente, prevenção do diabetes *mellitus* e assim possam discutidos com mais ênfases pelas esfera governamental.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- [2] _____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 181 p.
- [3] Ibge. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua, 2014. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> Acesso: 19 de maio de 2016.
- [4] Correia, F. H. S. et al. Influência da gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metabol, v. 47, n. 1, p. 62-68, 2003.
- [5] Coutinho, C. Metodologias de investigação e ciências sociais e humanas: Teorias e Prática. p.32. 2ª Reimpressão. Coimbra: Edições Almedina, S.A. 2013.
- [6] Figueiredo, A. M.; Souza, S. R. G. Como elaborar projetos, monografias e teses: da redação científica à apresentação do texto final. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 4ª ed., p. 103-104, 2011.
- [7] Francisco, P M S B; et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cadernos de Saúde pública, v. 26, p. 175-184, 2010.
- [8] Gordis, L. Epidemiology. Elsevier; 4 th ed, 2009.

- [9] Leite, I. C. et al. Projeção da carga de doença no Brasil (1998-2013). In: Vacinas, soros & imunizações no Brasil. Fiocruz, p. 51-65. 2005.
- [10] Malta, D. C.; Morais Neto, O. L.; Silva Junior, J. B. da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.
- [11] Medronho, R. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2009. p.193-219.
- [12] Menezes, T. N. de et al. Diabetes referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 4, p. 829-839, 2014. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação, relatório mundial. Brasília, 2012.
- [13] PINSONNEAULT, A., KRAEMER, K. Survey research methodology in management information systems: an assessment. *Ver. Journal of Management Information Systems*, v. 10, n. 1, p. 75-106, 1993. [acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.110.2797>
- [14] Pinto, B. M. I. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 305 Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>. Acessado: 20 de maio de 2019.
- [15] Rothman, K. J.; Greenland, S.; Lash, T. L. *Modern Epidemiology*. Lippincott Williams & Wilkins. Below we will respond to each. 3rd ed, 2008.
- [16] Sperotto, Francieli Marina; Spinelli, Roseana Baggio. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. *Perspectiva, Erechim*, v. 34, n. 125, p. 105-116, 2010.
- [17] Schmidt M. I, et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. São Paulo v.43(Supl 2) p. 74-82. 2009.
- [18] Toscano C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.4, p. 885-895. 2004.
- [19] Viegas-Pereira, A.P.F. et al. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido em idosos em Minas Gerais. *Revista brasileira de estudos de população*. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul./dez. 2008.

Capítulo 4

Vulnerabilidades no envelhecimento e práticas interdisciplinares na gestão do cuidado intersetorial na perspectiva da clínica ampliada e da estratégia estudo de caso em ILPI pública

Joselia Batista da Silva Lages

Aurea Sandra Ildefonso de Alcantara

Viviane Natalia Victor Pereira da Silva

Resumo: O presente artigo tem como objetivo apresentar uma síntese da intervenção e debate a respeito da importância da estratégia Estudo de Caso na perspectiva da Clínica Ampliada para a consecução da intersetorialidade que envolve o cuidado a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade no Instituto de Assistência Social e Cidadania - IASC na Cidade do Recife. Neste sentido, trabalhamos junto à equipe psicossocial das ILPIs públicas de Recife, alguns conceitos tais como Pessoa Idosa, Interseccionalidade, Clínica Ampliada e Estudo de Caso. Em sendo a contradição inerente à sociedade de classes, o debate acerca da interseccionalidade também é permeado por ela. As políticas sociais são espaços, formas de construção de práticas profissionais que podem ser, ao contrário de simples reprodutoras das relações de dominação, se constituem em um espaço que favorece a transformação social, e institui práticas compartilhadas de cuidado. O termo política pode ser visto por diversos ângulos que se complementam entre si, primeiro a da esfera política exatamente, que se diferencia das outras esferas da vida social, o segundo como a atividade política e o terceiro como a orientação para decisão e ação. Assim, a instituição junto com os usuários, e equipes diversas numa ação pública intencional, gera, cuidado. Elegemos o terceiro ângulo por referir-se ao sentido empregado para definir, compreender e atuar nas políticas públicas, e, como resultado, podemos destacar: maior índice de ações de cuidado, crescimento em número de idosos atendidos na rede pública, com significativa qualidade no atendimento.

1. INTRODUÇÃO:

O envelhecimento fenômeno natural em todo o mundo e no Brasil, tem crescido rápido, há neste, os “mais, muito, ou idosos em velhice avançada” (+ 80 anos), ou seja; segmento hoje de mais de 12% da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) refere 20 milhões (=/+ 60 anos) serão 10% da população brasileira. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS refere que no intervalo 1950 a 2025, este grupo aumentará em quinze vezes, tornando-nos o sexto lugar com 32 milhões com 60 anos ou mais de idade. Tais dados informa a necessidade do aperfeiçoamento e criação de praticas efetiva de cuidado em ações multidimensionais para o envelhecimento saudável e ativo. O direito universal e integral à saúde conquistado na Constituição 1988, reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142/90), têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Tal contexto exige equipes psicossociais capazes de atitude ético-política nas ações e práxis interdisciplinares no tocante ao estabelecimento e a formação de uma sociedade do cuidado - cuidar e ser cuidado. É função das políticas públicas o cuidado integral, as de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo, bem como o tratamento das vulnerabilidades e acesso aos direitos o principal objeto da assistência Social, entretanto o cuidar é o único lugar possível às duas. Segundo Boff (2011), “o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude” revela uma ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Pensar o cuidado exige também uma observação participante, um olhar sociológico para o fenômeno onde as histórias dos idosos/as nos remetem ao ato, a atividade e à intencionalidade resolutive, ou seja; atitude política, pois que seu nascedouro é a contradição, a dialética. Para Minayo (2000) a observação participante é a parte qualitativa no conjunto da investigação, mas, também [...um método em si para a compreensão da realidade]. Assim, o Estudo de Caso tornou-se uma estratégia institucional da alta complexidade para responder aos objetivos do trabalho de reinserção da pessoa idosa no território por uma equipe psicossocial no matriciamento da família, comunidade e rede. Em se tratando de Políticas Públicas, sabe-se que a pesquisa, o diálogo, e a gestão e planejamento conjunto do projeto de vida da pessoa idosa, deve ser gestado, gerenciado e compartilhado, entre a pessoa idosa as equipes no território gerando o afeto e a corresponsabilidade para efetivar Projeto Terapêutico Singular - PTS e Plano Individual de Atendimento - PIA. Ou seja, as intervenções necessárias à reinserção da pessoa idosa no território, a esta mediação, Menicucci, (2002) chama de gestão compartilhada, ou seja; a intercessão de ações a usuários comuns onde usuário, trabalhadores e gestores das diversas políticas se complementam e transversalizam propiciando a representatividade de cada equipe inserida na garantia dos direitos.

O estudo de caso propicia a equipe psicossocial encantar-se com as questões empíricas implícitas na principal questão que é: Como garantir o cuidado e os direitos geridos pela família na convivência comunitária à pessoa idosa? O Estudo de Caso, no atendimento a J.D., denominou-se Estudo de Caso Ampliado, pela condição do objeto de trabalho (aquilo que na prática se responsabiliza), agregando a ela, além da análise de saúde e das situações do risco ou vulnerabilidade, junto a família e comunidade, transformando-os em afeto e cuidar considerando concretamente, que não há problema de saúde ou doença sem que esteja encarnados sujeitos de direito reais e históricos. Considerar as pessoas sujeito principal e protagonista das mudanças necessárias é essencial, à lapidação e fortalecimento do respeito, cuidado e autonomia da pessoa idosa. Autonomia que não é a ausência de qualquer tipo de dependência. Mas a ampliação da capacidade da pessoa idosa lidar com sua própria rede, ou sistema de dependências. Ou seja; o conhecimento da clínica ampliada (Campos, 1998) tem sido motivador para a qualificação da atenção e assistência no acolhimento institucional do IASC, momento em que a discussão para ações conjuntas entre a Assistência Social e a Saúde se complementam e transversalizam-se para o atendimento integral a garantia de direitos da pessoa idosa através dela mesma, da família, comunidade e rede socioassistencial do território.

2. METODOLOGIA:

O relato de experiência resultado de intervenção de gestão compartilhada (quadro 1), foi realizado através da observação participante (Minayo, 2000) e da estratégia estudo de caso (Martins, 2008), realizadas em encontros mensais das equipes multidisciplinares, (Assistência Social, Saúde) a partir da medida protetiva expedida pelo Sistema de Garantias de Direito à JD (idosa), às ações pró-reinserção na perspectiva da clínica ampliada, tendo como instrumento sintetizador e mediador o fichamento do referido caso em tela.

Quadro 1. Gestão compartilhada da rede socioassistencial no território à pessoa idosa para a garantia do envelhecimento saudável

*** J.D. 86 ANOS – ESTUDO DE CASO AMPLIADO:**

Pessoa de 60 anos a mais em estágio de desenvolvimento do envelhecer, que necessitem das políticas públicas para lhes garantir o desenvolvimento do envelhecimento digno e saudável, com autonomia pessoal, e participação social;
Desenvolvimento da autonomia gerencial sobre suas dependências e comorbidades;
Identificar e avaliar as relações intrafamiliar, para prevenir possíveis riscos e tendências à violação de direitos entre seus membros.

| Rede Socioassistencial | Responsabilidade no território | Acompanhamento |
|--------------------------------|--|--|
| USF | Assistência através do acompanhamento e da educação em saúde comunitária e domiciliar através do matriciamento; | Assistir ao idoso nas suas diversas necessidades de saúde e orientações a praticas de vida saudável às famílias |
| CAPS | Acompanhamento e educação matricial as famílias que necessitam dos cuidados da saúde mental; | Assistir a pessoa idosa e orientar à família ou cuidadores quanto às ações de suporte de ego e diálogo compartilhado na família e comunidade. |
| CRAS | Acompanhamento às famílias para diagnosticar, identificar, mapear e avaliar graus de vulnerabilidades com vistas ao fortalecimento de vínculos e acessos a programas e serviços aos indivíduos da família no território; | Sensibilizar a família a participação social e cuidados no cotidiano |
| CREAS | Acompanhamento às famílias em situação de Alerta submetidas ao auto grau de vulnerabilidade, impetrando violações de direito aos seus indivíduos no território. | Orientar e instruir a família sobre sua responsabilidade e participação no processo de reinserção familiar e comunitária |
| Conselho da Pessoa Idosa | Acompanhamento da Pessoa Idosa junto aos conselhos tutelares no território | Apoiar as ações dos grupos e fortalecer o protagonismo social da pessoa idosa no território |
| Delegacia do Idoso | Recebe as denúncias do disk 100 e quando procurada pela comunidade e equipes no território | Ordenar e encaminhar solicitação de apoio e repressão da violência contra a pessoa idosa |
| Secretaria de Direitos Humanos | Recebe denúncias, capacita e ordena programas e projetos de fortalecimento do cuidado a pessoa idosa nos territórios (RPAS) | Fortalecimento de grupos comunitários de idosos, e formação de lideranças quanto às necessidades e direitos à pessoa idosa |
| Promotoria do Idoso | Recebe denúncias, acompanha casos e famílias e ordena a regulamentação das normas técnicas e o exercício da lei e a garantia de direitos nos territórios | Acompanhar os casos acolhidos junto a rede socioassistencial e os órgãos da administração pública quanto as condições estruturais, insumos e pessoal para a garantia da atenção a pessoa idosa no município/estado |
| Unidade Pública de Acolhimento | Casa-lar para pessoas acima de 60 anos, em situação de rua com ou sem vínculos familiares, com necessidades básicas a serem supridas a partir do aceso as políticas de garantia de direitos sociais | Receber da rede socioassistencial, os casos de apoio na perspectiva do direito e ao tratamento da vulnerabilidade da pessoa idosa, preparando-a para a reinserção em família, ou comunidade, sob a perspectiva do cuidado compartilhado. |

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A observação participante e o estudo de caso proporcionou a equipe psicossocial da Assistência Social, repensar as bases da prática instituída acrescentando o significado dado por Martins (2008), inserir a reinserção o diálogo, e a perspectiva da clinica ampliada à prática interdisciplinar fundamental e proporcional ao objeto de cuidado também ampliado. Observamos o crescimento da potencialidade motivacional das equipes interdisciplinares, na lapidação do PTS e PIA a partir do diagnóstico territorial. Garantiu o mesmo olhar às visitas domiciliares como parte do diagnóstico para a compreensão da extensão do objeto que exigiram o reordenamento das ações, (conforme esquema do quadro 2), considerando as complexidades da relação intrafamiliar, e da comunidade, bem como da própria rede no território, considerando o desejo de J.D, mas orientar este desejo inserindo-o como tarefa no núcleo familiar e comunitário, deu visibilidade às equipes a importância do planejamento e as responsabilidades, como tratamento clínico. Idosa, família e comunidade compõem o objeto/projeto coletivo onde pactuar novos olhares e perspectivas de cuidado foi desafiador, visualizamos maior organização das práticas de cuidado no território, incluindo o fortalecimento, integração e participação coletiva no trabalho assistencial e de monitoramento do plano de trabalho gestado e gerido por todos.

QUADRO 2. Do Re-ordenamento das Ações

| Familiar | Pessoal | Comunitário | Condição Clínica | Condição Socio-Econômica |
|--|---|--|---|---|
| Mulher idosa, mãe e avó. Possui todos os documentos e usufruindo do BPC. | Composição familiar: Idosa, Dois filhos (biológico e adotivo) e um sobrinho. Dinâmica Familiar: Família extensa, com vínculos familiares frágeis, apresentando conflito, infantilismo (rivalidade fraterna não resolvida, dificuldades de limite e espaço para o desenvolvimento da singularidade e individualidade, com embotamento afetivo deslizando para o descuido e conseqüentes violações de direito, a saber: (higiene e cuidado, alimentação e (Estrutura de organização doméstica e financeira) | Comunidade apresenta-se acolhedora, mas com dificuldade de acompanhamento em decorrência do transtorno de um dos membros desta família, e a negligencia instalada no cuidado as necessidades básicas da JD instauradas. Alimentação, estrutura física inadequadamente higienizada. | Idosa chegou de ambulância à Unidade Apresentava o seguinte quadro de comorbidades: desnutrição, úlcera de calcâneo, infectada, purulenta no MIE, pele desidratada, esquelética, coberta com crostas devido ao alto grau de sugidades, sem forças, desorientada e verbalizando gemidos e referindo dores; | Reside em comunidade com alto grau de vulnerabilidade e risco quanto a segurança, devido ao tráfico, em cômodo pequeno com um quarto e onde residia o filho adotivo, um sobrinho que lida com o BPC da idosa, nas proximidades reside o filho biológico, que apresenta retardo mental. A Sra. Simone mãe do filho adotivo que residia com a idosa, foi indicada a cuidar da idosa. Há animais no interior da casa e no entorno, bem como um movimento expectador, especulador e vigilância da vizinhança sobre o caso de negligencia no território. |

Quadro elaborado por Lages (2015)

Quadro 3. Resultado do Estudo de Caso de JD

| Objeto de Estudo/trabalho | USF (Saúde) | CREAS (As. Social) | Ministério Público (Sistema de Garantia de Direito) | Unidade de Acolhimento Municipal (Alta Complexidade da As. Social) | Normativas de apoio ao acesso ao direito e ao cuidado |
|---------------------------------|---|---|--|--|--|
| <p>Atividades Desenvolvidas</p> | <p>Acompanhamento de saúde desta família na comunidade pela ASC, orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASC realiza orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos da família; 2. Visitas técnicas domiciliares da enfermeira e da médica para a realização de ações profiláticas; 3. Identificação da negligência e descaso continuado pela família: E do transtorno no filho; 4. Inserção da equipe do NASF; 5. Solicitação de relatório do processo e cumprimento da medida protetiva a idosa a USF, CREAS e Unidade de Acolhimento; 6. Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção; 7. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na necessidade de implementação do estudo de caso conjunto com as equipes multidisciplinares da saúde, e do MP; | <p>Acompanhamento da violência financeira impetrada pelo núcleo familiar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientação a aquisição de móveis e utensílios para a idosa no domicílio; 2. Realização de visitas domiciliares e discussão sobre retorno do acolhimento institucional (NASF) 3. Diagnóstico do NASF contra a capacidade dos filhos e da Sra Simone realizar os cuidados quando a mesma foi neste intervalo residir na casa da família (tia do sobrinho) 4. A inserção da Sra. Simone não melhorou as práticas de higiene no domicílio | <p>Acato a denúncia, investigação através de visita, atuação e expedição de Medida protetiva à idosa dirigida à equipe multidisciplinar da USF;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Investigação a partir da visita domiciliar da equipe do Ministério Público; Autuação e expedição de Medida protetiva Solicitação do acompanhamento no território pelo CREAS, à família Medida Protetiva com vistas ao acolhimento Institucional temporário e retorno familiar da idosa; Implementação no território do Estudo de caso ampliado junto a equipe psicossocial da As. Social. <p>A equipe multidisciplinar da Saúde, e Equipe psicossocial do MP.</p> | <p>Elaboramento de JD em 12.11.2014. e Elaboração Inicial do PIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhamento da Idosa à Policlínica Amauri Coutinho, de lá para a UPA da Caxangá para exames laboratoriais e em seguida encaminhada ao Hospital Getúlio Vargas, deste foi encaminhada ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes, onde foi submetida a uma amputação a nível de coxa esquerda devido a isquemia irreversível. 2. Recebimento da idosa estabilizada, deficiente, lúcida, queixosa quanto à falta da sua família, e de seu membro fantasma. 3. Elaboração da escuta qualificada para o PIA interno, e início das ações sob nossa responsabilidade; 4. Projeto de vida desejado/verbaliza do por JD: colocação de prótese para andar, visitar família, e retornar a sua convivência. 5. Projeto da Equipe psicossocial na execução do PIA e reinserção prevista na Medida protetiva: a) Busca ativa pela rede sócio assistencial responsável pela medida protetiva no território; b) Não identificação do movimento em direção à preparação à família e comunidade; 3. Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção; 4. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na necessidade de implementação do estudo de caso conjunto com as equipes multidisciplinares da saúde, e do MP; | <p>Constituição Federal de 1988</p> <p>Estatuto do Idoso</p> <p>Política Nacional de Saúde do Idoso</p> <p>Lei Orgânica da Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome,</p> <p>Norma Operacional Básica.</p> <p>NOB/RH – SUAS, Brasília, 2012.</p> <p>Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, Brasília, DF, 2005.</p> <p>Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90</p> <p>Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde/1986</p> <p>Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)</p> |
| <p>Pactuações</p> | <p>Ampliar o acompanhamento junto em o NASF ao filho da idosa com déficit cognitivo</p> | <p>Apoio e escuta à contradição e indicação da Sra Simone como cuidadora na residência junto com filho adotivo de JD</p> | <p>Solicitado audiência coletiva e interseccional para rediscussão da Medida Protetiva de JD</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Articular a audiência. 2. Garantir a visita dos familiares à JD na Unidade para manutenção e fortalecimento de vínculo 3. Manter acesa a mediação comunicando-se com a rede do território da contra referência do pactuado no Estudo de Caso Ampliado. | |

Quadro 3. Resultado do Estudo de Caso de JD

| Objeto de Estudo/trabalho | USF (Saúde) | CREAS (As. Social) | Ministério Público (Sistema de Garantia de Direito) | Unidade de Acolhimento Municipal (Alta Complexidade da As. Social) | Normativas de apoio ao acesso ao direito e ao cuidado |
|---------------------------|---|--|--|--|--|
| | Acompanhamento de saúde desta família na comunidade pela ASC, orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos. | Acompanhamento da violência financeira impetrada pelo núcleo familiar; | Acato a denúncia, investigação através de visita, autuação e expedição de Medida protetiva à idosa dirigida a equipe multidisciplinar da USF; | Acolhimento de JD em 12.11.2014. e Elaboração Inicial do PIA | Constituição Federal de 1988 Estatuto do Idoso Política Nacional de Saúde do Idoso |
| | 1.ASC realiza orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos da família; | 1.Orientação a aquisição de móveis e utensílios para a idosa no domicílio; | 1.Investigação a partir da visita domiciliar da equipe do Ministério Público; | 1.Encaminhamento da Idosa à Policlínica Amauri Coutinho, de lá para a UPA da Caxangá para exames laboratoriais e em seguida | Lei Orgânica da Assistência Social. |
| Atividades Desenvolvidas | 2. Visitas técnicas domiciliares da enfermeira e da médica para a realização de ações profiláticas; 3. Identificação da negligência e descaso continuado pela família; E do transtorno no filho; 4. Inserção da equipe do NASF; 5. Solicitação de relatório do processo e cumprimento da medida protetiva a idosa a USF, CREAS e Unidade de Acolhimento;; 6. Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção; 7. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na | 2. Realização de visitas domiciliares e discussão sobre retorno do acolhimento institucional (NASF) 3. Diagnóstico do NASF contra a capacidade dos filhos e da sra Simone realizar os cuidados quando a mesma foi neste intervalo residir na casa da família (tia do sobrinho) 4. A inserção da Sra. Simone não melhorou as práticas de higiene no domicílio | Autuação e expedição de Medida protetiva 3. Solicitação do acompanhamento no território pelo CREAS, à família 4. Medida Protetiva com vistas ao acolhimento Institucional temporário e retorno familiar da idosa; 5. Implementação no território do Estudo de caso ampliado junto a equipe psicossocial da As. Social, A equipe multidisciplinar da Saúde, e Equipe psicossocial do MP; | urgenciada ao Hospital Getúlio Vargas, deste foi encaminhada ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes, onde foi submetida a uma amputação a nível de coxa esquerda devido a isquemia irreversível. 2. Recebimento da idosa estabilizada, deficiente, lúcida, queixosa quanto a falta da sua família, e de seu membro fantasma. 3. Elaboração da escuta qualificada para o PIA interno, e início das ações sob nossa responsabilidade; 4. Projeto de vida desejado/verbalizado por JD: colocação de prótese para andar, visitar família, e retornar a sua convivência. 5. Projeto da Equipe psicossocial na execução do PIA e reinserção prevista na Medida | Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Norma Operacional Básica. NOB/RH – SUAS, Brasília, 2012. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004, Brasília, DF, 2005. Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90 Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde/1986 Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) |

(Continuação ...)

Quadro 3. Resultado do Estudo de Caso de JD

| Objeto de Estudo/trabalho | USF (Saúde) | CREAS (As. Social) | Ministério Público (Sistema de Garantia de Direito) | Unidade de Acolhimento Municipal (Alta Complexidade da As. Social) | Normativas de apoio ao acesso ao direito e ao cuidado |
|---------------------------|---|---|--|---|---|
| | | | | protetiva: a) Busca ativa pela rede socioassistencial responsáveis pela medida protetiva no território; b) Não identificação do movimento em direção à preparação à família e comunidade; 3. Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção; 4. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na necessidade de implementação do estudo de caso conjunto com as equipes multidisciplinares da saúde, e do MP; | |
| Pactuações | Ampliar o acompanhamento junto com o NASF ao filho da idosa com déficit cognitivo | Apoio e escuta à contradição e indicação da Sra Simone como cuidadora na residência junto com filho adotivo de JD | Solicitado audiência coletiva e intersetorial para rediscussão da Medida Protetiva de JD | 1. Articular a audiência, 2. Garantir a visita dos familiares à JD na Unidade para manutenção e fortalecimento de vínculo 3. Manter acesa a mediação comunicando-se com a rede do território da contrarreferência do pactuado no Estudo de Caso Ampliado. | |

Quadro elaborado por Lages (2015)

4. CONCLUSÃO:

A ferramenta Estudo de Caso Ampliado proporcionou significativo reordenamento das ações no processo de trabalho assistencial em especial a reinserção, aproximando as equipes olhar para o território, retomar a família como objeto de estudo e intervenção; ampliou a atenção integral à pessoa idosa, incluindo ações pedagógicas e de planejamento nos aspectos estruturais, relacionais e de corresponsabilização em toda a rede socioassistencial. Observaram-se avanços no modo de relacionamento entre as equipes e a pessoa idosa, na sua família, (conforme quadro 3), visualizando um conjunto de medidas necessárias; intensificouse a relação entre os profissionais, gerou maior cumplicidade, e quebra de resistências pelo tamanho do objeto, pois o conhecimento compartilhado, torna-os, coadjuvantes na proteção/assistência estreitando a relação profissional, fortalecimento da comunicação, participação e corresponsabilidade no cuidado diário. Outros avanços significativos foi o alinhamento das categorias que passaram ao exercício da práxis: as concepções de família, clínica ampliada, estudo de caso, e reinserção, tornando comum ao cuidado interprofissional a perspectiva da efetivação do direito da intersetorialidade, e consolidando o Estudo de Caso Ampliado, como norte e educação permanente em serviço, donde surgiram verbalizações tais como: satisfação, motivação, qualificação na reinserção, prazer, crescimento, no acolhimento institucional do IASC.

Finaliza-se afirmando que o estudo de caso ampliado é estratégia mediadora de boas práticas intersectoriais nos casos de alta vulnerabilidade à pessoa idosa, proporcionando formação/diálogo coletivo que envolve, e afirma o cuidado compartilhado, salvaguarda de efetiva a garantia dos direitos fundamentais de convivência familiar e comunitária da pessoa idosa. Experiência que afirma SUAS e SUS na assistência/proteção na cidade do Recife, e anuncia a reinserção/inclusão dialogada e o reconhecimento de que conforme verbalizada em março/2014, “a população em situação de rua é usuária do SUS” com isto, as duas políticas, proporcionam ação/práxis na intersectorialidade e efetivação dos direitos em direção da assistência/proteção a pessoa idosa.

REFERENCIAS:

- [1] Atribuições do assistente Social na alta complexidade. 847E62E3E82E %7D_parametros_saude Atribuições do assistente Social na alta complexidade. 847E62E3E82E %7D_parametros_saude.pdf <http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B3412879EC2CC-4367-9339-> (Acesso 2015)
- [2] Boff, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra/ Leonardo Boff. 17ed. Petrópolis RJ, Vozes, 2011.
- [3] Brasil Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro. DOU-Nº192-3/10/2003
- [4] Brasil, Ministério da Saúde. 1996. Lei 8.842 sancionada em 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília. DF.
- [5] _____. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- [6] Campos, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Out 1998, vol.14, no.4, p.863-870. ISSN 0102-311X. Acesso em 20.07 e 27.08.2015.
- [7] Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.4 Rio de Janeiro Jul./Ago. 2007
- [8] Gestão do Trabalho no SUAS: Uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial, Brasília, DF. MDS, 2011.
- [9] <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007> (Acesso 17.07, 20.07 20.08 e 26.08. 2015)
- [10] <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/24.pdf> (Acesso 17.05, 20.07, 25, 26 e 27.08.2015)
- [11] <http://servicosocialbrasileiro.blogspot.com.br/2010/06/lei-organica-de-assistencia-socialloas.html> (Acesso, 2015)
- [12] <http://www.estatutodoidoso.org/estatuto-do-idoso-comentado/> (Acesso, 2013, 2014, 2105)
- [13] https://www.google.com.br/search?q=pol+%C3%ADtica+nacional+do+idoso+atualizada&oq=Politica+Nacional+do+idoso&aqs=chrome .569i57j0l5.16710j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8 (Acesso, 2013, 2014, 2105)
- [14] Lei Orgânica da Assistência Social.
- [15] Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.
- [16] Martins, Gilberto de Andrade. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa/ Gilberto de Andrade Martins 2 Ed.São Paulo Atlas, 2008.
- [17] Menicucci, T. M. Gonçalves. Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. Revista Pensar BH – Política Social, Belo Horizonte – Maio-Junho, 2002.
- [18] Minayo, M. Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec. Rio de Janeiro, Abrasco, 2000.
- [19] Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004, Brasília, DF, 2005.
- [20] Política Nacional de atenção a Pessoa Idosa.
- [21] Tipificação Nacional dos Serviços socioassistenciais, resolução n ° 109, Brasília, DF, 2009.

Capítulo 5

Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento hemodialítico

José Israel Emanuel de Medeiros

Fagner Heyttor Oliveira Silva

Fernanda Alves da Silva

Eduardo José Guerra Seabra

Clécio André Alves da Silva.Maia

Resumo: O processo de envelhecimento é algo natural dos seres humanos. Intrínseco a essa ação, ocorrem alterações funcionais como a queda dos sistemas, das funções orgânicas e das reservas fisiológicas, acarretando no indivíduo uma maior predisposição às condições crônicas. A doença renal crônica (DRC), atualmente representa um problema de saúde pública no âmbito nacional e mundial. Em sua fase mais avançada, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Sendo assim, torna-se necessário a terapêutica a base da Hemodiálise. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido com os pacientes que realizam tratamento de hemodiálise na Clínica do Rim, localizada na cidade de Caicó, no interior do Estado do Rio Grande do Norte com abrangência de atendimento à região do Seridó e algumas do Estado da Paraíba. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O tratamento da insuficiência renal crônica é um misto, uma ambiguidade de sensações que envolvem quem se submete a esta terapêutica. O que podemos perceber é que para muitos a descoberta da doença renal crônica é algo inesperado, sendo agravado pelo fato de tornar-se dependente de uma máquina. Esta situação representa as chances de uma vida melhor para uns, enquanto que para outros, significa um estado de dependência, insatisfação, angústia, haja vista que impossibilitam a locomoção demorada, passeios e viagens, devido à frequência a qual são submetidos à hemodiálise, que nesta realidade, acontece três vezes por semana, tendo duração de quatro horas por sessão. Pilger et. al. (2010), a terapêutica afeta o cotidiano, a vida desses idosos, causa limitações sociais, envolvendo seu trabalho, seus hábitos, sejam eles alimentares e/ou culturais, e seu convívio com a família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesse cenário a enfermagem pode utilizar o processo de enfermagem, que visa aprimorar a qualidade do trabalho assim como sua assistência, identificando as necessidades de saúde. Dessa forma, ainda destacamos a necessidade da equipe de enfermagem ter conhecimento e segurança a respeito da terapêutica que é instituída ao idoso renal crônico.

Palavra chave: Insuficiência Renal Crônica, Saúde do Idoso, Diálise Renal.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é algo natural dos seres humanos. Intrínseco a essa ação, ocorrem alterações funcionais como a queda dos sistemas, das funções orgânicas e das reservas fisiológicas, acarretando no indivíduo uma maior predisposição às condições crônicas. Os rins são órgãos fundamentais para a manutenção da homeostase do corpo humano, haja vista que este funciona como regulador de líquidos e eletrólitos, remoção dos subprodutos restantes do metabolismo e desempenha outras funções, tais como formação da urina, filtração sanguínea e regulação do equilíbrio ácido básico. A doença renal crônica (DRC), atualmente representa um problema de saúde pública no âmbito nacional e mundial. Para Romão Jr. (2010), a doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Sendo assim, torna-se necessário a terapêutica a base da Hemodiálise. A progressão da doença renal crônica aliado ao tratamento hemodialítico geram limitações e prejuízos no estado geral do paciente que se submete ao tratamento (Kussumoto, et. al. 2008). Déficits na saúde mental, física, funcional, bem estar geral, interação social e satisfação do paciente, aumentam com o avançar a idade, uma vez que os idosos apresentam fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento e tornam-se mais vulneráveis à ocorrência de múltiplas comorbidades. As mudanças ocasionadas no estilo de vida do paciente são bruscas, por se tratar, muitas vezes, de um evento inesperado remetendo a uma relação de dependência a uma máquina. Destarte, surgiu como objetivo para este estudo, compreender o impacto dessa modalidade terapêutica relacionado a funcionalidade da pessoa idosa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, que foi desenvolvido com os pacientes que realizam tratamento de hemodiálise na Clínica do Rim, localizada na cidade de Caicó, no interior do Estado do Rio Grande do Norte com abrangência de atendimento à região do seridó e algumas do Estado da Paraíba. Teve como base a coleta de dados realizada dentro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com o título “Doença Renal Crônica: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes em tratamento hemodialítico, no município de Caicó – RN”, no período entre abril e maio de 2016, por acadêmicos do quinto período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Campus Caicó, e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade - Mestrado Acadêmico, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. A coleta de dados ocorreu após autorização do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) com o Parecer Consubstanciado nº 1.421.873 de aprovação para desenvolvimento da pesquisa, bem como a autorização expressa através da Carta de Anuência pelo diretor clínico da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obtida de cada sujeito convidado a participar da pesquisa, individualmente, antes da realização da mesma, em conformidade com a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde foram elaboradas duas vias, uma para o pesquisador responsável e outra para o sujeito, contendo todas as informações necessárias para compreensão sobre a pesquisa desenvolvida. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: estar em hemodiálise há pelo menos dois meses; ser maior de 18 anos de idade; não ter se submetido a transplante renal; apresentar estabilidade clínica/hemodinâmica; ter capacidade de responder o questionário; aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. E critérios de exclusão: portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS); distúrbios osteomusculares; hepatites B ou C; algum tipo de câncer; sequelas de acidente vascular cerebral. Foram aplicados dois questionários: inicialmente o “Questionário de Caracterização Pessoal”, que foi elaborado especificamente para esta pesquisa, abordando as variáveis de identificação socioeconômica e demográfica, hábitos de vida e variáveis da história clínica. Após a resolução do questionário caracterização pessoal, foi aplicado o questionário sobre qualidade de vida *Kidney Disease and Quality-of-Life ShortForm (KDQOL-SF™ 1.3)*. Conforme Duarte et al (2003), ele é um instrumento específico que avalia qualidade de vida na doença renal crônica terminal, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico. É um instrumento com 24 escalas, divididas em quatro tópicos de abordagem: “Sua Saúde”, “Sua Doença Renal”, “Efeitos da Doença Renal em sua Vida Diária” e “Satisfação com o Tratamento”. Este instrumento foi submetido ao processo de tradução, adaptação cultural e validação para a cultura brasileira.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento da insuficiência renal crônica é um misto, uma ambiguidade de sensações que envolvem quem se submete a esta terapêutica. O que podemos perceber é que para muitos a descoberta da doença renal crônica é algo inesperado, sendo agravado pelo fato de tornar-se dependente de uma máquina. Esta situação representa as chances de uma vida melhor para uns, enquanto que para outros, significa um estado de dependência, insatisfação, angústia, haja vista que impossibilitam a locomoção demorada, passeios e viagens, devido a frequência a qual são submetidos a hemodiálise, que nesta realidade, acontece três vezes por semana, tendo duração de quatro horas por sessão. Os usuários entrevistados mostravam alívio e satisfação quando questionados a respeito da ajuda e da qualidade no atendimento que recebiam na clínica, bem como a forma de enfrentamento individual da doença, estes eram esclarecidos sobre o seu quadro real de saúde e de suas capacidades e limitações, tanto alimentares quanto físicas, fato este que favorecia no seu bem estar geral. A pessoa idosa com doença renal crônica é um ser humano singular, haja vista que este não leva mais um padrão de vida considerado normal para sua idade. Os usuários deste tratamento queixam-se frequentemente do desconforto causado pela diminuição da ingestão líquida, principalmente agravado pelas características climáticas da região do Seridó, a restrição alimentar focada em alimentos com baixo teor de sódio, além de queixas relacionadas a diminuição da interação social por não poderem se ausentar muito tempo devido ao dispêndio de tempo para a realização do tratamento, astenias, mialgias, artralguas, insônia, dispneia aos pequenos esforços, diminuição da auto estima, dificuldade em subir escadas, caminhar por um certo tempo ou até mesmo dificuldades nas atividades domésticas, no caso das mulheres. A repercussão e a intensidade dos efeitos destas restrições estão ligadas direta ou indiretamente a vários fatores que causam um impacto durante a vivência do tratamento. Os sentimentos expressos muitas vezes são de medo, tristeza e sofrimento, o que acaba refletindo diretamente na forma de condução do tratamento e aceitação do novo estilo de vida. Alguns, por mais que apresentem o medo e a incerteza do sucesso do tratamento, aguardam ansiosamente pela realização de transplantes e não perdem a convicção de que acontecerá. Quando questionados se têm conhecimento sobre as falhas no procedimento de adaptação do organismo ao órgão transplantado, afirmam que as chances existem, mas viver dependendo da máquina é pior do que fazer a cirurgia e não obter êxito. A experiência foi excelente, na qual fomos inseridos na clínica do rim, espaço esse onde o processo de formação acadêmica não contempla como campo de estágio, que além do engrandecimento profissional, é um local onde se pode observar a carência de atenção de muitos, característico da pessoa idosa, devendo a equipe estar preparada para lidar com o usuário em todas as fases que este apresentar durante o seu tratamento de forma qualificada e humanizada, entendendo melhor o processo saúde/doença e suas consequências. Nesse cenário a enfermagem pode utilizar o processo de enfermagem, que visa aprimorar a qualidade do trabalho assim como sua assistência, identificando as necessidades de saúde. Dessa forma, ainda destacamos a necessidade da equipe de enfermagem ter conhecimento e segurança a respeito da terapêutica que é instituída ao idoso renal crônico, para um melhor cuidado.

4.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos à conclusão da pesquisa, tornou-se notório o impacto que o tratamento hemodialítico representa na vida de seus usuários, como descreve Pilger et. al. (2010), a terapêutica afeta o cotidiano, a vida (83) 3322.3222 contato@cneh.com.br www.cneh.com.br desses idosos, causa limitações sociais, envolvendo seu trabalho, seus hábitos, sejam eles alimentares e/ou culturais, e seu convívio com a família. Desse modo, se faz necessário que sejam ofertados a esses idosos acompanhamentos psicológicos, de serviço social, médico e de enfermagem, atingindo toda a sua esfera familiar e o seu eu, tendo como ponto chave favorecer o enfrentamento, por parte dos idosos, a essa nova mudança no seu estilo de vida, fazendo com que este seja entusiasmado com uma forma de vida saudável, favorecendo uma melhoria nos sentimentos conflitantes e contribuindo para uma maior esperança de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Almeida M.H.M, Spínola A.W.P, Iwamizu O.S, Okura R.I.S, Barrosa L.P, Lima A.C.P. Confiabilidade do instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. Rev Saude Publica 2008; vol.42, n.2, p.317-23.
- [2] Marques S. O idoso após acidente vascular cerebral: consequências para a família [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
- [3] Romão JR. J.E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J Bras Nefrol Volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.
- [4] Kusomoto L, Marques S, Hass V.J, Rodrigues R.A.P. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta PaulEnferm. 2008; vol. 21 n esp. p. 152-59.
- [5] Pilger, C. et al. HEMODIÁLISE: SEU SIGNIFICADO E IMPACTO PARA A VIDA DO IDOSO. Esc Anna Nery, Moringá, v. 4, n. 14, p.677-683, dez. 2010
- [6] Cunha, M. E. et al. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 2, n. 16, p.155-160, jun. 2010.
- [7] Takemoto A.Y et. al.; Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, vol. 32, n.2, p.256-62, jun. 2011.
- [8] Bastos, M. G.; Bregman, R.; Kirsztajn, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras, Juiz de Fora, v. 2, n. 56, p.248-253, 2010.
- [9] Pena, P. F. A. et al. Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza, v. 11, n. 17, p.3135-3144, 2012.

Capítulo 6

Articulação da residência multiprofissional em saúde do idoso na aplicabilidade de instrumentos nas visitas domiciliares

Isabella Takehara Branco

Priscila Figueiredo Correia

Carolina Augusta Florindo

Tuane Magalhães

Larissa Sapucaia Ferreira Esteves

Resumo: Objetivo: Este trabalho tem como objetivo apresentar a articulação da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso na aplicabilidade de instrumentos durante as visitas domiciliares à idosos em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do interior do Oeste Paulista, auxiliando na efetividade da coleta de dados e planejamentos de ações. Método: Estudo descritivo realizado pela equipe multiprofissional de Residência de Saúde do Idoso durante o primeiro semestre de 2018 em atuação com equipes de saúde. Capacitações mensais com apresentação de instrumentos e recursos a serem utilizados durante as visitas domiciliares: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20; Projeto Terapêutico Singular; Orientações para familiares de idosos dependentes; e acesso a plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Resultados: Adesão de todos os Agentes Comunitários de Saúde às capacitações propostas; aplicabilidade dos instrumentos e recursos apresentados; maior reconhecimento profissional e interdisciplinaridade nas tomadas de decisões. Conclui-se que as capacitações multidisciplinares e intersetoriais realizadas apresentaram resolutividade das dificuldades encontradas; empoderamento dos profissionais à busca de instrumentos de qualificação; reconhecimento das potencialidades da equipe de saúde; o estabelecimento de prioridades e metas entre equipe-familiares; e fortalecimento de vínculo entre as equipes. Além disso, os instrumentos utilizados apresentaram boa aceitação e demonstraram-se eficazes no monitoramento dos idosos durante as visitas domiciliares.

1. INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) fundamenta-se no uso de tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma acolhedora, humanizada, estabelecendo vínculo entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, visando à promoção da saúde, de forma a intervir no processo saúde-doença (CARLI et al., 2014).

Os Programas da Residência Multiprofissional em Saúde, instituídos através da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades do território a nível local e regional (BRASIL, 2012).

A Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP) em parceria com a Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) conta com quatro profissões: nutrição, fisioterapia, enfermagem e farmácia. Os profissionais que adentram ao programa permanecem o primeiro semestre na Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de compreender como ocorre a articulação da rede de atenção à saúde e desenvolver o processo de trabalho pautado pelos princípios da integralidade, interdisciplinaridade com foco na resolução de problemas ao nível do território ou singular de indivíduos e famílias. Além disso, auxiliam a revisão do modelo assistencial, formando um novo perfil do profissional de saúde, humanizado, ampliando a resolutividade da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017).

O processo de capacitação e educação dos profissionais de saúde deve ser contínuo, atendendo às necessidades dos problemas enfrentados pelas equipes. Possibilita ainda, o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é uma ferramenta importante no desenvolvimento da própria compreensão de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população adscrita, fundamentando o trabalho da ESF (BRASIL, 1997).

Na reunião de equipe os membros da ESF e da (s) equipe (s) de apoio, se encontram para planejar, organizar e avaliar os processos de trabalho executados. Deve ser um espaço de diálogo, expressão de opiniões, preparação de projetos e planos de atendimentos à população assistida para construção do trabalho coletivo. Novos conhecimentos devem ser conduzidos para as reuniões de equipe interdisciplinares, criando um pacto com a gestão pública, garantindo a criação de ambientes saudáveis na comunidade (SILVA; LENY, 2005).

A interdisciplinaridade contribui para a equipe observar determinado problema em ângulos diferentes, que são complementares. Desta troca de informações entre os profissionais, resulta a parceria entre os membros buscando resolver os desafios, referenciados pelas Políticas Públicas. Este agir em equipe alicerça a construção de comportamento e atitudes positivas, baseadas na resolução efetiva de problemas, com foco nas necessidades de saúde das pessoas (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Este trabalho tem como objetivo apresentar a articulação da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso na aplicabilidade de instrumentos durante as visitas domiciliares à idosos em uma ESF do interior do Oeste Paulista, auxiliando na efetividade da coleta de dados e planejamentos de ações.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado pela equipe multiprofissional de Residência de Saúde do Idoso em parceria com as equipes 1 e 2 da ESF e do NASF-AB durante o primeiro semestre de 2018 em uma cidade do Oeste Paulista. Foi solicitado às equipes de saúde o levantamento do número de idosos no território de adscrição e em seguida, realizou-se capacitações mensais na sala de reunião da unidade, às sextas-feiras no período vespertino com as seguintes temáticas: Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20) na visita domiciliar à idosos (MORAES et al, 2016); Elaboração de Projeto Terapêutico Singular - PTS (BRASIL, 2007); Divulgação de orientações para familiares de idosos dependentes que ocorre mensalmente em parceria com o HRPP; e acesso a plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Os temas escolhidos foram baseados nas dificuldades apresentadas pela equipe durante as visitas domiciliares acompanhadas pelos residentes multiprofissionais em saúde do idoso.

O IVCF-20 é um instrumento que aborda aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões divididas em oito seções: idade, auto percepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Cada seção tem pontuação específica perfazendo um total de 40 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. É um instrumento de rastreio rápido de

fragilidade, de fácil aplicação e pode ser utilizado por qualquer profissional da equipe de saúde devidamente treinado (MORAES et al, 2016).

Os residentes fizeram demonstrações com casos hipotéticos, para o preenchimento da ficha de avaliação e as classificações de riscos. Foram impressos vários questionários e entregue aos participantes. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) ficou responsável de aplicar o IVCF-20 durante as visitas domiciliares em todos os idosos pertencentes de suas respectivas microáreas e informar a equipe sobre as avaliações obtidas. Outro tema abordado nas reuniões foi sobre a elaboração do PTS junto com a equipe do NASF-AB. Para isso utilizou-se da metodologia ativa para a construção de conhecimentos sobre o tema e instigou a equipe de saúde, principalmente os ACS, a olharem para a população idosa e eleger possíveis casos para elaborar o PTS.

A divulgação das orientações para familiares de idosos dependentes foram entregues aos ACS e em pontos estratégicos da comunidade como praças, comércios, escolas e igrejas os folders com informações sobre os temas abordados: Como o envelhecimento ocorre; Cuidados com a pele; Cuidados com a alimentação; Cuidados com os medicamentos; Como evitar quedas; Cuidados com idosos acamados; O idoso, sua família e seus auxiliares e Ciclo de vida, luto, perdas e resignificação.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em cada tema abordado houve adesão dos 12 ACS, que evidenciou a relevância dos temas abordados e o vínculo estabelecido com os residentes. Quanto à aplicabilidade do IVCF-20, toda a equipe de saúde desconhecia o instrumento e alegaram ser uma ferramenta que auxiliará no monitoramento da população idosa adscrita com informações relevantes para direcionamento do cuidado, além disso, possibilitou espaço para esclarecimento de dúvidas e vínculo profissional (MORAES et al 2016).

Após a discussão do PTS, dois ACS trouxeram casos complexos envolvendo idosos longevos de sua micro área. A equipe de saúde, os residentes multiprofissionais em saúde do idoso e alguns profissionais do NASF-AB foram envolvidos na realização dos PTS's. Durante esse processo foram articuladas algumas ações, dentre elas, visitas domiciliares multidisciplinares; reuniões com a família dos idosos; parcerias com instituições da comunidade (igreja); direcionamento ao Ministério Público; e contato com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diante disso, foi possível desenvolver ações eficazes, fortalecer as potencialidades da equipe de saúde, estabelecer prioridades e metas junto à equipe e familiares, diminuir angustias das famílias, promover cuidado integral ao usuário e possibilitar articulações com a RAS e comunidade (FERREIRA,et al 2015).

Criado em 2010 pelo Decreto 7.385 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10 de 11 de julho de 2013, o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) visa atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no SUS, oferecer cursos rápidos, especialização, aperfeiçoamento e qualificações dirigidas aos profissionais do SUS, por meio das instituições parceiras da Rede UNA-SUS (BRASIL, 2013). Para isso foi demonstrado o passo a passo do cadastro e os cursos oferecidos pela plataforma através de um computador com acesso a internet da unidade de saúde. Enfatizamos que este recurso é uma possibilidade de aperfeiçoar as competências profissionais, facilitar o entendimento das situações cotidianas relacionadas ao manejo da saúde dos usuários na atenção primária e compreender a aplicabilidade das políticas públicas de saúde. Apenas dois ACS afirmaram conhecer e utilizar este recurso e os demais manifestaram o interesse em cadastrar-se na plataforma. No término das capacitações oferecemos uma declaração de participação com o tema abordado e o nome de cada participante como forma de reconhecimento.

Já as orientações para familiares de idosos dependentes oferecido visa capacitar os familiares a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar e diminuir as hospitalizações e reinternações.

4.CONCLUSÕES

Conclui-se que as capacitações multidisciplinares e intersetoriais realizadas pela equipe de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso em parceria com as equipes ESF e NASF-AB apresentaram resolutividade das dificuldades encontradas; empoderamento dos profissionais à busca de instrumentos de qualificação; reconhecimento das potencialidades da equipe de saúde; o estabelecimento de prioridades e metas entre equipe-familiares; e fortalecimento de vínculo entre as equipes. Além disso, os instrumentos utilizados apresentaram boa aceitação e demonstraram-se eficazes no monitoramento dos idosos durante as visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS

- [1] Araújo, M. B. S.; Rocha, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007; 12 (2):455- 464.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- [3] Brasil. Resolução da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde - CNRMS nº 2 de 13.04.2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>>. Acesso em: 25 set. 2018.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. *Política do acervo de recursos educacionais em saúde / Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. – Brasília: UNA-SUS, 2013.
- [5] Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: <http://www.imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>. Acesso em: 25 set. 2018.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha do Ministério da Saúde: clínica ampliada, técnico de referência e projeto terapêutico singular*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf. Acesso em: 10 de out. 2018.
- [7] Carli, R.; Costa, M. C.; Silva, E. B.; Resta, D. G.; Colomé, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2014; 23(3): 626-32.
- [8] Ferreira, S. O. et al. Construção de um projeto terapêutico singular durante visita domiciliar: relato de experiência. *Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura*. 2015; (9)1: 120-129; ISSN 2594-6412. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/6190>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- [9] Moraes E.N.; Carmo, J.A.; Ianna, F.M.; Azevedo R.S.; Machado, C.J.; Romero, D.E.M. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50:81. Silva, I. Z. Q. J; Leny, A. B. T. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic., Saúde, Educ. Botucatu*, 2005; 9 (16): 25-38.

Capítulo 7

Discussões temáticas – um instrumento de desenvolvimento da autonomia de idosos institucionalizados

Loyse Madeleine Raboud Mascarenhas de Andrade

Resumo: Diante da dificuldade de apreensão do conceito de autonomia voltada para os idosos institucionalizados, a maioria com grandes limitações motoras e/ou cognitivas, Agich traz novas perspectivas de avaliação da autonomia a partir da capacidade de superação ou de resiliência do sujeito, pois afirma que é na tentativa de adaptação à nova realidade do idoso que a autonomia se manifesta. A instituição de longa permanência, o Espaço Solidário, trabalha há mais de 16 anos desenvolvendo uma metodologia chamada de Construção Coletiva, que envolve a equipe, os moradores e todos que frequentam a Instituição numa dinâmica de participação possível no cotidiano. Avaliando um dos instrumentos de promoção da autonomia desenvolvido pela Instituição, as reuniões temáticas, analisamos os diálogos a partir dos quatro eixos capazes, segundo Agich, de fomentar a discussão sobre a autonomia do cuidado do longo prazo: O tempo, o espaço, a comunicação e a afetividade. Observamos que se os idosos reconhecem as próprias limitações e muitas vezes sofrem, pois estas restringem sua percepção do mundo, tornando-o hostil e ameaçador; compartilhar experiências de vida, afeto e opiniões sobre temáticas como a velhice, os direitos do idoso, o conceito de mãe e o sentido da Páscoa, permitiu que se situassem no tempo, que revisitassem o seu passado dando novos significados ao presente e construiu uma identidade individual e coletiva reconhecendo capacidades de adaptação diante das adversidades e estabelecendo espaços de comunicação e acolhimento.

Palavras chave: idosos institucionalizados, reuniões de discussão, autonomia, resiliência.

1. INTRODUÇÃO

O Espaço Solidário (ES) é uma Instituição de Longa Permanência de Idosos situada num dos bairros mais vulneráveis da cidade do Natal. Ao longo dos seus 16 anos de existência, o ES tem sido desafiado a gerar uma dinâmica capaz de criar instrumentos de promoção de autonomia possível ou residual para os idosos da Instituição. O presente artigo objetiva se debruçar sobre um dos instrumentos utilizados pela casa, as reuniões semanais, mais particularmente as discussões e reflexões temáticas que a compõem, avaliando o seu impacto sobre o processo de autonomia do idoso, focando mais especificamente a questão da autonomia na velhice voltada para o “cuidado de longo prazo”, conceito construído por Agich no seu livro “Dependência e Autonomia na Velhice - Um modelo ético para o cuidado de longo prazo”, publicado pela editora Loyola em 2008.

Situado no bairro de Mãe Luiza, o Espaço Solidário é uma Instituição filantrópica pertencente ao Centro Sócio Pastoral Nossa Senhora da Conceição que tem presença no bairro há mais de trinta anos. Trata-se tanto de uma Instituição de longa Permanência, contando com 24 moradores, como um Centro Dia com 25 idosos frequentando a casa diariamente de segunda a sexta feira. Os idosos moradores e diaristas tem um perfil de situação de risco social, com dificuldades motoras e/ou cognitivas, muitos com vínculos familiares e sociais fragilizados.

Diante da realidade de dificuldade acentuada pela perda da autonomia, o Espaço Solidário ao longo dos anos desenvolveu uma metodologia de trabalho chamada de Construção Coletiva, que envolve idosos e membros da equipe numa dinâmica de participação objetiva e subjetiva no cotidiano de vida da casa, construindo as rotinas e a convivência num processo coletivo.

O foco é criar uma dinâmica que possa potencializar a autonomia do idoso: a instituição não tem horário de visita nem limitação de espaço, e estimula os idosos a participarem de todas as atividades de rotina da casa: escolhe com eles o destino do passeio semanal, o cardápio das festas, as atividades extraordinárias, as mensagens a serem transmitidas à comunidade nas festas temáticas, etc. Tudo se discute e se decide na reunião semanal, razão pela qual pretendemos avaliar suas dimensões e impacto no fortalecimento da autonomia dos idosos, focando nas atividades de discussão e reflexão temática.

Durante as reuniões semanais ocorrem atividades variadas cuja ordem e aparição se altera de acordo com as necessidades e temas de discussão emergentes. Costumam manter-se o momento inicial de alongamento em cadeira, visando ampliar o movimento e despertar para uma participação mais ativa, e o encerramento com uma oração. Idosos moradores e diaristas se fazem presentes nas reuniões semanais, independente de suas limitações ou dificuldades.

Dentre as atividades que podem compor as reuniões semanais, estão: a avaliação do cotidiano, que estimula a memória e ajuda a situar o idoso no tempo, fortalecendo sua identidade; As tomadas de decisões relativas a eventos futuros; A socialização da história de vida de um idoso recém-acolhido (com sua autorização), objetivando partilha e inclusão; A leitura de cordel; A despedida, quando um idoso vem a falecer, refletindo sobre sua personalidade e legado, agradecendo à oportunidade de convivência; E, por fim, a discussão e reflexão temática, acompanhando o calendário (dia dos pais, das mães, do idoso, as festas religiosas e outros) objetivando reconstruir significados e compartilhar os resultados através da construção de textos coletivos.

2. MARCO TEÓRICO

Dentro do conceito de autonomia estão dois outros conceitos presentes em todo ciclo da vida: a dependência e a independência. A independência seria, segundo Neri (2005), a expressão máxima da capacidade funcional. Representa a capacidade de se autogerir nas atividades instrumentais da vida diária. A dependência, por sua vez, refere-se à incapacidade de funcionar sem a ajuda de terceiros devido a limitações funcionais, cognitivas ou ambas.

Segundo Agich (2008), o ser humano na sua condição ou situação de vida, nunca é totalmente dependente ou independente. Por estar sempre em construção, ele passa pelas diferentes fases da vida devendo se adaptar permanentemente a desafios de várias ordens. Na sua condição de “não acabado” ele estaria sempre em situação de “dependência”. O problema de acordo com o autor, não seria tanto a questão da dependência, mas dos significados que o ser humano no seu contexto social atribui à experiência da dependência.

As definições de autonomia transmitem sempre a capacidade ou possibilidade de escolha. Paulo Freire (1996) comenta que o respeito à autonomia e à dignidade de cada cidadão representa um imperativo ético

e não um favor que podemos conceder ou não uns aos outros. Junto com os avanços da idade, crescem as possibilidades de limitações na vida ativa do idoso. Faz-se necessário um esforço de adaptação à nova realidade, um rearranjo na percepção das capacidades e possibilidades. Além das necessidades de adaptação a serem feitas ao longo da chegada da velhice, a institucionalização do idoso acrescenta o desafio de manter e continuar (re) construindo uma identidade que possa ampará-lo e norteá-lo.

Diante da complexidade do conceito de autonomia compreendido dentro de um ideal cultural de valorização exacerbada da independência e da produtividade, a autonomia no cuidado de longo prazo se percebe como problema. O respeito à autonomia focado na não interferência, ou na liberdade em tomar decisões, não contempla o idoso em situação de fragilidade funcional, cognitiva ou social, da mesma forma que o excesso de proteção não permite seu desenvolvimento. No contexto do idoso institucionalizado os aspectos a serem analisados no que diz respeito à autonomia envolvem, segundo Agich (2008) a ética dos relacionamentos. O enfrentamento e superação das dificuldades inscrevem-se em uma compreensão de resiliência enquanto processo dinâmico, envolvendo a adaptação positiva em contextos de grande adversidade, compreendida igualmente como processo de caráter coletivo (Infante, 2005).

As interações contínuas decorrentes da necessidade de cuidados geram proximidade e intimidade. É na ética desses relacionamentos que poderá se confirmar ou não o respeito à autonomia do idoso institucionalizado. Focando as características da autonomia, Agich (2008) explora quatro dimensões que, segundo ele, serão capazes de fomentar a discussão sobre a autonomia do cuidado de longo prazo: o tempo, o espaço, a comunicação e a afetividade.

O tempo – O aspecto temporal na vida do ser humano representa uma dimensão subjetiva onde as identidades se constroem historicamente. Ele é fundamental para o idoso, pois o orienta na realidade do cotidiano e o coloca *na única dimensão que assegura a continuidade social*. Envelhecer subentende atravessar o tempo, Monteiro (2005).

Agich (2008) afirma que estamos sempre em interação dinâmica com o nosso passado presente e futuro. O passado ao ser reinterpretado em várias fases da vida interage continuamente com o presente. Ele precisa ser trabalhado (relembrado) para que possa dar significado ao presente. Para o autor, é na experiência do passado que forjamos nossas habilidades e recursos para nos adaptar e enfrentar novos desafios. O domínio das lembranças reconstruídas fortalece o idoso como sujeito de sua própria história e confirma o seu papel de transmissor de um legado. Pior do que perder a oportunidade de escolha é perder o domínio sobre sua trajetória de vida, pois a vida deixa de ter significado.

Considerando as limitações motoras e cognitivas e a frágil perspectiva de futuro do cuidado de longo prazo, o desafio se encontra na construção da percepção do eu diante da incapacidade e da morte para que a experiência efetiva do cotidiano possa se “acomodar” ao caráter finito da existência humana.

A comunicação – Os padrões comunicativos no cuidado de longo prazo são essenciais, pois passam pelo processo em que informações são trocadas entre um emissor e um receptor. Segundo Thiebaud (2008), a percepção do eu se verifica na comunicação dinâmica. É na comunicação que a identificação da pessoa se confirma ou se nega. A distorção comunicativa no caso do idoso isola-o da participação em um mundo compartilhado e leva-o à confusão e à desorientação.

Os diferentes padrões de comunicação podem frustrar ou promover as expressões de autonomia. As mensagens na comunicação com o idoso podem passar tanto instruções para atitudes passivas e desmobilizadoras, como para atitudes ativas e participativas. No conteúdo da linguagem usada com o idoso dependente é possível avaliar se a comunicação sustenta e promove a percepção de bem estar do idoso ou se desconsidera sua identidade reforçando posturas negativas, frustrando a autonomia efetiva.

O espaço – Enquanto experiência humana, o espaço se configura como possibilidade de movimento, o corpo funcionando como referência espacial, pois ele é quem otimiza sua adaptação ao meio, Monteiro (2003). A deficiência do corpo restringe a percepção do mundo e provoca medo de expandir as experiências. A restrição da mobilidade cria limitações que vão além do acesso físico. Pode-se dizer que o idoso dependente experimenta uma distorção nas relações espaciais. Essa redução de possibilidade de movimento, segundo Agich (2008), restringe a percepção subjetiva de seu lugar no mundo. O espaço antes aberto e convidativo à atividade passa a ser um espaço onde se recebe cuidados, espaço mais fechado que tende à inércia. Dentro do mundo restrito há poucas possibilidades de experimentação. Sem a experiência, não há alimentação dos sentidos.

Idosos acamados ou em cadeira de rodas sofrem de alteração de orientação espacial. As relações com os outros deixam de ocorrer no plano horizontal e podem confirmar a percepção do idoso da sua própria

dependência, contribuindo para um mal estar. Essas novas realidades vivenciadas criam um novo tipo de experiência espacial, e é na tentativa de adaptação do sujeito que a autonomia se manifesta.

A afetividade – É no afeto que as pessoas se desenvolvem e mudam. Os vínculos construídos no tempo contribuem para a afirmação da autonomia quando as afeições positivas moldam as ligações entre as pessoas. A afetividade tem a ver com compromisso que no contexto familiar é construído na continuidade do tempo. Tamarcaz (2005) associa a afetividade ao conceito de solidariedade, pois segundo ele, a solidariedade seria fundamentada na afetividade, no se sentir próximo do outro, na proximidade como decorrente de um desejo de ajuda mútua. A solidariedade afetiva teria grande importância na autoestima do ser humano.

A vida na perspectiva da afetividade, não é linear, histórica ou cronológica; ela seria o conjunto de instantes relevantes, que preencheram a vida de sentido, momentos fortes afetivamente que deixaram marcas, Villeneuve (1998). Quando falta afeto, a relação consigo e com os outros é prejudicada, a afetividade fornece a liga que une os vários episódios e pedaços da vida em um todo coerente, Agich (2008). A afetividade positiva contribui para aumentar a percepção de autonomia na situação do idoso dependente.

Por fim, entende-se que a autonomia não pode ser apreendida exclusivamente no paradigma da escolha ou tomada de decisões, ela envolve, segundo Agich (2008), a maneira como os idosos interagem na sua vida cotidiana e é nas frestas e nos interstícios da experiência cotidiana que poderá se descortinar a autonomia possível.

As discussões temáticas coletivas estão ancoradas num fazer institucional que encoraja, favorece e constrói, em todas as atividades da vida diária, o fortalecimento da percepção de si, o aumento da autonomia, mesmo que residual, a afirmação da identidade e o fortalecimento dos laços entre o idoso morador, diarista e toda a equipe envolvida. O objetivo é a ampliação da percepção do idoso como sujeito.

O estudo sobre a temática da autonomia como conceito ético voltado para os idosos da Instituição em questão deve dar pistas sobre o potencial das ações e reflexões cotidianas na ampliação dos espaços, reconstrução do tempo de memória, afirmação de uma comunicação dinâmica e fortalecimento dos vínculos afetivos.

3.METODOLOGIA

Para avaliar a influência das atividades de discussão e reflexão temática em relação à autonomia dos idosos e suas dimensões dentro do contexto das reuniões semanais, foram escolhidos os registros correspondentes a estes momentos.

A análise do texto foi realizada à luz das quatro dimensões mencionadas por Agich: o tempo, a comunicação, o espaço e a afetividade. Identificando registros de observações e falas de idosos relacionadas a uma ou mais dessas dimensões, representando elaborações que tem potencial para contribuir na construção da autonomia.

O período de análise selecionado foi de julho de 2015 a julho de 2016. Das 34 reuniões ocorridas nesse período, 13 foram analisadas. Estas trouxeram reflexões sobre temas, tais que: a velhice, a páscoa, o dia das mães e o dia do idoso, que serão trazidas na parte de resultados e discussões.

4.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Reunião temática – A velhice: Na ocasião do dia do idoso, trabalhamos a temática da velhice tentando reconstruir um conceito em que as histórias de vida dos idosos pudessem se reencontrar e elaborar no coletivo uma mensagem compartilhada com a comunidade no dia da comemoração.

As limitações e dificuldades relacionadas ao déficit de mobilidade foram colocadas como limitadoras e até ameaçadoras: “Ser velho e não poder mais correr do perigo”, “Velho só pode correr ‘miudim’”. A limitação de movimentos e redução do espaço tem impacto direto na confiança em si e pode interferir na comunicação, como percebemos no comentário da senhora X : “Quando se briga com o marido e não se pode mais revidar?”.

Para o senhor J : “A velhice é querer trabalhar e não poder”. O senhor em questão mantém um diálogo constante entre o desejo de trabalhar e as possibilidades reais colocadas no presente. O tempo distorcido

requer do senhor J. um esforço de adaptação constante, gerando frustração e dificuldades em assumir uma identidade mais atual.

A velhice é também percebida na linha do tempo como o fim da vida, como ordem natural, aparentemente com certo desapego: “Ser velho é porque já se viveu muito” ou “É ficar velho e morrer”. Por outro lado, uma senhora de 100 anos percebe a realidade do tempo que passou reconhecendo um espaço de possibilidade quando comenta: “É ser velho e se sentir nova.”. Houve idosas que não se reconheceram nas palavras velhice ou idosa, achando-as desrespeitosas e limitadoras. “Não me sinto idosa, sou feliz e contente.”. Outras percepções mencionadas apontam para os esforços de superação de limitações que definem uma identidade reconstruída: “É ser um garoto assim como eu”, “Ser velha é ser vitoriosa”, “Sou idosa mas me ajeto, me retoca, fico de pé”.

As relações são mencionadas como condição para se viver bem: “Aqui sou bem tratada, todos gostam de mim”. Outro comenta: “Gosto muito daqui, aqui todos gostam de mim, já sofri muito para criar meus filhos e hoje eles não cuidam bem de mim, mas não vou morrer por isso”. Outro: “Para mim ser idoso é viver bem com todos e não ter preocupação”, “Sou idosa mas tenho prazer”. As diferentes percepções referentes à capacidade de comunicação e afetividade demonstram a importância do afeto para afirmar uma autoestima capaz de fortalecer a capacidade de adaptação do idoso.

Reunião temática – O Estatuto do idoso: Em 4 reuniões trabalhamos o estatuto do idoso refletindo sobre os significados dos direitos visando nos preparar para uma caminhada que tinha como objetivo chamar a atenção da sociedade sobre a situação dos idosos no Estado.

Ao introduzir a discussão sobre os direitos, idosos reagiram ao alegar que os direitos colocados eram, de fato, direitos de todos, como se uma lei exclusiva para o idoso exprimisse certo preconceito por tratar os idosos de forma diferenciada. Uma senhora explicou que os idosos precisavam de uma lei, justificando que quando um idoso ficava dependente ele precisava de um olhar especial, pois o mesmo cuidado que se tem com a criança, também se precisava ter com o idoso. Novamente idosos reagiram alegando que havia diferença entre idoso e criança, pois segundo o senhor C: “O idoso muitas vezes, mesmo se tem limitações, tem como falar, dar opinião, discordar e dizer o que quer e gosta”. Interessante ver como o espaço de comunicação e discussão permitiu que se construísse e se esclarecesse uma identidade diferenciada negando a associação da velhice com impossibilidade e fragilidade atribuída à criança, descortinando a afirmação da cidadania.

Abordando o direito à vida, idosos alegaram: “Hoje quem mais morre são os nossos jovens!” (Lembrando-se de netos ou bisnetos que já perderam a vida de forma violenta). Outra senhora comenta: “A vida quem dá é Deus e quem deve tirar é só ele!”. A morte, muito presente na vida dos idosos é vista como natural em contraste com a morte “antinatural” que atinge os jovens do bairro. Percebe-se uma inconformidade diante da realidade de violência e certa “acomodação” diante da própria finitude.

Comentando o direito à moradia digna, uma idosa relata: “Não tive mais como ficar na minha casa sozinha”. Refletimos que às vezes as nossas casas não permitem uma moradia digna, pois não atendem mais às novas necessidades que surgem com a perda de mobilidade e outras limitações. Alguns precisam de cuidados permanentes. F. comenta: “Essa é minha vida, aqui eu sou bem tratada e cuidada, mas faço a minha parte, as meninas ajudam somente no que faço com dificuldades”. Observa-se a afirmação de uma afetividade que acrescenta segurança e reciprocidade capaz de fortalecer a autoestima.

Percebeu-se, por parte dos idosos, um reconhecimento de limitações que pode engessar possibilidades ou permitir superação. Alguns relatam: “Meu desgosto é ter perdido a visão”, “É difícil ficar nas mãos dos outros”.

A palavra respeito foi muito evocada como direito de todos e foi eleita como a palavra chave para relações humanas positivas: “Gostamos de respeitar e ser respeitados em nossas crenças, desejos, sentimentos e limitações”.

Ao ampliar a reflexão nos referindo aos idosos que apresentam limitações profundas tanto cognitivas como motoras, a discussão abordou o como fazer para respeitar o idoso que não dialoga mais. O senhor J. e a senhora C. colocaram a importância do cuidado especial e do respeito incondicional ao idoso fragilizado. Nessas reações foi observada uma preocupação diante da possibilidade de passar a precisar de cuidados permanentes, querendo assegurar que a dignidade de cada um será mantida. A discussão revelou caminhos trilhados pelos idosos no enfrentamento da sua finitude humana.

Em relação às discussões sobre leis, estas permitiram que os idosos pudessem dialogar sobre as diferentes realidades compartilhando também as diferentes maneiras de enfrentar as dificuldades.

Reunião temática – A Páscoa: Duas reuniões permitiram refletir e aprofundar o sentido da morte e da vida na perspectiva de ressurreição. Debater essa temática teve como objetivo colocar em foco a experiência humana dos idosos nos diferentes momentos da vida, contrapondo dificuldades e superações sublimadas pela perspectiva de ressurreição. Ao final foi feita uma síntese da discussão, apresentada num folder e distribuída a todos que se fizeram presentes na festa da Páscoa promovida pelo Espaço Solidário.

Ao refletir sobre as experiências que geraram sofrimento ao longo da vida, muitos relataram as dificuldades atuais como a dependência e a doença. A percepção de espaços encolhidos por limitações e falta de perspectivas reduz a percepção da autonomia e aguça o sentimento de desamparo. A senhora V. comenta: “Tenho desgosto por estar doente. Quando tive chicungunha, me senti muito mal, senti muita falta da minha família”. Outro relata: “Antes resolvia tudo, agora sou dependente dos outros”. Dois idosos comentaram da dificuldade de se sentir impotente diante das coisas: “Não tenho mais domínio sobre minha vida”. A senhora F. relata: “A gente se sente mal quando se tem esperança de melhora e que não acontece”.

Dificuldades de relacionamento também são motivos de sensação de tristeza: “Me sinto triste quando dizem mentiras sobre mim”, “Quando não gostam de mim”, “Quando tenho aborrecimentos”. As perdas no passado também são colocadas como sensação de morte: vários idosos mencionaram a morte da mãe, de filhos ou parentes como momento marcante presente até hoje. A tristeza da perda é colocada como fora do tempo cronológico, faz parte da construção humana e são periodicamente lembradas.

Nos relatos relacionados aos aspectos positivos da vida dos idosos, vários comentaram o fato de morar e se sentirem amparados no ES. A instituição funciona na percepção de vários idosos como um espaço seguro capaz de abrir possibilidades. Segundo o senhor F. : “Estar aqui me deixa feliz, enquanto estiver vivo quero ficar aqui”. Uma senhora comenta se dirigindo à responsável da casa: “A senhora fica ao lado dos carentes, aqui a gente fica guardado”. Outros comentaram a importância dos afetos e da convivência: “O que me deixa feliz são as pessoas que me amam”. “Gosto de conversar, aqui não me sinto só”.

Abordando os aspectos positivos da experiência de vida, notamos que as mesmas dificuldades mencionadas nos aspectos negativos ganharam outros significados. As limitações são superadas parcialmente num esforço apontando para uma afirmação da autonomia. A senhora F. comenta: “Ainda ando, faço minhas coisas”. Outra senhora traz: “Ainda tenho um pouco de saúde, tenho minha família que se importa comigo”, “Existo para eles”, “Estou satisfeita em ouvir a voz deles” (a senhora em questão tem deficiência visual).

Ao termino das reuniões, os idosos comentaram a importância da reciprocidade, do amor e carinho como fundamental para se sentir bem. Dentro do contexto da Páscoa é o afeto compartilhado que dá sentido à vida, que dá força para “ressuscitar”. A presença de Deus percebida pelos idosos em todos os momentos de suas vidas foi mencionada como motivo de esperança e força na superação das dificuldades.

Reunião temática – Dia das mães: Preparando o dia das mães, tentamos dar novo significado à maternidade, visando resgatar e revisitar uma identidade feminina presente em muitas idosas mulheres do ES. Ao começar a reunião nos deparamos com a figura da mãe ideal: “Uma palavra sagrada, um tesouro”, “A mãe é amor é vida”, “É rosa que desabrocha”, “Ela cuida, vela, está ali junto com os seus filhos”. Incentivou-se a repensar na mãe real que tivemos e na mãe que fomos.

O comentário da senhora M. revelou sua capacidade de reinterpretar o papel que exerceu ao longo da vida numa interação entre passado e presente. Segundo ela: “Quando os filhos eram pequenos, reparava em todos, viviam todos em cima de mim, depois que ficaram grandão cada um procurou o seu caminho e saíram de casa, mas o sentimento não muda”.

Alguns falaram da perda e ausência de mães que se foram há muitos anos e fazem eco ao senhor P. quando comenta: “Ainda vive na minha mente”. A lembrança da mãe tem papel estruturante na percepção dos idosos. Quando ela fez falta por ter morrido cedo ou por não ter assumido o seu papel, os idosos se referem a uma infância sem rumo: “Não tenho lembranças, fui criada solta, vivia pra lá e pra cá”. Alguns colocaram a importância de outras pessoas que assumiram o papel de mãe e foram referência em suas vidas.

Outras situações vividas são apreendidas com outro olhar, reinterpretando fatos, dando novos significados: “Perdi minha mãe muito cedo mas como era a mais velha, fui mãe para os meus irmãos ainda

criança!”. “Me criei sem amor de mãe, ela não gostava de filha mulher, fui desprezada do amor de mãe, mas soube criar e amar os meus filhos, eles são tudo para mim.

Discutindo o papel das mães que fomos, duas idosas que tiveram filhos mas não os criaram comentam: “Quando estava buchuda mãe dizia: - Eles não têm culpa de ter vindo ao mundo. Foi mãe que criou minhas filhas”, “Não tive condições de criar meus filhos, dou amor de mãe agora, hoje meu filho me defende, disse que se fosse maltratada tomava providência”. A reinterpretação do passado permitiu a reconstrução do papel de mãe. Uma reconstrução que ocorreu após a reaproximação dos filhos, e que acrescentou, no caso da senhora mencionada acima, uma nova identidade.

Segundo T.: “Hoje me sinto mãe, avó, bisavó, todo dia peço a Deus o bem para meu filho, meus netos, meus bisnetos”. Percebe-se a afirmação de uma identidade que atravessou o tempo. A revisitação de uma identidade construída se manifesta no comentário da senhora A.: “Precisei trabalhar para sustentar meus filhos. Trabalhava, mas cuidava. Outras pessoas me substituíam, a gente compartilhava o cuidado”. Se afirmando assim como mãe responsável de que se orgulha hoje.

5.CONCLUSÃO

A dinâmica das discussões revelou um espaço de expressão de experiências pessoais e coletivas que contribuíram para que os idosos pudessem fazer uma releitura do seu lugar no mundo num ambiente seguro. As reuniões sistemáticas desenvolvidas pela instituição há vários anos viabilizaram um espaço de comunicação dinâmica onde o idoso já se expressa com confiança. As experiências compartilhadas e repensadas permitem uma nova leitura reformulando a própria identidade, resgatando as capacidades de adaptação dos idosos diante das adversidades.

As deficiências reconhecidas como limitadoras pela grande maioria dos idosos tendem a restringir sua percepção do mundo, tornando os espaços ameaçadores. As reflexões construídas coletivamente acentuam os aspectos ligados às capacidades de adaptação e de resiliência dos idosos, proporcionando maior confiança e segurança diante das próprias capacidades futuras em lidar com novos desafios. A própria expressão da insatisfação constitui uma dimensão comunicativa importante no processo de autonomia, permitindo além das reelaborações, o compartilhamento e acolhimento que reforçam os laços afetivos e permitem a compreensão dos pontos de vista dos idosos e reconstrução contínua das relações e possibilidades de ação coletivas.

As experiências humanas compartilhadas e discutidas em diálogo com o passado e o presente possibilitaram aos idosos nortearem-se, colocando-os em contato com sua própria trajetória de vida, dando maior significado ao presente.

A afetividade perpassou todas as dimensões (tempo, espaço e comunicação), revelando ser o cimento capaz de ampliar o potencial de autonomia dos idosos. O afeto traz a confiança necessária para que o idoso possa enxergar, dentro de suas limitações, as possibilidades de superação e resiliência, assim como traz a confiança e a motivação para participar dos momentos de troca.

Mesmo reconhecendo o alcance das reuniões no fortalecimento do sentimento de autonomia do idoso, sabemos das fragilidades e instabilidades constantes vividas no cotidiano do Espaço Solidário. Diante disto, não pretendemos resolver problemas, mas construir coletivamente pistas para um novo olhar sobre a velhice, criando espaços de possibilidade, afirmação da autonomia e auxílio no processo de resiliência que ela implica.

REFERÊNCIAS

- [1] Agich, G. J. Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2008. 368p.
- [2] Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- [3] Infante, Francisca. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda E. N. S. (Orgs.) Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas, São Paulo: Artmed, 2005, p. 22-38.
- [4] Monteiro, P. P. Somos velhos porque o tempo não pára. In: Côrte, M. et al. (Orgs.) Velhice, envelhecimento, complex(idade), São Paulo: Vetor, 2005, cap. 3, p. 57-83.
- [5] Neri, A. L. Palavras chaves em Gerontologia. Campinas: Editora Alínea, 2005.

- [6] Taramarcaz, O. Le savoir silencieux des générations. Sion: INAG – IUKB, 2005.
- [7] Thiebaud, D. Accompagner le vieillissement. Lyon: Chronique sociale, 2008.
- [8] Villeneuve, M. Écriture autobiographique et création de soi. Revue Québécoise de Gestalt, Montréal, vol. 2, n.2, 80-97, 1998.

Capítulo 8

Efeito hipotensivo do treinamento resistido em idosos hipertensos: Uma revisão de literatura

Dennis David de Oliveira Falconi

Kamila Rebeca Lopes Magalhães

Kelly Takiguti Barreto

Rodrigo Cribari Prado

Resumo: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados publicados em 2018 mostram que 54% das mortes no mundo são ocasionadas pelo infarto agudo do miocárdio e acidente vascular hemorrágico, responsáveis por 15,2 milhões de mortes em 2016. Uma pesquisa demográfica realizada pelo VIGITEL 2017, mostra que 60% das pessoas diagnosticadas com hipertensão são idosos. A utilização do treinamento resistidos (TR) é uma forma não farmacológica de intervenção capaz gerar a hipotensão arterial em indivíduos idosos hipertensos, que vem constantemente sendo investigada na literatura. Portanto, essa pesquisa tem como objetivo identificar os modelos com volume e intensidade de TR mais frequentemente utilizados na literatura, que podem ser aplicados a esse público, capaz de gerar efeito hipotensivo agudo e crônico. Este trabalho é uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, onde foram utilizados as plataformas de busca LILACS, SciELO, PubMed, e MEDLINE, sendo encontrados 13 artigos no total, e descartados 66 por não atenderem aos critérios de inclusão. Verificou-se na literatura que o TR é capaz de gerar efeito hipotensor em idosos hipertensos, que fazem ou não o consumo exógeno de medicamento para o controle da pressão arterial (PA), com sessões programadas de duas a três vezes por semana com carga leve, moderada e de alta intensidade, realizando exercícios uniarticulares e multiarticulares, gerando efeito hipotensivo benéfico pós-exercício e crônico, quando comparado com os grupos hipertensos controle que não realizavam nenhum tipo exercício físico. A presente pesquisa sugere que o TR é recomendado para idosos hipertensos, uma vez que os exercícios não apresentaram riscos durante o treinamento, e além disso foram capazes de promover o efeito hipotensivo pós-exercício e crônico.

Palavras-chave: treinamento resistido, idosos, hipertensão.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados publicados em 2018 mostram que 54% das mortes no mundo são ocasionadas pelo infarto agudo do miocárdio e acidente vascular hemorrágico, responsáveis por 15,2 milhões de mortes em 2016. Uma pesquisa demográfica realizada pelo sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL 2017), mostra que 60% das pessoas diagnosticadas com hipertensão são idosas, levando em consideração que há um aumento acentuado na população idosa quando comparada a população mais jovem, com o passar dos anos, dados de uma projeção demográfica feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, sugere que em 2060 o público idoso com 65 anos ou mais representará $\frac{1}{4}$ da população brasileira, deve-se pensar que essa população irá passar pelo processo de senescência e senilidade, a junção dos processos de diminuição da funcionalidade do sujeito por condições genéticas, por influências do ambiente, como também pelo estilo de vida, uma das causas mais frequentes de patologias nessa fase, é o diagnóstico de cardiopatias, por causa do envelhecimento do coração e circulação sistêmica, um processo natural que ocorre em todos os seres vivos, mesmo que esses indivíduos tenham vivido de forma saudável durante toda a sua vida (DIMENSÕES FÍSICAS DO ENVELHECIMENTO 2004). Portanto, o corpo sempre irá tentar manter a homeostase, ocorrendo os mecanismos de regulação, que irá alterar a funcionalidade do sistema autonômico, nesse caso, para poder manter a demanda orgânica do sistema circulatório de acordo com a exigência da atividade simpática e parassimpática (Guyton & Hall 2002).

Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, dentre as cardiopatias, a disfunção mais comumente encontra é a Hipertensão Arterial (HA) que é diagnosticada quando o sujeito apresenta o seu nível pressórico acima de 140/90 mmHg, ocasionada por alterações funcionais ou estruturais. A HA associa-se com vários outros distúrbios, doenças e fatores de risco, como os distúrbios metabólicos, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Periférica (DAP), Doença Renal Crônica (DRC), dislipidemias, obesidade androide, intolerância à glicose e diabetes Mellitus (DM). Podendo essas consequências levarem o sujeito a morte súbita.

Uma das formas de controlar a hipertensão, ou seja, os altos valores pressóricos, é gerando hipotensão. O consumo exógeno de substâncias vasodilatadoras é caracterizado como uma forma de intervenção farmacológica, outro método de intervenção que vem constantemente sendo pesquisadas é com a realização de exercícios físicos. A modalidade que será revisada na presente pesquisa, é a utilização do treinamento resistido para gerar a hipotensão arterial em indivíduos idosos hipertensos. Portanto, essa pesquisa tem como objetivo identificar os modelos com volume e intensidade de treinamento mais frequentemente utilizados na literatura, que podem ser aplicados a esse público, capaz de gerar efeito hipotensivo. Este trabalho é uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, onde foram utilizados as plataformas de busca LILACS, SciELO, PubMed, e MEDLINE, sendo encontrados 13 artigos no total, sendo desses descartados 66 por não atenderem os critérios de inclusão.

Verificou-se na literatura, que o treinamento resistido é capaz de gerar efeito hipotensor em idosos hipertensos, que fazem ou não o consumo exógeno de medicamento para o controle da pressão arterial, com sessões programadas de duas a três vezes por semana com carga leve a moderada e de alta intensidade, realizando exercícios uniarticulares e multiarticulares, gerando efeito hipotensivo benéfico pós-exercício, quando comparado com os grupos hipertensos controle que não realizavam nenhum tipo de treinamento.

A presente pesquisa sugere que o Treinamento Resistido realizado três vezes na semana, com cargas de 40% de 1RM a 80% de 1RM, com 3 a 8 exercícios, executados de forma alternada ou não por sessão, com cadência variada de 2:2 e 3:1 e intervalo entre as séries de 1' a 3', é recomendado para a população idosa hipertensa, como forma não farmacológica, capaz de promover o efeito hipotensivo pós-exercício e crônico. No entanto nos achados foram encontrados resultados que não geraram efeitos significativos nas mudanças de PAS, PAD e PAM, sugerindo que os efeitos do TR são heterogêneos.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, com artigos publicados em revistas de qualis A1 a B3 nas ferramentas de busca Pubmed, MEDLINE, LILACS e ScieELO. Como critério de inclusão foram aceitos artigos completos publicados nos últimos 10 anos com as palavras-chave: idosos; treinamento resistido; hipertensão, e em inglês *olders; resistance training; hypertension*. Para o critério de exclusão não foram aceitos artigos publicados em revistas inferiores a qualis B3, artigos que não tinham como objetivo avaliar o efeito hipotensor do treinamento resistido em idosos hipertensos, artigos que antecedessem ao ano de

2008, artigos incompletos, revisão de literatura, dissertações, capítulo de livros e artigos que se repetiam entre as ferramentas de busca. Após o garimpo os artigos foram armazenados em pastas com o nome das respectivas ferramentas de busca escolhidas para a revisão, foi realizada a leitura do título e resumo de todos os artigos encontrados, os artigos que atenderam os critérios de inclusão foram analisados os componentes de volume, intensidade, seleção dos exercícios e frequência semanal, logo após realizamos uma comparação entre os protocolos, afim de compreender quais os modelos de TR mais frequentemente utilizados na literatura são capazes de promover efeitos agudos e crônicos hipotensores benéficos e seguros em idosos hipertensos.

3.RESULTADOS

Foram encontrados 45 artigos no PubMed, sendo deles 8 selecionados, no MEDLINE apareceram 12 artigos, onde 3 foram selecionados, no LILACS foram encontrados 22 artigos, 1 foi selecionado e no SciELO foram encontrados 4 artigos e 2 selecionados para a presente pesquisa, como mostra na tabela abaixo:

| PUBMED | MEDLINE | LILACS | SCIELO |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 45 RESULTADOS | 8 RESULTADOS | 22 RESULTADOS | 4 RESULTADOS |
| 7 SELECIONADOS | 3 SELECIONADOS | 1 SELECIONADOS | 2 SELECIONADOS |
| TOTAL 13 | | | |

Dos achados, grande parte foram publicados em revistas internacionais, no Brasil encontra-se poucas publicações a respeito do treinamento resistido em idosos hipertensos. No entanto, seis dos artigos selecionados da ferramenta de busca PubMed, tiveram a participação de autores brasileiros em suas publicações, sugerindo que os mesmos tendem a exportar suas pesquisas para fora do Brasil. Portanto sugerimos, que em futuras revisões de literatura a respeito do treinamento resistido em idosos hipertensos, sejam realizadas também, a busca de artigos em plataformas internacionais.

4.DISCUSSÃO

Ao realizar a comparação entre os treze artigos, observa-se que onze encontraram resultados significativos no efeito hipotensor agudo e crônico do TR em indivíduos idosos hipertensos, chegando a -7.83 ± 5.70 mmHg em grupos que responderam bem ao TR em comparação -3.78 ± 7.42 mmHg no grupo não respondedor em uma pesquisa que avaliou os indivíduos durante 10 semanas, vale ressaltar que os indivíduos da pesquisa realizavam treinos com repetições máximas (Nascimento et al. 2018). No entanto, as duas pesquisas que avaliaram o efeito crônico do TR e não encontraram efeitos significativos, eles apontam que por se tratar de um estudo piloto, novas pesquisas devem ser realizadas, outro ponto a levar em consideração é o número total da amostram, sendo 11 idosos que chegaram a completar o programa (Canuto et al. 2011), posteriormente o estudo foi replicado por (Cunha et al. 2012) e obtiveram os mesmos resultados, esses dados vão de encontro com o estudo publicado por nascimento et al. 2018, que dividiu a amostra em 2 grupos, o primeiro que respondeu ao programa e o segundo que não obteve resposta significativa, contudo sugerindo que outras formas de intervenção devam ser aplicadas ao público que não respondeu efetivamente ao TR. Em todos os estudos revisados não foram encontradas complicações clínicas na aplicação do TR, sugerindo que essa é uma intervenção segura de ser aplicada a esse público,

outro apontamento em comum é a orientação para evitar a manobra de valsalva, seguindo as recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte.

Em relação a escolha da ordem de exercício prescritos de acordo com as diretrizes do ACSM devem ser exercitados primeiramente os grandes grupos musculares e posteriormente os exercícios uniarticulares, em contra partida foi apresentado diante da presente revisão um artigo que utilizou três protocolos, no qual o primeiro realizou exercícios para MMSS, em seguida por MMII, o segundo utilizou a abordagem inversa e o último realizaram alternado os MMSS e MMII, sendo o grupo que destacou mais resultados significativos foi o terceiro grupo, obtendo uma redução de $11,3 \pm 9,1$ mmHg na PAM (Jannig et al. 2008). Os exercícios mais comumente encontrados foram o *leg press*, flexora, extensora, supinos, remadas e flexão do tronco. Os exercícios eram executados dentro de uma única sessão, repetidos de duas a três vezes na semana. Para verificar as cargas de treinamento, eram feitos testes de 1RM, e para obter o feedback nos exercícios, os presentes estudos revisados, optaram por escolher tabelas de percepção subjetiva de esforço (OMNI-res) e (BORG cr10).

Os mecanismos que os presentes artigos lidos são múltiplos, sugerindo que as causas da hipotensão podem estar relacionadas com menor atividade nervosa simpática renal e muscular, menor secreção de norepinefrina, aumento da sensibilidade de barorreflexores, diminuição do débito cardíaco, diminuição da frequência cardíaca e também em alguns estudos, observaram um aumento na liberação de substâncias vasodilatadoras, mais especificamente o óxido nítrico (NO). Em estudos experimentais, evidenciaram que os mecanismos hipotensivos estão relacionados com o aumento a sensibilidade de substâncias vasodilatadoras e diminuição a sensibilidade de substâncias vasoconstritoras, sugerindo que as causas da hipotensão estão associadas com a diminuição da resistência vascular periférica (Araujo et al. 2013) e (Silva et al. 2015). Logo abaixo encontra-se a tabela 2 e 3, que correspondem aos achados que observaram os efeitos agudos e crônicos do treinamento resistido em idosos hipertensos, respectivamente.

| QUALIS | TEMA | AUTORES/ ANO | OBJETIVO | TREINAMENTO | RESULTADO |
|---|--|-----------------------|---|--|---|
| Clinical Interventions in Aging (A1) | Blood pressure reactivity to mental stress is attenuated following resistance exercise in older hypertensive women | Gauche et al. 2017 | Identificar a variabilidade da resposta da pressão arterial a um programa de treinamento resistido de 10 semanas (RT) em mulheres idosas hipertensas e normotensas. | 3 séries de 12 repetições, realizados em 2 dias não consecutivos, durante 10 semanas. Com 7 exercícios | Um efeito significativo na PAS, PAD e PAM após ER foi observado, sem diferenças entre as duas sessões. Além disso, um efeito significativo na diminuição da variabilidade frequência cardíaca |
| Clinical Interventions (A1) | Acute effects of power and resistance exercises on hemodynamic measurements of older women | Irigoyen et al. 2017 | Efeitos agudos do TR e TF nos parâmetros hemodinâmicos e na biodisponibilidade do óxido nítrico (NO) de mulheres mais velhas. | 4 semanas, 2 sessões, 3 séries de 8 a 10 repetições em 8 exercícios diferentes. TR (PSE alta) TF (PSE moderada) | Houve o HPE pós-exercício no TF, TR apresentou diminuição da FC e do DP. Os números de NO aumentaram no TF e no RT em relação ao período de repouso. |
| Clinical and Experimental Hypertension (B1) | Blood pressure and autonomic responses following isolated and combined aerobic and resistance exercise in hypertensive older women | Anuniação et al. 2016 | Comparar os efeitos cardíacos após sessões isoladas e combinadas de exercícios aeróbicos e resistidos em idosas hipertensas. | Foram realizados em uma única sessão, sendo 8 exercícios com 3 series de 15 RM de 40%, CONTENDO 5 exercícios para MMSS E 2 para MMII | Houve resultado significativo na redução da PAD pós-exercício em comparação do treinamento resistido com o controle. |

| QUALIS | TEMA | AUTORES/ ANO | OBJETIVO | TREINAMENTO | RESULTADO |
|--|---|------------------------|---|--|--|
| Clinical Interventions in Aging (A1) | Effects of exercise intensity on postexercise hypotension after resistance training session in overweight hypertensive patients | Cavalcante et al. 2015 | Comparar os resultados de diferentes intensidades de RT em mulheres idosas hipertensas. | Foram realizados em uma única sessão, sendo para cada exercícios 3 series de 10 a 12 RM com 90" de descanso, contendo 3 exercício para MMII e 5 para MMSS | Houve resultado significativo em ambas as intensidades, constatando hipotensão pós exercício. |
| Arq Bras Cardiol (A2) | Resposta pressórica após exercício resistido de diferentes segmentos corporais em hipertensos | Battagin et al. 2010 | Investigar o efeito agudo do exercício resistido progressivo (global), na resposta pressórica de pacientes com HAS controlada | 3 sessões progressivas de 3 exercícios – 3 séries; 10 repetições | Houve significante aumento das PAS, sem modificações significantes das PAD, comparado com o repouso |
| Sociedade Brasileira de Médica do Esporte (A2) | Influência da Ordem de Execução de Exercícios Resistidos na Hipotensão Pós-exercício em Idosos Hipertensos. | Jannig et al. 2009 | Analisar a influência da ordem de execução de exercícios resistidos na hipotensão no repouso de idosos hipertensos | 3 séries de 12 RM com 2 a 3' de intervalo, realizando 3 exercícios tanto para MMSS como para MMII em um período de sete dias, sendo fragmentado em três dias da semana | Houve resultados significativos na PAS E PAD em repouso nos três protocolos, porem o P3 constatou maior discrepância em relação ao P1 e P2 |
| Acta Sci. Health Sci. (B2) | Efeitos cardiovasculares agudos do exercício resistido em idosas hipertensas. | Krinski et al. 2008 | Avaliar os efeitos cardiovasculares agudos do treinamento resistido em idosas com hipertensão estágio I | Foram realizados para cada exercícios 3 séries com 50% de 1 RM com 50" a 1' de intervalo realizando 4 exercícios tanto para MMSS como para MMII em dois dias da semana | O resultado destacou propensão positiva na redução á hipotensão na amostra, havendo redução significativa apenas na PAD. |
| Clinical Interventions in Aging (A1) | Blood pressure response to resistance training in hypertensive and normotensive older women | Nascimento et al. 2018 | O objetivo do presente estudo foi identificar a variabilidade da resposta da pressão arterial a um programa de treinamento resistido de 10 semanas (TR) em mulheres idosas hipertensas e normotensas. | Progressão de cargas: 12-10RM, 10-12RM, 8-10RM, 6-8RM, 3 séries, 10 semanas, 5 exercícios, 1' a 2' de intervalo, cadência: 2:2 | Tanto os respondedores quanto os não respondedores do grupo hipertenso apresentaram alterações significativas na PAS. Além disso, os respondedores e não respondedores no grupo normotenso apresentaram alterações significativas também na PAS. |

(continuação...)

| QUALIS | TEMA | AUTORES/ANO | OBJETIVO | TREINAMENTO | RESULTADOS |
|---|---|------------------------|---|---|--|
| Clinical Interventions in Aging (A1) | sustained effect of resistance training on blood pressure and hand grip strength following a detraining period in elderly hypertensive women: a pilot study | Nascimento et al. 2014 | Este estudo examinou os efeitos de um programa de treinamento resistido de intensidade moderada (TR) de 14 semanas sobre a manutenção da pressão arterial e força de preensão palmar durante um longo período de destreino em idosas hipertensas. | 2 vezes por semana, 3 série de 8-12 repetições, durante 14 semanas, 6 exercícios, intensidade moderada de acordo com a escala de PSE, 2' de intervalo, evitando a manobra de valsalva. | Decréscimo na sistólica, diastólica e pressão arterial média, quando comparada com valores pré-exercício. Além disso, esses efeitos foram mantidos após 14 semanas de destreino. |
| The Japanese Society of Hypertension (A2) | Resistance exercise training reduces arterial reservoir pressure in older adults with prehypertension and hypertension | Heffernan et al. 2013 | O objetivo deste estudo foi examinar o efeito do TR na PA central em idosos com pré-hipertensão e recém-diagnosticados, hipertensão nunca tratada. | 3 séries, 12-15 repetições, carga de 40%1RM MMSS e 60%1RM MMII, 3 vezes por semana, durante 12 semanas. | Houve reduções significativa na PAS braquial, PAS aórtica e pressão média no grupo TR em comparação com o grupo controle. |
| Rev Bras Med Esporte (A2) | Intensidades de treinamento resistido e pressão arterial de idosas hipertensas - um estudo piloto | Cunha et al. 2012 | Verificar o efeito de duas intensidades de treinamento resistido sobre a pressão arterial de idosas hipertensas controladas. | 8 semanas; 3 vezes na semana - G1 (2 séries; 8rep. 8RM) G2 (2 séries;16 repetições com metade de 8RM) em 8 exercícios globais | Não verificaram efeito hipotensor após treinamento resistido na PAS |
| Rev Bras Med Esporte (A2) | Influência do Treinamento Resistido Realizado em Intensidades Diferentes e Mesmo Volume de Trabalho sobre a Pressão Arterial de Idosas Hipertensas | Canuto et al. 2011 | Comparar o efeito da HPE durante 60' entre duas sessões de ER realizados com intensidades diferentes, mas com a mesma relação de carga-repetição | 8 semanas; 3 vezes na semana - G1 (2 séries; 16 rep. metade de 8RM) G2 (2 séries;8 repetições de 8RM) em 8 exercícios globais | Não houve diferença significativa das PAS e PAD no pós-exercício entre os sujeitos e/ou grupos |
| Sociedade Brasileira de Cardiologia (A2) | Redução da Pressão Arterial e do Duplo Produto de Repouso após Treinamento Resistido em Idosas Hipertensas. | Terra et al. 2008 | Verificar os efeitos cardiológicos de idosas hipertensas após o treinamento resistido. | Foram realizadas 3 séries progressivas a cada quatro semanas. No qual utilizaram 5 exercícios para MMSS como para MMII, totalizando em 12 semanas, sendo realizado o treinamento três vezes na semana | Houve resultado significativo da redução da PAS, PAM e o DP de repouso de idosas hipertensas, com medicação anti-hipertensiva. |

5. CONCLUSÃO

Verificou-se na literatura, que o treinamento resistido na sua predominância é capaz de gerar efeito hipotensor em idosos hipertensos, que fazem ou não o consumo exógeno de medicamento para o controle da pressão arterial. A presente pesquisa sugere que o treinamento resistido realizado três vezes na semana, com cargas de 40% de 1RM a 80% de 1RM, com 3 a 8 exercícios multiarticulares e uniarticulares, executados de forma alternada ou não por sessão, com cadência variada de 2:2 e 3:1, com intervalo de 1' a 3', sendo desencorajado a realização da manobra de valsalva, com o intuito de manter a segurança do exercício, evitando o aumento da PA, é recomendada para idosos hipertensos como forma não farmacológica de intervenção capaz de promover o efeito hipotensivo benéfico pós-exercício. No entanto nos achados foram encontrados resultados que não geraram efeitos significativos nas mudanças de PAS, PAD e PAM, sugerindo que os efeitos do TR são heterogêneos. Os achados sugerem que os mecanismos de regulação que permitem a hipotensão pós-exercício são multifatoriais, necessitando de mais pesquisas a respeito.

REFERÊNCIAS

- [1] Anuniação, P. et al. Blood pressure and autonomic responses following isolated and combined aerobic and resistance exercise in hypertensive older women. *Clinical and experimental hypertension*. Dez. 2016.
- [2] Araujo et. al; Treinamento resistido e ratos hipertensos; *Arq Bras Cardiol*. 2013.
- [3] Braga da Silva et. al; Efeitos agudos do exercício resistido no músculo liso; *Arq Bras Cardiol*, 105(2):160-167, 2015.
- [4] Battagin, A. et al. Resposta Pressórica após Exercício Resistido de Diferentes Segmentos Corporais em Hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 2010.
- [5] Canuto, P. et al. Influência do Treinamento Resistido Realizado em Intensidades Diferentes e Mesmo Volume de Trabalho sobre a Pressão Arterial de Idosas Hipertensas. *Rev Bras Med Esporte*, Vol. 17, No 4 – Jul/Ago, 2011.
- [6] Cavalcante et. al. Effects of exercise intensity on postexercise hypotension after resistance training session in overweight Hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging* 2015:10
- [7] Cunha, E. et al. Intensidades de Treinamento Resistido e Pressão Arterial de Idosas Hipertensas – Um Estudo Piloto. *Rev Bras Med Esporte*, Vol. 18, No 6, Nov/Dez, 2012.
- [8] Gauche, R. et al. Blood pressure reactivity to mental stress is attenuated following resistance exercise in older hypertensive women. *Clinical Interventions*. 2017.
- [9] Guyton & Hall. *Tratado de Fisiologia Médica*. 10. Ed. Rj. Guanabara Koogan, 2002.
- [10] Heffenan, K. et al. Resistance exercise training reduces arterial reservoir pressure in older adults with prehypertension and hypertension. *Hypertension Research*. 2013.
- [11] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da População 2018: Número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. IBGE notícias. 01 de agosto de 2018. Disponível em “<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>”
- [12] Jannig. et. al. Influência da Ordem de Execução de Exercícios Resistidos na Hipotensão Pós-exercício em Idosos Hipertensos. *Rev. Bras. Med. Esporte – Vol. 15, No 5 – Set/Out, 2009*.
- [13] Júnior, H. et al. Acute effects of power and resistance exercises on hemodynamic measurements of older women. *Clinical Interventions*. 2017.
- [14] Krinski. et. al. Efeitos cardiovasculares agudos do exercício resistido em idosas hipertensas. *Maringá*, v. 30, n.2, p. 107-112, 2008.
- [15] Nascimento, D. et al. Blood pressure response to resistance training in hypertensive and normotensive older women. *Clinical Interventions*. 2018
- [16] Nascimento, D. et al. Sustained effect of resistance training on blood pressure and hand grip strength following a detraining period in elderly hypertensive women: a pilot study. *Clinical Interventions*. 2014.
- [17] Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel*. DF. 2018
- [18] Sociedade Brasileira de Cardiologia. *VII Diretrizes brasileiras de hipertensão*. *Arq Bras Cardiol*. 2016.
- [19] Spirduso, W. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Ed. Manole. 2004.

[20] Terra. et. al. Redução da Pressão Arterial e do Duplo Produto de Repouso após Treinamento Resistido em Idosas Hipertensas. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(5) : 299-305

[21] World Health Organization. The top 10 causes of death. 24 de maio, 2018. Disponível em "<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>"

Capítulo 9

Perfil de sensibilidade e resistência antimicrobiana para infecção de trato urinário em idosos institucionalizados

Tarcilene Daiane Goulart

João Luis Almeida da Silva

Myria Ribeiro da Silva

Resumo: Considerando a transição demográfica e epidemiológica brasileira, observa-se um crescente número de Instituições de Longa Permanência para Idosos como espaços de cuidado que podem favorecer o surgimento de infecções, sobretudo, as do trato urinário; conseqüentemente, o aparecimento de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. O presente estudo visa caracterizar o perfil de sensibilidade e resistência dos microrganismos causadores de infecção de trato urinário em idosos de uma Instituição de Longa Permanência de um município da região sul da Bahia. Trata-se de um estudo transversal, com caráter documental, exploratório e descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados são provenientes dos resultados de antibiogramas e uroculturas e de informações de prontuários. Foram analisadas 74 uroculturas. Constatou-se que apenas 24 obtiveram resultado laboratorial positivo para infecção de trato urinário, todas sintomáticas. A resistência antimicrobiana encontrada no presente estudo totalizou 17 casos. A bactéria *E. coli* esteve presente em 10 casos; a *Klebsiella pneumoniae* em 05 casos; a *Providencia stuartii* e a *Acinetobacter baumannii* em 01 caso cada uma. Evidencia-se a necessidade da criação de protocolos voltados ao uso de antimicrobianos, visando o uso consciente, racional e resolutivo, de forma a estabelecer o controle das prescrições, assim como o gerenciamento pela equipe interdisciplinar no sentido de desenvolver a vigilância em saúde local no controle de infecções.

Palavras-chave: Infecção de Trato Urinário, Idoso, Antimicrobianos.

1. INTRODUÇÃO

Considerando a transição demográfica e epidemiológica que o Brasil vem exibindo nas últimas décadas. O país apresenta uma população de aproximadamente 23,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e a tendência é que essa população cresça cada vez mais. O grande agravante deste novo perfil populacional se encontra na ascensão das doenças crônicas e incapacitantes que fragilizam a saúde da pessoa idosa, causando transtornos às famílias que por vezes acabam recorrendo às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (PINTO; SIMSON, 2012).

Em função da estrutura de coabitação das ILPI, existe o aumento do risco de infecções; entre elas, a infecção de trato urinário (ITU) que pode ser mais complexa no tratamento e prevenção, em virtude de se associar aos aspectos característicos da senescência e senilidade (PÓVOA, 2016; MELO et al., 2017).

As ITUs podem ser caracterizadas como a invasão e a proliferação de microrganismos uropatogênicos, provenientes em sua maioria da microbiota intrínseca do indivíduo, tais como bactérias ou fungos, a sítios anatômicos do trato genito-urinário, de maneira a causar uma reação inflamatória que vai de leve a intensa (RESENDE et al., 2016).

Araújo (2011), ressalta que existem fatores que dificultam o diagnóstico de ITU na pessoa idosa, tais como presença de bacteriúria assintomática, sintomatologia atípica ou se mesclar com sinais e sintomas comuns a outras patologias presentes nessa faixa etária. Desta forma o tratamento pode se tornar equivocado, acarretando em interações medicamentosas ou provocando outras iatrogenias.

A ITU pode ser diagnosticada por meio de avaliação clínica, laboratorial e radiológica. A avaliação clínica é muitas vezes inconclusiva, pois os sinais e sintomas da infecção podem ou não estarem presentes. Se faz necessária uma anamnese minuciosa associada aos exames laboratoriais de urocultura com antibiograma, que permitem a identificação do agente patológico e o grau de sensibilidade e resistência desse à terapia antimicrobiana (CORRÊA; MONTALVÃO, 2010; RESENDE et al., 2016; OTANI, 2015). A ITU é um dos tipos de infecção que mais leva a pessoa idosa a fazer uso de antimicrobianos de maneira errônea.

Um quesito que dificulta o acompanhamento da situação de saúde da população institucionalizada é a escassez de registros de maneira completa e fidedigna nos prontuários. Existem lacunas com relação as prescrições médicas e as prescrições e cuidados administrados pela enfermagem, dificultando o acompanhamento da evolução da pessoa idosa, corroborando com os casos de resistência em decorrência do uso irracional e descontrolado dos fármacos (SILVA; GARBACCIO, 2016).

Diante desse contexto, a presente pesquisa objetivou caracterizar, descrever e analisar o perfil de sensibilidade e resistência de microrganismos causadores de ITU em pessoas idosas de uma ILPI. Acredita-se que com isso, será possível promover medidas de vigilância em saúde local em relação a reduzir iatrogenias na prescrição de antimicrobianos e produção de cepas multirresistentes, bem como, qualificar o cuidado de saúde na observação da evolução dos casos de ITU entre os idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal de caráter documental, descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados do Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação do impacto de intervenção educacional na prevalência de infecção do trato urinário em idosos institucionalizados”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz sob parecer de número: 1050.366.

O banco de dados foi composto em uma ILPI situada em um município da região sul da Bahia. Os dados desse estudo foram referentes ao período de junho a dezembro de 2017 com a análise de 74 antibiogramas de urocultura e informações de prontuários. A análise das informações ocorreu através do programa Microsoft Excel 2013 através de estatística descritiva.

3. RESULTADOS PERFIL BACTERIOLÓGICO

Constatou-se que das 74 uroculturas, apenas 24 obtiveram resultado laboratorial positivo para ITU, compreendendo um percentual de 32,43%. Desse percentual, a faixa etária da população atingida por ITU situou-se entre 61 e 93 anos de idade, com a média de idade de 78,5 anos. Quanto ao sexo, a predominância foi do sexo feminino, com 17 casos (70,83%). As ocorrências no sexo masculino totalizaram 07 casos (29,17%).

Do total dos 24 antibiogramas positivos para urocultura, a bactéria mais prevalente foi *Escherichia coli* com 17 casos (70,83%). A *Klebsiella pneumoniae* com 05 casos (20,83%). A *Providencia stuartii* em 01 caso (4,17%) e a *Acinetobacter baumannii* em 01 caso (4,17%).

Sensibilidade a antimicrobianos:

Quanto à sensibilidade antimicrobiana da presente pesquisa, como demonstra o quadro 01, a *E. coli* foi 100% sensível às quinolonas; 83,23% aos beta-lactâmicos; 64,70% as cefalosporinas e 52,94% a sulfonamida. A *K. pneumoniae* foi 100% sensível aos aminoglicosídeos, às cefalosporinas e aos carbapenêmicos; 80% às quinolonas; 60% às penicilinas e 60% aos beta-lactâmicos. A *P. stuartii*, foi 100% sensível aos carbapenêmicos e aos beta-lactâmicos. A *A. baumannii*, foi 100% sensível às quinolonas, aos carbapenêmicos, aos aminoglicosídeos e a cefalosporina de 4ª geração.

Quadro 01- Sensibilidade antimicrobiana

| MICROORGANISMO | CLASSES/FÁRMACOS |
|--|---|
| <i>Escherichia coli</i> (17 casos) | QUINOLONAS: 100% (Ácido nalidíxico, Ciprofloxacina, Levofloxacina, Nitrofurantoína, Norfloxacina); BETA LACTÂMICOS: 83,23% (Aztreonam); CEFALOSPORINAS: 1ª Geração 64,70% (Cefalexina, Cefalotina); ULFONAMIDAS: 52,94% (Sulfazotrim). |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> (05 casos) | QUINOLONAS: 80% (Ácido nalidíxico, Ciprofloxacina, Norfloxacina); AMINOGLICOSÍDEOS: 100% (Amicacina, Gentamicina); PENICILINAS: 60% (Amoxicilina + Ácido clavulânico); CEFALOSPORINAS DE 1ª, 3ª E 4ª GERAÇÃO: 100% (Cefalotina, Ceftriaxona, Cefepima); CARBAPENÊMICOS: 100% (Ertapenem, Meropenem); BETA LACTÂMICO: 60% (Piperacilina + tazobactam). |
| <i>Providencia stuartii</i> (01 caso) | CARBAPENÊMICOS: 100% (Ertapenem, Meropenem); BETA LACTÂMICOS: 100% (Piperacilina + Tazobactam). |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> (01 caso) | QUINOLONAS: 100% (Norfloxacina, Ciprofloxacina); CARBAPENÊMICOS: 100% (Meropenem); AMINOGLICOSÍDEOS: 100% (Gentamicina, Amicacina); CEFALOSPORINAS DE 4ª GERAÇÃO: 100% (Cefepima). |

Fonte: dados da pesquisa

Resistência Antimicrobiana:

A remissão dos casos de ITU da pesquisa ocorreu em diferentes momentos. Na *E. coli* 40% ocorreu na primeira prescrição médica; 30% na segunda prescrição; os demais 30% na terceira prescrição. Dos casos de *K. pneumoniae*, 01 caso obteve cura na primeira prescrição; 02 casos na segunda prescrição; 02 casos na terceira prescrição. No caso da *P. stuartii* e da *A. baumannii* as remissões ocorreram apenas na segunda prescrição. No quadro 02, a seguir, apresenta os resultados em relação à resistência antimicrobiana encontrada, que foram 17 casos. A *E. coli* esteve presente em 10 casos (58,82%); a *K. pneumoniae* apresentou 100% de resistência; a *P. stuartii* e a *A. baumannii* também apresentaram 100% (um caso cada) de resistência a determinados antimicrobianos.

Quadro 02: Resistência antimicrobiana

| Microrganismos | Classes e Fármacos |
|---------------------------------|---|
| <i>E. coli</i> (10 casos) | SULFONAMIDA: 80% (Sulfazotrim) CEFALOSPORINA 1ª GERAÇÃO: 70% (Cefalotina) QUINOLONA: 10% (Ciprofloxacina) |
| <i>K. pneumoniae</i> (05 casos) | SULFONAMIDA: 100% (Sulfazotrim) QUINOLONAS: 80% (Ciprofloxacina, Norfloxacina) CEFALOSPORINA 1ª G: 60% (Cefalotina) CEFALOSPORINA 2ª G: 60% (Cefuroxima) PENICILINAS: 40% (Amoxicilina + Ácido clavulânico) QUINOLONA: 40% (Ácido nalidíxico) |
| <i>P. stuartii</i> (01 caso) | QUINOLONAS (Ácido nalidíxico, Ciprofloxacina, Norfloxacina) PENICILINAS (Amoxicilina + Ácido clavulânico) CEFALOSPORINA 1ª G (Cefalotina) CEFALOSPORINA 2ª G (Cefuroxima) CEFALOSPORINA 3ª G (Ceftriaxona) CEFALOSPORINA 4ª G (Cefepima) SULFONAMIDA (Trimetoprima) |
| <i>A. baumannii</i> (01 caso) | CEFALOSPORINA 2ª G Cefuroxima |

Fonte: dados da pesquisa

De acordo com os dados analisados, a *E. coli* apresentou resistência de 80% ao sulfazotrim, de 70% as cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina e cefalotina) e de 10% as quinolonas (ciprofloxacina). Dos 10 casos de *E. coli* resistentes, 04 casos obtiveram remissão na primeira prescrição médica; metade utilizando ciprofloxacina e a outra metade utilizando nitrofurantoína e aztreonam. Dos 06 casos restantes, 03 casos obtiveram remissão na segunda prescrição, 02 casos pelo uso de quinolonas (ciprofloxacina e nitrofurantoína) e 01 caso pelo uso do aztreonam. Os demais 03 casos obtiveram remissão apenas na terceira prescrição medicamentosa. Com o uso do ácido nalidíxico em 02 casos e a nitrofurantoína em 01 caso.

Neste estudo foi possível averiguar que das drogas utilizadas contra o microrganismo *E. coli* mesmo este apresentando resistência a múltiplos fármacos, o uso das quinolonas foi o que mais promoveu remissão da ITU.

No que diz respeito à resistência antimicrobiana apresentada pela *K. pneumoniae* esta foi de 100% ao sulfazotrim, 80% as quinolonas (ciprofloxacina, norfloxacina), 60% as cefalosporinas de 1ª e 2ª geração (cefalotina e cefuroxima), 40% a quinolona (ácido nalidíxico) e as penicilinas (amoxicilina + ácido clavulânico).

Dos 05 casos de *K. pneumoniae* que apresentaram resistência, 01 caso teve cura na primeira prescrição com o uso da amoxicilina + ácido clavulânico; 02 casos obtiveram remissão na segunda prescrição, um caso com uso da gentamicina e o outro com o uso de cefepima; os outros 02 casos apresentaram cura na terceira prescrição com o uso da amicacina. Verifica-se que a remissão nos casos por *K. pneumoniae* foi bem-sucedidos com o uso de aminoglicosídeos.

A presente pesquisa traz um caso de infecção decorrente de *Providencia stuartii*, tal microrganismo se mostrou resistente ao ácido nalidíxico, ciprofloxacina, norfloxacina; a amoxicilina + ácido clavulânico; a cefalotina, cefuroxima, ceftriaxona e cefepima (cefalosporinas de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª geração respectivamente) e a sulfonamida.

4.DISCUSSÃO

Em Brasil (2013, p. 36) observa-se que “nas infecções relacionadas a assistência à saúde, os gêneros e espécies predominantemente [...] são: *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Klebsiella* spp., [...] e *Providencia* spp.” Fica claro que a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* são as espécies que mais ocorrem tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade.

No presente estudo foi notável a presença de quatro tipos de microrganismos patogênicos, porém a bactéria *E. coli*, foi a mais prevalente nos antibiogramas analisados. Souza et al. (2016) trazem que esse microrganismo é residente da microbiota intestinal não sendo nociva. Contudo, alguns subtipos possuem características patogênicas que associadas a condições intrínsecas do indivíduo podem favorecer o desenvolvimento de infecções.

Já a *K. pneumoniae* é uma bactéria gram-negativa, geralmente associada a infecções nosocomiais, porém sua incidência na comunidade tem sido altamente registrada nos últimos tempos. Está associada a indivíduos que se encontram com o sistema imunológico deprimido (ALENCAR et al., 2016).

Outros dois microrganismos encontrados foram a *Providencia stuartii* e a *Acinetobacter baumannii*, com menor prevalência. Tais microrganismos não são comuns nas infecções comunitárias ou em ambiente institucional, o que faz com que seu aparecimento tenha importância epidemiológica considerável, pois são microrganismos com alto potencial de resistência antimicrobiana.

A bactéria *P. stuartii* é uma enterobactéria do tipo bastonete gram-negativo. É geralmente encontrada em pacientes com ITU que fizeram uso de cateter vesical de demora. É um patógeno essencialmente de ambiente hospitalar com potencial de promover complicações nas infecções do trato urinário (MAHROUKI et al., 2014). Contudo, no caso em que se apresentou no presente estudo, a pessoa não havia sido submetida a um cateterismo, o que preocupa em questões de possível disseminação desse patógeno na ILPI.

A *A. baumannii* é uma bactéria gram-negativa, causadora de diferentes tipos de infecções. Sua frequência é comum em pacientes hospitalizados e ocorre pelo fato dela possuir capacidade de se manter viva em materiais inanimados, sendo geralmente transmitida ao indivíduo pelas mãos contaminadas de profissionais ou pelo uso de materiais e instrumentos contaminados (MARTINS; BARTH, 2013).

O modo de combate às ITUs é o uso de antimicrobianos. Tais drogas possuem uma grande diversidade de classes e subclasses. Contudo, devido ao uso muitas vezes indiscriminado, essas drogas têm apresentado um declínio em seu potencial de efetividade no combate a microrganismos (FREITAS et al., 2016). Assim, ocorre a resistência bacteriana em que as bactérias inativam o mecanismo de ação dos antimicrobianos. Essa inativação pode ocorrer por diferentes meios, tais como ação enzimática ou não-enzimática. O potencial de inativação é desenvolvido e, posteriormente, transferido geneticamente na forma de mutações às novas cepas. Por isso, a necessidade em se conhecer o agente etiológico da ITU, para então promover a antibioticoterapia específica, evitando assim o surgimento de microrganismos resistentes (PÓVOA, 2016).

A infecção do trato urinário na pessoa idosa institucionalizada envolve fatores intrínsecos e extrínsecos, assim como sua incidência está relacionada a diversos fatores de risco. No entanto, a prevalência de ITU nesta população, possui outro quesito importante que se refere às situações de sensibilidade e resistência antimicrobiana dos patógenos. Fatores agravantes para tal situação relacionam-se com a dificuldade na precisão do diagnóstico clínico e a demora dos resultados das análises laboratoriais, o que promove a prescrição do tratamento antimicrobiano de maneira empírica sem o manejo adequado. Ou seja, a terapêutica é dada sem controle ou justificativa, não se considera a segurança da pessoa idosa. (GARBACCIO; SILVA; OLIVEIRA, 2013).

Em relação a esse aspecto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), preconiza no guidelines de 2017 sobre “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde” que a prescrição de antimicrobianos para ITU em idosos deve ser indicada apenas para casos sintomáticos, considerando os aspectos peculiares da pessoa idosa em questão (BRASIL, 2017). Ou seja, a prescrição deve estar baseada em urocultura e associada à avaliação clínica.

Nesse sentido, Otani (2015) reforça que mesmo considerando que a resistência bacteriana às drogas ocorra de forma natural, ou seja, acompanha uma ordem evolutiva pré-existente nestes microrganismos, o uso irracional e descontrolado dos antimicrobianos tem sido um dos gatilhos nos casos de resistência e multiresistência antimicrobiana.

Existe uma crescente preocupação da saúde pública mundial com relação ao advento da resistência antimicrobiana. Tal preocupação se dá pelo fato de que muitas drogas já se tornaram praticamente ineficazes no combate a determinados agentes patológicos causadores de ITU (BRASIL, 2017). Vieira e Vieira (2017, p. 209) pontuam que a resistência microbiana está relacionada com: “microrganismos cujo crescimento e multiplicação não se inibem pelas concentrações habitualmente alcançadas no sangue ou tecidos do correspondente antimicrobiano, ou aqueles que apresentam mecanismos de resistência específicos para o agente estudado”.

A resistência da *E. coli* ao sulfazotrim, como apontou esse estudo, é amplamente comentada na literatura, como Otani (2015) e Catto; Azeredo; Weidlich (2016) referem em suas pesquisas, mencionando que em decorrência do uso descontrolado desta droga não só a *E. coli*, mas também outros microrganismos têm apresentado elevada grau de resistência antimicrobiana. Os autores supracitados trazem que o índice de resistência da *E. coli* ao sulfazotrim foi de 54,3%, corroborando com os autores, no presente estudo também foi demonstrado, porém os índices se mostraram maiores e mais preocupantes.

Freitas et al. (2016) mostram em sua pesquisa que a *E. coli* demonstrou resistência significativa a cefalotina e a ciprofloxacina ambas com 60%. O estudo citado condiz com os achados desta pesquisa quanto ao índice de resistência da *E. coli* a cefalotina ser alto.

Estudos realizados por Oliveira et al. (2014) apontam o alto percentual de resistência da *K. pneumoniae* aos diversos antimicrobianos utilizados na rotina de combate as infecções. Os autores afirmam que a resistência encontrada foi de 46,9% ao sulfazotrim, 46,7% a cefalotina, 27,6% ao ácido nalidíxico e 22,3% a nitrofurantoína. Póvoa (2016) também relata, em sua pesquisa, a resistência antimicrobiana relacionado a *K. pneumoniae* quanto ao uso de penicilinas 33,99%, ácido nalidíxico 26,87% e as cefalosporinas de 1ª geração 29%.

A presente pesquisa entra em concordância com os autores supracitados quanto às drogas analisadas, todavia os índices de resistência da *K. pneumoniae* são maiores aos dos autores mencionados. Quanto ao uso do sulfazotrim, o estudo atual mostra-se com um índice muito maior aos das pesquisas referidas.

Mahrouki et al. (2014) relatam em sua pesquisa o alto grau de resistência natural da *P. stuartii* às aminopenicilinas e às cefalosporinas. O que se mostra condizente com a atual pesquisa, visto que o microrganismo apresentou resistência a pelo menos um fármaco de cada geração de cefalosporina, assim

como as penicilinas. Guimarães et al. (2011) também pontuam a capacidade multirresistente da *P. stuartii*, o percentual de resistência encontrado em sua pesquisa foi de 71,4%.

Como já mencionado, a *P. stuartii* é um patógeno oportunista essencialmente de ambiente hospitalar e comprovadamente multirresistente. Na presente pesquisa a remissão da infecção foi possível somente na segunda prescrição médica, com o uso da piperacilina (penicilina de amplo espectro). Outro microrganismo comum em ambiente hospitalar e encontrado na ITU da ILPI foi a *A. baumannii*. Tal patógeno apresentou um caso, com resistência somente a cefuroxima (cefalosporina de 2ª geração).

Estudos realizados por Ricas; Marques; Yamamoto (2013), caracterizam a *A. baumannii* como um microrganismo multirresistente. O percentual de resistência do patógenos encontrado pelas autoras foi de 83,7% a ceftazidima e 82,6% a ceftriaxona e de 81% ao cefepima, o que indica a alta capacidade da *A. baumannii* de resistir às cefalosporinas. Contudo, no presente estudo a resistência encontrada foi somente relacionada a cefalosporina de 2ª geração.

Loureiro et al. (2016), enfatizam em sua pesquisa que a *A. baumannii* apresenta grande capacidade de se adaptar, e assim criar mecanismos que possibilitam um alto grau de resistência a basicamente todos os antimicrobianos utilizados. Neste estudo a infecção pela *A. baumannii* obteve remissão na segunda prescrição médica através do uso da amicacina.

Dentro dessa conjuntura, observa-se que alguns microrganismos mais comuns já apresentam resistência e o que mais considera-se são aqueles que são originariamente de ambientes hospitalares, mesmo em menor número, causando maior preocupação caso se dissemine na Instituição. Vale ressaltar que, nesse caso, os idosos com esses microrganismos não foram anteriormente hospitalizados, o que poderia ser uma explicação para o fato. Assim, é imprescindível a aplicabilidade de medidas de controle de infecção, racionalidade nas prescrições de antimicrobianos - também para reduzir iatrogenias nos idosos - , bem como, o acompanhamento de reinfecções e recidivas para aprimorar a vigilância em saúde local.

5. CONCLUSÃO

Conhecer a sensibilidade e resistência antimicrobiana que ocorre nas ITUs em pessoas idosas institucionalizadas, assim como identificar o perfil dos microrganismos e a terapêutica envolvida, possibilita o direcionamento do cuidado em saúde de maneira objetiva e resolutiva.

A resistência antimicrobiana é muitas vezes inerente ao patógeno. Contudo, alguns mecanismos se desenvolvem pelo uso incorreto e indiscriminado de antimicrobianos; sendo assim, fica evidente a necessidade de maior controle nas prescrições e no uso dos antimicrobianos, visto que muitos casos de ITU são tratados de maneira empírica, o que favorece o aparecimento de microrganismos altamente resistentes.

No presente estudo foi possível observar a prevalência majoritária do microrganismo *Escherichia coli*, seguido pela *Klebsiella pneumoniae*. Ressalta-se a presença de dois microrganismos predominantemente de ambiente hospitalar, a *Providencia stuartii* e a *Acinetobacter baumannii*, microrganismos estes que possuem alto grau de resistência antimicrobiana.

Em síntese, o estudo embasa a necessidade de criação de um protocolo voltado ao uso de antimicrobianos na ILPI, visando o uso consciente, racional e resolutivo de tais drogas, bem como, desenvolvimento de ações de educação permanente com toda a equipe de saúde de forma a estabelecer o controle das prescrições, assim como o gerenciamento de casos de forma interdisciplinar.

AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Santa Cruz pelo apoio financeiro ao Projeto “Avaliação do impacto de intervenção educacional na prevalência de infecção do trato urinário em idosos institucionalizados”, cadastro: 00220.1600.1565.

REFERÊNCIAS

- [1] Alencar, M. P. I. et al. *Klebsiella pneumoniae*: uma revisão bibliográfica. Mostra Científica em Biomedicina. Unicatólica. 2016, v. 1, n. 1.
- [2] Araújo, R. A. de. Estudo dos factores de risco associados a infecções do tracto urinário em idosos institucionalizados. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade da Beira Interior. Faculdade das Ciências da Saúde Covilhã, 2011.
- [3] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.
- [4] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Brasília, Anvisa, 2017.
- [5] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 6: detecção e identificação de bactérias de importância médica. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013.
- [6] Corrêa, E. F; Montalvão, E. R. Infecção do trato urinário em geriatria. Estudos, Goiânia. 2010, v. 37, n. 7/8, p. 625-635.
- [7] Catto, A. J. A; Azeredo, A. M; L, Weidlich, L. Prevalência e perfil de resistência de *Escherichia coli* em uroculturas positivas no município de Triunfo/RS. Revista da AMRIGS, Porto Alegre. 2016, v. 60, n. 1.
- [8] Freitas, B. V. L. et al. Prevalência e perfil de susceptibilidade a antimicrobianos de uropatógenos em pacientes atendidos no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP. RBAC. 2016, v. 4, n. 4. p. 375-80.
- [9] Garbaccio, J. L; Silva, A. G; Oliveira, A. C. Uso de antimicrobianos em instituições de longa permanência para idosos: revisão de literatura. Rev enferm UFPE online. Recife, 7(esp), p. 4235-42, maio, 2013.
- [10] Guimarães, A. C et al. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré-SP, Brasil. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília. 2011, v. 64, n. 5, p. 864-869.
- [11] Loureiro, R. L et al. uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução. Revista portuguesa de saúde pública. 2016, v. 34, n. 1, p. 77-84.
- [12] Mahroukia, S et al. First characterization of a *Providencia stuartii* clinical isolate from a Tunisian intensive care unit coproducing VEB-1-a, OXA-2, *qnrA6* and *aac(6)-Ib-cr* determinants. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2014, v. 18, n. 2, p. 211-214.
- [13] Martins, A. F; Barth, A. L. *Acinetobacter* multirresistente – um desafio para a saúde pública. Scientia Medica - Porto Alegre. 2013, v. 23, n. 1, p. 56-62.
- [14] Melo, L. S et al. Infecção do trato urinário: uma coorte de idosos com incontinência urinária. Rev Bras Enferm. 2017, v. 70, n. 4, p. 873-80.
- [15] Oliveira, A. C et al. Desafios e perspectivas para a contenção da resistência bacteriana na óptica dos profissionais de saúde. Rev. Eletr. Enf. 2013, v. 15, n. 3, p. 747-754.
- [16] Oliveira, R. W et al. Importância da Enfermagem na Antibioticoterapia do paciente portador de infecções por Bactérias Multirresistentes: uma revisão integrativa. International Nursing Congress. May, 2017.
- [17] Oliveira, A. L. D et al. Mecanismos de resistência bacteriana a antibióticos na infecção urinária. UNINGÁ Review. 2014, v. 20, n. 3, p. 65-71.
- [18] Otani, K. S. Infecção urinária: etiologia e perfil de sensibilidade antimicrobiana em pacientes hospitalizados. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2015.
- [19] Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2015.
- [20] Pinto, S. P. L. C; Simson, O. R. M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2012. v. 15. n. 1. p. 169-174.
- [21] Póvoa, C. P. Perfil de resistência das bactérias gram-negativas comumente associadas às infecções do trato urinário em idosos em Goiânia – GO, no período de 2011 - 2015. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa Coordenação de Pós-Graduação Stricto Sensu Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia, 2016.
- [22] Resende, J. A. Infecções do trato urinário de origem hospitalar e comunitária: revisão dos principais microrganismos causadores e perfil de susceptibilidade. Revista Científica Fagoc Saúde – v. 1 – 2016.
- [23] Ricas, R. V; Marques, T. C; Yamamoto, A. C. A. Perfil de resistência de *Acinetobacter baumannii* a antimicrobianos em um hospital universitário de Cuiabá-MT. Infarma ciências farmacêuticas. 2013, v. 25, n. 4. p. 178-181.

- [24] Silva, A. G; Barbaccio, J. L. Registro do uso de antimicrobianos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2016, v. 19, n. 2, p. 325-334.
- [25] Souza, C. O. et al. *Escherichia coli* enteropatogênica: uma categoria diarreio gênica versátil.
- [26] Rev Pan-Amaz Saúde 2016, v. 7, n. 2, p. 79-91.
- [27] Vieira, P. N; Vieira, S. L. V. Uso irracional e resistência a antimicrobianos em hospitais. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, 2017, v. 21, n. 3, p. 209-212.

Capítulo 10

Avaliação da eficácia terapêutica farmacológica e não farmacológica em idosos com Has do CCI em João Pessoa-PB

Gabriel Fernandes de Sousa

Karolinny Donato Pinto de Oliveira

Maria das Graças da Silva

Mazureyk Nascimento Araújo

Noeme Coutinho Fernandes

Resumo: O estudo objetivou avaliar, em idosos participantes de um Centro de Convivência de Idosos (CCI) no município de João Pessoa-PB, a eficácia terapêutica farmacológica e não farmacológica para hipertensão arterial sistêmica (HAS). Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, segundo os procedimentos de coleta. A amostra foi composta por 19 idosos. A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário para avaliação da prevalência da HAS e levantamento dos medicamentos utilizados pelos idosos e na aferição da pressão arterial. Observou-se que 14 idosos (73,7%) possuíam HAS e 05 (26,3%) não possuíam. Todos possuíam pressão sistólica inferior a 140 mmHg e pressão diastólica inferior a 90 mmHg. Todos os idosos hipertensos faziam uso de alguma medicação anti-hipertensiva, sendo que 08 (57,1%) eram tratados em monoterapia e 06 (42,9%) faziam associação de dois fármacos. Notou-se que 18 idosos (94,7%) praticavam atividade física regularmente e que apenas 01 não praticava (5,3%), sendo que, dentre os hipertensos, todos praticavam atividades físicas regularmente. Há uma alta prevalência de hipertensão arterial nesses idosos, em contrapartida, todos os acometidos por HAS possuem níveis pressóricos controlados. Foi observado que todos têm utilizado ao menos um anti-hipertensivo e realizam regularmente exercícios físicos. Pôde-se concluir que a realização da terapia medicamentosa e não medicamentosa associada é importante para a obtenção de um controle eficaz da doença e evitar possíveis complicações. O CCI teve impacto positivo no controle dessa patologia nos idosos, contribuindo para a melhora da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Hipertensão arterial, Atividade física, Saúde do idoso.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial. A população brasileira atual possui mais de 201 milhões de pessoas, sendo que 12,6% têm 60 anos ou mais. Há tendência à inversão no modelo de crescimento populacional, com aumento progressivo dos idosos e redução relativa dos jovens (IBGE, 2013). O envelhecimento é considerado um processo dinâmico e progressivo que causa diversas alterações no organismo, sejam elas de ordem morfológica, psicológica, funcional ou biológica, levando à diminuição da capacidade funcional e ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais prevalente. A HAS é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica (BRASIL, 2006). A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais (MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

A HAS é apontada como fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares na sociedade atual, tais como morte súbita, edema agudo de pulmão, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), explicando 54% das mortes por acidente vascular encefálico e 47% daquelas por doença isquêmica do coração. (SANTOS; MOREIRA, 2012). Dessa forma, o objetivo primordial de tratar essa patologia é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular da pessoa hipertensa. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006). Infelizmente, grande parte das pessoas que conhecem seu diagnóstico de HAS apresenta baixa aderência ao tratamento, ou é tratada com terapêutica inadequada, e essas situações levam ao baixo controle dos níveis pressóricos mesmo por parte da população ciente de sua condição clínica (ZATTAR; BOING; GIEHL; D'ORSI, 2013).

Diante disso, ações que busquem analisar os níveis pressóricos e a efetividade da terapia pré-estabelecida, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos, devem ser estimuladas e desenvolvidas, justificando, dessa forma, a necessidade deste estudo. Logo, tendo em vista a magnitude dessa problemática e o desejo de contribuir com o aperfeiçoamento do cuidado ao idoso, o presente estudo objetivou avaliar, em idosos participantes de um Centro de Convivência de Idosos (CCI) no município de João Pessoa-PB, a eficácia terapêutica farmacológica e não farmacológica para HAS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, segundo os procedimentos de coleta. A amostra foi composta por 19 idosos do gênero feminino. A coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário para avaliação da prevalência da HAS e levantamento dos medicamentos utilizados pelos idosos e na aferição da pressão arterial. Para a caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva expressa em valores médios e desvio padrão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

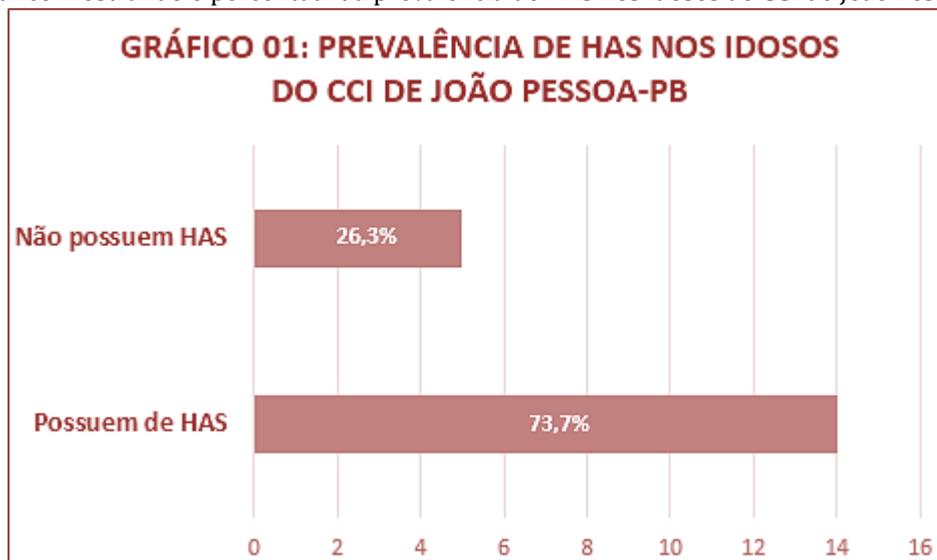
O avanço da idade tem mobilizado os idosos a explorarem outros campos de desejos, anseios e projetos, além de compartilharem suas experiências e saberes. Diante disso, tem crescido, nos últimos anos, o número centros de convivência da terceira idade, que promovem a redefinição de valores, atitudes e comportamentos dos idosos. De maneira geral, os centros de convivência são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável. Os idosos buscam, nesses centros, melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos, por exemplo (WICHMANN et al., 2013).

O CCI de João Pessoa-PB é um centro de cuidados ao idoso que fornece atividades que culminam tanto no seu bem-estar geral quanto em promoção de saúde de impacto orgânico e mental. As atividades são realizadas semanalmente e podem-se destacar os momentos dedicados para a realização de atividade física, além de palestras educativas em saúde que proporcionam uma autoavaliação e que estimulam o autocuidado. Foi elaborado um questionário com perguntas referentes à saúde em âmbito geral e aplicado para os idosos participantes desse centro. Um dos pontos abordados no questionário foi acerca da hipertensão arterial, indagando-se se eram hipertensos, se sim, qual a farmacoterapia utilizada para tratá-

la e se eram realizadas atividades físicas regularmente. Também foi aferida a pressão arterial desses idosos.

Após a análise dos dados coletados, observou-se que, dentre os 19 idosos participantes, 14 deles (73,7%) possuíam HAS e 05 (26,3%) não possuíam, como mostra a Figura 01. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos (BRASIL, 2006).

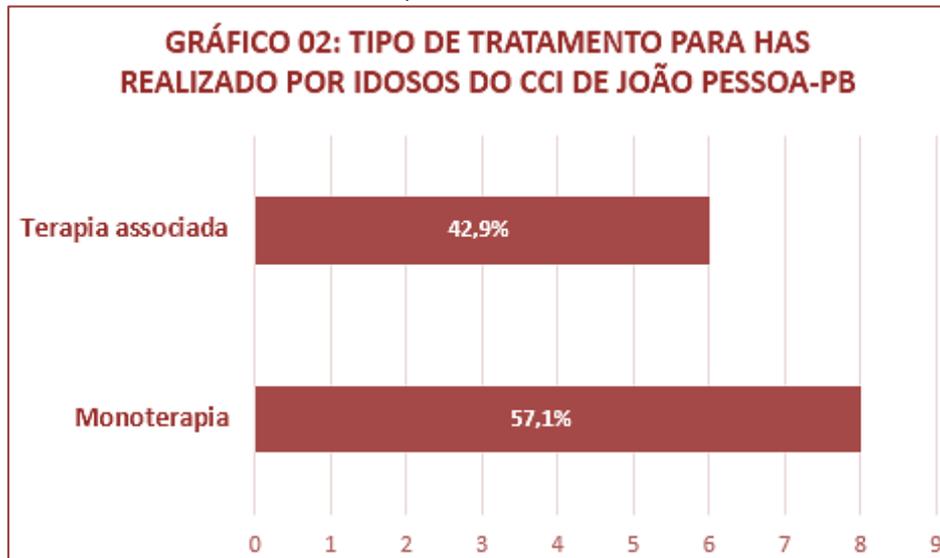
Figura 01. Gráfico mostrando o percentual da prevalência de HAS nos idosos do CCI de João Pessoa-PB.



Ademais, também foi observado que todos os idosos possuíam pressão arterial sistólica inferior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica inferior a 90 mmHg. O objetivo do tratamento da pessoa com HAS é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010). Esse objetivo é a redução gradual da PA para valores abaixo de 140/90mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011).

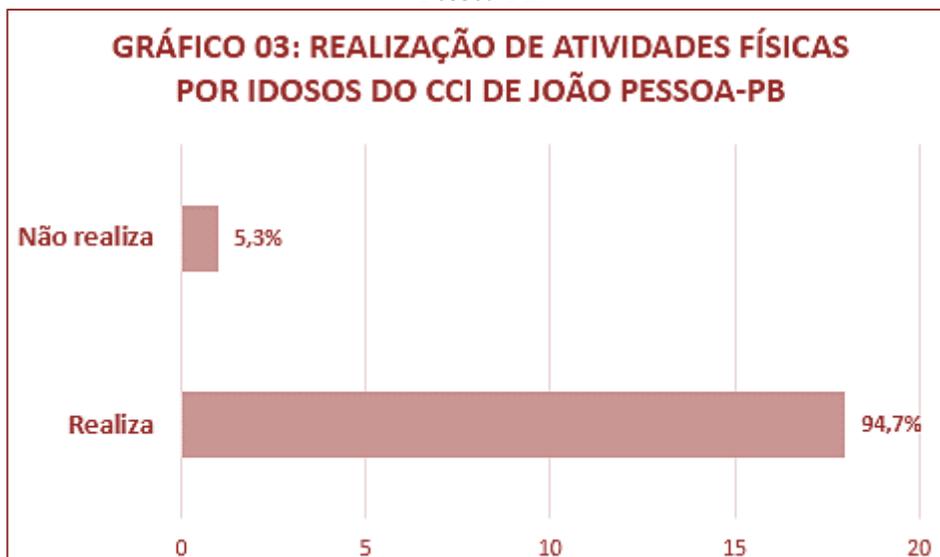
Em relação à terapia farmacológica, notou-se que todos os idosos hipertensos faziam uso de alguma medicação anti-hipertensiva. Dos 14 acometidos, 08 (57,1%) eram tratados em monoterapia e os outros 06 (42,9%) faziam uso de terapia com associação de dois fármacos, conforme está expresso na Figura 02. O tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010). As evidências provenientes de estudos de desfechos relevantes, com duração relativamente de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Figura 02. Gráfico mostrando o percentual do tipo de tratamento para HAS utilizado pelos idosos do CCI de João Pessoa-PB.



Também foi notado que 18 idosos (94,7%) praticavam atividade física regularmente e que apenas 01 não praticava (5,3%), como demonstra a Figura 03, sendo que, dentre os hipertensos, todos praticavam atividades físicas regularmente. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (FANG; WYLIE-ROSETT; ALDERMAN, 2005). De forma similar, a prática de atividades físicas regulares associa-se à redução dos níveis pressóricos (WHELTON; CHIN; XIN; HE, 2002).

Figura 03. Gráfico mostrando o percentual de realização de atividades físicas pelos idosos do CCI de João Pessoa-PB.



O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica. (KITHAS; SUPIANO, 2010).

Logo, a partir dos dados apresentados, observou-se que esses idosos possuíam níveis pressóricos controlados e que, juntamente com a utilização da terapia medicamentosa, a prática de exercícios físicos regulares têm contribuído para esse controle e, dessa forma, pode-se verificar que o CCI tem auxiliado nesse controle, visto que esse disponibiliza de atividades, dinâmicas, palestras e rodas de conversa que abordam temas relevantes para a saúde da população idosa, como é o caso da HAS, e estimulam o autocuidado, além de proporcionar momentos dedicados para a realização de atividades físicas. Portanto, isso tem impactado positivamente na evolução da doença, na prevenção de complicações e na melhora da qualidade de vida.

4. CONCLUSÕES

Pôde-se concluir que há uma alta prevalência de hipertensão arterial nos idosos participantes do CCI de João Pessoa-PB. Em contrapartida, todos os acometidos por HAS possuem níveis pressóricos controlados. Foi observado que todos têm utilizado ao menos um anti-hipertensivo e realizam regularmente exercícios físicos, destacando a importância da realização da terapia medicamentosa e não medicamentosa associada para se obter um controle eficaz da doença e evitar possíveis complicações. Notou-se também que o CCI teve impacto positivo no controle dessa patologia nos idosos, visto que esse centro tem disponibilizado atividades voltadas à promoção à saúde e que estimulam o autocuidado, contribuindo para a melhora da qualidade de vida nessa população.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília, 2006.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [3] Fang, J.; Wylie-Rosett, J.; Alderman, M. H. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow-up study, 1971-1992. *American Journal of Hypertension*, New York, v. 18, n. 6, p. 751-758, 2005.
- [4] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- [5] Kithas, P. A.; Supiano, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. *Vasc Health Risk Manag.*, v. 6, n. 9, p. 561-569, 2010.
- [6] Mendes, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comun.*, v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- [7] SANTOS, J. C.; Moreira, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012.
- [8] Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, 2011.
- [9] Whelton, S. P.; Chin, A.; Xin, X.; He, J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann. Intern. Med.*, v. 136, n. 7, p. 493-503, 2002.
- [10] Wichmann, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.
- [11] Zattar, L. C.; Boing, A. F.; Giehl, M. W. C.; D'orsi, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 507-521, 2013.

Capítulo 11

Acupuntura: uma importante ferramenta no tratamento da ansiedade

Andressa Mendonça Turci

Andréia Affonso Barreto Montandon

Lígia Antunes Pereira Pinelli

Laiza Maria Grassi Fais

Aline Mendonça Turci

Resumo: O tratamento por meio da Acupuntura constitui no reestabelecimento da saúde, ou seja, do equilíbrio energético, sendo caracterizado como um processo contínuo e gradual que pode estar relacionado à influência de condições externas e internas e ser exacerbado durante a fase de envelhecimento em função de suas limitações e fatores psicossociais envolvidos. Neste capítulo, os autores descrevem brevemente as características relacionadas a ansiedade para a medicina ocidental, para posteriormente apresentarem a visão da Medicina Tradicional Chinesa, relatando os benefícios da utilização da Acupuntura no tratamento da ansiedade crônica de um paciente idoso.

Palavras-chave: Idoso; Ansiedade; Acupuntura; qualidade de vida

1. ANSIEDADE

Ansiedade e medo são consideradas experiências normais que podem ser vivenciadas no dia a dia como resposta do corpo que se prepara para reagir diante de situações de ameaça e perigo (Saraiva et al, 2015). Freud definiu a ansiedade como “algo sentido”, um estado emocional com sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo e preocupação acompanhados de excitação fisiológica (Spielberger, 2010). Entretanto, quando sua intensidade é desproporcional ao estímulo que a provoca, ou seja, quando surge como uma resposta inadequada, devido a sua intensidade ou duração perante o evento desencadeador, passa a exercer influência negativa sobre a vida do indivíduo (Silva, 2010).

Abrangendo diferentes condições clínicas, os distúrbios de ansiedade (transtorno da ansiedade generalizada, síndrome do pânico, fobias, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático), acometiam aproximadamente 3,6% da população mundial em 2015, com destaque para o Brasil como o detentor do maior número de casos de ansiedade no mundo com 9,3% da população (OMS, 2017), indicando a necessidade de maior atenção para o diagnóstico e tratamento da população brasileira.

2. ANSIEDADE NO ENVELHECIMENTO

A ansiedade, ou transtorno de ansiedade, é considerada um dos problemas mentais mais comum em idosos devido a gama de sentimentos de deficiências e inabilidades frequentes nesta etapa da vida. Caracteriza-se por um estado de preocupação e expectativas de perdas (Lasher e Faulkender, 1993) que além de relacionados ao processo biológico do envelhecimento, envolvem as limitações vivenciadas e a uma visão catastrófica de que algo perigoso e ameaçador pode acontecer (Skinner & Vaughan, 1985).

Reduções da autoconfiança, atividade e movimento, perda de amigos, comprometimento da independência financeira e física além da presença de doenças crônicas fazem com que os idosos estejam mais expostos à ansiedade (Lee et al, 2016). Diferentes fatores, tais como raça, sexo, condição socioeconômica, estado civil, estado de saúde, idade, escolaridade, traço da personalidade, cultura, educação e conhecimento quanto ao processo de envelhecimento já foram identificados na literatura como preditores da presença de ansiedade durante o envelhecimento (Harris, Dollinger, 2003; Lynch, 2000). Ademais, a atitude do profissional da área de saúde e interações pessoais com os idosos podem ser influenciar a ansiedade no envelhecimento. (Lasher, Faulkender, 1993).

Sabe-se que fatores sociodemográficos como a idade avançada e de saúde como doenças crônicas, evidenciando os transtornos de ansiedade tendem ser condições de predileção para a utilização de medicinas complementares, tais como a acupuntura (Halpin et al, 2014).

3. RELATO DO CASO E ABORDAGEM PELA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

Na Medicina Tradicional Chinesa não existe separação entre mente, corpo e espírito, portanto, não existem classificações de doenças ou distúrbios exclusivamente psicológicos ou psiquiátricos, como ocorre no ocidente. Desta forma, os transtornos de ansiedade resultam de uma desarmonia em um dos cinco principais órgãos do corpo (na perspectiva chinesa: coração, baço-pâncreas, pulmão, rins e fígado) que por conseguinte ocasionará um desequilíbrio nos aspectos mentais e espirituais desses órgãos, denominados, respectivamente, shen, hun, po, yi e zhi (Silva, 2010).

De acordo com Campliglia (2004) é mais marcadamente considerada um distúrbio do shen, que significa espírito, ressaltando-se que, para os chineses, o espírito reside no coração. Esse espírito não fica preso no coração, mas circula por todo o corpo, garantindo a vitalidade e a consciência, regulando o humor e a sensação de bem-estar no mundo, logo corresponde à uma desarmonia no espírito (Silva, 2010).

A Acupuntura consiste de filosofia da Medicina Tradicional Chinesa, que tem por objetivo o reestabelecimento da saúde, ou seja, do equilíbrio, caracterizado como um processo contínuo e gradual e por estar relacionado à influência de condições externas e internas. Atua nos três diferentes níveis do sistema nervoso central – SNC, a saber, o tronco encefálico, estruturas supras segmentares e medula espinal por meio de arcos-reflexo simples e complexos, bem como de projeções encefálicas dos potenciais de ação gerados pela inserção de agulha no nível do ponto de acupuntura (Tabosa, 2015).

É denominada acupuntura sistêmica quando o tratamento é realizado por meio da inserção de agulhas em pontos específicos distribuídos pelo corpo, denominados acupontos, com o intuito de corrigir desequilíbrios no fluxo de energia (qi) através dos meridianos, também conhecidos como canais de

energia (Hempel et al, 2014) e de acupuntura auricular ou auriculoterapia quando o tratamento baseia-se na utilização de pontos e reflexos específicos localizados na orelha e que constituem um microsistema (Gori e Firenzuoli, 2017).

A auriculoterapia, teve suas origens no Ocidente e foi descrita na França em 1957, quando Paul Nogier apresentou resultados referentes às correspondências somatotópicas da orelha (Gori e Firenzuoli, 2017). Por meio da observação de que o pavilhão auricular se assemelha a um feto em posição de parto, pontos correspondentes aos órgãos, sistemas e vísceras passaram a ser utilizados para obtenção de resultados terapêuticos (Enomoto, 2015).

Posteriormente, esse microsistema difundiu-se China onde foi extensamente pesquisado pelo exército de Nanjung (Gori e Firenzuoli, 2017). Surgiram assim, pontos com localizações distintas mapeados no que denominamos pranchas francesa (auriculoterapia) e chinesa (acupuntura auricular), as quais são utilizadas, respectivamente, para tratamento de disfunções em pontos reflexos ou pontos energéticos. Ambas tem sido proposta com sucesso no tratamento da ansiedade geral (Pilkington al., 2007), pré-operatória (Wang, Zain, 2001) e prévia ao tratamento odontológico (Michalek-Sauberer et al., 2012).

Destaca-se a seguir um caso clínico de um paciente idoso com queixa de ansiedade e sua abordagem e tratamento segundo a acupuntura auricular, filosofia e metodologia da Medicina Tradicional Chinesa.

O paciente 64 anos, gênero masculino, casado, sem perdas cognitivas ou funcionais, procurou atendimento na clínica de Acupuntura Auricular da Universidade de Araraquara, Uniara, do Curso de Especialização em Acupuntura, com queixa principal de ansiedade. Durante anamnese realizada na primeira consulta, além do relato da queixa principal, o paciente informou ter sido submetido anteriormente a tratamento devido a um aumento de próstata (antecedente patológico). Ainda em relação à face, destacou-se o aspecto avermelhado da mesma, fator este que associado à fala acelerada, gaguejamento e agitação reforçaram a queixa de ansiedade relatada pelo paciente.

A inspeção visual da orelha revelou coloração avermelhada com presença de vasos distribuídos em todas as áreas anatômicas, descamação na região da concha, correspondente ao trajeto dos órgãos internos (Prancha Chinesa) e aspectos hipocrômicos nos pontos relacionados a Uretra, Rim, Pâncreas, Vesícula Biliar, Ponto Zero, Estômago, Pulmão e Sistema Límbico.

Na sequência, foi realizada a avaliação dos cinco elementos que pode ser observada na tabela 1, na qual foi analisado:

Sentidos: uso de óculos, fala acelerada, paladar e olfato aguçados, audição deficiente;

Nutrição: pele avermelhada, ausência de alterações relacionadas aos tendões, vasos, músculos e ossos;

Manifestação: face avermelhada, lábios embranquecidos e ressecados, ausência de alterações relacionadas às unhas, aos pêlos e cabelos;

Líquidos: lacrimejamento dos olhos e sudorese, salivação normal e nenhum relato relacionado ao muco. Apesar do relato de antecedente patológico relacionado ao sistema reprodutor e excretor, descreveu que sua urina apresentava cor, volume e frequência normais;

Temperamentos: quando questionado sobre as emoções mais vivenciadas nas últimas semanas, o paciente destacou a alegria e a preocupação;

Sabores: relatou preferência por alimentos amargos, sem contudo, ser um desejo “louco” e a não gostar de alimentos picantes;

Sons: nenhum dos itens questionados foi destacado pelo paciente;

Fatores climáticos: afirmou se adaptar a qualquer fator climático sem apresentar alguma preferência ou aversão;

Estações: apesar dos resultados do item anterior, relatou não gostar do verão e preferir o período de interestação e outono.

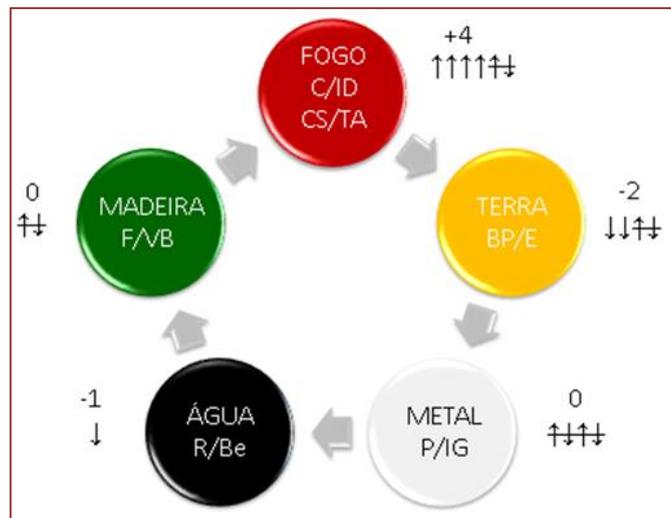
Alimentos (Cereais e carne): nenhuma informação digna de nota foi obtida. O paciente relatou que precisava prestar mais atenção na sua alimentação para fornecer a resposta a estes itens.

Tabela 1 – Resultados referentes à avaliação de elementos para diagnóstico pelo pentagrama

| ELEMENTOS MERID. YIN MERID. YANG | MADEIRA F VB | FOGO C-CS ID-TA | TERRA BP E | METAL P IG | ÁGUA R B |
|--|--------------------|-----------------------|------------------|------------------|----------------|
| Sentidos | visão ↓ | fala ↑ | paladar ↑ | olfato ↑ | audição ↓ |
| Nutrição | tendão | vasos | músculos | pele ↑ | ossos |
| Manifestação | unhas | face ↑ | lábios ↓ | pêlos | cabelos |
| Líquidos | lágrimas ↑ | suor ↑ | saliva | muco | urina |
| Temperamentos | raiva | alegria ↓ | preocupação ↓ | tristeza | medo |
| Sabores | azedo | amargo ↑ | doce | picante ↓ | salgado |
| Sons | grito | riso | canto | choro | gemido |
| Fat. Climático | vento | calor | umidade | seco | frio |
| Estações | primavera | verão ↑ | inter ↓ | outono ↓ | inverno |
| Cereais | trigo | milho | centeio | arroz | feijão |
| Carnes | frango | carneiro | vaca | peixe | porco |

Desta forma, após a distribuição dos resultados no pentagrama (Imagem 1), verificou-se excesso no Coração/Intestino Delgado (Fogo), deficiência no Baço- Pâncreas/Estômago (Terra) e Rim/Bexiga (Água) e equilíbrio em Pulmão/Intestino Grosso (Metal) e Fígado/Vesícula Biliar (Madeira).

Figura 1 - - Resultados referentes à avaliação dos cinco elementos pelo pentagrama



Após distribuição dos resultados e avaliação pelo pentagrama, iniciou-se a seleção dos pontos para tratamento por meio da acupuntura auricular/auriculoterapia.

- **Coração:** para retomar o equilíbrio, pacificando o fogo e controlando o espírito (Shen), possui efeito ansiolítico. Utilizou-se agulha semipermanente de 1mm;
- **Rim:** devido à insuficiência no elemento água, utilizou-se ponto ouro visando tonificação;
- **Fígado:** apesar de o meridiano Madeira estar em equilíbrio e o paciente não relatar patologias relacionadas, utilizou-se agulha semipermanente de 1mm para manutenção do equilíbrio e; também por seu potencial para tratar a irritabilidade e fatores hormonais;
- **Baço:** para fortalecer a energia do baço-pâncreas; também utilizado para controlar o excesso de pensamentos. Utilizou-se agulha semipermanente de 1mm para retomar o equilíbrio, uma vez que o elemento Terra encontrava-se em deficiência;

- **Pâncreas:** utilizou-se agulha semipermanente de 1mm para retomar o equilíbrio, uma vez que o elemento Terra encontrava-se em deficiência;
- **Shen Men:** ponto de ação geral somático e psicofisiológico ansiolítico sedativo e analgésico utilizado para tranquilizar a mente, aliviar estresse e ansiedade. Predispõe o córtex cerebral para receber os outros estímulos. Aplicou-se agulha semipermanente de 1mm;
- **Sistema Límbico:** para controle das emoções. Utilizou-se agulha semipermanente de 1mm;
- **Subcórtex:** para tratamento da ansiedade e insônia visto que influencia a atividade do SNC e regula o sistema neurovegetativo, garantindo o equilíbrio e nutrição do organismo. Utilizou-se agulha semipermanente de 1mm;
- **Cadeia da ansiedade:** relaciona-se com regulação metabólica, felicidade e alegria. Utilizou-se agulha akabane de 9mm;
- **Apong em VC17:** utilizado como auxiliar à auriculoterapia para tratamento de transtornos emocionais e angústia.

Segundo a avaliação do pentagrama e os pontos descritos acima, foram realizadas sete sessões de acupuntura auricular, com inclusão de outros pontos (Vício/Boca) segundo a evolução e mudanças das necessidades do paciente.

A descrição dos atendimentos, diagnóstico, evolução e tratamento são apresentados na Tabela 2. A reavaliação dos elementos para diagnóstico por meio do pentagrama foi realizada na sexta sessão, no dia 15/08/2015. Os resultados referentes aos elementos e análise energética do pentagrama são apresentados na Tabela 3 e imagem 2. O imagem 3 mostra as comparações referentes às distribuições energéticas referentes à primeira e à segunda avaliações.

Figura 2- Resultados referentes à avaliação dos cinco elementos pelo pentagrama

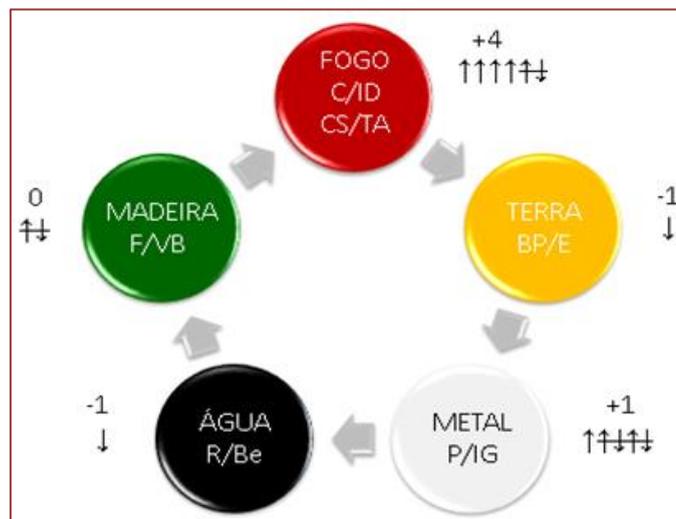


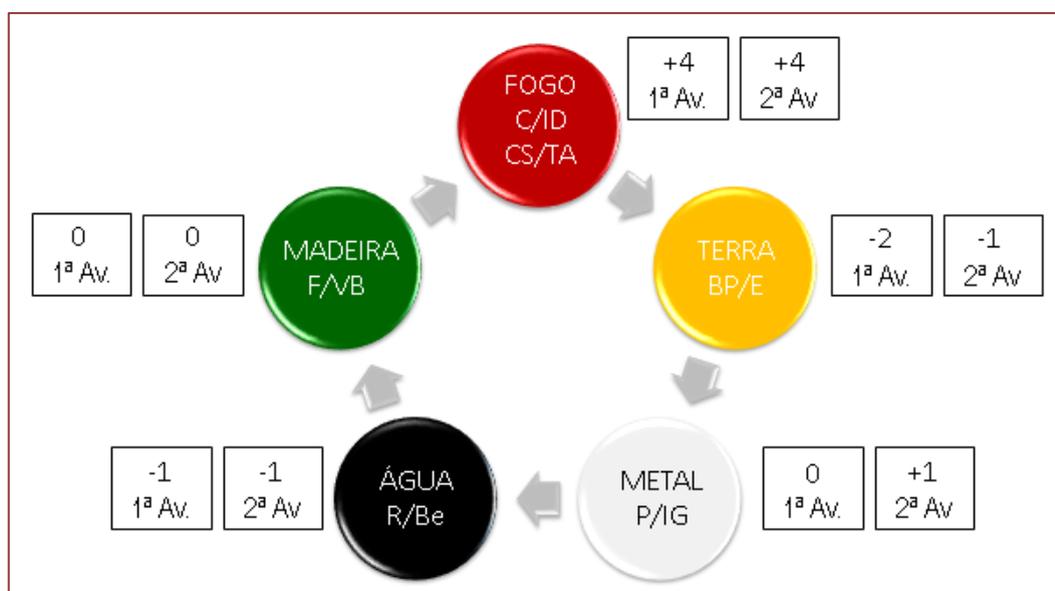
Tabela 2 – Descrição dos atendimentos, evolução e tratamento em cada sessão

| Sessão | Diagnóstico/Evolução | Tratamento |
|--------|--|--|
| 1ª | Ansiedade e agitação | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade Apong em VC17 |
| 2ª | Melhora da ansiedade; paciente relatou sentir-se melhor, mais tranquilo. Face menos avermelhada | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade Apong em VC17 |
| 3ª | Ansiedade | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade |
| 4ª | Melhora da ansiedade; paciente relatou bem estar e motivação. Começou a fazer caminhadas, mudou atitudes no trabalho, desde vestuário até o fato de ouvir mais e falar menos. Relatou desejo de não ingerir bebidas alcoólicas durante a semana | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade Apong em VC17 Akabane 9mm: Vício/Boca (devido ao desejo de para de beber) |
| 5ª | Relatou melhora da ansiedade | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade Apong em VC17 Akabane 9mm: Vício/Boca |
| 6ª | Reavaliação (Quadro 2). Apesar de o paciente relatar melhora do quadro de ansiedade, demonstrou aumento da preocupação com os pais, principalmente devido à queda da mãe e a iminência de uma cirurgia do fêmur da mesma. Novamente disse estar mais ouvindo do que falando e que havia conseguido deixar o hábito de beber durante a semana. | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Apong em VC17 Akabane 9mm: Tríade da ansiedade |
| 7ª | Apesar de o paciente relatar melhora do quadro de ansiedade, demonstrou preocupação com mãe (realização da cirurgia do fêmur). Relatou os problemas relacionados à adaptação da mãe pós-cirurgia. Notou-se, apesar do paciente não expressar explicitamente a falta de ajuda por parte dos irmãos. <i>A região da orelha correspondente ao ponto da neurastenia (nervoso) apresentava-se avermelhada (alteração aguda) e com sensibilidade à detecção elétrica</i> | Tonificação (ponto ouro): R. Equilíbrio (agulha 1,5mm): C, BP, F, Shen Men, Subórtex e S. Límbico. Akabane 9mm: Tríade da ansiedade Apong em VC17 Apong em C7: ponto Shen Men, para tratamento das patologias do coração e para acalmar o paciente. Equilíbrio (agulha 1,5mm): neurastenia |

Tabela 3 – Resultados referentes à reavaliação de elementos para posterior análise do pentagrama

| ELEMENTOS MERID. YIN MERID. YANG | MADEIRA F VB | FOGO C-CS ID-TA | TERRA BP E | METAL P IG | ÁGUA R B |
|--|--------------------|-----------------------|------------------|------------------|----------------|
| Sentidos | visão ↓ | fala | paladar | olfato ↑ | audição ↓ |
| Nutrição | tendão | vasos | músculos | pele | ossos |
| Manifestação | unhas | face ↑ | lábios | pêlos | cabelos |
| Líquidos | lágrimas ↑ | suor | saliva | muco ↓ | urina |
| Temperamentos | raiva | alegria | preocupação ↓ | tristeza | medo |
| Sabores | azedo | amargo ↑ | doce | picante ↓ | salgado |
| Sons | grito | riso ↑ | canto | choro | gemido |
| Fat. Climático | vento | calor ↑ | umidade | seco ↑ | frio |
| Estações | primavera | verão ↓ | inter | outono | inverno |
| Cereais | trigo | milho | centeio | arroz ↑ | feijão |
| Carnes | frango | carneiro ↑ | vaca | peixe | porco |

Figura 3 - Resultados referentes à comparação entre a primeira e segunda avaliação dos 5 elementos pelo pentagrama



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sugere-se que para determinar o melhor tratamento é imprescindível a tomada de decisão mediante o olhar individual para o paciente (Goyotá et al, 2016), de acordo com esta perspectiva, a abordagem pela medicina oriental deve ser realizada seguindo a avaliação dos cinco elementos. Com base nas avaliações e evoluções do tratamento por meio de acupuntura auricular do paciente, confirmou-se o diagnóstico e necessidade de tratamento de um quadro de ansiedade e agitação.

Sabe-se que a ansiedade está presente na vida de todas as pessoas, sendo considerada um evento natural, visto que prepara o organismo para uma situação nova e compreendida como perigosa. Entretanto, quando sua intensidade é desproporcional ao estímulo que a provoca, ou seja, quando surge como uma resposta inadequada, devido a sua intensidade ou duração perante um determinado estímulo, passa a exercer influência negativa sobre a vida do indivíduo (Silva, 2010).

Para a OMS (2002) a acupuntura é indicada para o tratamento da ansiedade com eficácia superior a medicação convencional por ser considerada segura, não tóxica, não leva a dependência e suas contraindicações são quase inexistentes. Além disso, há evidências que mostram efeitos positivos para o tratamento da ansiedade (Goyotá et al, 2016).

Segundo a medicina ocidental, a ansiedade caracteriza-se por um estado subjetivo desagradável de inquietação, tensão e apreensão, sendo estudada pelas áreas de Psicologia, Psicanálise e Medicina. Embora a terminologia ansiedade não seja encontrada na literatura da medicina tradicional chinesa (MTC), os

sintomas descritos são amplamente estudados (Silva, 2010). Tal patologia é considerada, segundo a MTC, uma desarmonia entre corpo, mente e espírito uma vez que a ausência de harmonia com as forças primordiais da natureza (yin e yang) será traduzida como desequilíbrio e doença (Campiglia, 2004; Vectore, 2005; Silva, 2007).

Enquanto a medicina ocidental dissocia os sintomas da ansiedade em somáticos imediatos (boca seca, suor, respiração curta, sensações de tensão muscular, latejo na cabeça, pulso rápido e aumento de pressão sanguínea), somáticos mediatos (fadiga geral, sofrimento intestinal, fraqueza muscular, hipertensão e constantes dores de cabeça), motores (impaciência, inquietação refletida por movimentos rápidos e repetidos dos dedos, pés ou pernas ou respostas de susto muito exageradas a estímulos como ruídos), de humor (sofrimento, tensão, medo, irritabilidade e depressão) e também cognitivos (antecipação de problemas refletidos por apreensão e/ou preocupação) (Silva, 2010), para a MTC, o excesso de ansiedade reflete em sintomas tais como inquietação, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (Ross, 1994).

Ao se considerar a não distinção entre corpo, mente e espírito, para a MTC, a ansiedade sintoma de uma desarmonia podendo ser resultado de um desequilíbrio de qualquer um desses aspectos, sendo, porém, mais marcadamente considerada um distúrbio do Shen, que significa espírito (Campiglia, 2004) e que reside no coração. Desta forma, ao avaliar o pentagrama do paciente, algumas explicações, mais especificamente relacionadas ao excesso de fogo no coração e insuficiência do baço relacionam-se com o quadro clínico apresentado.

Primeiramente devemos considerar o excesso de energia no elemento Fogo, (Coração/Intestino Delgado) associado à falta de energia no elemento Água (Rim/Bexiga). Ross (2003) descreve que o excesso de coração está baseado no sentimento de medo relacionado ao rim, ou seja, o medo, apesar de não relatado pelo paciente, e a insegurança a respeito do que está por vir são a causa real da ansiedade. A MTC cita que a maioria dos distúrbios emocionais e psíquicos tem em sua base uma desarmonia entre as energias dos diversos órgãos do organismo, com especial destaque para as energias do Coração e do Rim (Auteroche & Navailh, 1992; Chonghuo, 1993; Ross, 2003). Assim, a ansiedade pode se originar do desequilíbrio entre os elementos Água e Fogo. Os Rins são a base do Yin e do Yang, da Água e do Fogo que estão presentes no corpo e nos Órgãos e Vísceras (Zang Fu). O Yang dos Rins é a fonte do Yang de todos os Órgãos e Vísceras (Zang Fu), e o Yin dos Rins é a fonte de todos os Yin (Ross, 1994).

Considerando a queixa principal do paciente, a ansiedade, e os resultados obtidos pela avaliação dos cinco elementos do pentagrama, pode-se supor que o estado de ansiedade crônica levou ao quadro de deficiência Yin dos Rins, o qual por sua vez, resultou em lesão do Yin do coração, resultado em sintomas de agitação (Ross, 1994). Assim, os sinais de agitação, sentimentos de desespero, movimentos rápidos e inquietos, modo de falar nervoso e face avermelhada observada durante a anamnese e exame clínico do paciente indicam excesso de Fogo no coração, o qual não está sendo contido pela Água proveniente do Rim que se encontra em deficiência. Este quadro ocasiona uma agitação no Shen, surgindo então os sintomas característicos da ansiedade.

Outro fator que pode estar associado ao quadro de ansiedade está relacionado à preocupação constante, e agravada nas últimas duas sessões. Este fator emocional pode ocasionar deficiência do Baço, gerando por consequência, excesso no Coração, o que pode levar ansiedade e confusão de pensamento linguagem e comportamento. Com o Baço debilitado, esse exige mais energia do Coração, o que fez com que o fogo do mesmo permaneça elevado (Silva, 2010).

Diante do exposto, institui-se o tratamento (Tabela 2) com o intuito principal de acalmar o Coração, fortalecer o Rim e Baço-Pâncreas, além de acalmar o Shen. Como complementação à Acupuntura Auricular, o paciente foi aconselhado a fazer exercícios físicos e aumentar o consumo de água.

O acompanhamento do paciente demonstrou restabelecimento gradual, notado a partir da primeira sessão de retorno, na qual relatava estar mais calmo, culminando na mudança de hábitos observada claramente na quarta sessão, quando iniciou a realização de atividades físicas e apresentou uma outra queixa relacionada ao desejo de eliminar a ingestão de bebidas alcólicas durante a semana, com o intuito de agradar a esposa. Entretanto, nas duas últimas sessões, apesar de não apresentar sintomas exacerbados, a reavaliação do pentagrama e o relato de preocupações com eventos específicos relacionados aos pais, evidenciou a manutenção do desequilíbrio “Água-Fogo-Terra” e a necessidade de continuidade do tratamento.

O tratamento com auriculo acupuntura foi efetivo para o tratamento da ansiedade do paciente, contribuindo para seu equilíbrio físico, emocional e consequente qualidade de vida, sugerindo que este tratamento possa ser replicado.

REFERÊNCIAS

- [1] Auteroche B, Navailh P. O diagnóstico na medicina chinesa. São Paulo: Andrei. 1992.
- [2] Campiglia H. Psique e medicina tradicional chinesa. São Paulo: Roca. 2004.
- [3] Chonghuo T. Tratado de medicina chinesa. São Paulo: Roca. 1993.
- [4] Enomóto J. Auriculoterapia Oriental: método Enomóto. 1 ed. São Paulo: Ícone. 2015.
- [5] Gori L, Firenzuoli F. Ear acupuncture in European traditional medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007;4(Suppl 1):13-16.
- [6] Halpin et al. Determining Attitudes Toward Acupuncture: A Focus on Older U.S. Veterans. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. V20, N2, 2014, pp. 118-122.
- [7] Harris LA, Dollinger CMT. Individual differences in personality traits and anxiety about aging. *Personality Individ Differ* 2003; 34: 187-194.
- [8] Hempel S, Taylor SL, Solloway MR, Miake-Lye IM, Beroes JM, Shanman R, Booth MJ, Siroka AM, Shekelle PG. Evidence Map of Acupuncture [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2014 Jan.
- [9] Lasher PK, Faulkender PJ. Measurement of aging anxiety: development of the Anxiety about Aging Scale. *Int J Aging Hum Dev* 1993; 37: 247-259.
- [10] Lee LO, Gatz M, Pedersen NL, Prescott CA. Anxiety trajectories in the second half of life: Genetic and environmental contributions over age. *Psychol Aging*. 2016;31(1):101-113.
- [11] Lynch SM. Measurement and prediction of aging anxiety. *Res Aging* 2000; 22: 533- 538.
- [12] Michalek-Sauberer A, Guseleitmer E, Gleiss A, Tepper G, Deusch E. Auricular acupuncture effectively reduces state anxiety before dental treatment – a randomized controlled trial. *Clin Oral Invest* 2012; 16: 1517-1522.
- [13] Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
- [14] Pilkington K, Kirkwood G, Rampers H, Cummings M, Richardson J. Acupuncture for anxiety and anxiety disorders – a systematic literature review. *Acupunct Med* 2007; 25: 1-10.
- [15] Ross J. Zang Fu: Sistemas de Órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa. 2 ed. São Paulo: Roca 1994.
- [16] Ross J. Combinações dos pontos de acupuntura: a chave para o êxito clínico. 1 ed. São Paulo: Roca. 2003.
- [17] Saraiva SAL, Zepeda J ES, Serrano AI, Vieira GM, Ferracioli JA, Macarini APG. Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico. Sistema Único de Saúde: Estado de Santa Catarina, 2015. Extraído de: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>
- [18] Silva DF. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010; 30(1): 199-211.
- [19] Silva DF. Psicologia e acupuntura aspectos históricos, políticos e teóricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2007; 27(3): 418-429.
- [20] Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: Aprendendo a programar a sua vida* (A. L. Neri, trad.). São Paulo: Summus.
- [21] Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory. Wiley Online Library. 2010.
- [22] Tabosa AMF. Mecanismo neuro-humoral da ação da acupuntura. In: Yamamura ML, Yamamura Y. *Guia de Acupuntura*. 1 ed. Barueri, São Paulo: Manole. 2015.
- [23] Vectore C. Psicologia e acupuntura: primeiras aproximações. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2005; 25(2): 266-285.
- [24] Wang SM, Kain ZN. Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety. *Anesth Analg* 2001; 93: 1178-1180.

Capítulo 12

Condições de vida do idoso frente ao êxodo etário em ascensão

Maria Aparecida de Souza Silva

Samara Maria de Jesus Veras

Rebeca Cavalcanti Leal

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Cynthia Roberta Dias Torres Silva

Resumo: Objetivo: Traçar o perfil socioeconômico e caracterizar o arranjo familiar dos idosos em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). Introdução: O envelhecimento humano compreende marcantes transformações biopsicossociais. O Brasil enfrenta uma transição demográfica acelerada, com fecundidade reduzida e crescimento da população idosa, como uma espécie de êxodo etário. O perfil das condições de vida, interfere diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa. A ESF atua protagonizando o atendimento integral ao cliente idoso através das ações assistenciais segundo a heterogeneidade da comunidade. Método: Recorte de estudo descritivo, que teve como população alvo 103 idosos, realizado de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2016. Critérios de inclusão: idade ≥ 60 anos; consentimento da pesquisa e ser coberto pelo serviço de saúde selecionado. A coleta de dados foi realizada através de instrumento de coleta acerca das características sociodemográficas, clínicas e de arranjo familiar baseado no instrumento Brazil Old Age Schedule (BOAS). Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Autarquia Educacional de Belo Jardim sob Protocolo n.º 45553615.0.0000.5189. Resultados: Predominância do sexo feminino, casados, não sabiam ler e escrever, aposentados e tinham uma renda mensal familiar média de pouco mais de um salário mínimo, maioria de religião católica. Conclusão: As condições de vida do idoso diante da transição demográfica e êxodo etário crescente na atualidade estão diretamente interligados e implicam na qualidade de vida e saúde dos idosos longevos deste século bem como na assistência holística prestada.

Palavra chave: Saúde do idoso, Condições Socioeconômicas, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Conforme o avançar da idade, nota-se que o organismo humano sofre diversas modificações de cunho biopsicossocial. As alterações orgânicas anexas ao envelhecimento, somadas aos abusos, condições de vida e desuso estabelecem complicações típicas desta fase da vida. No tocante à saúde desta população idosa, estas complicações e condições inerentes ao processo citado geralmente são marcadas por um curso fisiológico e/ou patológico de cunho crônico, muitas vezes incapacitante, gerador de condição dependente de cuidados específicos e que requerem um alto custo para manutenção da estabilidade do estado geral destes indivíduos. Isto tudo caracteriza o processo de transição epidemiológica que vem acontecendo juntamente às transformações demográficas, sociais, econômicas, psicológicas e culturais deste público (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

O Brasil vive um momento de transição demográfica acelerada, dotado de baixas taxas de fecundidade concomitante a um acentuado crescimento da população com idade acima de 65 anos. Para esta espécie de êxodo etário, estima-se que, em média a expectativa de vida dos brasileiros aumente de 75 para os 81 anos, isto em decorrência da melhoria de condições médico-sanitárias, modificações no planejamento familiar e, conseqüentemente, a diminuição do número de pessoas jovens e aumento da população idosa no país. Este fenômeno vem desde a década de 60, na qual a percentagem de idosos com faixa etária acima dos 65 anos atingia 2,7% e, em 2000, este índice passou para 5,4%, estimando-se ainda que em 2050 este número alcançará os 19% e a população idosa ultrapassará o número de jovens (MELO et al., 2017).

As políticas de saúde brasileiras relacionadas ao envelhecimento se concretizaram em torno de práticas centradas no tratamento das doenças crônico-degenerativas ou de suas complicações adjacentes, isto através do enfoque curativo das práticas médicas individuais. Nesse contexto, a maior parte dos estudos privilegia a lógica clínica no âmbito dos serviços de saúde ao investigar danos e fragilidades típicas de pessoas idosas. Entretanto, é necessário ir além do biológico e atingir contribuições integralizadas que utilizem as ricas contribuições dos estudos clínicos, porém visando o idoso de forma integral numa fase tão importante do ciclo vital humano (AUGUSTI; FALSARELLE; COIMBRA, 2017).

As condições socioeconômicas e características do arranjo familiar influenciam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa, o que interfere conseqüentemente no seu estado geral de saúde uma vez que, o ser humano em todas as fases da vida é posto como ser biopsicossocial, portador de necessidades importantes que transpassam o biológico e que se configuram também como essenciais para o seguimento da vida, principalmente nos dias atuais, não sendo diferente para a população idosa (LIMA et al., 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental no quesito do atendimento integral ao cliente pois correspondem a um extenso número de consultas além de outros procedimentos que vão além do perfil assistencial, como as demandas sanitárias que se articulam entre vigilância e controle de doenças, riscos de adoecimento e educação em saúde, que envolvem a síntese de saberes integrados às ações individuais e coletivas, curativas e preventivas além das educativas e assistenciais de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico de cada área coberta adscrita às unidades (LIMA et al., 2014).

Nota-se então como é grande a importância dessas instituições em saúde do idoso, uma vez que se tratam de pessoas que carregam consigo uma bagagem extensa de enfermidades, na maior parte crônicas, que sofrem com a falta de assistência, atividades de lazer, muitas vezes com o abandono em hospitais ou asilos, vivem angústias relacionadas à desvalorização de seu direito às aposentadorias e pensões, além ainda de enfrentarem uma gama de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde a depender de sua condição social ou das condições de sua família (LIMA et al., 2014).

Apesar das muitas particularidades da idade avançada necessitarem de atenção diferenciada, o modelo de assistência à saúde atual segue uma lógica tendenciosa de igualar todos os atendimentos a todos os idosos. A melhoria na qualidade de vida deste público requer uma mudança deste modelo, os atendendo respeitando sua heterogeneidade e desenvolvendo ações de promoção da saúde embasadas no envelhecimento ativo, bem como ações preventivas, de tratamento e reabilitação. Com base nas demandas específicas locais, munindo-se da equipe multiprofissional da ESF na implantação destas ações, tomar conhecimento da rede de apoio social formal estruturada e integrada pode trazer resultados muito satisfatórios (NUNES; VERENE, 2015).

Visando este conhecimento das demandas específicas locais e heterogeneidades do público idoso para embasar a formação e execução de novas estratégias, ações e políticas locais de saúde para a população idosa do local estudado, realizou-se esta pesquisa com objetivo de traçar o perfil socioeconômico e caracterizar o arranjo familiar dos idosos em uma ESF.

2.MÉTODOS

Trata-se de um recorte de um trabalho de conclusão de curso que avaliou a capacidade funcional do idoso, tendo como uma de suas linhas as condições de vida dos idosos na população estudada. Este foi realizado sob o método exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado estudo em uma ESF no município de Pesqueira, região Agreste do estado de Pernambuco, Brasil.

A população estudada foram os idosos residentes na referida comunidade, que se adequaram aos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; concordância sua ou do seu responsável em participar da pesquisa e assinatura ou impressão digital no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa obedeceu toda a regulamentação referente a estudos que envolvem seres humanos, com parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa sob o Protocolo de n.º 45553615.0.0000.5189 (BRASIL, 2012). Nas situações em que o idoso não pôde responder aos pesquisadores, os dados foram obtidos através do cuidador principal, que também necessitou concordar em participar da pesquisa e assinar ou deixar sua impressão digital no TCLE.

Para realização da coleta de dados, foram utilizadas questões para caracterização *socioeconômica, clínica e de arranjo familiar baseado no instrumento* Brazil Old Age Schedule (*BOAS*), que se trata de um questionário funcional, multidimensional para estudos comunitários em população idosa, contendo informações de identificação, caracterização sociodemográfica, saúde física, utilização de serviços médicos, recursos econômicos, necessidades e problemas que afetam o entrevistado e conseguinte avaliação do entrevistador (VERAS; DUTRA, 2008)

Os dados foram coletados por meio da realização de visita domiciliar aos idosos no período de um ano, que cursou desde fevereiro de 2015 até fevereiro de 2016. O instrumento foi preenchido por acadêmicos do grupo de extensão do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco – Campus Pesqueira, sendo a equipe submetida a treinamento para adequada aplicação do questionário e realização não tendenciosa da entrevista. Após cada entrevista seguiu-se a avaliação de confiabilidade das respostas, sendo os questionários identificados com respostas não confiáveis excluídos da amostra final.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, através de decodificação dos dados e posterior elaboração de um dicionário de dados. Em seguida, houve a transcrição dos achados com o processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel na versão 2010. Uma vez corrigidos os erros, os dados foram exportados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* SPSS, versão 18.0 com nível de significância adotado de 0,05.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados dados da amostra final composta por 103 idosos de acordo com os critérios anteriormente descritos. Na Tabela 1 é possível verificar os resultados e suas respectivas distribuições de acordo com cada variável descrita, posteriormente discutida:

TABELA 1. Dados sociodemográficos e características do arranjo familiar de idosos. Pernambuco, 2016.

| Variáveis | \bar{X}^a (dp) ^b | Min-Max ^c | N | % |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----|--------|
| Idade (anos completos) | 77,32 (8,760) | 60 / 95 | 103 | 100,00 |
| Sexo | | | | |
| Feminino | | | 58 | 56,30 |
| Masculino | | | 45 | 43,70 |
| Total | | | 103 | 100,00 |
| Estado conjugal | | | | |
| Casado (a) | | | 61 | 59,2 |
| Viúvo (a) | | | 31 | 30,1 |
| Divorciado (a) | | | 9 | 8,7 |
| Solteiro (a) | | | 2 | 1,9 |
| Total | | | 103 | 100,00 |

(Continuação ...)

TABELA 1. Dados sociodemográficos e características do arranjo familiar de idosos. Pernambuco, 2016.

| Variáveis | \bar{X}^a (dp) ^b | Min-Max ^c | N | % |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----|--------|
| Idade (anos completos) | 77,32 (8,760) | 60 / 95 | 103 | 100,00 |
| Sabe ler e escrever | | | | |
| Sim | | | 45 | 43,7 |
| Não | | | 58 | 56,3 |
| Total | | | 103 | 100,00 |
| Escolaridade | | | | |
| Analfabeto | | | 47 | 45,6 |
| Primário | | | 47 | 45,6 |
| 1º grau/ Ginásio | | | 6 | 5,8 |
| 2º grau completo | | | 2 | 1,9 |
| Curso superior | | | 1 | 1,0 |
| Total | | | 103 | 100,00 |
| Prática religiosa | | | | |
| Sim | | | 101 | 98,1 |
| Não | | | 2 | 1,9 |
| Total | | | 103 | 100,00 |
| Fonte de renda | | | | |
| Trabalho | | | 13 | 12,6 |
| Aposentadoria | | | 87 | 84,5 |
| Pensão/ajuda do cônjuge | | | 17 | 16,5 |
| Parentes e amigos | | | 5 | 4,9 |
| Aluguéis/investimentos | | | 1 | 1,0 |
| Total | | | 103 | 100,00 |
| Renda mensal familiar (reais) | R\$1.075,77 (817,417) | 88 / 6000 | 103 | 100,00 |

Legenda: a. Média b. Desvio padrão c. Mínimo- Máximo.

Na variável idade, verificou-se uma faixa etária média de 77,3 anos \pm 8,76, com idade mínima de 60 anos e máxima de 95 anos. Quanto ao sexo, a maior parte do sexo feminino, com 58 idosas e 45 do sexo masculino. É importante citar que a “feminização” é um fenômeno característico do envelhecimento populacional, resultante da maior expectativa de vida das mulheres que vivem em média oito anos a mais que os homens, sendo comprovado por diversos estudos que apontam a longevidade feminina (BRASIL, 2010a).

Relacionado ao estado civil, 61 declararam-se casados, tendo seus companheiros com idade média de 74,48 \pm 14,85 e pelo menos um filho. 31 afirmaram-se viúvos, 9 eram divorciados e 2 solteiros. Houve maior predominância de idosos casados, dado que corrobora positivamente, uma vez que o casamento funciona como um conjunto de mecanismos causais, constituídos por fatores ambientais, sociais e psicológicos que, conseqüentemente torna-se mais saudável do que os demais estados conjugais principalmente para o bem-estar da pessoa idosa (SOUZA et al., 2015). Ademais é importante ressaltar que o estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso, já que essa condição pode constituir em algum nível de risco para a pessoa idosa, em razão da diminuição a rede de ajuda em caso de alguma necessidade (REIS; REIS; TORRES, 2015).

No tocante às práticas religiosas, 2 não possuíam e 101 eram praticantes, dos quais 73,8% declarou-se de religião católica. O aspecto religioso, particularmente nos idosos, tem grande influência nessa fase da vida, pois lhe proporciona um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades ou, quando isso não acontece, ajuda-los a enfrentar as dificuldades com mais facilidade nessa última etapa da vida. Desse modo, nos seus mais diferentes aspectos, o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade, entretanto percebe-se que existem poucos estudos voltados sobre espiritualidade em idosos (LUZ, 2017).

No quesito saber ler e escrever 45 sabiam, seguidos de 58 que declararam não saber, entretanto quanto à escolaridade da amostra 47 afirmaram ser analfabetos, 47 ter estudado até o primário, 6 com 1º grau/ Ginásio, 2 com 2º grau completo e 1 com curso superior. Por volta do século XX, deu-se o período de nascimento e infância dos idosos da pesquisa, os quais enfrentavam uma dificuldade de acesso à rede

escolar pública. Os idosos que residiam na zona rural sofreram com esta limitação mais prevalente, em função do pequeno número de escolas disponíveis bem como devido à dificuldade de locomoção nesses meios rurais, entre outros motivos (DA SILVA BIOLCHI et al., 2013).

O analfabetismo foi o grau de escolaridade com maior porcentagem entre os idosos entrevistados. No Brasil atualmente a média de estudos em anos dos idosos compreende há 4,7 anos. Além disso, 28,4% dos idosos apresentam menos de um ano de estudo no que se refere à totalidade do país (BRASIL, 2014). Contudo, os fatores citados anteriormente também apresentam uma relação direta com a prevalência do sexo feminino na população idosa, visto que, uma vez que houve a restrição de estudos em décadas passadas para as mulheres, conseqüentemente há um elevado índice de idosos analfabetos (FERNANDES, 2015).

Na amostra estudada, 87 tinham como renda principal a aposentadoria, ou seja, mais da metade com 84,5%, seguido de pensão ou ajuda do cônjuge (17), 5 recebiam ajuda de parentes e amigos, 1 possuía renda de aluguéis ou investimentos e apenas 13 deles (12,6%) complementavam a renda com trabalho. Os idosos que são ativos no mercado de trabalho, tendem a apresentar uma maior autonomia e independência. Desta forma, passa a existir a necessidade de implementação de políticas públicas que estimulem a inserção destes idosos, pois isso é uma forma de ratificar o estímulo à manutenção da capacidade funcional. No Brasil o trabalho para pessoas a partir de 60 anos ou mais contribui com 28,3 % da composição do rendimento deste grupo (BRASIL, 2014).

A renda familiar média foi de 1.075,77 ± 817,417 reais, com número médio de 6,33 ± 16,605 dependentes. A renda familiar representa um fator determinante na situação de saúde do idoso, uma vez que possivelmente, nesta fase da vida exista uma necessidade maior de medicamentos, alimentação diferenciada, entre outros custos que o processo de limitação física acarreta. No que diz respeito à renda mensal familiar, incluindo o idoso, esta foi de R\$ 1.075,77, equiparando-se a média de renda dessa população no Brasil, na qual 68,25% dos idosos do país recebem de um a três salários mínimos. Entretanto, estatísticas apontam a evolução favorável do rendimento médio nominal da população idosa entre os Censos de 1991 e 2010 (BRASIL, 2010b).

Apesar do crescimento, muitos idosos ainda dependem dos serviços de saúde pública, pois o que recebem não é suficiente para cobrir gastos de um plano de saúde particular. Esta realidade ocasiona um problema importante no dia a dia do idoso, visto que suas condições de vida passam a ser afetadas, evidenciando-se no presente estudo por 16,5% relatarem o enfrentamento de problemas econômicos. Além de todas estas dificuldades e frente às diversas mudanças ocorridas nos arranjos familiares nos últimos tempos, o idoso pode se deparar com uma realidade na qual se vê obrigado a amparar familiares desempregados ou doentes. Nesse contexto, cresce o número de estudos que mostram a relevância da figura do idoso aposentado e que o apontam como provedor da família (YAZAKI, 2016).

Destarte, o crescimento do envelhecimento populacional em especial nos países de renda média ou baixa reforça a necessidade de ações preventivas e de políticas sociais e de saúde voltadas às condições de vida e saúde desta população. É preciso ainda, que sejam criadas alternativas para melhorar a qualidade de vida desses sujeitos, instituir uma infraestrutura adequada e segura de lazer nos espaços públicos, bem como a promoção de grupos de atividades de acompanhamento e educação em saúde para idosos, que podem configurar novos espaços de promoção do bem-estar e da saúde integralizada deste público (BRAGA et al., 2016).

4. CONCLUSÃO

As condições de vida do idoso diante da transição demográfica e êxodo etário crescente na atualidade estão diretamente interligados e implicam na qualidade de vida e saúde dos idosos longevos deste século. Acredita-se então que ao traçar o perfil sociodemográfico do idoso bem como as características do seu arranjo familiar é possível identificar fatores complicadores nas suas condições e qualidade de vida. Através do conhecimento destes dados, se possibilita um melhor planejamento da assistência a ser prestada de forma holística, levando em consideração os diversos fatores biopsicossociais envolvidos neste processo, especialmente quando se trata de uma população que possui déficits neste quesito, com potencial de interferir na qualidade de vida do idoso e de seu familiar cuidador.

No que diz respeito à enfermagem, notou-se que há uma necessidade de, diante de todos os aspectos biopsicossociais envolvidos, estar familiarizada com os acontecimentos e a realidade vivida pelos usuários do serviço, para assim realizar sua reflexão sobre a situação de cada um, bem como de seu papel na ESF em consonância aos princípios e diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde.

Outrossim, espera-se que este estudo sirva como estímulo para acadêmicos, profissionais da área da saúde e docentes a desenvolverem novos estudos que permitam mapear a real situação da dos idosos residentes em suas comunidades e municípios. Somente com a posse de informações precisas pode-se compreender melhor o ser idoso, suas demandas e as de seus familiares e/ou cuidadores. Desta forma, faz-se importante ressaltar a relevância da relação de novos estudos dessa natureza com a prática, tendo em vista seu alto potencial interpretativo e possibilidade de maiores níveis de evidência, contribuindo assim para a solidificação da Enfermagem enquanto ciência, bem como para a evolução dos cuidados na Assistência Geriátrica.

REFERÊNCIAS

- [1] Augusti, A. C. V.; Falsarella, G. R.; Coimbra, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária – Estudo transversal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353/841>>. Acesso em: 28 set. 2018.
- [2] Braga, S. F. M. et al. Políticas Públicas para os Idosos no Brasil: A Cidadania no Envelhecimento. *Diálogos Interdisciplinares*, v. 5, n. 3, p. 94-112, 2016. Disponível em: <<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/171/338>>. Acesso em: 05 set. 2018.
- [3] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010c.
- [4] _____. _____. Censo Demográfico 2010. Distrito Federal, 2010b.
- [5] _____. _____. Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- [6] _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
- [7] Bilochi, S. C. et al. A capacidade funcional de um grupo de idosos centenários. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 213-226, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18545/13732>>. Acesso em: 19 set. 2018.
- [8] Fechine, B. R. A.; Trompieri, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, v. 1, n. 20, 2015. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- [9] Fernandes, D. S. Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas. 94 f. Dissertação (Mestrado Associado de Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2015. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/Dissertao_Daiane_Fernandes_2.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.
- [10] Lima, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2014.v23n1/265-276/pt>>. Acesso em: 25 out. 2018.
- [11] Luz, M. R. M. B. O fenômeno da espiritualidade como suporte no processo saúde doença da pessoa idosa. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), Brasília, 2017.
- [12] Melo, L. A. et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 439-501, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/1981-2256-rbagg-20-04-00493.pdf>> Acesso em: 19 out. 2018.
- [13] Nunes, E. R. F.; Verene, M. R. Atividade física e idosos da associação Adeli Bento da Silva na cidade de Porto Velho/RO. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015. Disponível em: <https://www.unir.br/noticias_arquivos/17309_jornada_cientifica_def_2015.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.
- [14] Reis, L. A.; Reis, L. A.; Torres, G. V. T. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 847-854, 2015. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19585/14191>>. Acesso em: 29 ago. 2018.
- [15] Souza, R. A. et al. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267040408009.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.
- [16] Veras, R.; Dutra, S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. In: *Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS*. Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Universidade Aberta da Terceira Idade, 2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.
- [17] Yazaki, L. M. Arranjos familiares e a presença da mulher no apoio aos idosos. In: *Anais do IX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, p. 297-308, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/594/574>>. Acesso em: 12 out. 2018.

Capítulo 13

Qualidade de vida e risco de depressão geriátrica em idosos institucionalizados no município de palmas - pr

Clenise Liliane Schmidt

Mariângela Gobatto

Maria Isabel Gonçalves da Silva

Sabrina Lencina Bonorino

Alcione Oliveira de Souza

Resumo: Através deste estudo objetiva-se investigar qualidade de vida e risco de depressão geriátrica em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, no município de Palmas - PR. Caracteriza-se enquanto um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 19 idosos com idade entre 60-103 anos. Os instrumentos utilizados foram: WHOQOL OLD e Escala Geriátrica de Depressão. Os principais resultados indicam que no escore geral, os idosos investigados apresentam boa qualidade de vida. Observa-se que ao analisar separadamente os domínios, a morte e morrer e o funcionamento sensório, indicam qualidade de vida alta, enquanto os domínios que apresentam baixa qualidade de vida estão relacionados à autonomia, atividades passadas, presentes e futuras; e participação social. Entre os domínios que ficaram com baixa qualidade de vida, a média mais baixa relaciona-se com a autonomia. Em relação à escala de depressão, verifica-se que 52,63% dos idosos apresentam quadros depressivos. Destes, 10,53% apresentam quadro de depressão severa, sendo todas mulheres. A partir deste estudo inferiu-se que os instrumentos de avaliação da QV e a Escala de Depressão Geriátrica mostraram-se úteis para evidenciar as necessidades dos idosos e subsidiar a condução das atividades propostas no projeto de extensão, contribuindo para o êxito da intervenção.

Palavras-chave: idosos, institucionalização, qualidade de vida, depressão.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno que vem ocorrendo mundialmente e constitui-se como uma grande conquista da humanidade. A mudança demográfica da população, ocorrida nas últimas décadas, está associada, principalmente, à diminuição da taxa de natalidade e aos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde. Diante destas circunstâncias, o crescente número de idosos tem refletido em novas demandas aos serviços de saúde.

Tal situação decorre do processo de envelhecimento, que aumenta progressivamente o risco de doenças crônicas, bem como o surgimento de limitações ou incapacidades, já que o organismo não tem a mesma capacidade de adaptação e recuperação se comparado a um indivíduo jovem. Esta nova conjuntura, somada à falta de preparo das famílias para lidar com as necessidades dos idosos, refletiu no surgimento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que por sua vez, oferecem atendimento integral a este grupo de indivíduos com necessidades distintas, através de equipe multidisciplinar organizada para lidar com as demandas próprias do envelhecimento.

As ILPI's se constituem como locais de caráter residencial coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005). As atividades desenvolvidas dentro destas instituições costumam ser realizadas mantendo uma rotina praticamente igual para todos os idosos, sendo pouco consideradas as diferenças individuais ou a história de vida de cada um. Nesta perspectiva, o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo e se adequando às rotinas institucionais (MELO, KUBRUKLY, PEIXOTO JÚNIOR, 2001; OLIVEIRA, ROZENDO, 2014; JUNIOR, GOMES, 2014).

Entretanto, cabe ressaltar que as ILPI's se caracterizam como espaços melhor preparados para atender as demandas próprias do envelhecimento na sua integralidade, especialmente quando o idoso apresenta um nível de dependência crescente ou a família não dispõe de equipamentos de apoio social. Apesar das características distintas do ambiente familiar e domiciliar tradicional, é importante considerar o atendimento das necessidades dos idosos e a manutenção da qualidade de vida que pode ser oferecido pela ILPI.

Normalmente, a qualidade de vida, para o idoso, está associada à manutenção de certo nível de autonomia, bem como a conservação das capacidades físicas e funcionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos quanto as suas necessidades estarem sendo atendidas, ou ainda, reflete as oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 2001).

Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram que qualidade e vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido comparada ao grau de satisfação vivenciado na vida familiar, amorosa, social e à própria estética existencial. Relaciona-se a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. De uma maneira mais sucinta, o Ministério da Saúde conceitua qualidade de vida como a satisfação das necessidades da vida humana, que incluem alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais – que tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (BRASIL, 2012).

Além disso, os declínios das capacidades físicas, funcionais e cognitivas se estabelecem como um processo natural e esperado durante o processo do envelhecimento, e estão diretamente associadas à qualidade de vida. Pressupõe-se que nem todos os idosos estejam preparados para lidar com o surgimento das incapacidades. No entanto, Sousa et al. (2018) comprovaram em seu estudo que quanto maior o nível de incapacidade funcional, menor o escore de qualidade de vida avaliado pelo idoso.

Neste contexto, a institucionalização pode ser um aspecto agravante ou atenuante na avaliação da qualidade de vida na percepção do idoso. Apesar de alguns idosos identificarem a instituição como um local preparado para assisti-los na sua integralidade, eles consideram a existência de pontos negativos, tais como: ambiente hostil, abandono familiar, privação de liberdade e rotinas comuns para todos os idosos. Já outra parcela dos idosos refere que a instituição se configura como um espaço preparado para atendê-los de forma distinta da que seriam atendidos por sua família, ou se dependessem de cuidadores, uma vez que a instituição possibilita a prática de atividades recreativas, jogos, atividades de grupo, inserção em projetos, bem como assistência à saúde por profissionais capacitados para tal (OLIVEIRA, ROZENDO, 2014).

No entanto, em muitas delas, a precariedade na estrutura física e de recursos humanos, aliada a uma assistência padronizada, que não leva em consideração as singularidades de cada idoso, tem aumentado a

vulnerabilidade a quadros depressivos (SOUZA et al., 2011). A depressão é caracterizada como um distúrbio de caráter multifatorial da área afetiva ou humor, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, de grande impacto funcional, e frequentemente sub-diagnosticada no idoso (NÓBREGA, et al, 2015).

Estudos indicam o crescimento expressivo dos transtornos depressivos na população geral, e índices alarmantes em idosos, sobretudo, em idosos institucionalizados (HARTMANN JÚNIOR, GOMES, 2014). Nóbrega et al. (2015) identificaram que seis fatores estão associados à depressão em idosos institucionalizados: aspectos sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e medicamentos, evidenciando a multidimensionalidade e complexidade da sua determinação.

Considerando-se, portanto, a suscetibilidade dos idosos institucionalizados para o desenvolvimento de estados depressivos, o objetivo do presente estudo é a avaliar a qualidade de vida e o risco de depressão geriátrica de idosos institucionalizados no município de Palmas – PR.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Os participantes deste estudo foram idosos, de ambos os sexos, residentes no Lar de Velinhos Nossa Senhora das Graças, no município de Palmas – PR. Residem na instituição 27 indivíduos, dos quais 19 participaram da pesquisa. Foram considerados como critérios de exclusão: idosos com baixos níveis de capacidade cognitiva para responder aos questionários (4), idosos que não concordaram em participar da pesquisa (2), idosos que não estavam na instituição nos dias das coletas de dados (1) e indivíduos com idade inferior a 60 anos (1).

Os dados foram coletados durante os meses de novembro e dezembro de 2017, a partir da aplicação dos questionários WHOQOL OLD e Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) (POWER, SCHMIDT, 1998; VERÍSSIMO, 1988).

O WHOQOL OLD é um instrumento que permite a avaliação da qualidade de vida dos idosos a partir de 24 itens divididos em seis facetas ou domínios. Cada domínio possui quatro itens de avaliação, resultando em um escore que pode oscilar de 4 a 20. Os escores dos seis domínios ou os valores dos 24 itens do instrumento podem ser combinados para produzir um escore geral (global) da qualidade de vida dos idosos. Basicamente, a análise dos resultados é quanto ao escore alcançado: quanto maior o escore melhor a qualidade de vida do idoso (POWER, SCHMIDT, 1998).

Já a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), engloba 15 questões com duas alternativas de respostas (sim e não), consoante ao modo como o idoso tem se sentido na última semana. As respostas geram uma pontuação e o resultado é a soma das 15 respostas. Indivíduos com escores iguais ou inferiores a 5 apresentam quadro psicológico normal. Escores acima deste valor indicam presença de depressão (VERÍSSIMO, 1988).

A análise dos dados foi realizada utilizando-se da estatística descritiva, média, desvio padrão e distribuição de frequências (%). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, sob parecer n. 2.408.392/2017. Para o desenvolvimento da pesquisa e apresentação dos resultados foram considerados os aspectos éticos das normas de pesquisa em saúde envolvendo seres humanos, de acordo com as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012, e nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Esta pesquisa faz parte de um projeto intitulado “EnvelheSER Saudável”, que integra pesquisa e extensão na instituição Lar dos Velinhos Nossa Senhora das Graças, no município de Palmas. O projeto objetiva contribuir com a formação de profissionais preocupados com a qualidade de vida do idoso institucionalizado e preparados para uma abordagem integral e interdisciplinar, a partir da compreensão dos fatores envolvidos no processo de envelhecimento. Para isso, a pesquisa foi realizada previamente ao início das atividades de extensão, favorecendo a identificação das necessidades dos idosos para uma abordagem mais efetiva.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 19 idosos residentes no Lar de Velinhos Nossa Senhora das Graças, no município de Palmas - PR, sendo 11 do sexo feminino (57,9%) e 8 do sexo masculino (42,1%). A idade dos idosos variou de 60 a 103 anos, com média de 74,5 anos e desvio padrão de 11,3.

A tabela 1 apresenta a estatística descritiva para os resultados da qualidade de vida dos idosos institucionalizados no município de Palmas – PR. Os dados estão organizados por sexo, demonstrando a média, desvio padrão, escore máximo e mínimo para o grupo feminino e masculino.

Tabela 1. Estatística descritiva da qualidade de vida (WHOQOL-OLD) em idosos institucionalizados no município de Palmas – PR.

| Domínios | média | | dp | | mín. | | máx. | |
|----------|-------|------|------|------|------|----|------|----|
| | F | M | F | M | F | M | F | M |
| Dom 1 | 14,1 | 11,8 | 3,3 | 3,9 | 9 | 5 | 18 | 18 |
| Dom 2 | 9,1 | 9,8 | 3,8 | 3,2 | 5 | 6 | 15 | 15 |
| Dom 3 | 10,3 | 11,4 | 3,6 | 4,3 | 6 | 5 | 17 | 16 |
| Dom 4 | 11,8 | 10,3 | 3,9 | 4,3 | 5 | 4 | 17 | 17 |
| Dom 5 | 15,3 | 14,6 | 3,1 | 3,6 | 10 | 9 | 20 | 20 |
| Dom 6 | 10,9 | 11,8 | 3,4 | 3,2 | 4 | 8 | 15 | 17 |
| QVG-OLD | 71,5 | 69,5 | 13,2 | 13,4 | 55 | 54 | 95 | 93 |

Dom 1= Funcionamento do sensório, Dom 2= Autonomia, Dom 3= Atividades passadas, presentes e futuras, Dom 4= Participação social, Dom 5= Morte e morrer, Dom 6= Intimidade, QVG- OLD= qualidade de vida geral. F = feminino, M = masculino, dp = desvio padrão, mín. = valor mínimo, máx. = valor máximo.

Para análise dos dados apresentados na Tabela 1, utilizou-se como base os resultados obtidos nos estudos de Alencar et al. (2010) e Mello (2008), que apresentaram dados semelhantes a presente pesquisa no que se refere à média de qualidade de vida (QV média: 13). Para tanto, a classificação categórica utilizada para discussão dos dados encontrados a partir do WHOQOL-OLD são: escores entre 14,1 e 20 correspondem à qualidade de vida alta, entre 11 a 14 a qualidade de vida média e escores abaixo de 10,9 significam qualidade de vida baixa (MELLO, 2008).

Ao analisar a média geral dos escores de qualidade de vida dos idosos, infere-se que tanto para o sexo feminino, quanto para o sexo masculino, os escores indicam uma boa qualidade de vida, pois de acordo com outros estudos a qualidade de vida média de idosos resultou em 60% e 68,2% (MELLO, 2008; TAVARES et al., 2016).

Em relação aos domínios, destacam-se “morte e morrer” e “funcionamento do sensório” como os domínios que alcançaram os melhores escores. O primeiro corresponde a qualidade de vida alta para ambos os sexos e o segundo corresponde a qualidade de vida alta para o sexo feminino e qualidade de vida média para o sexo masculino. Serbim e Figueiredo (2011) corroboram este estudo ao afirmar que o domínio “morte e morrer” é o que mais contribui para a qualidade de vida dos idosos estudados.

Quanto às alterações sensoriais, Tavares et al. (2016) afirmam que estas ocorrem com o processo de envelhecimento e podem interferir negativamente sobre a QV do idoso, visto que as funções sensoriais estabelecem a conexão do indivíduo com o mundo, podendo influenciar no seu padrão de conduta através da perda da capacidade funcional. Nessa perspectiva, os menores escores apresentados pelo sexo masculino podem estar associados à maiores níveis de incapacidades presentes neste grupo.

O domínio “atividades passadas, presentes e futuras” expressa a satisfação dos idosos em relação as conquistas durante sua vida, bem como suas expectativas em relação ao futuro. Os projetos futuros podem também se constituir como uma condição importante para o aumento da qualidade de vida nesta fase, porque são uma forma de dar sentido à existência (SERBIM, FIGUEIREDO, 2011). Neste domínio, o sexo masculino apresentou QV média e o sexo feminino apresentou QV baixa, o que denota maior insatisfação para o sexo feminino em relação às conquistas da vida em comparação com aquilo que anseia o sexo masculino.

O domínio “intimidade” avalia a capacidade de o idoso ter relações pessoais e íntimas. Neste sentido, os resultados apresentados neste estudo apontam QV média para o sexo masculino e QV baixa para o sexo feminino.

Em relação à “participação social”, que se mantém mais restrita em idosos institucionalizados, os escores alcançados apontam para QV baixa para o sexo masculino e QV média para o sexo feminino, sugerindo que as mulheres lidam melhor este aspecto, já que os dois grupos estão condicionados a mesma dinâmica institucional.

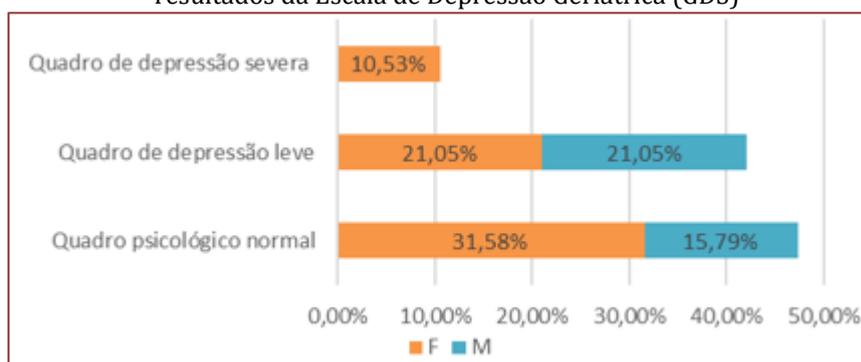
A “autonomia” foi o domínio avaliado que apontou menores escores, representando QV baixa para ambos os sexos. Este domínio refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões. Neste sentido, foi possível observar que entre todos os domínios, este é o que mais interfere negativamente a qualidade de vida geral dos idosos institucionalizados.

Nunes et al. (2010) apresentam o mesmo resultado em relação ao domínio “autonomia”, sendo o responsável pelos menores escores. Reforçam que essa é uma informação esperada, pois idosos institucionalizados, em geral, não possuem sua autonomia preservada. Tendem a ser pessoas mais passivas, com poucas atividades ocupacionais, o que pode favorecer a ausência de iniciativa própria para desenvolver as atividades que preenchem seu tempo, ou ainda, podem possuir a liberdade reduzida.

Neste contexto, Maciel et al. (2010) destacam que a limitação da autonomia dos idosos também pode estar associada à redução da funcionalidade, decorrente das alterações morfofisiológicas comuns a essa fase da vida.

Em relação à avaliação de depressão geriátrica, o gráfico 1 apresenta os resultados encontrados neste estudo, organizados segundo o sexo dos idosos. Pode-se observar que quase a metade dos idosos (47,37%) apresenta quadro psicológico normal. Dentre os idosos que apresentam quadro de depressão, observa-se que os casos de depressão severa se restringem ao sexo feminino, enquanto os casos de depressão leve apresentam distribuição igual entre os sexos.

Gráfico 1. Distribuição por sexo dos idosos institucionalizados no município de Palmas – PR, segundo resultados da Escala de Depressão Geriátrica (GDS)



Fonte: elaborado pelas autoras.

Ao analisar a distribuição dos escores da Escala de Depressão Geriátrica por sexo, identificou-se que entre os idosos do sexo masculino 57,15% apresentam quadro de depressão leve e 42,85% apresentam quadro psicológico normal. Neste grupo não houve representação para o quadro de depressão severa. Já para o sexo feminino, 50% dos idosos apresentam quadro de depressão (33,33% depressão leve e 16,67% depressão severa). Incide-se, a partir disso, que apesar dos idosos do sexo masculino apresentarem maior índice de depressão do que as mulheres, o sexo feminino está exposto a níveis mais graves de depressão.

Siqueira et al. (2009) encontraram no seu estudo maior prevalência de depressão em idosas do que em idosos. Estes sugerem estratégias de assistência diferenciada para auxiliar na redução da sintomatologia depressiva, entre elas: atividades físicas, recreativas e de lazer, visando a inserção social. Já o estudo de Teston, Carreira e Marcon (2014) constatou maiores níveis de depressão em idosos que não praticavam atividade física, independente do sexo do idoso. As contribuições destes estudos apontam caminhos para superação dos resultados encontrados nesta pesquisa, apesar destes divergirem em relação a distribuição dos casos de depressão por sexo.

Conforme revisão integrativa realizada por Nobrega et al. (2015), sobre os fatores associados à depressão em idosos institucionalizados, os mais expressivos estão relacionados aos aspectos sociodemográficos, condições de saúde, capacidade funcional, comportamento, cognição e uso de medicamentos.

A análise dos dados reforça a importância de que o atendimento a idosos residentes em ILPIs seja realizado por uma equipe multidisciplinar, atenta a avaliação integral desse grupo populacional, capaz de compreender e atender as demandas próprias do envelhecimento e fortalecer aspectos que podem influenciar positivamente na autonomia e na qualidade de vida do idoso.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo apontou bons escores para QV geral. Os domínios que apresentaram melhores escores foram “morte e morrer” para ambos os sexos, e “funcionamento do sensório” para o sexo feminino. O domínio que apresentou escores mais baixos refere-se à “autonomia” para ambos os sexos, o que pode estar relacionado à capacidade funcional reduzida.

Em relação a depressão, o presente estudo encontrou quadros severos apenas em mulheres. Entretanto, na análise por sexo, os homens apresentam maiores índices de depressão do que as mulheres.

A avaliação da QV e do risco de depressão dos participantes do estudo demonstrou ser valiosa aliada no planejamento e condução do trabalho do grupo de extensão, tornando possível o (re)direcionamento das estratégias de intervenção que visam melhorar suas vidas em geral. A análise detalhada das respostas de cada questão permite identificar como o grupo pode colaborar para melhorar a QV de seus integrantes, reforçando os aspectos que foram avaliados como positivos e minimizando aqueles cujos escores indicaram prejuízo para sua QV. Quando o planejamento é realizado com base nas reais necessidades de seus participantes e os encontros são conduzidos seguindo pressupostos básicos da dinâmica de grupo, as possibilidades de que o grupo alcance seus objetivos são maiores.

Nesse sentido, os instrumentos de avaliação WHOQOL-OLD e a Escala de Depressão Geriátrica mostraram-se úteis para evidenciar as necessidades dos idosos e subsidiar a condução das atividades propostas no projeto de extensão, contribuindo para o êxito da intervenção.

REFERÊNCIAS

- [1] Alencar, N. A.; Aragão, J. C. B.; Ferreira, M. A.; Dantas, E. H.M. Avaliação da qualidade de vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2010.
- [2] Brasil, Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- [3] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 283 de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 nov. 2005, Sec. 1.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jun. 2013.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 mai. 2016.
- [6] Hartmann Júnior, J. A. S.; Gomes, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 83-105, 2014.
- [7] Junior, J. A. S. H.; Gomes, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 83-105, 2014.
- [8] Melo, I. A. F.; Kubrukly, E. S.; Peixoto, A. A. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 75-83, 2001.
- [9] Mello, D. B. Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos. 2008. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4503>>. Acesso em: 25 set. 2018.
- [10] Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000.
- [11] Nóbrega, I. R. A; Leal, M. C. C.; Marques, A. P.; Vieira, J. C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate* [online], v.39, n. 105, p. 536-550, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00536.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.
- [12] Nunes, V. M. A.; Menezes, R. M. P.; Alchieri, J. C. Avaliação de qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

- [13] Organização Mundial da Saúde (OMS). Atlas mental health resources in the world: initial results of Project ATLAS. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2001. 58p.
- [14] Oliveira, J. M.; Rozendo, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 67, n. 5, p. 773-779, 2014.
- [15] Power, M.; Schmidt, S. Manual Whoqol-OLD. Genebra: World Health Organization, 1998. 19 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- [16] Serbim, A. K.; Figueiredo, A. E. P. L. A qualidade de vida dos idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica, Porto Alegre, v.21, n.4, p. 166-172, 2011.
- [17] Siqueira, G. R.; Vasconcelos, D. T.; Duarte, G. C.; Arruda, I. C.; Costa, J. A. S.; Cardoso, R. O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 253-9, 2009.
- [18] Souza, P. D. S.; Benedetti, T.R. B.; Borges, L. J. B.; Mazo, G. Z.; Gonçalves, L. H. T. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2018.
- [19] Tavares, D. M. S.; Matias, T. G. C.; Ferreira, P. C. S.; Pegorari, M. S.; Nascimento, J. S.; Paiva, M. M. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 21, v. 11, p. 3557-3564, 2016.
- [20] Teston, E. F.; Carreira, L.; Marcon, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 3, p. 450-6, 2014.
- [21] Veríssimo, M. T. Avaliação diagnóstica das síndromes demenciais: escala de depressão geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital São João do Porto, 1988.

Capítulo 14

Esclerose lateral amiotrófica: fatores de risco e diagnóstico

Danielle Suassuna Alencar

Juliana Melo de Figueiredo

Louise Cabral Gomes

Vivian Maria Vieira Moura de Holanda

Valéria Cristina da Silva

Resumo: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo, de origem desconhecida, progressivo e de evolução inicial linear. Essa doença acomete os nervos motores superiores e inferiores no córtex motor, tronco cerebral e medula espinhal, o que causa uma disfunção muscular tanto em musculatura motora, quanto respiratória. Aspectos que envolvem a hereditariedade, idade e sexo são fatores de risco sabidamente definidos para o desenvolvimento da ELA. Além disso, existem fatores ainda em estudo, como o tabagismo, a atividade física, a exposição ao chumbo e o serviço militar que podem influenciar no surgimento da doença. A principal queixa inicial apresentada é a fraqueza muscular, que ao exame físico se revela como amiotrofia, redução de força muscular e miofasciculações. Apesar do diagnóstico de um quadro generalizado ser considerado fácil, observa-se um atraso entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica. Isso pode ser atribuído ao fato do paciente apresentar sintomas gradualmente, mas também se observa um grande número de paciente de ELA que têm seus quadros tratados inicialmente com outros diagnósticos. Logo, o presente artigo tem como objetivo analisar os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da Esclerose Lateral Amiotrófica e como é feito o diagnóstico desta. É um estudo de revisão da literatura científica, baseado em publicações nacionais encontradas nas bases de dados Scielo e revistas indexadas, utilizando aquelas publicadas a partir de 2004. Pode-se concluir que um breve conhecimento sobre os fatores de riscos e um diagnóstico precoce da ELA, torna-se possível proporcionar ao doente um acompanhamento e uma assistência que melhore a sua qualidade de vida e atenuem os danos físicos, psicológicos e sociais.

Palavras-chave: Debilidade Muscular - Força Muscular - Fatores de Risco.

1. INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é um distúrbio neurodegenerativo progressivo de evolução inicial linear, podendo ser trinta vezes mais rápida ou mais lenta. Acomete os nervos motores superiores e inferiores no córtex motor, tronco cerebral e medula espinhal, o que causa uma disfunção muscular tanto em musculatura motora quanto respiratória (GALVÃO, 2013; NORDON; ESPÓSITO, 2009).

Apesar de ser uma doença rara, ainda afeta um número estimado de 12 mil pacientes no Brasil. Em estudos, verificou-se uma incidência maior de comprometimento do sexo masculino em relação ao feminino em uma proporção de 2:1 e os brancos são mais afetados que os negros, com idade média de início aos 57 anos, um pouco mais precoce nos homens. A forma esporádica é a forma mais comum desta doença, contabilizando cerca de 90% dos casos totais no mundo todo.

Hoje, há um medicamento para o tratamento da ELA, o riluzol, com efeito bloqueador na neurotransmissão glutamatérgica que diminui a lesão aos neurônios motores. Estudos clínicos demonstraram a eficácia em reduzir a progressão da doença e aumentar a sobrevida dos pacientes de 3 a 6 meses, especialmente nos estágios iniciais e nos pacientes com ELA com sinais iniciais bulbares.

O diagnóstico para a ELA estabelecido pela WFN (World Federation of Neurology - Federação Internacional de Neurologia) segue os seguintes critérios: presença de sinais de acometimento do neurônio motor inferior em uma ou mais de quatro regiões (bulbar, cervical, torácica e lombossacral); sinais de acometimento do neurônio motor superior em uma ou mais de quatro regiões; alterações do tipo neurogênicas na eletroneuromiografia, em músculos clinicamente normais; sinais de progressão em uma ou mais regiões. Ausência de: comprometimento sensitivo, autonômico e visual; síndrome de Parkinson; alterações em exames de neuroimagem de outras doenças que poderiam explicar os achados neurogênicos na eletroneuromiografia (PALERMO et al., 2009).

Com isso, observa-se que a hereditariedade, idade (principalmente entre 40-50 anos) e sexo são fatores de risco sabidamente definidos para o desenvolvimento da ELA. Além disso, existem fatores ainda em estudo que não são totalmente confirmados, como o tabagismo, a atividade física, a exposição ao chumbo e o serviço militar. O objetivo desta revisão é analisar os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da esclerose lateral amiotrófica e como é feito o diagnóstico desta.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados online Scielo e revistas indexadas. Inicialmente, a busca foi realizada levando em conta os títulos e os resumos dos artigos para seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse. Nas bases de dados usadas, foram utilizados como critérios de inclusão, os textos que abordavam a esclerose lateral amiotrófica, textos nacionais, textos completos e textos publicados a partir de 2004. Assim, foram encontrados 15 artigos referentes ao tema escolhido, dos quais 8 artigos foram selecionados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo esse intento, dos 9 artigos selecionados, o mais antigo foi publicado em 2000 e o mais recente em 2014. Dentre os artigos citados, destacaram-se os temas relacionados aos fatores de risco, diagnósticos e esclerose lateral amiotrófica. Dessa forma, o tema “fatores de risco” ainda foi subdividido em idade, sexo, tabagismo e atividade física. No que se refere ao profissional que desenvolveu o trabalho científico, a maioria foi realizado por profissionais médicos. No tocante a essa discussão, a ELA geralmente inicia-se lentamente, com fasciculações, que são pequenas microcâimbras musculares, que evoluem normalmente junto com sintomas de fraqueza progressiva, nas mãos, pernas, ou nos músculos dos ombros e do pescoço.

Dentre os fatores de risco, destacam-se: atividades físicas, onde os pacientes com doença neurodegenerativa do sistema motor têm recebido conselho de seus médicos para a redução de atividade física devido ao risco de aumentar a velocidade do processo de morte celular. Estudo realizado com quatro atletas aponta que estes começaram a apresentar os sintomas em idade inferior (média de 43,4 anos) quando comparada a de outros núcleos populacionais com ELA na Itália (média de 57 anos). Com estes dados, verificou-se uma nítida relação entre atividade física intensa e desenvolvimento de ELA. Sugeriram-se, como fator desencadeador, traumas repetitivos na cabeça ao cabecear bolas inúmeras vezes. No entanto, considerando-se que atacantes e zagueiros cabeceiam mais bolas que meio-campista, outro fator deve ser relacionado. Dessa forma, a doença pode estar associada à atividade do correr.

Na literatura foi estabelecida que a maior parte dos pacientes com AMP sobrevive além de 5 anos. Com isso, verificou-se uma sobrevivência maior que a detectada nos pacientes com ELA (de 3 a 5 anos). Neste estudo, a doença durou em média 44 meses, mas os pacientes que manifestaram os sintomas iniciais acima dos 50 anos apresentaram uma sobrevida ainda menor. Essa menor sobrevida dos doentes em relação ao descrito na literatura pode ser explicada, baseando-se num reduzido acesso a cuidados respiratórios domiciliares ou ainda pelo maior comprometimento bulbar. Por outro lado, estudos sugeriram sobrevida ainda menor, 24 meses, mas não determinaram qualquer fator que predispuesse o prognóstico e a progressão do quadro. Dessa forma, a análise dessas informações permite concluir que a partir do envolvimento bulbar a velocidade do curso da doença aumenta como em outro estudo pôde ser visto.

Apesar do tabagismo ainda ser um fator em estudo com relação a ELA, PINHEIRO (2014) explica que este é um fator de risco conhecido por dobrar o risco de desenvolvimento da esclerose lateral amiotrófica, de maneira que pacientes fumantes geralmente apresentam uma forma mais agressiva da doença.

No Brasil, em um estudo sobre as particularidades da ELA durante o ano de 1998, foram enviados formulários estruturados a 2.505 neurologistas brasileiros para que dados demográficos e clínicos dos pacientes com ELA fossem buscados. Com isso, houve retorno de quinhentos e quarenta formulários, enviados por 168 neurologistas. Em seguida, foram analisados os dados de 443 pacientes que se adequava aos critérios de ELA provável (14,2%) ou definida (85,8%) sendo como base o El Escorial. Dessa maneira, verificou-se que duzentos e cinquenta pacientes (58,5%) eram do sexo masculino.

Quanto ao diagnóstico XEREZ (2008,) destaca-se que em casos de ELA, a principal queixa inicial apresentada é a fraqueza muscular, que ao exame físico se revela como amiotrofia, redução de força muscular e miofasciculações. O tônus muscular pode estar aumentado ou diminuído nas áreas de acentuada amiotrofia de acordo com a fase evolutiva, acompanhando-se pela intensificação ou lentificação dos reflexos profundos. O comprometimento bulbar apresenta-se normalmente como uma disartria (espástica) ou disfagia para líquidos, refletindo-se no exame físico inicialmente por fasciculações e atrofia de língua. Continuamente, o princípio da fraqueza muscular é focal, tendendo a se generalizar simetricamente, de maneira que a sensibilidade e a função esfinteriana permanecem conservadas.

Apesar do diagnóstico de um quadro generalizado ser considerado fácil, observa-se um atraso de 13 a 18 meses, entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica. Isso pode ser atribuído ao fato de o paciente apresentar sintomas gradualmente, mas também se observa um grande número de paciente de ELA que tem seus quadros tratados inicialmente com outros diagnósticos, notadamente espondiloartropatias. Apesar de não existir tratamento etiológico, o início da terapia neuroprotetora deve ser o mais precoce possível, permitindo uma desaceleração na taxa de perda neuronal. Para ser diagnosticado, são necessários exames para a confirmação de ELA e exclusão de outras doenças. Todos esses exames descritos abaixo são complementares de uma história clínica e de um exame físicos adequados: A eletroneuromiografia (ENMG) registra a atividade elétrica dos nervos e dos músculos esqueléticos, tem sido o exame mais importante no diagnóstico de ELA, de suas variantes e de outros diagnósticos diferenciais. É realizado com estudo dos quatro membros (regiões cervicais e lombossacrais) e das regiões torácica e cranial/bulbar.

Seguindo esse viés, o exame convencional divide-se em duas partes: estudo da condução nervosa (nervos sensitivos e motores) e eletromiografia e seu objetivo principal é analisar a velocidade de condução elétrica e as características das unidades motoras. Com isso, a Eletromiograma (EMG) é primordial para certificara envoltura do neurônio motor inferior no diagnóstico inicial da Esclerose Lateral Amiotrófica. Assim, devem ser encontrada disfunção no neurônio motor inferior em pelo menos duas das seguintes áreas do SNC: tronco cerebral (neurônios motores bulbares/cranianos) e medula espinhal da região cervical, torácica ou lombossacral (neurônios motores do corno anterior), para concluir o seu envolvimento no diagnóstico da ELA. Para a região do tronco cerebral e da medula espinhal torácica, é suficiente demonstrar alterações na EMG num músculo; já para a região cervical e lombossacral da medula espinhal é fundamental suceder alterações na EMG em pelo menos dois músculos, inervados por diferentes raízes e nervos periféricos. Analisa-se também que os potenciais de fibrilação, ondas agudas positivas, ou ambos, com potenciais de fasciculação no músculo em repouso e um padrão de interferência incompleta, com potenciais de unidades motoras anormais são consideradas algumas das anormalidades da EMG na ELA.

Esses potenciais de fasciculação são apresentados como uma característica importante na ELA, embora, possam ser encontrados em músculos normais (fasciculações benignas) e podem não estar presentes em todos os pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica. O conhecimento de neuroimagem do cérebro e da

medula espinhal é importante para a eliminação de lesão estrutural, inflamatória ou infiltrativa que causem sinais de NMS. Além disso, também pode ser revelado sinais anormais nas vias motoras do córtex motor para o tronco cerebral na Esclerose Lateral Amiotrófica através da RM do cérebro. Pode ser observado um papel limitado na prática clínica dos seguintes exames de neuroimagem - ressonância magnética (RM), espectroscopia por ressonância magnética (HMRS), tomografia por emissão de positrões (PET), tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT). Apesar disso, eles têm se mostrado promissores na compreensão da fisiopatologia da doença in vivo, na identificação de potenciais biomarcadores de progressão da doença e na identificação precoce de alterações ao longo da doença.

Ademais, dentre os exames laboratoriais, podemos observar que poucos são considerados obrigatórios para serem utilizados na investigação de pacientes portadores da Esclerose Lateral Amiotrófica. BROOKS, MILLER, SWASH e MUNSAT (2000) em seus estudos, observaram que certos testes laboratoriais clínicos podem ser anormais em caso típico de ELA. São eles: Enzimas musculares (CK sérica [raro estar aumentada mais de dez vezes acima do limite superior normal], ALT, AST, LDH); Creatinina sérica (relacionado com a perda de massa muscular esquelética); Hipocloremia, bicarbonato aumentado (relacionados com comprometimento respiratório avançado) e Proteínas do LCR elevadas (excepcionalmente mais de 100 mg/dl).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, a partir dos estudos analisados, pode-se concluir que um breve conhecimento sobre os fatores de riscos e um diagnóstico precoce da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), torna-se possível proporcionar ao doente um acompanhamento e uma assistência que melhora a sua qualidade de vida e atenua os danos físicos, psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

- [1] Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. ELA. Disponível em: <<http://www.abrela.org.br/default.php?p=texto.php&c=ela>>. Acesso em: 14 de nov. 2015.
- [2] Brooks BR; Miller RG; Swash M; Munsat TL. El escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis - Amyotrophic Lateral Sclerosis Other Motor Neuron Disorder 2000, 1:293_299.
- [3] Ferraz, M. E. M. R.; Zanotelli; Oliveira, A.S.B.; Gabbai, A. A. Atrofia muscular progressiva: estudo clínico e laboratorial em onze paciente. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, vol.62, n.1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2004000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 de Nov. 2015.
- [4] Galvão, J. Atualização do tratamento fisioterapêutico na esclerose lateral Amiotrófica – revisão de literatura. 2013. 13 f. Monografia apresentado ao curso de Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva do Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada, chancelado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.
- [5] Madureira, C.D.P.V.G. Diagnóstico Diferencial de Esclerose Lateral Amiotrófica.
- [6] Nordon, D; Espósito, S. Atualização em esclerose lateral amiotrófica. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 1-3, mar, 2009
- [7] Pinheiro, P. Esclerose lateral amiotrófica - Doença do neurônio motor. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2014/08/esclerose-lateral-amiotrofica.html>> Acesso em: 22 de nov. 2015
- [8] Xerez, D. R. Reabilitação na Esclerose Lateral Amiotrófica: revisão da literatura. Acta Fisiátrica, Rio de Janeiro. v.15, n.3, set. 2008. Disponível em: < http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=141> Acesso em: 14 de nov. 201.

Capítulo 15

Acesso aos serviços e percepções acerca da qualidade de vida e saúde em cidades rurais: Aspectos de vulnerabilidade ao adoecimento

Daniela Heitzmann Amaral Valentim de Sousa

Eunice Aristides Araújo

Francisca Marina de Souza Freire Furtado

Flávio Lúcio Almeida

Ana Alayde Saldanha

Resumo: Dado a concepção ampliada de saúde que envolve o direito de gozar condições dignas de vida e ter acesso aos serviços de saúde, objetivou-se analisar o acesso à serviços de saúde e a percepção que moradores de cidades rurais paraibanas possuem acerca do que seja saúde e qualidade de vida. Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa. Participaram 789 pessoas, homens e mulheres, com 24 a 90 anos, residentes em cidades paraibanas com menos de 11.000 habitantes. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e um questionário estruturado contendo perguntas relacionadas à forma e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde locais, bem como a enunciação de palavras que vinham à mente dos participantes ao ouvirem as palavras “saúde” e “qualidade de vida”. As análises ocorreram por meio de estatísticas descritivas e análise categorial temática. Apesar de algumas dificuldades relatadas, no geral, houve uma avaliação positiva dos participantes acerca do acesso aos serviços de saúde locais, principalmente no que tange à Estratégia Saúde da Família. Observou-se que tanto a saúde como a qualidade de vida apareceram como conceitos correlacionados, sendo a saúde vista como um direito a ser garantido em todos os aspectos, seja por meio de um emprego ou por uma alimentação saudável. Da mesma forma foi observado que para eles a qualidade de vida é mais do que ter saúde, mas ter condições para se viver dignamente, como ter educação para seus filhos e saneamento básico na cidade, corroborando com a ideia ampliada envolta nestes conceitos.

Palavras-chave: acesso; saúde; qualidade de vida; cidades rurais.

1. INTRODUÇÃO

De maneira geral, o conceito de vulnerabilidade em saúde se refere ao conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade ao adoecimento ou ao seu agravamento, em que se verifica que uma pessoa ou grupo populacional encontra-se em uma condição que a predispõe ao risco de adoecer e carece de recursos para a sua proteção (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012). Neste aspecto, tal conceito procura integrar três eixos interdependentes de compreensão do processo saúde-doença: os eixos individual, social e programático. Ao adotar a noção de vulnerabilidade como uma possibilidade de ampliação dos aspectos presentes na compreensão acerca do processo saúde-doença-cuidado, entende-se, sob esta ótica, que ter saúde é muito mais do que ausência de doença e/ou um estado de completo bem-estar físico, mental e social, mas consiste no direito de gozar condições dignas de vida.

Deste modo, ter saúde, de acordo com Marcondes (2004), por um lado, é direito de cidadania e para isso é preciso a participação de outros setores atuando junto ao setor sanitário, de maneira a garantir direitos básicos como educação, moradia, alimentação, trabalho, lazer, distribuição de renda, como propõe a Constituição Federal de 1988. Por outro lado, segundo este autor, esta articulação entre os diversos setores demonstra a relação de interdependência que existe entre saúde e desenvolvimento econômico de um país, afirmando que de nada “adianta mobilizar setores sociais e sanitários se, conjuntamente, o crescimento econômico não beneficiar as condições de vida da população como um todo” (p.08).

Nessa perspectiva, o conceito de saúde relaciona-se diretamente à ideia de bem-estar e qualidade de vida. Esta última entendida não somente pelo seu caráter subjetivo, relacionado à forma como as pessoas percebem a si e sua relação com o mundo em que vivem (FLECK et al, 2008), mas, também, pelo seu caráter objetivo, expresso nas situações concretas da vida cotidiana e no usufruto ou não de políticas sociais e de direitos. Assim, um dos desafios que se apresenta ao Sistema Único de Saúde (SUS) na tentativa de garantir saúde de maneira universal é a superação das desigualdades (sociais, econômicas, territoriais, culturais) existente em nosso país, de forma a garantir acesso aos bens e serviços de saúde aos diversos grupos populacionais de maneira justa e equânime.

Diante este cenário, é possível afirmar que, historicamente, os contextos rurais são espaços que sofrem com o descaso em termos de garantia dos direitos sociais. Grande parte do mundo rural é caracterizado pelos elevados índices de pobreza, baixos níveis de escolaridade, desemprego e deficiências de proteção do poder público, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento social e à promoção da saúde (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2013). Tais fatores contribuem para a situação de disparidade em saúde existente nessas áreas, ocasionando em maiores situações de vulnerabilidade em saúde para sua população se comparado, por exemplo, às populações urbanas (KASSOUF, 2005; LUZIO; L'ABBATE, 2009).

A escassez da oferta, as dificuldades no acesso bem como a própria maneira como estão organizados os serviços de saúde no mundo rural se apresentam como fatores que contribuem para esta realidade (VIEIRA, 2010). Assim, existe um desajuste entre as necessidades da população rural e os serviços e recursos ofertados e utilizados, que não se refere apenas ao acesso ou não dos serviços, mas que inclui também as respostas dos profissionais de saúde às demandas encontradas e os recursos tecnológicos (materiais e não-materiais) empregados, o que acaba por influenciar a concepção que a própria população rural possui acerca da que seja saúde e doença. Portanto, levando em consideração os aspectos elencados, o presente estudo teve como objetivo analisar, a partir de suas vivências cotidianas, o acesso à serviços de saúde e a percepção que moradores de cidades rurais paraibanas possuem acerca do que seja saúde e qualidade de vida.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa que contou com a participação de 789 pessoas, homens e mulheres, na faixa de 24 a 90 anos, residentes em 16 cidades paraibanas com menos de 11.000 habitantes. Essas foram escolhidas de forma aleatória, levando em consideração a localização nas quatro macrorregiões de saúde. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, um grupo de pesquisadores viajou para as cidades selecionadas e deu-se início a coleta de dados.

Os participantes foram abordados em seus domicílios, logradouros ou praças e convidados a participar do estudo. Foi utilizado um questionário sociodemográfico, com vistas a caracterizar os participantes, e um questionário estruturado incluindo perguntas relacionadas a formas de acesso aos serviços de saúde locais e dificuldades encontradas pelos participantes com relação a este acesso. Logo após, foi solicitado que os participantes enunciassem três palavras que lhes vinha à mente quando ouviam as palavras-

estímulo “saúde” e “qualidade de vida”. A aplicação dos instrumentos se deu a partir da participação voluntária, de forma individual, sendo as respostas anotadas pelos pesquisadores.

A presente pesquisa procurou atender a todos os aspectos éticos orientados pela Resolução no 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os dados do questionário sociodemográfico foram analisados por meio de estatísticas descritivas, utilizando o Software SPSS for Windows. Já os dados provenientes da enunciação de palavras foram analisados por meio de análise categorial temática de conteúdo, segundo a proposta de Bardin (2011).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,1%); na faixa etária de 30 a 59 anos (62,5%); com a primeira fase do ensino fundamental (até o 4º ano) concluído (37,1%); agricultores (23,8%); com renda entre um e dois salários mínimos (47,8%). Em termos de acesso aos serviços de saúde, 80% dos participantes relataram utilizar com frequência o serviço público de saúde, sendo o serviço mais procurado a Estratégia Saúde da Família (ESF) com 56% em detrimento das outras categorias de maior complexidade como Consultórios e Clínicas (11,2%) e hospitais (16,6%). Tal índice traz a importância dos serviços primários e públicos de saúde para a população rural bem como realça a posição da ESF como estratégia prioritária para a organização e o acesso dos serviços de saúde nestas localidades, como menciona Vieira (2010).

Sob os aspectos socioeconômicos verificados, foi possível identificar entre os participantes a baixa renda, (ou mesmo a falta dela) e a baixa escolaridade, que relacionadas às diversas circunstâncias como idade, sexo, raça/etnia, orientação sexual, entre outras, podem se constituir em elemento de vulnerabilidade a uma série de doenças. No que se refere ao mundo rural, estas questões se sobrepõem, visto que a produção de serviços tem o espaço urbano como referência e, ainda existe um conjunto de déficits centrados nessas localidades, como no abastecimento de água, nas condições de moradias, na qualidade do ambiente do entorno dos domicílios, na baixa escolaridade, entre outros.

Considerando que o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde é a atenção primária e que esta deve ser de fácil acesso para a população (STARFIELD, 2002), buscou-se verificar as facilidades/dificuldades de acesso na utilização de serviços de saúde locais. Por ser a ESF o local mais procurado pelos participantes, a maioria relatou ter fácil acesso aos serviços primários (83,3%). Porém, dos que afirmaram que o acesso era difícil, quando perguntados sobre quais os motivos dessa dificuldade, eles responderam que eram os agendamentos, com poucas fichas distribuídas (34%), seguido pela distância de sua residência (23,6%) e dificuldades de locomoção (18,9%).

Os cuidados de saúde em áreas rurais, para autores como Kassouf (2005) e Silva, Lima e Hamann (2010) são caracterizadas por altos níveis de necessidades de saúde com diversas barreiras aos serviços de cuidado e de práticas de saúde. De acordo com esses autores, as mudanças para uma efetiva implantação de um sistema de atenção à saúde implicam em custos e no enfretamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que extrapolam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, com a alteração na formação e nas relações de trabalho dos profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde. Dada essas premissas, o princípio da universalidade nessas áreas fica comprometido devido, muitas vezes, ao isolamento geográfico dos grandes centros urbanos, aos horários de atendimentos que não contemplam todas as pessoas que precisam, o que faz com que a população precise se deslocar para outras cidades. Nestes casos, as longas filas e o período de espera para os atendimentos não leva em consideração, por exemplo, a alimentação e o tempo que os usuários necessitam para retornarem a seus lares. Deste modo, para os autores citados, tais fatores aliados à alta rotatividade dos profissionais de saúde nessas regiões e a precária infraestrutura, o atendimento desumanizado pautado em um modelo biomédico alicerçam a precariedade no acesso e no uso desses serviços por essas pessoas.

Assim, apesar de boa parte das pessoas que participaram do estudo relatar não ter dificuldades no acesso aos serviços de saúde, encontrou-se uma parcela significativa, e que não pode ser desconsiderada, que trouxe inúmeras dificuldades no acesso a esses serviços. Em todas as categorias de dificuldades relatadas, os participantes faziam uso do serviço público de saúde, demonstrando que ainda existem inúmeros aspectos que devem ser otimizados para um melhor acesso dessa população a esses serviços.

Neste cenário, a forma como os participantes descrevem e relatam o acesso aos serviços reflete, de certa maneira, na forma como eles percebem o que é saúde e qualidade de vida. Na análise categorial temática realizada acerca das palavras evocadas, observou-se que ambos os conceitos se encontram inter-

relacionados. No tocante à saúde, emergiram três categorias de palavras: a ideia de saúde enquanto direito; a saúde ainda vista como ausência de doença defendida pelo modelo biomédico e saúde vista como bem-estar geral como propõe a Organização Mundial de Saúde (OMS). A tabela a seguir traz essas categorias com maiores detalhes.

Tabela 1: Análise categorial temática sobre a percepção dos participantes acerca do que é saúde

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | Frequência f | Porcentagem % |
|------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|
| Saúde enquanto direito (SUS) | Prioridade/Bom | 259 | 33,80% |
| | Acesso aos serviços | 10 | 1,30% |
| | Alimentação adequada | 40 | 5,20% |
| | Atividade Física | 13 | 1,70% |
| | Condições de vida | 10 | 1,30% |
| | Capacidade trabalho | 5 | 0,70% |
| | Precariedade | 45 | 5,90% |
| Modelo Biomédico | Ausência de doença | 28 | 3,70% |
| | Acesso a medicamentos | 2 | 0,30% |
| | Bom Atendimento | 15 | 2,00% |
| | Cuidado | 43 | 5,60% |
| | Assistência médica | 29 | 3,80% |
| Saúde enquanto bem-estar geral OMS | Bem-Estar | 112 | 14,60% |
| | Alegria/Disposição | 23 | 3,00% |
| | Aparência saudável | 13 | 1,70% |
| | Bem-estar físico | 19 | 2,50% |
| | Bem-estar psicológico | 10 | 1,30% |
| | Deus | 7 | 0,90% |
| | Outros | 84 | 11,00% |

A primeira categoria, denominada “saúde enquanto direito”, remete a aspectos relacionados ao conceito ampliado defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, para alguns participantes saúde é “prioridade” ou algo “bom” apresentando, no geral, a maior frequência de palavras enunciadas (33,8%). Aspectos como alimentação, acesso aos serviços, condições de vida e capacidade para o trabalho podem ser ressaltadas como percepção de que saúde deve envolver todos os âmbitos, sendo, inclusive, condição para exercício de cidadania. Os princípios do SUS, a saber: Universalidade, Equidade e Integralidade, enquanto princípios doutrinários, objetivam garantir esses direitos e combater as situações de desigualdades sociais. Ampliar o acesso aos serviços e garantir melhores condições de vida para a população tem sido um dos objetivos do SUS, mas ainda não atinge todos de maneira equânime, especialmente, em localidades rurais (VIEIRA, 2010).

Estudo realizado por Marcelino (2010) sobre a percepção da população rural paraibana sobre a ESF mostrou que apesar dos avanços, ao se considerar a saúde como um direito de todos, esse direito ainda é visto com resignação e até mesmo desconhecido para muitas pessoas, visto que a maioria da população investigada não apresenta um conhecimento objetivo da proposta da atenção básica, tampouco dos níveis de atenção e suas responsabilidades, desistindo muitas vezes dos cuidados e tratamentos necessários à sua saúde por não saber o que fazer e por não terem condição de procurar seus direitos. A autora encontrou lacunas e distorções que impedem e dificultam, por exemplo, a participação dos usuários como pessoas ativas, pois, se não conhecem seus direitos em relação à atenção à saúde também não atuam cobrando as falhas e ausências vividas.

A segunda categoria de palavras se enquadra no conceito de saúde do modelo biomédico. Palavras como “ausência de doença”, “acesso aos medicamentos”, “bom atendimento”, “cuidado” e “assistência médica” se fizeram frequentes, mostrando que ainda se faz presente no imaginário social a ideia que ter saúde significa não estar doente, não se sentir doente, não ter aparência de doente e não necessitar de medicamentos.

A visão da saúde entendida como ausência de doença é amplamente presente no conhecimento do senso comum, uma vez que a Medicina, por ainda ter o foco na doença, traz imbuída a importância do diagnóstico empírico (sinais e sintomas) e do combate aos agentes causadores das doenças por meio das tecnologias médicas, como os exames e medicamentos. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico. Esse modelo tem forte apoio social, pois além das indústrias e distribuidoras de

produtos e tecnologias médicas, os profissionais de saúde e grande parte da população também o incorporam e praticam (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Contudo, de forma, geral, o ingresso das ciências humanas e sociais no campo da saúde têm evoluído na compreensão do corpo e dos processos de saúde-doença, superando as explicações mais reducionistas e universalistas, para abordagens mais complexas, situadas no tempo e nos aspectos socioeconômicos e psicossociais, considerando o adoecer como um fenômeno também construído social e culturalmente, e multideterminado, sendo assim, é um fenômeno social, além de biológico. E é esta visão que tem sido difundida na formação e na prática dos profissionais de saúde, sendo introjetada também pela população rural.

A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, e sim como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Assim, a terceira e última categoria, envolveu palavras que apontaram para este conceito, sendo composta por palavras que remetem a visão de saúde como “bem-estar”, “bem-estar físico”, “bem-estar psicológico”, “alegria/disposição”, “aparência saudável” e “Deus”. Os aspectos positivos apontados por este conceito estão relacionados à visão positiva de saúde, trazendo à tona também os aspectos subjetivos envolvidos. Todavia, apesar de ser um conceito avançado em relação ao modelo biomédico, este tende a ser alvo de inúmeras críticas, sendo considerado por muitos como um conceito irreal, utópico, ultrapassado e unilateral (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Para autores como Caponi (apud BATISTELLA, 2002), no entanto, mais do que ser um conceito impraticável, a maior crítica ao conceito da OMS reside no fato de que esta pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso para a saúde. Deste modo, a autora coloca que o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante pode se tornar objeto de uma intervenção em saúde. Uma consequência que retrata este processo para a autora é o fenômeno da medicalização da vida.

Nas análises acerca da percepção da qualidade de vida também emergiram três categorias de palavras: A qualidade de vida como sinônimo de saúde; e de bem-estar e por fim, a referência à qualidade de vida enquanto condições estruturais, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 2: Análise categorial temática sobre a percepção dos participantes acerca do que é saúde

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | Frequência f | Porcentagem % |
|-----------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| Saúde | Saúde | 26 | 24,1% |
| | Outros | 6 | 5,6% |
| Bem-estar | Bem-estar subjetivo | 24 | 22,2% |
| | Relacionamentos Sociais | 2 | 1,9% |
| | Tempo para Família | 6 | 5,6% |
| | Lazer | 6 | 5,6% |
| | Ausência preocupação | 9 | 8,3% |
| | Religião | 2 | 1,9% |
| Condições Estruturais | Alimentação | 7 | 6,5% |
| | Trabalho | 7 | 6,5% |
| | Casa Própria | 3 | 2,8% |
| | Condições Financeiras | 9 | 8,3% |
| | Transporte | 1 | 0,9% |

Na área da saúde, o interesse nessa conceituação é relativamente recente e decorre, principalmente, a partir dos estudos e interesses acerca dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, que se mostram multifatoriais e complexos (SEIDL; ZANNON, 2004). Fatores econômicos, socioculturais, a própria experiência pessoal e hábitos e estilos de vida aparecem como aspectos a serem considerados no processo de adoecimento e se mostram diretamente relacionados às condições de vida e saúde dos sujeitos. Não é à toa que qualidade de vida aparece relacionada à ideia de saúde, como mostra a evocação de palavras mais frequente (24,1%). Se somado a ideia de bem-estar (segunda categoria temática), a frequência de palavras evocadas que fazem essa relação aumenta para 46,3%. Conceber qualidade de vida como sinônimo de saúde é algo confirmada em revisão de literatura feita por autores como Seidl e Zannon

(2004) e Minayo, Hartz e Buss (2000) acerca da temática. Segundo estes autores, apesar desta relação não ser algo recente, ela tem ganhado maiores proporções devido às reflexões acerca do conceito de promoção da saúde. Assim, para Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 21) “o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto e bem-estar”. Ainda, segundo a autora, no mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida.

De tal modo, a terceira categoria de análise vem fazer referências aos aspectos estruturais relacionados à concepção de qualidade de vida. Palavras como “alimentação”, “trabalho”, “condições financeiras” foram enunciadas pelos participantes, fundamentando-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais. No contexto brasileiro, onde os serviços de saúde enfrentam dificuldades básicas de provisão (atendimento médico, exames, equipamentos, materiais, medicamentos, entre outros), a preocupação com a qualidade de vida e a busca da felicidade pode parecer comprometida com a retração de investimentos em políticas públicas (MARCONDES, 2004).

A saúde e a qualidade de vida devem ser consideradas um direito e um processo, cabendo ao Estado garantir a todos. É necessário promover todos os tipos de saúdes, por meio de programas e serviços capazes de gerar bem-estar e de evitar riscos, tanto para os indivíduos quanto para os grupos sociais. Nesse contexto é de grande importância o envolvimento de todos os setores, como a agricultura, educação, habitação, obras públicas e comunicações, entre outros, destacando a importância dos demais setores sociais e econômicos.

4. CONCLUSÃO

O estudo identificou que, apesar de algumas dificuldades, os moradores de cidades rurais paraibanas relataram facilidade no acesso aos serviços de saúde nas pequenas cidades, em especial, os de serviço público e ligado aos cuidados primários, como a Estratégia Saúde da Família. Apesar dos bons resultados nesse quesito é necessário considerarmos os fatores de desajustabilidade social que estão presentes em qualquer pesquisa. No caso particular, não se pode deixar de considerar, por exemplo, os aspectos políticos-partidários e assistencialistas característicos desses espaços. A cultura “clientelista” – baseada em uma estrutura patriarcal de apadrinhamento – ainda apresenta marcas visíveis nas cidades rurais com influência nos sistemas político, social e econômico, sendo a concessão de bens e serviços feita, em sua grande maioria, em troca de lealdade político-partidária. A própria população rural tende a introjetar essa relação sustentando, muitas vezes, que o acesso aos direitos sociais só pode ocorrer por meio desse assistencialismo (FURTADO, 2016).

No tocante à saúde e qualidade de vida, pôde-se observar que os moradores das cidades rurais percebem estes conceitos como inter-relacionados e que apesar de ainda trazerem ideias ultrapassadas acerca do que é saúde, como a ideia de ausência de doença, também consideram na também um direito a ser garantido em todos os aspectos, seja por meio de um emprego ou por uma alimentação saudável, indo muito além do conceito biomédico. Da mesma forma, aliado ao conceito de saúde, foi observado que qualidade de vida é muito mais do que ter saúde, e sim ter condições para se viver dignamente, como ter educação para seus filhos, saneamento básico na cidade, corroborando com a ideia ampliada envolta nestes conceitos.

REFERÊNCIAS

- [1] Ayres, José Ricardo Carvalho de Mesquita; Paiva, Vera; França JR., Inácio. Conceitos Práticos de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. In: Paiva, V.; AYRES, J.R.; Buchalla, C.M. (Orgs.). Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp.71-94. 2012.
- [2] Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
- [3] Batistella, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. O território e o processo saúde-doença, p. 51, 2007.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação em Saúde). 2012.
- [5] Bydlowski, Cynthia Rachid; Westphal, Márcia Faria; Pereira, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. Saúde e sociedade, v. 13, p. 14- 24, 2004.

- [6] Fleck, Marcelo P. et al. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed. 228p. 2008.
- [7] Furtado, Francisca Marina de Souza Freire. Vivendo à margem: prevalência e vulnerabilidades ao transtorno mental comum em mulheres residentes em cidades rurais paraibanas. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. 272 p. 2016.
- [8] Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Mendonça, Mhm de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde debate, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003.
- [9] Gomes, Karine de Oliveira et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 1829-1842, 2013.
- [10] Kassouf, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.
- [11] Luzio, Cristina Amélia et al. A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. 2003.
- [12] Marcelino, Maria Quitéria dos Santos. Avaliação da estratégia Saúde da Família pelos seus usuários em Municípios Rurais Paraibanos. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.
- [13] Minayo, Maria Cecília de Souza; Hartz, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7- 18, 2000.
- [14] Marcondes, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, p. 5-13, 2004.
- [15] Seidl, Eliane Maria Fleury; Zannon, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 580-588, 2004.
- [16] Silva, Maria Josenilda Gonçalves; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 19, n. supl. 2, p. 109-120, 2010.
- [17] Silva, Victor Hugo Farias; DIMENSTEIN, Magda; Ferreira Leite, Jáder. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. Mental, v. 10, n. 19, 2013.
- [18] Souza, Rafaela Assis; CARVALHO, Alysson Massote. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estudos de psicologia, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
- [19] Starfield, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. Unesco. Brasília. 2002.
- [20] Travassos, Claudia; DE Oliveira, Evangelina XG; Viacava, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.
- [21] Travassos, Claudia; Viacava, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.
- [22] Vieira, Ed Wilson Rodrigues. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

Capítulo 16

Longevidade e produtividade no trabalho: visão da indústria

Diva Irene da Paz Vieira

Yara Prates Kenappe

Resumo: O artigo apresenta o resultado de pesquisa do Centro de Inovação Sesi Longevidade e Produtividade (CIS-LP) junto a indústrias paranaenses com mais de cem colaboradores, realizada com o objetivo de conhecer o entendimento que elas têm sobre a questão do envelhecimento de sua força de trabalho, assim como identificar se existem práticas de gestão que demonstrem interesse sobre o tema. A relevância do tema se dá pelos desafios que o acelerado fenômeno da transição demográfica brasileira representa para a manutenção da capacidade produtiva do País, assim como pela importância da adoção de políticas empresariais voltadas à gestão da idade dos trabalhadores. Os resultados revelam que as empresas pouco tratam do assunto e, na sua grande maioria, não possuem políticas relacionadas ao envelhecimento da força de trabalho. Como não se trata de variável controlável pelas organizações, mas causará impactos importantes no perfil de suas equipes – pois prevê-se uma população economicamente ativa acima de 45 anos em pouco mais de uma década, segundo o IBGE – torna-se urgente aumentar a compreensão da dinâmica populacional para preparar-se adequadamente às mudanças que irá provocar.

Palavras-chave: Longevidade; Força de trabalho; Ambiente de trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, houve mudanças no perfil populacional do Brasil, impactando fortemente em sua pirâmide etária.

Em 1991, 28,07% da população brasileira era composta por jovens entre 15 e 29 anos. Em 2010, esse percentual caiu para 26,92%. A previsão para 2060 é de que se reduza para 15,34% (IBGE, 1991, 2010, 2013).

Em 2010, o número de pessoas com mais de 60 anos cresceu mais de 40%, enquanto a população geral cresceu apenas 12%. Eram 20 milhões de idosos; a previsão para 2040 é de serão 60 milhões. Em 2030, quase metade da força de trabalho brasileira estará acima de 45 anos de idade, composta principalmente de mulheres (IBGE, 2010, 2013).

A fecundidade brasileira, entre os anos de 1991 e 2010, caiu de 2,9 para 1,9 filhos por mulher no período reprodutivo de 15 a 49 anos de idade. Entre os estados brasileiros, o Acre apresentou a maior taxa de fecundidade, com 2,95; São Paulo, com 1,66, a menor. A expectativa de vida ao nascer aumentará de 69,8 para 81,2 anos entre 2000 e 2060 (IBGE, 1991, 2010, 2013).

A queda da fecundidade, associada ao aumento da expectativa de vida, resultam em uma significativa redução de crianças e jovens e em uma grande quantidade de idosos, representando, assim, um novo padrão demográfico para o Brasil. Desafios importantes devem ser enfrentados, pois grande parte desse grupo, no País, corre o risco de viver na pobreza. Assim, não basta viver mais, é preciso buscar condições para uma vida longa, com qualidade, sendo o trabalho, assim como a saúde e a educação, fatores essenciais para tal, em qualquer localidade.

Nos próximos anos, haverá uma redução do número de pessoas que entrarão no mercado de trabalho e um aumento da permanência dos que estão em atividade. A retenção desses profissionais “será necessária não apenas por questões relacionadas ao equilíbrio das contas da Previdência Social, mas como alternativa para a escassez de mão de obra especializada e a sustentação do crescimento econômico” (PwC; FGV-EAESP, 2013, p.3).

Conforme Ilmarinen (2015), uma vida produtiva ativa é importante plataforma para o envelhecimento ativo, ou seja, para os trabalhadores mais velhos permanecerem ativos é necessário que tenham boa vida profissional, podendo, assim, contribuir com seus talentos e pontos fortes para a construção de uma sociedade sustentável.

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), quanto antes as pessoas tiverem oportunidades de trabalho digno em suas vidas, obtendo remuneração adequada e atuando em locais apropriados e protegidos, à medida que envelhecem, poderão continuar trabalhando de acordo com suas capacidades e preferências.

Segundo Keller (2013), se as pessoas vão permanecer trabalhando mais tempo no futuro, a gestão da idade nas organizações torna-se fundamental. Os profissionais mais velhos merecem respeito, além de condições ergonômicas e de trabalho que sejam adequadas às suas limitações físicas e psicológicas. Seu estudo concluiu, porém, que a maioria das instituições empregadoras está oferecendo pouca atenção às necessidades dos trabalhadores em processo de envelhecimento, o que também se verificou na pesquisa do CIS-LP..

As organizações precisam criar ambientes favoráveis a uma vida laboral produtiva, possibilitando aos profissionais oferecerem o seu melhor e fazendo com que esse capital humano seja visto como um ativo que proporciona valor, e não como um passivo que gera despesas cada vez maiores com aposentadoria e saúde (PwC; FGV-EAESP, 2013).

Para Ilmarinen (2015), investir na promoção da capacidade de trabalho compensa. Em seus estudos, a análise custo-benefício mostra que o retorno sobre o investimento (ROI) pode ser bom: €1 ascende entre €3-€5 após alguns anos. O ROI positivo deve-se ao aumento da produtividade, associado à diminuição das licenças por doença e dos custos relacionados à incapacidade de trabalhar.

Para Cepellos et al. (2013), as empresas brasileiras estão despreparadas para enfrentar o futuro de uma força de trabalho envelhecida; por isso, alertam para a necessidade de realizar pesquisas na área e sensibilizar os gestores para o cuidado e a valorização do profissional com mais idade.

“Sugere-se que novos estudos, inclusive empíricos (...) sejam realizados sobre o tema, para alertar a sociedade quanto à questão da organização do trabalho e do envelhecimento, uma lacuna na literatura científica” (KELLER, 2013, p. 20).

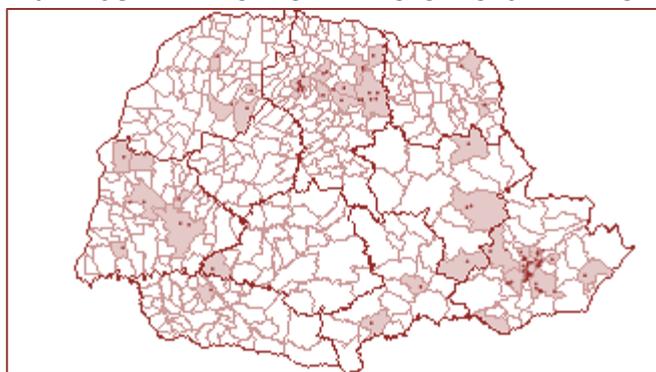
Visando trazer novos elementos para ampliar o entendimento a respeito do tema, esta pesquisa propôs-se a obter um panorama sobre o que as indústrias do estado do Paraná pensam e já fazem – ou devem fazer – para contribuir com o envelhecimento ativo e saudável dos trabalhadores, de forma a viabilizar a sustentabilidade dos negócios, o bem-estar das pessoas e o progresso das localidades.

2.METODOLOGIA

A Pesquisa Longevidade e Produtividade é uma iniciativa do Centro de Inovação Sesi Longevidade e Produtividade (CIS-LP) com o objetivo de conhecer o entendimento atual das empresas paranaenses sobre a questão do envelhecimento de sua força de trabalho, assim como identificar se existem práticas de gestão que demonstrem interesse sobre o tema.

Realizada entre dez/2015 e abr/2016, contou com a participação de 110 empresas com mais de cem funcionários. A base utilizada para a identificação das empresas foi o Cadastro das Indústrias do Paraná 2015, editado pelo Sistema Federação das Indústrias do Estado do Paraná. O questionário foi aplicado via web, com o apoio de empresa de pesquisa, que fez a sensibilização para seu preenchimento por telefone. O Mapa 01 apresenta a distribuição das empresas respondentes segundo sua localização no Estado.

MAPA 01 - LOCALIDADES DAS EMPRESAS RESPONDENTES – 2016



FONTE: Sesi PR/NIDEP (2016).

Responderam à pesquisa empresas de nove mesorregiões do Paraná, ficando sem representação apenas a mesorregião Centro Ocidental, que tem o menor número de empresas.

TABELA 01 – EMPRESAS EXISTENTES E RESPONDENTES POR MESORREGIÃO- 2014/2016

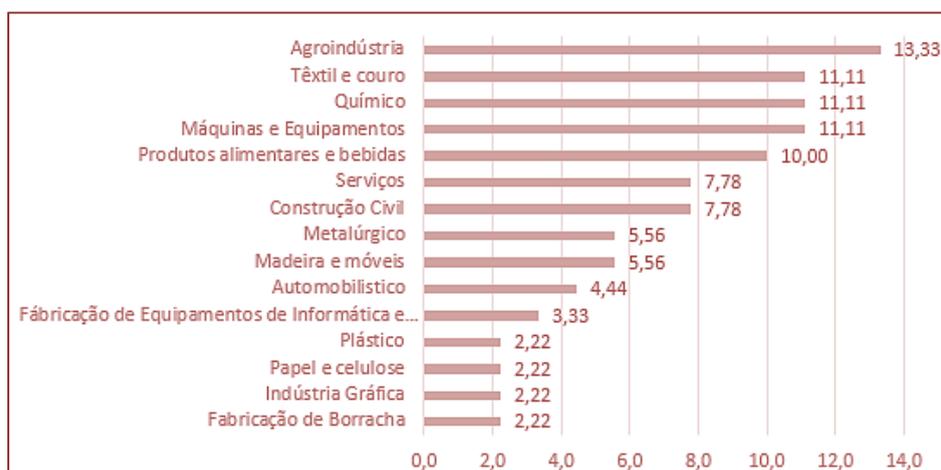
| % de Empresas Existentes | % de Empresas Respondentes | Mesorregião |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 30,28% | 49,4% | Metropolitana de Curitiba |
| 3,63% | 2,11% | Sudeste |
| 2,63% | 1,05% | Centro Sul |
| 6,41% | 1,05% | Sudoeste |
| 11,98% | 9,47% | Oeste |
| 4,71% | 4,21% | Centro Oriental |
| 3,59% | 2,11% | Norte Pioneiro |
| 25,67% | 26,32% | Norte Central |
| 2,39% | 0% | Centro Ocidental |
| 8,70% | 4,21% | Noroeste |

Fonte: MTE (2014) e Sesi PR/NIDEP (2016).

As empresas dos setores agroindustrial, têxtil e couro, químico, máquinas e equipamentos e de produtos alimentares e bebidas representam mais de 50% das respondentes, conforme demonstrado no Gráfico 01.

Ainda responderam à pesquisa uma empresa do setor energético, uma de telecomunicações e uma de ferrovias.

GRÁFICO 01 - SETORES DE ATIVIDADE DAS EMPRESAS RESPONDENTES



Fonte: Sesi PR/NIDEP (2016).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nonato, Pereira, Nascimento e Araújo (2012) defendem que a oferta de força de trabalho no Brasil tem sido afetada, principalmente, pela atual fase de transição demográfica; pelo aumento da escolaridade; e pela maior presença da população feminina.

Nas empresas pesquisadas, a faixa etária predominante dos funcionários é de 30 a 44 anos, seguida daquela de 18 a 29 anos, ou seja, grande parte dos trabalhadores são jovens.

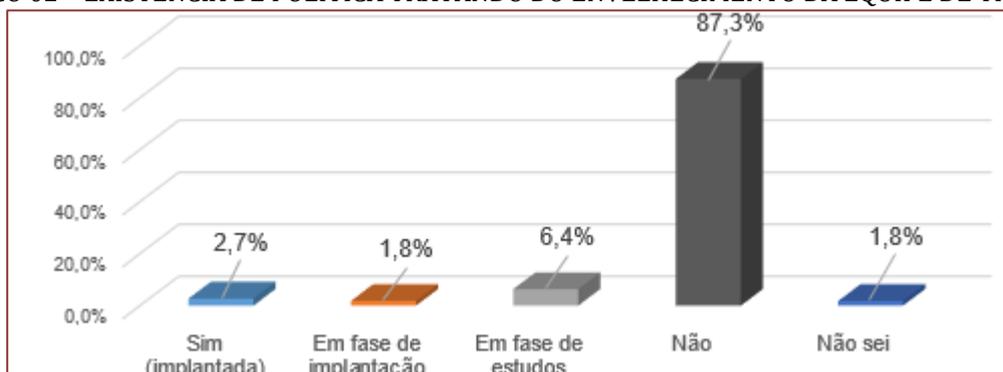
TABELA 02 – FAIXA ETÁRIA PREDOMINANTE DOS FUNCIONÁRIOS DAS EMPRESAS RESPONDENTES

| Faixa etária | N.º Máximo | Média de Funcionários | N.º Mínimo |
|---------------------------------|------------|-----------------------|------------|
| Funcionários de 18 a 29 anos | 4.735 | 299 | 2 |
| Funcionários de 30 a 44 anos | 6.826 | 348 | 4 |
| Funcionários de 45 a 54 anos | 3.452 | 155 | 1 |
| Funcionários de 55 a 64 anos | 1.499 | 59 | 0 |
| Funcionários de Mais de 65 anos | 143 | 8 | 0 |

FONTE: Sesi PR/NIDEP (2016).

As empresas, de modo geral, como demonstrado no Gráfico 02, não têm política interna que contemple medidas sistêmicas voltadas ao envelhecimento ativo de sua força de trabalho. Apenas 4,5% das entrevistadas possuem ou estão em fase de implantação de uma política nesse sentido. Assim, o destaque fica para o elevado percentual de respondentes (87,3%) que declarou não possuir políticas relacionadas ao envelhecimento.

GRÁFICO 02 – EXISTÊNCIA DE POLÍTICA TRATANDO DO ENVELHECIMENTO DA EQUIPE DE TRABALHO



Fonte: Sesi PR/NIDEP (2016)

A transição da estrutura etária da população brasileira irá exigir cada vez mais mudanças das condições de trabalho para promover a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, com menores taxas de absenteísmo, e, em consequência, menores custos e aumento da produtividade. Das empresas pesquisadas, 38,1% indicaram adotar iniciativas que contribuem com o envelhecimento ativo de suas equipes de trabalho.

Dentre os 38,1% que responderam adotar alguma iniciativa que contribui para lidar com o envelhecimento ativo de seu pessoal, e considerando a possibilidade de mais de uma delas ser praticada, os temas apontados e respectivos percentuais foram:

83,3% Segurança no trabalho: Higiene e medicina do trabalho; Prevenção e controle de riscos em máquinas, equipamentos e instalações; Engenharia de segurança; Doenças ocupacionais; Ergonomia e iluminação; Proteção contra incêndios e explosões.

81% Programas de saúde: Promoção de hábitos saudáveis; Controle do tabaco, álcool e outras drogas; Atividades físicas; Alimentação saudável; Saúde mental; Prevenção à AIDS; Ergonomia; Prevenção à perda de audição e visão, entre outros.

23,8% *Mentoring*.

21,4% Ações voltadas ao aprendizado ao longo da vida: Promoção da cultura do aprender, acesso à informação, relacionamento entre gerações, capacitação contínua.

19% Valorização do envelhecimento e da experiência adquirida.

9,5% Participação em processos decisórios.

2,4% Estratégia de gestão da idade.

O aumento da expectativa de vida, associado a melhores condições de saúde, vem permitindo que as pessoas, mesmo depois de completados 60 anos, continuem exercendo uma atividade profissional, com vantagens, não só para elas, como também para as empresas. No entanto, para que ocorra maior efetividade nesse processo, é fundamental que as empresas definam sua política para tal.

Conforme sinalizado por 84,6% das empresas pesquisadas, não são adotadas políticas específicas de contratação de aposentados e nem ações sistemáticas contemplando o apoio ao trabalhador, visando sua preparação para uma nova carreira.

Camarano (2014) destaca que, de forma geral, considerando o significativo aumento da expectativa de vida, o trabalhador termina sua vida profissional sem a preparação adequada para uma vida que possa durar mais do que o tempo anteriormente dedicado ao trabalho.

Mesmo não havendo política de contratação de aposentados, o resultado da pesquisa aponta a existência de elevado percentual de empresas (72,7%) com aposentados em suas equipes de trabalho, por considerarem um benefício relevante contar com a experiência e a qualificação de profissionais seniores.

Referindo-se à eventual oscilação da produtividade do funcionário com o passar do tempo, um terço das empresas consideram não haver alteração. E perto de um quarto destacou a ocorrência de aumento da produtividade com o passar do tempo; no entanto, outro quarto delas afirmou ocorrer redução.

Apesar de não ter sido registrada a existência de políticas formais relacionadas ao trabalhador longo tempo, as empresas começam a desenvolver ações que apontam para o início de uma cultura de valorização da longevidade no mundo do trabalho.

A maioria das empresas declarou apresentar condições de trabalho adequadas. São poucos os casos de relatos em que os trabalhadores jovens são mais beneficiados em relação aos idosos. Isso só ocorre com alguma predominância (28,2%) quando se trata da introdução, na empresa, de novos equipamentos, atividades ou métodos de trabalho.

Tratando dos principais benefícios e oportunidades de a empresa ter profissionais acima de 60 anos em sua equipe de trabalho, 54,5% apontaram a alternativa “experiência e qualificação” como o maior diferencial na contratação dessa faixa etária, que, associada ao “compartilhamento de conhecimento”, com 20,9%, concentram no aspecto conhecimento o grande valor desses profissionais (Tabela 03).

TABELA 03 – EQUIPES COM PROFISSIONAIS ACIMA DE 60 ANOS: BENEFÍCIOS E OPORTUNIDADES

| % | Benefícios/Oportunidades |
|--------|--|
| 54,5 | Experiência e qualificação |
| 20,90% | Compartilhamento de conhecimento |
| 6,40% | Maior equilíbrio emocional |
| 3,60% | Não há benefícios |
| 2,70% | Capacidade de resolver problemas com maior rapidez |
| 2,70% | Maior competência para realizar diagnósticos |
| 1,80% | Maior produtividade |
| 1,80% | Riqueza das relações entre gerações |
| 1% | Compromisso e responsabilidade com o trabalho |
| 1% | Networking relevante |
| 3,60% | Não informaram |

Fonte: Sesi PR/NIDEP (2016)

Com 39,1%, a dificuldade no uso de novas tecnologias foi a ameaça percebida considerada mais relevante pelas empresas ao dispor de uma força de trabalho acima de 60 anos, seguida da menor resistência física (14,5%).

É fundamental destacar a importância do conhecimento para o sucesso dos negócios na era da globalização e do conhecimento. Nesse sentido, o conhecimento das pessoas mais experientes pode oferecer uma contribuição significativa ao processo de criação, captura, armazenamento, disseminação, uso e proteção do conhecimento importante para a empresa.

No entanto, do universo pesquisado, menos de 30% utilizam alguma técnica de gestão do conhecimento e, estas, não em aspectos relacionados mais intensamente às questões estratégicas do negócio. Dentre as técnicas mencionadas, destacam-se:

- 80,6% Gestão de pessoas;
- 29,0% Práticas de compartilhamento;
- 16,1% Tecnologias para capturar, armazenar e compartilhar;
- 6,5% Recuperação do conhecimento.

Verificou-se que o tema do envelhecimento da força de trabalho, de maneira geral, ainda é tratado de forma incipiente pelas empresas. Perguntadas sobre o que gostariam de saber e aprofundar, elencaram temas mais comuns ao seu funcionamento operacional, com menor ênfase a aspectos estratégicos do mundo do trabalho, que serão impactados pela transição da estrutura etária em um curto espaço de tempo, como bem apontam as projeções realizadas pelo IBGE (Tabela 04).

TABELA 04 – TEMAS QUE AS EMPRESAS GOSTARIAM DE SABER E APROFUNDAR

| % | Benefícios/Oportunidades |
|--------|--|
| 43,60% | Relacionamento entre gerações |
| 38,20% | Programas de promoção de saúde e bem-estar do trabalhador ao longo da vida |
| 36,40% | Ferramentas para retenção do conhecimento |
| 35,50% | Capacidade para o trabalho; |
| 20,00% | Preparação para aposentadoria |
| 17,30% | Participação no desenho das atividades, decisões e organização do trabalho |
| 16,40% | Extensão de carreira |
| 13,60% | Flexibilização do trabalho |
| 1,80% | Política de contratação de pessoas acima de 60 anos para prevenir o apagão de talentos |
| 1,80% | Projetos pessoais |

Fonte: Sesi PR/NIDEP (2016)

4. CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve como foco principal identificar o comportamento predominante das indústrias quanto ao envelhecimento de sua força de trabalho, considerando o desafio que representa enfrentar as mudanças impostas pela transição demográfica brasileira.

A dinâmica demográfica, face as suas implicações em todas as áreas da vida moderna, tais como a saúde, a educação, a previdência, a assistência social, a vida nas cidades, assim como o mundo do trabalho, passa a ser tema estratégico para todos os setores da sociedade. Às empresas, desse modo, caberá uma importante parcela de contribuição nesse processo de modo a garantir que a conquista do aumento da expectativa de vida não se torne um problema a ser superado, mas se constitua em uma conquista, em uma oportunidade a ser considerada.

A pesquisa revelou que as empresas pouco tratam do assunto e a grande maioria não possui políticas relacionadas ao envelhecimento de sua força de trabalho, o que indica relativo desconhecimento sobre o assunto, apesar de boa parte delas possuir aposentados na ativa. Entendendo que não se constitui em variável controlável pelas organizações e que causará impactos importantes no perfil da equipe, torna-se absolutamente urgente compreender a dinâmica populacional para preparar-se adequadamente às mudanças que ela irá provocar.

A produtividade é palavra-chave para a competitividade das empresas. Ela depende ao mesmo tempo do capital físico colocado à disposição do trabalhador, como, por exemplo, infraestrutura, equipamentos e tecnologia, assim como da adequada qualificação desse trabalhador para realizar suas atividades. E a competitividade, ainda que dependa de inúmeros outros fatores, do ponto de vista técnico, depende do atendimento aos padrões de conformidade. Daí a importância dada à produtividade pelas empresas. Para ser competitivo é preciso ser também produtivo.

No entanto, segundo a pesquisa, mesmo sendo a experiência acumulada pelos trabalhadores longevos apontada como o maior benefício da longevidade nas empresas, não foi identificado sistema para verificar os impactos dessa condição na produtividade.

A capacitação permanente dos trabalhadores, incluindo processos de gestão do conhecimento, é outro fator estratégico a ser considerado pelas empresas que desejam ter trabalhadores produtivos. A forma de fazer não é única. Pode ser segundo os modelos convencionais, a partir de oportunidades formais de treinamento, mas é desejável adotar formas inovadoras, como relações de aprendizado entre os mais velhos e os mais jovens, entre outras, que, além de possibilitarem a retenção e a disseminação de conhecimentos, com ganhos para a organização, também proporcionam reconhecimento aos integrantes da equipe, com consequente satisfação pela valorização.

Ponto positivo destacado pela pesquisa são as condições de trabalho, ditas igualitárias para todas as gerações. Entretanto, conhecendo melhor os reflexos da transição demográfica nas equipes, seria desejável ação mais estratégica, envolvendo a definição de política de gestão de pessoas para contemplar as novas necessidades requeridas, como:

- Perfil da força de trabalho (idade, gênero, competências...);
- Participação dos trabalhadores no desenho das atividades e na tomada de decisões;
- Relações de trabalho, incluindo a extensão da carreira, a flexibilização do trabalho e a preparação para a outra fase da vida;
- Instalações físicas e organização dos postos de trabalho;
- Ações de segurança e saúde inovadoras, adequadas à nova realidade;
- Relações intergeracionais.

As mudanças relacionadas ao perfil demográfico da força de trabalho brasileira são inevitáveis e estão acontecendo de forma muito rápida, mas – segundo a pesquisa – não se constituem ainda em tema a permear a estratégia da grande maioria das empresas. No entanto, estudos nacionais e internacionais, como de Ilmarinen (2005), junto ao FIOH, e de Camarano (2010), por solicitação da Confederação Nacional da Indústria (CNI), apontam que o desafio da produtividade passa pela adoção de medidas que visam manter e promover a capacidade de trabalho, com o aumento da vida laboral dos trabalhadores. Desse modo, ao buscar a perenidade de seus negócios, as empresas, entre outras questões, precisam também se perguntar: “Como nossa empresa está se preparando para bem responder aos desafios da transição demográfica?”

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Mulher no Mercado de Trabalho. 2014. Disponível em: <<http://maisemprego.mte.gov.br/portal/pages/trabalhador.xhtml>>. Acesso em: 21 jul. 2016.
- [2] Camarano, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido? 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6586%3Acuidados-de-longa-duracao-para-a-populacao-idosa-um-novo-risco-social-a-ser-assumido&catid=166%3Adimac&directory=1&Itemid=1>. Acesso em: 28/06/2016.
- [3] _____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf>. Acesso em: 28/06/2016.
- [4] _____. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=23975>. Acesso em: 04/07/2016.
- [5] Cepellos, V. M. ; Tonelli, M. J. ; Aranha Filho, F. J. E. . Envelhecimento nas Organizações: Percepções e Práticas de RH no Brasil. In: Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, 4., 2013, Brasília. Anais EnGPR. Brasília: ANPAD, 2013.
- [6] European Guide to Good Practice in Knowledge Management (2004). Disponível em: <<http://knowtec.com/artigos/o-que-e-gestao-do-conhecimento/>>. Acesso em: 12/07/2016.
- [7] Friedman, H.S.; Martin, L. R. O projeto longevidade: descobertas surpreendentes sobre a saúde e a vida longa a partir do estudo revolucionário de oito décadas. São Paulo: Prumo, 2012.
- [8] Ilmarinen, J. Towards a longer worklife! Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 2005.
- [9] _____. Promover o envelhecimento ativo no local de trabalho. Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- [10] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 1991. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm>. Acesso em: 20 out. 2015.
- [11] _____. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- [12] _____. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. 2013. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm> Acesso em: 20 out. 2015.
- [13] Keller, E. Organização do Trabalho e envelhecimento. In: Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho, 6., Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia, 3., Simpoptet, 8., Envelhecimento: como pensar o trabalho, a sociedade e as cidades?, 2013, Viçosa. Anais...Viçosa: UFV, 2013. Disponível em: <<http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Edelvais%20Keller.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- [14] Nonato, F. Pereira, R; Nascimento, P; Araújo, T. O perfil da força de trabalho brasileira: trajetórias e perspectivas. Nota técnica do IPEA. v. 51, p. 30-41, Mai. 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt51_nt02_perfil_da_forca.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.
- [15] Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2014. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-Envelhecimento-2015-port.pdf>>. Acesso em: 01/07/2016.
- [16] _____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 07/07/2016.
- [17] PwC; Fgv-Eaesp. Envelhecimento da força de trabalho no Brasil. Brasil: PwC, 2013. Disponível em: <<http://www.pwc.com.br/pt/publicacoes/servicos/assets/consultoria-negocios/pesq-env-pwc-fgv-13e.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- [18] Ribeiro, M. A. Terceira Idade Família e Relacionamento de Gerações, Revista A Terceira Idade ATI 184, nº 16 maio de 1999 SESC São Paulo.
- [19] World Health Organization (Who). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Autores

ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Pública e Nefrologia. Atualmente é professor - Ensino Básico Técnico e Tecnológico do Instituto Federal do Paraná IFPR - Campus Palmas -PR e membro docente do colegiado de enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, saúde coletiva, Nefrologia com ênfase na Promoção da saúde no envelhecimento, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do idoso, processo de enfermagem (PE), adesão à medicação, hipertensão.

ALEX SANDRA DE MELO PEREIRA

Enfermeira - Universidade Potiguar - UNP

ALINE MENDONÇA TURCI

Mestra (2014) e Doutoranda em Reabilitação e Desempenho Funcional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e pós-graduada em Fisioterapia no Trabalho e Acupuntura. Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Araraquara (2010). Atualmente é docente da Universidade de Araraquara, colaboradora/pesquisadora da Universidade de São Paulo, supervisora de Acupuntura Auricular e docente de pós-graduação em Acupuntura Sistêmica. É revisora do periódico Fisioterapia e Pesquisa. Certificada em Stretching Global Ativo pelo Instituto Philippe Souchard, no conceito Maitland de Manipulação Vertebral e Periférica e na técnica Internacional One Body pelo BODY, MIND & SOUL. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Disfunções Musculoesqueléticas, Ortopedia, Ergonomia, Reorganização Postural e Acupuntura.

ANA ALAYDE WERBA SALDANHA

Graduação e Formação em Psicologia pelo Instituto Paraibano de Educação (1985), Especialização em Saúde Coletiva (1996), Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba (1998); Doutorado (2003) e Pós-Doutorado (2012) em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é professor Associado II da Universidade Federal da Paraíba, no Programas de Pós Graduação em Psicologia Social (Mestrado e Doutorado - UFPB), onde desenvolve pesquisas com ênfase na Atenção Primária em Saúde, trabalhando com os seguintes temas: Aids, ações e programas na unidade básica, prevenção e promoção da saúde, saúde do adolescente, vulnerabilidade, gênero, terceira idade. É coordenadora do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (UFPB). Atua como pesquisadora do Programa de Atendimento Psicossocial à Aids vinculado a FFCLRP/USP.

ANDREIA AFFONSO BARRETTO MONTANDON

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Mestrado e Doutorado em Odontologia - Área de Periodontia, pós-graduação Lato-sensu em periodontia, odontogeriatria e acupuntura. Professor Assistente Doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, disciplinas de Clínica Integrada e Odontogeriatria. Tem experiência na área de Reabilitação Oral Integrada, Periodontia e Odontogeriatria, com ênfase em capacidade funcional, efeitos biológicos da senescência em ratas e epidemiologia. Exerceu a função de vice-diretora da mencionada Instituição, foi presidente da Comissão Permanente de Extensão Universitária e Comissão Permanente de Administração; cumpriu mandato como membro titular da Comissão Central de Extensão Universitária e como membro suplente da Comissão de Ensino, Pesquisa e Extensão, ambos Colegiados Centrais da Universidade, tendo sido Diretora da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 2012 a 2016. Atualmente é membro titular do Conselho Curador da Fundunesp.

ANDRESSA MENDONÇA TURCI

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Araraquara (2001), Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São de Carlos - UFSCar (2003), Especialista em Acupuntura pelo IPES (2008). Fisioterapeuta e Acupunturista, principalmente nos seguintes temas: Fisioterapia Dermato Funcional e Acupuntura Sistêmica, Auricular e Estética. Coordenadora e Docente do Curso de Pós Graduação em Acupuntura da Universidade de Araraquara (UNIARA).

AUREA SANDRA IDELFONSO DE ALCANTARA

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP-PE) em 1991. Especialista em Saúde Pública pela FIOCRUZ/CPqAM em 2004, Especialista em auditoria de Sistemas de Saúde/Universidade Estácio/RJ em 2006, e Planejamento em Saúde Urbana em 2002 - Instituto Materno Infantil (IMIP). Curso de aperfeiçoamento em Envelhecimento da Pessoa Idosa em 2016 Fiocruz. Assistente social / Chefia do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) da Prefeitura de Camaragibe 2003, Supervisora da Rede de Acolhimento Institucional de Idosos, Supervisora da Rede de Acolhimento Institucional de Idosos da/na Secretaria de Assistência Social do Recife e atualmente da Secretaria de desenvolvimento social, juventude, políticas sobre drogas e direitos humanos da Prefeitura da cidade do Recife - PE, atuando na alta Complexidade 2014-2019.

CAROLINA AUGUSTA FLORINDO

Graduada em Farmácia pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) no ano de 2017. Atualmente, atua como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP/UNOESTE). Membro do Grupo Gestor do Hospital Amigo do Idoso (HRPP). Participa como ouvinte do Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente/SP.

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

Doutoranda em Ciências da Saúde na Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE) (2014), Especialista em Gestão dos Serviços e Sistemas de Saúde pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM (2010). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - Bacharelado do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira. Orientadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC - IFPE), Programa Institucional para Concessão de Bolsas de Extensão (PIBEX - IFPE) e Bolsas de Incentivo Acadêmico (BIA -FACEPE). Possui Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (1990).

CLÉCIO ANDRÉ ALVES DA SILVA MAIA

Enfermeiro Bacharel pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Planejamento e Dinâmicas Regionais do Semiárido/UERN. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, campus Caicó-RN.

CLENISE LILIANE SCHMIDT

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves (FACEBG). Atuou como Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família de 2009 a 2015 e na Coordenação da Atenção Básica do município de Paraíso, SC, de 2013 a 2015. Integrou o corpo docente dos cursos de Enfermagem e Medicina na Universidade Comunitária de Chapecó de 2015 a 2017. Atualmente é docente do curso de Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. É coordenadora do Projeto de Pesquisa e Extensão "EnvelheSER Saudável" voltado à idosos institucionalizados.

CRISTIANE BATISTA SANTOS

Enfermeira - Universidade Potiguar - UNP

CYNTHIA ROBERTA DIAS TORRES SILVA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí (2010). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva (IBPEX). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -nível acadêmico - da Universidade Federal do Piauí. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira. Possui experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Processo de Cuidar em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador, estomaterapia, reabilitação, doenças crônicas e qualidade de vida.

DANIELA HEITZMANN AMARAL VALENTIM DE SOUSA

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, no Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidade e Promoção da Saúde. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco - Unicap, pertencendo a linha de pesquisa em Família e Interação Social. Atualmente é Professora das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança e Professora do Centro Universitário de João Pessoa atuando no Núcleo de Psicologia Jurídica com ênfase no Psicodiagnóstico. Possui experiência na área de Psicologia Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: Avaliação Psicológica, Clínica Infância juvenil, Interação familiar e Saúde Mental.

DANIELLE SUASSUNA ALENCAR

Graduado pelo Colégio Geo Tambaú, João Pessoa-PB, 2009; Graduando no curso de medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE, João Pessoa-PB

DENNIS DAVID DE OLIVEIRA FALCONI

Graduando de educação física bacharelado 7º período no Centro Universitário Autônomo do Brasil -UNIBRASIL.

DIVA IRENE DA PAZ VIEIRA

Educadora, graduada em Letras Português pela Pontifícia Universidade Católica, com pós-graduação em Administração Pública e Gestão de Pessoas. Certificada em Biologia Cultural pelo Instituto Matríztico do Chile e em Gestão Holística Transdisciplinar pela Unipaz. Professora Universitária. Consultora em gestão junto a municípios, empresas e organizações da sociedade civil. De 1995 a 2004, Diretora do Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP) da Prefeitura de Curitiba, cuja missão é desenvolver, disseminar e implementar instrumentos, metodologias de aperfeiçoamento contínuo da Administração Pública, contribuindo para a transformação da sociedade. No Sesi PR desde 2005, integra, atualmente, a equipe do Centro de Inovação Sesi Longevidade e Produtividade, desenvolvendo, entre outras atividades, estudos, pesquisas, treinamentos, consultorias e monitoramento de indicadores sobre temas como: agendas mundiais de desenvolvimento (ODM e ODS).

- envelhecimento da população e relações intergeracionais
- vida e trabalho
- empoderamento das mulheres

EDUARDO JOSÉ GUERRA SEABRA

Professor adjunto IV - UERN. Mestre em Clínicas Odontológicas - UFRN. Doutor em Ciências da Saúde - UFRN

EUNICE ARISTIDES ARAÚJO

Mestrado em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba (2017). Graduação em Psicologia - Universidade Federal da Paraíba (2016). Graduação em Letras - Universidade Federal de Campina Grande (2009). Pesquisadora (Bolsista) em Iniciação Científica (2014 - 2015) no Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (UFPB). Interesses em Psicologia da Saúde, Vulnerabilidade Social e Promoção da Saúde.

FAGNER HEYTTOR OLIVEIRA SILVA

Enfermeiro, Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Pós-Graduado em Saúde Pública - Faculdade Futura. Pós-Graduando Enfermagem em Oncologia - Faculdade Futura

FERNANDA ALVES DA SILVA RIBEIRO

Enfermeira Bacharela e Licenciada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mestre em Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade/UERN. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Potiguar, polo Caicó-RN.

FLÁVIO LÚCIO ALMEIDA

Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Psicologia Social, Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Professor adjunto do curso de psicologia da Universidade Federal de Campina Grande e do curso de Psicologia da Faculdade Maurício de Nassau - João Pessoa/PB. Psicólogo clínico humanista, membro associado e fundador da Associação Paraibana de Psicologia Humanista (APPH). Faz parte do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde da UFPB. Dentro da Psicologia Clínica, tem ministrado disciplinas relacionadas com a perspectiva fenomenológica existencial e humanista. Supervisiona estágio clínico na Abordagem Centrada na Pessoa. Desenvolve pesquisas e estudos com ênfase nas seguintes temáticas: perspectiva fenomenológico existencial e humanista, psicologia clínica e saúde, psicologia hospitalar, gênero, sexualidade e vulnerabilidades, masculinidades e construção social da paternidade, identidade social.

FRANCISCA MARINA DE SOUZA FREIRE FURTADO

Possui Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2003) e Especialização em Saúde da Família pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA (2005). É Mestre (2010) e Doutora (2016) em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, com período sanduíche no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) do Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE/IUL em Lisboa/Portugal (2014/2015) tendo a CAPES como instituição de fomento. Atualmente é psicóloga hospitalar do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande/PB (EBSERH/HUAC/UFCG) e pesquisadora colaboradora do núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS/UFPB). Principal área de atuação: Psicologia e Políticas Públicas, em especial, a Psicologia no SUS; Saúde Mental nos cuidados primários em saúde; Saúde Mental e Gênero; Vulnerabilidades em saúde em contextos rurais.

GABRIEL FERNANDES DE SOUSA

Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

GABRIELA PEREIRA BATISTA

Bacharel em enfermagem pela faculdade de campina grande, especialista em redes de atenção a saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, enfermeira atuante no hospital de urgência e emergência em trauma de Campina Grande-Paraíba na ala neuro/ bucomaxilofacial.

ISABELLA TAKEHARA BRANCO

Graduada em Nutrição pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) no ano de 2017. Atualmente, atua como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP/UNOESTE). Membro do Grupo Gestor do Hospital Amigo do Idoso (HRPP). Participa como ouvinte do Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente/SP.

JOÃO LUIS ALMEIDA DA SILVA

Graduação e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Assistente no Depto. de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus - BA. Experiência em Pesquisa nas áreas de Saúde Coletiva (temas: educação em saúde, gerenciamento de serviços de saúde); Saúde do Idoso (temas: institucionalização, infecção de trato urinário, educação permanente em saúde); Práticas Integrativas e Complementares (Shiatsu, Yoga, Aromaterapia, Práticas Corporais Chinesas).

JOSÉ ISRAEL EMANUEL DE MEDEIROS

Enfermeiro, Licenciado e Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Pós-Graduando em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco - FACESF. Socorrista pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN

JOSÉLIA BATISTA DA SILVA LAGES

Psicóloga com Bacharelado e Licenciatura em Psicologia Clínica (FACHO/1997). Especialista em Psicopedagogia (UPE-FFNM/2004) e Neuropsicologia (Esuda/2018), Psicóloga Social com Especialização em Políticas Públicas e Gestão dos Serviços Sociais (UFPE/2002), Com atuação em Cras, Creas, e Acolhimento Institucional nos cargos de Psicóloga, Coordenação, Gerente de Rede e Chefe de Setor da Rede de Acolhimento Institucional de Idosos – ILPI’S na Gestão do Trabalho da Assistência Social nas Rede Básica, Média e Alta Complexidade, na Secretaria de Desenvolvimento Social, Juventude, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos da Prefeitura da Cidade do Recife-PE, (2005-2019); Secretaria de Assistência Social de Camaragibe (2010-2013), Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Goiana-PE.(2016-2009) Supervisora da Rede de Média Complexidade do Estado de PE (2009), e experiência comunitárias e sociais em Programas e Projetos em Organizações não Governamentais - ONG’s: Umbú-Ganzá (2000-2005), Sumauma (2006), Centro de Defesa à vida da Criança e Adolescente – CDVCA (2003-2006), Djumbay – Direitos Humanos (2005-2009) e Faculdade de Formação de Professores de Goiana –PE (2008-2010).

JULIANA DE MELO FIGUEIREDO

Graduado do Colégio Geo Tambaú, João Pessoa-PB, 2013. Graduando do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

KAMILA REBECA LOPES MAGALHÃES

Graduanda de educação física bacharelado 7º período no Centro Universitário Autônomo do Brasil -UNIBRASIL

KAROLINNY DONATO PINTO DE OLIVEIRA

Acadêmica do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

KELLY TAKIGUTI BARRETO

Graduando de educação física bacharelado 7º período no Centro Universitário Autônomo do Brasil - UNIBRASIL e estagiária na área de musculação e atividades aquáticas

LAIZA MARIA GRASSI FAIS

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2003), mestrado em Reabilitação Oral Área de Prótese pela Faculdade de Odontologia de Araraquara Unesp (2007), Doutorado em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (2011), Pós-Doutorado junto ao Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araraquara - FOAr UNESP e Especialização em Acupuntura pela Universidade de Araraquara - UNIARA. Atua nas áreas de Prótese, Implantes, Materiais Odontológicos, Odontogeriatrics e Acupuntura. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4195-0761>

LARISSA SAPUCAIA FERREIRA ESTEVES

Doutora em Ciências, membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração dos Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem GEPAG da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Enfermeira Graduada em 2002 pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Mestre em Educação pela UNOESTE (2011). Docente da UNOESTE desde 2004 no curso de graduação em enfermagem. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente, desde 2014.

LÍGIA ANTUNES PEREIRA PINELLI

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista Faculdade de Odontologia de Araraquara (1993), mestrado em Odontologia Área Cirurgia Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Universidade Estadual Paulista Faculdade de Odontologia de Araçatuba (1997) e doutorado em Reabilitação Oral, área de Prótese, pela Universidade Estadual Paulista Faculdade de Odontologia de Araraquara (2001). Possui pós-graduação Latu-sensu em Acupuntura (2016). É Livre-Docente em Prótese Fixa Convencional e sobre Implantes (2017). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho na Disciplina de Prótese Fixa Convencional e sobre Implantes. Tem experiência na área de Reabilitação Oral e Odontogeriatrics, com ênfase em materiais cerâmicos e envelhecimento.

LILIAN APARECIDA MESQUITA

Enfermeira - Universidade Potiguar - UNP

LOUISE CABRAL GOMES

Graduado do Colégio Geo Tambaú, João Pessoa-PB, 2012. Graduando do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa-PB.

LOYSE MADELEINE RABOUD MASCARENHAS DE ANDRADE

Graduada em serviço social pela UFRN em 2006 com especialização em gerontologia social aplicada é diretora da ILPIs o Espaço Solidário desde 2006

LUCIANA BATISTA SANTOS

Fisioterapeuta - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

MARIA APARECIDA DE SOUZA SILVA

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira – PE. Instrumentadora Cirúrgica pela POLITEC - Unidade Caruaru. Extensionista voluntária pelo Programa Institucional para Concessão de Bolsas de Extensão (PIBEX - IFPE) e pesquisadora voluntária pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC - IFPE).

MARIA BETÂNIA MACIEL DA SILVA

Enfermeira. Mestre em enfermagem. Especialista em Arte terapia e educação do Ser, Saúde da Pessoa idosa.

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

Farmacêutica-Bioquímica; Mestra em Produtos Naturais Sintéticos e Bioativos; Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica; Professora assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

MARIA ISABEL GONÇALVES DA SILVA

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Possui Mestrado em Ciências da Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu em Toxicologia Aplicada, pela Unochapecó. Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Trabalhou como farmacêutica dos Serviços de Farmácia Hospitalar e Oncologia do Hospital Regional do Oeste, em Chapecó/SC. Atuou como docente do curso de graduação em Farmácia no Instituto Federal do Paraná, Campus Palmas, entre 2017 e 2018.

MARIA MARILA DA SILVA

Bacharel em enfermagem pela faculdade Mauricio de Nassau, enfermeira do Hospital de Urgência e Emergência em Trauma de Campina Grande-Paraíba, atuante em centro cirúrgico, especialista em centro cirúrgico, CME e SRPA pela Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco.

MARIÂNGELA GOBATTO

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade do Contestado - UnC, e Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria - RS. Atuou em Saúde Coletiva, na Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde. Atualmente é docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, campus de Palmas-PR, atuando principalmente nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

MAYANY CLEYSES MORAIS DE SOUZA

Mestre em Demografia (UFRN), Bacharel em Ciências Atuariais (UFRN) e Técnica com ênfase em Informática para Internet pela Metrópole Digital (UFRN). Em Demografia, a linha de pesquisa envolve estudos na área de saúde, mortalidade e religião. Foi bolsista em Iniciação Científica (IC) no ano de 2015.

MAZUREYK NASCIMENTO ARAÚJO

Acadêmico do curso de graduação em Farmácia da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

MYRIA RIBEIRO DA SILVA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Mestrado e Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Especializações: Enfermagem em Infectologia, Epidemiologia e Administração Hospitalar. Professora Adjunta do Depto. Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus-BA. Experiência em Pesquisa nas áreas: Infecção Relacionada a Assistência a Saúde, Gestão em Saúde e Classificações de Enfermagem (ênfase em CIPE/NANDA/NOC/NIC).

NOEME COUTINHO FERNANDES

Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).

PEDRO GILSON DA SILVA

Mestre em Demografia (UFRN), Enfermeiro, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva e membro efetivo da Comissão de Ética em Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes (Gestão 2015-2017). Pós Graduando em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica-UFRN. Técnico em Enfermagem pela Escola de Saúde (UFRN).

PRISCILA FIGUEIREDO CORREIA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) no ano de 2017. Atualmente, atua como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP/UNOESTE). Membro do Grupo Gestor do Hospital Amigo do Idoso (HRPP). Participa como ouvinte do Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente/SP.

REBECA CAVALCANTI LEAL

Residente em Urgência e Emergência pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Graduada em enfermagem pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco - Campus Pesqueira - PE. Fez parte de diversos projetos durante sua graduação tendo por frutos suas publicações e pesquisas.

RODRIGO CRIBARI PRADO

Graduação em Educação Física; Especialização em Exercício Físico e Reabilitação. (Carga Horária: 360h); Mestrado em Educação Física (Conceito CAPES 6); Professor Colaborador - Centro Universitário Autônomo do Brasil -UNIBRASIL

SABRINA LENCINA BONORINO

Graduada em Educação Física, Licenciatura pela Universidade Luterana do Brasil - ULBRA (2010) e Educação Física - Bacharelado pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ (2012). Especialista em Educação Física Escolar pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2012) e especialista em Nutrição Aplicada ao Treinamento Esportivo - UNOCHAPECÓ (Bolsista FUMDES) (2014). Mestre em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ (Bolsista CAPES). Tem experiência na área de Educação Física, com protocolos de exercício, com ênfase em treinamento de força, protocolos de oclusão vascular, dança, pilates e ginástica.

SAMARA DAYANE CUNHA SILVA

Bacharel em enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau, atuante como enfermeira da unidade básica de saúde Malvinas 5 em Campina Grande-Paraíba

SAMARA MARIA DE JESUS VERAS

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira – PE. Atua como pesquisadora pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC - IFPE) bem como é membro da Liga Acadêmica de Enfermagem em Terapia Intensiva (LAETI).

TARCILENE DAIANE GOULART

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus -BA. Experiência em Pesquisa na área de Saúde do Idoso, com os temas: infecção do trato urinário, antimicrobianos, institucionalização.

TUANE MAGALHÃES

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) no ano de 2017. Atualmente, atua como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP/UNOESTE). Membro do Grupo Gestor do Hospital Amigo do Idoso (HRPP). Participa como ouvinte do Conselho Municipal do Idoso de Presidente Prudente/SP.

VALDENIZ DA SILVA CRUZ JUNIOR

Possui formação em Programação para Internet pelo Instituto Metrópole Digital (IMD/UFRN) e bacharel em Ciências Atuariais (UFRN). Atuou como tutor do Programa de Tutoria do Centro de Ciências Exatas e da Terra (CCET) entre 2013.2 e 2015.2, e é mestrando em Demografia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde tem realizado pesquisa sobre morbimortalidade por causas externas, especialmente os acidentes de trânsito.

VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA

Psicóloga, Mestre pelo HCPA/UFRGS, Especialista em Saúde Pública; Especialista em Saúde da Família; Docente na Faculdade de Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE e Coordenadora de Prevenção Social e Políticas Públicas sobre Drogas - PMJP

VÍVIAN MARIA VIEIRA MOURA DE HOLANDA

Ensino médio concluído pelo Colégio Contato Maceió no ano de 2011; Graduanda no curso de medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança

VIVIANE NATHALIA VICTOR PEREIRA DA SILVA

Psicóloga Social, Especialista em Psicologia Clínica com experiência de Atuação na assistência Social Cras, Creas, e Acolhimento Institucional em Instituição de Longa Permanência de Idosos. Supervisora da Rede de Acolhimento Institucional de Idosos da/na Secretaria de Assistência Social de Jaboatão dos Guararapes, e da Secretaria de desenvolvimento social, juventude, políticas sobre drogas e direitos humanos da Prefeitura da cidade do Recife - PE

WENDERLY PINTO CÓRDULA DIONÍSIO DE ANDRADE

Enfermeira, Especialista em Vigilância Sanitária e Enfermagem em Terapia Intensiva. Possui o Técnico em Enfermagem pela Escola de Saúde (UFRN), e participante do projeto de pesquisa "Diferenciais Socioeconômicos e Regionais na Expectativa de Vida Saudável dos Idosos no Brasil entre 1998 e 2013".

YARA PRATES KENAPPE

Graduada em Gestão da Informação pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Gestão em Tecnologia da Informação pela FAE. MBA em Gestão Social pela Universidade Positivo. Analista Técnica Sênior no Centro de Inovação Sesi Longevidade e Produtividade, atualmente em projetos de Diversidade Sesi/PR; 15 anos de atuação estudos e monitoramentos das Agendas Mundiais de Desenvolvimento; Integrante da equipe de capacitação de multiplicadores ODM em ação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD no Brasil. Integrante da equipe de realização dos Ciclos ODS junto a Instituições de Ensino Superior do Paraná

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7042-104-3



9 788570 421043