

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 4



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 4

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 4/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-7042-106-7

DOI: 10.5935/978-85-7042-106-7

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: Polimedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos institucionalizados no Município de Palmas/PR..... 7

Maria Isabel Gonçalves da Silva, Clenise Liliane Schmidt, Mariangela Gobatto, Vanessa da Silva Corralo

Capítulo 2: Avaliação de prescrições medicamentosas de idosos internados na uti de um Hospital Universitário..... 15

Ana Laura de Cabral Sobreira, Jefferson Rodrigues Nobrega, Danillo Alencar Roseno, Andrezza Duarte Farias, Adriana Amorim de Farias Leal

Capítulo 3: Ação educativa em saúde sobre prevenção de suicídio com um grupo de idosos: Relato de experiência 20

Andrielly Silva dos Santos, Bruna Kajeline de Assis Gomes, Keyssse Suelen Fidelis de Mesquita

Capítulo 4: Saúde do idoso: Capacidade funcional frente ao uso de anti-hipertensivo 24

Sara Camila Tomen, Evani Marques Pereira

Capítulo 5: Sistematização da assistência de enfermagem para hipertensão em idoso institucionalizado: Um relato de experiência 48

Marília de Oliveira Mineiro, Geilda Lourenço da Silva Santos, Nubia Cristina Amorim, Renilda Benedita dos Santos, Raquel Ferreira Lopes

Capítulo 6: Perfil das internações e Óbitos por infarto agudo do Miocárdio na população idosa de Alagoas, Nos dois primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017..... 53

Aline Maria Fatel da Silva Pires, José Ismair de Oliveira dos Santos, Rafaella Maria Bezerra Pinheiro Custódio, Milton Vieira Costa

Capítulo 7: Relação entre doença Cerebrovascular e doença de Alzheimer em idosos: Uma revisão sistemática 58

Saulo Emanuel Gomes Silva, Marcus Vinícius de Acevedo Garcia Gomes, Mariana Reis Prado

Capítulo 8: Condições de saúde de idosos internados com fraturas de membros inferiores por causas externas 63

Marilia de Andrade Fonseca, Amanda Gilvani Cordeiro Matias, Lucas Silveira Sampaio, Marcos Almeida Matos

Capítulo 9: Hepatite B na população idosa Brasileira 68

Myrna Lins Tenório, Paula Gabrielle de Almeida, Maria Laura Medeiros Bleinroth, Karla Medeiros Belém, Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana

SUMÁRIO

Capítulo 10: O palhaço doutor e o paciente idoso: Um relato de experiência na Nefrologia do Huppa.....	73
---	----

Paula Gabrielle de Almeida, Myrna Lins Tenório, Débora de Cerqueira Santana, Maria Rosa da Silva

Capítulo 11: Práticas integrativas e complementares em saúde no cuidado humanizado ao idoso	78
--	----

Genilson Bento dos Santos, Clésia Oliveira Pachú

Capítulo 12: Capacitação e formação necessárias aos cuidadores domiciliares: Uma perspectiva na qualidade da assistência a pessoa idosa.....	85
---	----

Shirleíze Mariane Pereira Santos e Gomes, José Jailson de Almeida Júnior

Capítulo 13: A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado: Uma revisão bibliográfica.....	90
--	----

Sofia Bezerra Santos, Danuza de Oliveira Silva, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, Maysa Arlany de Oliveira, Rosana Alves de Melo, Maria Elda Alves de Lacerda Campos

Capítulo 14: Estilo de vida dos idosos do nordeste do Brasil: Estudo comparativo... 95

Rubenyta Martins Podmelle, Rogerio Dubosselard Zimmermann

Capítulo 15: Promoção da qualidade de vida do idoso em uma associação na cidade de Campina Grande/PB.....	106
--	-----

Eliza Maria Silva Moreira, Maria das Graças Silva Moreira, Débora Juliana Ramos dos Santos, Adriano de Sousa Barros

Capítulo 16: Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de hidroginástica no município de Ponta Grossa-PR e de Carambeí-PR.....	109
--	-----

Mylena Aparecida Rodrigues Alves, Tamires Terezinha Gallo da Silva

Capítulo 17: Levantamento dos fatores que levam ao envelhecimento ativo e bem-sucedido.....	118
--	-----

Karine Gomes de Omena Lisboa, Maria da Glória Freitas

Capítulo 18: Desafios e determinantes para um envelhecimento ativo e bem-sucedido: Uma revisão bibliográfica.....	123
--	-----

Maysa Arlany de Oliveira, Carla Maria Lopes dos Santos, Nadja Maria dos Santos, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, Rosana Alves de Melo

Capítulo 19: O cidade Madura/PB sob a perspectiva de seus moradores.....	129
---	-----

Marina Holanda Kunst, José de Souza Brandão Neto, Vilma Maria Villarouco Santos

SUMÁRIO

Capítulo 20: Análise das digressões da política de saúde da pessoa idosa no Brasil . 137

Ana Paula Rocha de Sales Miranda, Joacely Carneiro Figueiredo, Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira,
Mirian Alves da Silva, Patrícia Barreto Cavalcanti

Autores: 143

Capítulo 1

Polimedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos institucionalizados no Município de Palmas/PR

Maria Isabel Gonçalves da Silva

Clenise Liliane Schmidt

Mariangela Gobatto

Vanessa da Silva Corralo

Resumo: Frente ao processo de envelhecimento, percebe-se a influência do aumento dos casos de doenças crônicas sobre o perfil de saúde da população e, consequentemente, no perfil de consumo de medicamentos. A polimedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados tornam os idosos susceptíveis ao risco de ocorrência de efeitos adversos, interações medicamentosas, intoxicações e iatrogenias. A situação pode ser agravada quando acomete idosos institucionalizados, que possuem fragilidades e necessidades diversas. Neste contexto, objetivou-se neste estudo identificar a prevalência de polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos institucionalizados no município de Palmas/PR. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em novembro e dezembro de 2017, a partir dos prontuários dos idosos. Foram considerados polimedicados, os indivíduos que utilizavam cinco ou mais medicamentos concomitantemente nos últimos sete dias. Para a avaliação dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos utilizaram-se as listas de Beers e Priscus. Participaram deste estudo 26 idosos, sendo 65,38% do sexo feminino e 34,62% do sexo masculino, com idade média de $74,11 \pm 9,80$ e $74,44 \pm 8,45$ anos, respectivamente. Verificou-se que 84,62% dos participantes utilizavam medicamentos, com média de $6,15 \pm 3,80$ fármacos, sendo que o consumo diário variou de um a 13 medicamentos por idoso. Constatou-se também que 69,23% da amostra era polimedicada. As classes farmacológicas mais prevalentes entre os fármacos avaliados foram os psicodépticos (65,4%), psicoanalépticos (61,5%), medicamentos para transtornos relacionados ao ácido gástrico (57,7%), e diuréticos (42,3%). Observou-se que 80,76% dos idosos utilizavam pelo menos um medicamento classificado como potencialmente inapropriado. Entre os medicamentos detectados como inapropriados destacam-se os antipsicóticos, inibidores da bomba de prótons, antidepressivos, hipnóticos e sedativos. Visto que o uso racional de medicamentos oferece menores riscos de intoxicações e efeitos adversos, obter ferramentas para escolher tratamentos farmacológicos mais seguros seria de grande importância. Diante do exposto, torna-se imprescindível que os profissionais envolvidos com a saúde dos idosos, principalmente os institucionalizados, estejam atentos frente a necessidade de monitoramento das terapias medicamentosas e avaliação de seus resultados.

Palavras-chave: polifarmácia, envelhecimento, uso racional de medicamentos, saúde do idoso.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo progressivo que ocorre mundialmente. Assim como em outros países em desenvolvimento, no Brasil o número de idosos continua aumentando, em consequência da elevação da expectativa de vida e declínio das taxas de fecundidade. Estima-se que, em 2030, as pessoas idosas representarão 19% da população brasileira, e que em 2050 este índice se aproxime de 30% (IBGE, 2008).

Frente a esse processo de transição demográfica, percebe-se a influência do aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis sobre o perfil de saúde da população e, consequentemente, no perfil de consumo de medicamentos. Na busca pelo tratamento das doenças crônicas, ocorre incremento significativo na utilização dos serviços de saúde e das terapias medicamentosas (LOYOLA FILHO *et al.*, 2011; OLSSON, RUNNAMO, ENGFELDT, 2011).

Neste contexto, os idosos são submetidos à polimedicação, realizando tratamentos com cinco ou mais fármacos de forma simultânea (DAL PIZZOL *et al.*, 2012). Destaca-se que tal prática oferece riscos a população idosa, devido às alterações fisiológicas decorrentes do avanço da idade, que podem influenciar na ação e metabolismo dos fármacos utilizados continuamente (SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012; MARTINS *et al.*, 2015).

Desta forma, os idosos tornam-se mais susceptíveis ao risco de ocorrência de efeitos adversos, interações medicamentosas, intoxicações e iatrogenias (CASSONI *et al.*, 2014). Além disso, a situação agrava-se à medida que alguns medicamentos utilizados são considerados potencialmente inapropriados para idosos.

Os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPIs) são assim classificados por oferecerem maiores riscos de ocorrência de efeitos adversos, possibilidade de agravamento de doença preexistente e baixa efetividade (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015). Portanto, em alguns casos, considera-se que os riscos de utilização de determinados medicamentos superam os seus benefícios (CASSONI *et al.*, 2014).

A implementação de ações que proporcionem melhor qualidade às prescrições médicas para a população idosa, assim como o incentivo de pesquisas que envolvam investigações sobre o uso de medicamentos, podem trazer benefícios a essa população, incluindo os idosos institucionalizados (GARBIN *et al.*, 2017). Estes, constituem um grupo de indivíduos com fragilidades e necessidades diversas, visto que carecem de suporte familiar para auxiliar no tratamento de doenças que aumentam os seus níveis de dependência.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) se constituem como locais que oferecem residência coletiva e atendimento integral à população idosa, contando com uma equipe multidisciplinar. Nas ILPI's não é incomum o atendimento de idosos portadores de comorbidades, dependentes e de baixa renda, sujeitos a tratamentos distintos, incluindo os medicamentosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Visando contribuir com melhores alternativas para o tratamento terapêutico da população idosa, objetivou-se neste estudo, identificar a prevalência de polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados no município de Palmas/PR.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa. Foram incluídos neste estudo os idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, institucionalizados no Lar dos Velinhos Nossa Senhora das Graças, situado no município de Palmas.

Palmas localiza-se na região sudoeste do Estado do Paraná. Além dos setores terciários e de serviços, as atividades agrícolas, industriais, de silvicultura, apicultura, sericultura e extração vegetal constituem as bases da economia. A população geral é composta por 42.888 habitantes, sendo a população idosa constituída por 3.236 indivíduos (7,55% do total), que vivem predominantemente na zona urbana (93,67%) (IBGE, 2010).

Esta pesquisa faz parte de um projeto intitulado “EnvelheSER Saudável”, que associa pesquisa e extensão nos trabalhos realizados na instituição supracitada. Entre os objetivos do projeto estão a contribuição com a formação profissional voltada à promoção da qualidade de vida do idoso institucionalizado, a partir de uma abordagem integral e interdisciplinar, permitindo a compreensão dos fatores envolvidos no processo de envelhecimento.

Os dados foram coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2017, a partir da análise dos prontuários contidos no lar dos idosos, dos quais obteve-se variáveis como idade, sexo, nome e quantidade

de medicamentos prescritos. Residem na instituição 27 indivíduos, dos quais 26 participaram da pesquisa. Foram definidos como critérios de exclusão: prontuários de indivíduos com idade inferior a 60 anos, além de prontuários com dados incompletos ou insuficientes em relação a terapia medicamentosa.

Foram considerados polimedicados os idosos que usavam cinco ou mais medicamentos de forma concomitante nos últimos sete dias (DAL PIZZOL *et al.*, 2012). Os medicamentos utilizados foram classificados conforme o grupo farmacológico, de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), nos níveis um e dois (grupo anatômico e terapêutico, respectivamente), desenvolvido pela *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* (WHO, 2018).

A avaliação dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPIs) foi realizada de acordo com os critérios de Beers (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015) e Priscus (HOLT; SCHMIEDL; THÜRMANN, 2010). Os critérios contemplam listas de medicamentos apresentando as reações adversas, interações medicamentosas, efeitos tóxicos dos medicamentos para os idosos, além de trazerem recomendações quanto aos riscos e benefícios das terapias farmacológicas.

Os dados foram organizados e categorizados em um banco construído no programa *Microsoft Excel*. Para análise de dados, foi utilizada a estatística descritiva, média e desvio padrão e a distribuição de frequências (%). Para todas as análises utilizou-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 24.0.

Os aspectos éticos em relação ao acesso e análise de dados, bem como aos demais aspectos aos quais se referem à Resolução nº 466/CNS/2012, visando preservar os direitos e segurança dos participantes da pesquisa foram observados (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC, sob o parecer n. 2.408.392/2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Do total de idosos participantes do estudo ($n = 26$), 65,38% eram do sexo feminino e 34,62% do sexo masculino. A idade dos idosos variou de 63 a 103 anos (média $\pm$ DP = $74,23 \pm 9,19$ anos), sendo a média de idade para mulheres de $74,11 \pm 9,80$, e para homens de $74,44 \pm 8,45$ anos. Características semelhantes, relacionadas à predominância de mulheres, foram observadas em amostras de outros estudos envolvendo idosos institucionalizados, o que corrobora o processo de feminização da velhice (SILVA *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Quanto a utilização de medicamentos, verificou-se que 84,62% dos idosos utilizavam medicamentos continuamente, e consumiam de um a 13 fármacos por dia (média $\pm$ DP = $6,15 \pm 3,88$). Faber, Scheicher e Soares (2017), em estudo realizado com 52 idosos institucionalizados em três ILPI's na cidade Marília/SP, encontraram índices similares. Do total de participantes da pesquisa, 78,85% faziam uso de medicação e a média de consumo entre os sujeitos medicados, sem considerar a dosagem, foi de 6,1 medicamentos ao dia.

Detectou-se na amostra avaliada uma prevalência de polimedicação de 69,23%. Esta prática, além de aumentar os riscos de ocorrência de reações adversas, quedas e intoxicações em idosos, pode elevar o tempo das internações hospitalares (PEREIRA, 2010). Além disso, o uso de determinados medicamentos pode ser responsável pela piora do estado cognitivo e da capacidade funcional (PAGÁN NÚÑEZ; TEJADA CIFUENTES, 2012). Devido à presença das doenças limitantes e da baixa funcionalidade, deve-se ter uma maior atenção aos idosos institucionalizados, visto que além desse grupo apresentar maiores índices de morbidade, a polimedicação predispõe a um risco ainda mais acentuado de ocorrência de efeitos adversos (LIMA *et al.*, 2017).

No país, estudos realizados com idosos demonstram prevalências de polimedicação que variam de 27,0% (REASON *et al.*, 2012) a 93,7% (BUENO *et al.*, 2012), sendo que as prevalências observadas em pesquisas com idosos institucionalizados apresentam números expressivos. Alguns fatores vêm sendo associados à polimedicação em idosos, como o número de doenças crônicas, a baixa utilização de recursos não farmacológicos para tratamento das doenças, e as consultas realizadas com médicos com especializações distintas (FLORES; MENGUE, 2005; BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2012).

Apesar da necessidade do uso de múltiplos medicamentos em alguns casos, de acordo com o perfil de doenças crônicas ou degenerativas que acometem os idosos, destaca-se que a alta prevalência de polimedicação pode relacionar-se também a fatores como idade, gênero, capacidade funcional e tempo de institucionalização (BELOOSESKY *et al.*, 2013).

Neste estudo, obteve-se para o grupo pesquisado um total 160 medicamentos consumidos, sendo contabilizados 50 fármacos distintos. A maior parte dos fármacos utilizados pelos idosos possuíam ação no sistema nervoso (80,8%), seguidos pelos fármacos com ação no sistema cardiovascular (65,4%), além do trato alimentar e metabolismo (57,7%), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência de utilização das classes de medicamentos em idosos institucionalizados (n= 26), de acordo com a Classificação ATC. Palmas, PR, 2019.

Classificação ATC	Idosos	
	N	%
Trato alimentar e metabolismo	15	57,7
Medicamentos para transtornos relacionados ao ácido gástrico	15	57,7
Medicamentos utilizados no diabetes	2	7,7
Suplementos minerais	4	15,4
Vitaminas	2	7,7
Medicamentos para constipação	1	3,8
Sistema cardiovascular	17	65,4
Agentes que agem no sistema renina-angiotensina	9	34,6
Diuréticos	11	42,3
Anti-hipertensivos	3	11,5
Agentes modificadores de lipídios	11	2,3
Bloqueadores do canal de cálcio	2	7,7
Terapia cardíaca	4	15,4
Sangue e órgãos de formação de sangue	8	30,8
Agentes antitrombóticos	8	30,8
Sistema nervoso	21	80,8
Psicoanalépticos	16	61,5
Psicolépticos	17	65,4
Antiparkinsonianos	7	26,9
Antiepilépticos	9	34,6
Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina	1	3,8
Terapia para tireoide	1	3,8
Sistema muscular esquelético	4	15,4
Anti-inflamatórios e antirreumáticos	2	7,7
Relaxantes musculares	2	7,7
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	1	3,8
Urológicos	1	3,8
Sistema respiratório	1	3,8
Anti-histamínicos para uso sistêmico	1	3,8

Fonte: elaborado pelas autoras.

As classes farmacológicas mais prevalentes entre os fármacos avaliados foram os psicolépticos (65,4%), psicoanalépticos (61,5%), medicamentos para transtornos relacionados ao ácido gástrico (57,7%), e diuréticos (42,3%). O uso dessas classes de medicamentos justifica-se pelo fato de que boa parte dos idosos faziam tratamentos para transtornos mentais e comportamentais, devido a doenças como esquizofrenia e depressão, além de serem portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial.

Verificou-se que entre os psicolépticos, o medicamento mais utilizado foi a quetiapina (n = 12), e entre os psicoanalépticos, o mais prevalente foi a fluoxetina (n = 11). Para o tratamento de doenças cardiovasculares, o diurético mais utilizado foi a furosemida (n = 7), e como agente hipolipemiante, os idosos utilizavam a sinvastatina (n = 10).

Observa-se que medicamentos antidepressivos, antipsicóticos e hipnóticos são os mais prescritos para idosos institucionalizados nos países ocidentais. Embora essa prevalência varie entre os estudos, acredita-se que 50 a 80% apresente, pelo menos, a prescrição de um desses fármacos (FERREIRA, 2015). Além desses medicamentos provocarem reações adversas importantes como sonolência, alterações da coordenação motora e aumentarem os riscos de queda em idosos (LADER, 2012), o uso de diuréticos e hipolipemiantes também exige atenção e monitoramento.

A sinvastatina, apesar de ser amplamente utilizada pela população idosa, pode ocasionar interações consideradas moderadas ou graves quando associada a outros medicamentos, como carbamazepina e digoxina (COSTA *et al.*, 2018), também utilizadas pelos participantes. Os diuréticos, embora sejam muito prescritos para o tratamento da hipertensão, podem ter seu uso associado a reações importantes, como hipopotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia (que aumenta o risco de artrite gotosa) e elevação da glicemia em jejum (MUKETE; ROSENDORFF, 2013; KARNES *et al.*, 2014).

A utilização de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) também é uma problemática nesta população, e no presente estudo, verificou-se que 80,76% dos idosos utilizavam MPIs. Em função das alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento que alteram padrões farmacocinéticos, pode surgir um número maior de reações adversas, provocando danos à saúde e aumentando a permanência dos idosos em ambientes hospitalares (COSTA; PEDROSO, 2011; RIBAS; OLIVEIRA, 2014; LIMA *et al.*, 2017). A Tabela 2 demonstra os MPIs avaliados neste estudo, conforme os critérios descritos por Beers e Priscus (HOLT; SCHMIEDL; THÜRMANN, 2010; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015).

Tabela 2. Medicamentos potencialmente inapropriados utilizados por idosos institucionalizados conforme os critérios de Beers e Priscus. Palmas, PR, 2019.

Critérios de Beers		Critérios de PRISCUS	
Medicamentos	N	Medicamentos	N
Sistema Cardiovascular		Sistema Cardiovascular	
Doxazosina	1	Digoxina	4
Clonidina	2	Clonidina	2
Digoxina	4	Doxazosina	1
Nifedipina	2	Nifedipina	2
Sistema Nervoso: antidepressivos		Sistema Nervoso: neurolépticos	
Amitriptilina	2	Levomepromazina	4
Sistema Nervoso: antipsicóticos		Haloperidol	2
Clorpromazina	3	Sistema Nervoso: hipnóticos, sedativos	
Haloperidol	2	Alprazolam	2
Levomepromazina	4	Diazepam	3
Periciazina	2	Lorazepam	1
Quetiapina	12	Sistema Nervoso: antiepiléticos	
Risperidona	4	Fenobarbital	2
Sistema Nervoso: barbitúricos		Sistema Nervoso: antidepressivos	
Fenobarbital	2	Amitriptilina	2
Sistema Nervoso: benzodiazepínicos		Fluoxetina	11
Alprazolam	2	Analgésicos, Anti-inflamatórios	
Lorazepam	1	Meloxicam	2
Clonazepam	3		
Diazepam	3		
Sistema gastrointestinal: inibidores da bomba de prótons			
Omeprazol	15		
Anti-inflamatórios não esteroidais			
Meloxicam	2		
Relaxantes musculares			
Ciclobenzaprina	2		

Fonte: elaborado pelas autoras.

Ao analisar os medicamentos utilizados, constatou-se 19 fármacos considerados inapropriados para idosos conforme os critérios estabelecidos na lista de Beers, sendo os mais prevalentes: omeprazol (n = 15), quetiapina (n = 12), risperidona (n = 4), levomepromazina (n = 4) e digoxina (n = 4). De acordo com os critérios estabelecidos na lista de Priscus, detectou-se a utilização de 13 MPIs. Os mais utilizados foram: fluoxetina (n = 11), levomepromazina (n = 4) e digoxina (n = 4).

Com frequência, as pesquisas têm apontado entre os MPIs mais utilizados, os fármacos que atuam sobre o sistema nervoso central (CORRALO *et al.*, 2017; SALCHER *et al.*, 2018). De acordo com os critérios de Beers, a classe mais prevalente de MPI utilizado pelos idosos institucionalizados foi a dos antipsicóticos. Estes, além de provocarem declínio cognitivo, aumentam o risco de acidente vascular cerebral, de

mortalidade em pessoas com demência, devendo, portanto, ser evitados em casos de demência ou delírio caso existam outras opções de tratamento não-farmacológico (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015).

A utilização de antidepressivos como a fluoxetina, é considerada inapropriada devido aos seus efeitos colaterais sobre o sistema nervoso central, como náusea, insônia, confusão, além de provocar hiponatremia. A amitriptilina, antidepressivo tricíclico, pode predispor a crises anti-hipertensivas, hemorragias cerebrais e hipertermia maligna, entre outros efeitos (HOLT; SCHMIEDL; THÜRMANN, 2010).

Observou-se que, dentre os MPis mais prescritos para os idosos dessa instituição, estão o diazepam e o clonazepam, benzodiazepínicos utilizados como ansiolíticos e adjuvantes no tratamento de transtornos psiquiátricos. É relevante salientar que estes medicamentos atuam no sistema nervoso central e podem ocasionar sedação, aumentando o risco de quedas e fraturas, além de provocarem confusão mental e/ou delírio (MCINTOSH; CLARK; SPRY, 2011). Devem ser evitados para o tratamento de insônia, segundo os critérios de Beers (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015).

O uso de inibidores da bomba de prótons, como o omeprazol, foi utilizado por 57,7% dos idosos participantes deste estudo. Embora a prescrição de omeprazol para oferecer proteção gástrica frente às reações provocadas por outros medicamentos seja comum, a segurança da utilização do omeprazol com esta finalidade tem sido questionada, visto que seu uso crônico ocasiona efeitos adversos importantes (CHEN *et al.*, 2012).

A utilização de omeprazol aumenta o risco de infecções intestinais por *Clostridium difficile*, além de ocasionar perda óssea e fraturas, em decorrência de diminuição da densidade mineral óssea, não podendo ser prescrito por um período superior a oito semanas (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015). Outros riscos incluem: deficiência de vitamina B12, interação com vários medicamentos, surgimento de gastrite atrófica (HIPÓLITO; ROCHA; OLIVEIRA, 2016), e alterações proliferativas na mucosa oxíntica, com formação de pólipos (MENEGASSI *et al.* 2010).

Frente a relevância dos efeitos adversos provocados pelos medicamentos à população idosa, é relevante salientar que os critérios de Beers e Priscus, embora constituam ferramentas úteis para auxiliar na prescrição de medicamentos, foram criados de acordo com a realidade de outros países. Observa-se, por exemplo, que alguns fármacos por serem aprovados somente no Brasil, não constam como MPis nas listas, mas possuem propriedades farmacológicas e efeitos colaterais muito semelhantes aos que se apresentam nas listas, inclusive pertencentes às mesmas classes terapêuticas.

Considerando os graves efeitos que a polimedicação e o uso de MPis podem ocasionar à população idosa, observa-se a necessidade de profissionais da área da saúde estarem mais presentes, e realizarem intervenções na instituição. As prescrições poderiam ser analisadas na tentativa de minimizar o consumo de medicamentos inapropriados, bem como os efeitos da polimedicação. Caso não haja possibilidade de diminuir o número de fármacos consumidos, em função das doenças que acometem os idosos, análises relacionadas à detecção de reações adversas e interações medicamentosas poderiam ser efetuadas, considerando possíveis ajustes posológicos, registrados em plano farmacoterapêutico, com o intuito de diminuir efeitos adversos.

Naturalmente, este cenário apresentado demonstra a necessidade de políticas públicas integradas para a abordagem do problema das doenças crônicas nos idosos, o que certamente acarreta desafios para os sistemas de saúde em que tais sujeitos estão inseridos. Neste contexto, torna-se essencial promover o uso racional de medicamentos como uma estratégia na resolução de problemas relacionados aos medicamentos na população idosa institucionalizada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se neste estudo, uma alta prevalência de polimedicação e de utilização de medicamentos potencialmente inapropriados pelos idosos institucionalizados. Embora o uso de medicamentos como alternativa terapêutica seja necessário, torna-se relevante utilizar melhores critérios ao definir o tratamento medicamentoso, a fim de que os problemas relacionados a medicamentos não sejam mais um agravante para a piora do estado de saúde, por vezes frágil, e não aumentem os índices de morbimortalidade na população idosa.

Visto que o uso racional de medicamentos oferece menores riscos de intoxicações e efeitos adversos, obter ferramentas para escolher tratamentos farmacológicos mais seguros seria de grande relevância para a saúde pública. Diante do exposto, torna-se imprescindível que os profissionais envolvidos com a saúde dos

idosos, principalmente os institucionalizados, estejam atentos frente a necessidade de maiores cuidados no momento da prescrição, monitoramento das terapias medicamentosas e avaliação de seus resultados.

REFERÊNCIAS

- [1] American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, 2015.
- [2] Beloosesky, Y.; Nenaydenko, O.; Gross Nevo, R. F. *et al.* Rates, variability, and associated factors of polypharmacy in nursing home patients. *Clinical Interventions in Aging*, v. 8, n. 1, p. 1585-90, 2013.
- [3] 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
- [4] Bueno, C. S.; Bandeira, V. A. C.; Oliveira, K. R. *et al.* Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da Unijuí. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 51-56, 2012.
- [5] Camarano, A. A.; Kanso, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.
- [6] Cassoni, T. C. J.; Corona, L. P. C.; Romano-Lieber, N. S. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do município de São Paulo, Brasil: Estudo Sabe. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 30, n. 8, p. 1708-1720, 2014.
- [7] Chen, J.; Yuan, Y. C.; Leontiadis, G. I. *et al.* Recent safety concerns with proton pump inhibitors. *Journal of Clinical Gastroenterology*, v. 46, n. 2, p. 93-114, 2012.
- [8] Corralo, V. S., Silva, M. I. G.; Wincler, M. *et al.* Medicamentos potencialmente inapropriados e doenças prevalentes em idosos residentes nos meios rural e urbano. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 145-158, 2017.
- [9] Costa, S. C.; Pedroso, E. R. P. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, MG, v. 21, n. 2, p. 201-214, 2011.
- [10] Costa, M. A.; Tasca, R. S.; Apolinário, A. P. A. *et al.* Caracterização do uso de sinvastatina pelos pacientes da terceira idade. *Revista Ágape*, v. 1, n. 1, p. 13-13, 2018.
- [11] Dal Pizzol, T. S.; PONS, E. S.; Hugo, F. N. *et al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 1, p. 104-114, 2012.
- [12] Faber, L. M., Scheicher, M. E., & Soares, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 20, n. 2, p. 195-210, 2017.
- [13] Ferreira, M. J. S. Polimedicação em idosos institucionalizados: Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária, Hospitalar e Investigação. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde de Covilhã, Portugal. 2015. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5328/1/4604_8888.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.
- [14] Flores, L. M.; Mengue, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, dez. 2005.
- [15] Garbin, C. A. S.; Lima, T. J. V.; ARAÚJO, P. C. *et al.* Perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados. *Archives of Health Investigation*, v. 6, n. 7, p. 322-327, 2017.
- [16] Hipólito, P.; Rocha, B. S.; Oliveira, F. J. A. Q. Perfil de usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil: considerações sobre seu uso racional. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-10, 2016.
- [17] Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P. A. Potentially inappropriate medications in the elderly: the Priscus List. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 107, n. 31-32, p. 543-551, 2010.
- [18] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - Revisão 2008. v. 24. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.
- [19] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de
- [20] Pesquisas. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01 jun. 2019.

- [21] Karnes, J. H.; Gong, Y.; Arwood, M. J. *et al.* Alteration in fasting glucose after prolonged treatment with a thiazide diuretic. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 104, n. 3, p. 363-369, 2014.
- [22] Lader, M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, London, v. 77, n. 2, p. 295-301, aug. 2012.
- [23] Loyola Filho, A. I.; Firmo, J. O. A.; Uchôa, E.; *et al.* Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, Supl 3:S435-43, 2011.
- [24] Martins, G. A.; Acurcio, F. A.; Franceschini, S. C. C. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 11, p. 2401-2412, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2019.
- [25] McIntosh, B.; Clark, M.; Spry, C. Benzodiazepines in older adults: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174561/pdf/TOC.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2019.
- [26] Menegassi, V. S.; Czezko, L. E. A.; Czezko, L. S. G. *et al.* Prevalence of gastric proliferative changes in patients with chronic use of proton pump inhibitor agents. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 23, n. 3, p. 145-149, 2010.
- [27] Mukete, B. N.; Rosendorff, C. Effects of low-dose thiazide diuretics on fasting plasma glucose and serum potassium—a meta-analysis. *Journal of Hypertension*, v. 7, n. 6, p. 454-66, 2013.
- [28] Pagán Núñez, F. T.; Tejada Cifuentes, F. Prescripción em Cascada y Desprescripción. *Revista Clínica de Medicina da Família*, v. 5, n. 2, p. 111-119, jun. 2012.
- [29] Pereira, J. G. Reações adversas a medicamentos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência
- [30] Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- [31] Reason, B.; Turner, M.; Mckeag, A. M. *et al.* The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors. *Family Practice*, v. 29, n.4, p. 427-432, ago. 2012.
- [32] Ribas, C.; Oliveira, K. R. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p. 99-114, mar. 2014.
- [33] Runnamo, R.; Engfeldt, P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 9, n. 1, p. 95, 2011.
- [34] Salcher, E. B. G.; Dellani, M. P.; Portella, M. R. *et al.* Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos urbanos e rurais. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 139-149, jan./abr. 2018.
- [35] Silva, E. F.; Paniz, V. M. V.; Laste, G. *et al.* Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-95, 2012.
- [36] Silva, R.; Schmidt, O. F.; Silva, S. Polifarmácia em geriatria. *Revista AMRIGS*, v. 56, n. 2, p. 164-74, 2012.
- [37] Silva, M. E.; Cristianismo, R. S.; Dutra, L. R. *et al.* Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 3, n. 1, p. 569-576, 2013.
- [38] Teixeira, D. C.; DE Oliveira, I. L.; Dias, R. C. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioterapia em movimento*, v. 19, n. 2, 2017.
- [39] Who - World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019. Oslo: Norway, 2018. Disponível em: https://www.whocc.no/filearchive/publications/2019_guidelines_web.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

Capítulo 2

Avaliação de prescrições medicamentosas de idosos internados na uti de um Hospital Universitário

Ana Laura de Cabral Sobreira

Jefferson Rodrigues Nobrega

Danillo Alencar Roseno

Andrezza Duarte Farias

Adriana Amorim de Farias Leal

Resumo: Os maiores beneficiários da farmacoterapia moderna e os principais consumidores são os pacientes idosos. A segurança do paciente associada ao cuidado é uma importante dimensão da qualidade de serviço de saúde que está sendo oferecido, sendo necessário avaliar os riscos de danos desnecessários que o paciente está sendo exposto no momento do seu tratamento de saúde. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes. Levando isso em consideração, o presente trabalho teve por objetivo avaliar e caracterizar as informações contidas nas prescrições medicamentosas dos usuários da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI- Adulto) de um Hospital Universitário. O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro em Campina Grande/PB, com coleta de dados referente aos meses de janeiro a março de 2015. As prescrições foram avaliadas de acordo com os critérios do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (10), proposto pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente – ANVISA e os dados foram processados com o auxílio do software “Microsoft Office Excel® versão 15”. Foram avaliadas 20 prescrições, levando em consideração os critérios de inclusão. Foi encontrado erros em todas as prescrições, erros referentes aos dados do paciente e aos dados considerados obrigatórios para o prescritor. Além disso, foi possível encontrar 334 informações ausentes ou não informadas corretamente, relacionadas aos medicamentos prescritos na UTI-adulto. A partir desses erros é necessário que a prescrição seja vista como um documento terapêutico de comunicação entre profissionais, garantindo a segurança do paciente pelo uso racional de medicamentos e consequentemente melhora do estado de saúde do paciente, diminuindo o tempo de internação e causando diminuição dos gastos públicos.

1. INTRODUÇÃO

Diante da transição demográfica vivenciada nos últimos tempos, é possível observar o aumento da população idosa e com isso o crescimento da utilização de vários medicamentos para o tratamento de doenças crônicas prevalentes nessa faixa etária. Calcula-se que a quantidade de pessoas com idade superior a 60 anos se eleve de 962 milhões em 2017 para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões para 2100 (1).

O crescimento populacional desta faixa etária impõe aos profissionais de saúde um desafio de fazer com que os pacientes idosos apresentem uma boa qualidade de vida ao utilizar uma farmacoterapia múltipla para sanar os problemas de saúde que venham a desenvolver em virtude a idade. Para tanto é necessário a utilização da polifarmácia que trás consigo na maioria das vezes alguns agravantes como erros de medicação, duplicidade de medicamentos para fins idênticos, interações medicamentosas e reações adversas por vezes irreversíveis (2).

Em contrapartida, o acesso de assistência médica a aos medicamentos não quer dizer que as condições de saúde da população e a qualidade de vida estejam satisfatórias. Uma padronização das prescrições é fundamental para que o processo ocorra de maneira adequada do início ao fim e para isso o Ministério da Saúde lançou uma portaria que estabelece critérios a serem seguidos para proporcionar a segurança do paciente durante o processo de cuidado. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes (3).

Considerando-se que os custos com medicamentos representam parte importante do cuidado à saúde e que a prescrição de medicamentos é um ato complexo, sujeito a vários erros, é fundamental, para aqueles que a elaboram e programam políticas de saúde, conhecer o padrão de prescrição vigente na área em que atuam (4). É reconhecido que prescrições incompletas, ilegíveis ou com rasuras impedem a eficiência da dispensação, colocando em risco a qualidade da assistência farmacêutica ao paciente, levando ao comprometimento no tratamento farmacoterapêutico, o que pode ocasionar sérios danos ao paciente (5)

Nesse contexto, este estudo teve por objetivo avaliar e caracterizar as informações contidas nas prescrições medicamentosas dos usuários da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

2. METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro, localizado no município de Campina Grande – PB, durante o período de junho e julho de 2015, com coleta de dados referente aos meses de janeiro a março de 2015. Foram incluídas no estudo as prescrições dos idosos internados na UTI do referido hospital, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Os dados obtidos foram coletados de prescrições digitadas, originais, que apresentaram mais de um medicamento, sendo selecionada apenas a prescrição de admissão do paciente, uma vez que a repetitividade de prescrições ocorre nestes casos de internação. As informações contidas nas prescrições foram avaliadas de acordo com os critérios do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (10), proposto pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente – ANVISA, que regulariza as informações que devem conter as prescrições de acordo com os grupos de variáveis: paciente, prescritor e medicamentos prescritos. Os dados foram organizados com o auxílio do software “Microsoft Office Excel® versão 15”, e apresentados em tabelas e gráficos por meio de medidas de tendência central e medidas de frequência. O estudo está vinculado ao trabalho submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital com parecer nº 42979714.0.0000.5182.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 716 prescrições avaliadas do mês de janeiro a março de 2015, foram identificadas 20 prescrições de pacientes idosos, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão, das quais 10 (50,0%) eram do sexo masculino e 10 (50,0%) do sexo feminino, apresentando uma média de idade entre os pacientes de 72,8 ($\pm 11,11$) anos, variando de 61 a 100 anos de idade.

Dentre as prescrições avaliadas, todas apresentaram erros em alguma informação entre os grupos de variáveis descritas pelo Protocolo de Segurança do Paciente.

O número de medicamentos por prescrição variou de 2 a 16, com uma média de 7,3 ($\pm 3,54$) e 80,0% apresentou 5 ou mais fármacos prescritos. A distribuição da frequência da quantidade de medicamentos

prescritos por mês pode ser observada na Tabela 1. Os medicamentos prescritos com maior frequência foram: enoxaparina, dipirona, omeprazol, ácido acetil salicílico (AAS) e meropeném.

Tabela 1. Total de medicamentos prescritos por mês para pacientes idosos internados na UTI de um hospital universitário.

Mês	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
jan/15	62	43,8
fev/15	42	28,8
mar/15	40	27,4
Total	146	100

A Tabela 2 apresenta os erros referentes às informações dos pacientes e dos prescritores de acordo com a sua frequência, levando em consideração a amostra total. Foi observado que, apesar da existência do protocolo de padronização das prescrições digitadas no HUAC, a informação mais ausente evidenciada foi o registro de atendimento ao serviço (número de prontuário) (44,0%), seguida do nome completo do prescritor, que esteve abreviado ou ausente em 20,0% das prescrições.

Tabela 2. Erros de informações detectados em prescrições medicamentosas referentes a pacientes idosos e a prescritores da UTI de um hospital universitário.

Informações	Informações ausentes	Frequência absoluta	%
Paciente	Nome completo do paciente	1	4,0
	Registro de atendimento	11	44,0
	Ala	1	4,0
	Leito	1	4,0
Prescritor	Prescritor Nome completo do prescritor	5	20,0
	CRM	4	16,0
	Assinatura	2	8,0
Total		25	100

Lima e colaboradores (2016) analisaram 120 prescrições e identificaram 426 erros, estes relacionados a identificação do prescritor, identificação do paciente, posologia, dose, abreviatura e ilegibilidade. Neste caso, 10% das prescrições tinham a identificação do prescritor comprometida, identificação do paciente incompleta ou omissa em 42%, a posologia era omissa em 23% das prescrições e a dose estava ausente em 28% (6).

De acordo com Murta et al. (2019), estudo realizado em duas drogarias da rede privada da cidade de Montes Claros-MG que analisam 510 prescrições, observa-se que 06 (seis) receitas não apresentavam assinatura e 14 (quatorze) não possuíam o número de inscrição no CRM (7).

Como documento legal, a prescrição deve ter a identificação não apenas do paciente, mas também do emitente, para que em situações de esclarecimento de dúvidas, seja possível localizar o responsável pela prescrição. E, em um ambiente hospitalar, onde centenas ou mesmo milhares de doses de medicamentos são dispensadas diariamente pela farmácia hospitalar, a omissão da data do documento pode também levar a erros.

Os resultados referentes às informações dos 146 medicamentos dispensados contidos nas 20 prescrições foram avaliados, totalizando uma quantia de 334 informações omitidas ou não informadas corretamente, caracterizando erros de prescrição, como observado na Tabela 3.

Tabela 3. Erros de informações medicamentosas detectadas em prescrições médicas para pacientes idosos internados na UTI de um hospital universitário.

Informações	Informações ausentes	Frequência absoluta	%
Medicamentos	Nome genérico	55	16,5
	Concentração	38	11,4
	Forma farmacêutica	96	28,7
	Via de administração	4	1,2
	Dose	1	0,3
	Posologia	12	3,6
	Diluyente (EV, IM e intratecal)	11	3,3
	Volume de infusão (EV)	3	0,9
	Velocidade de infusão (EV)	16	4,8
	Erros de abreviações	98	29,3
Total		334	100

Os resultados deste trabalho são semelhantes com o de Gomes (2017), que avaliou 266 prescrições da Unidade de Internação da Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal, encontrando 2314 erros, uma média de 2 no mínimo e 39 no máximo de erros por prescrição. A velocidade de infusão estava ausente em 10,4%, posologia em 10,5% e 8% estava omitido a concentração dos medicamentos (8).

Em avaliação realizada em 373 prescrições médicas provenientes do Hospital Municipal de Mirante da Serra-RO, foi possível identificar que 21,45% dos medicamentos prescritos não apresentavam forma farmacêutica e 43,63% não informavam a concentração da apresentação farmacêutica a ser dispensada (9).

Estudo realizado por Brandão (2017), onde ele avalia os erros de prescrição no Programa de Internação Domiciliar de um Hospital Público de Vitória da Conquista, é descrito a presença de 28% de erros relacionados a dosagem, 18% de erros relacionados a abreviações contraindicadas, 28% prescritos em não conformidade com a DCB/DCI (Denominação Comum Brasileira/Denominação Comum Internacional) e finalmente 35% das prescrições sem a indicação da forma farmacêutica do medicamento (10).

Resultados encontrados quanto à presença de abreviaturas em prescrições, numa amostra de 320 prescrições analisadas do Centro de Saúde Escola Marco, localizado no Belém do Pará, mostrou que 91,56% do total apresentavam algum tipo de abreviatura (11), sendo que a presença de tais abreviaturas é apontada como o maior problema nas prescrições das doses, isso porque, o prescritor não especifica a dosagem requerida em miligramas, optando pela utilização de siglas, tal fato também ocorre com a denominação dos diluentes a serem utilizados, ou até mesmo abreviações de nomes de medicamentos usualmente conhecidos.

Com os erros ocorridos no âmbito hospitalar faz-se necessário que a prescrição seja vista como um documento terapêutico, pois desta forma será promovido de forma eficiente o uso racional de medicamentos, prevenindo erros de medicação. Portanto os dados apresentados colaboram com a necessidade de atualização dos profissionais prescritores e dispensadores.

4. CONCLUSÃO

Este estudo infere que as prescrições medicamentosas provenientes do HUAC apresentam inconformidades com o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Nesta pesquisa todas as prescrições mostraram em alguma das variáveis analisadas, há presença de erros. Tendo maior frequência da falta do registro do prontuário, a ausência da concentração e forma farmacêutica a ser dispensada, como também a prescrição do medicamento sobre a forma do nome segundo a DCB. É necessário que a prescrição seja vista como um documento terapêutico de comunicação entre profissionais, que garantam a segurança do paciente pelo uso racional de medicamentos, e consequentemente melhora do estado de saúde do paciente diminuindo o tempo de internação, causando diminuição dos gastos públicos.

REFERÊNCIAS

- [1] BEARD, John R. et al. Healthy ageing: moving forward. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 95, n. 11, p. 730, 2017.
- [2] SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, 2010.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº529 de 1º de Abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2013.
- [4] MARIN, Nelly et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: Assistência farmacêutica para gerentes municipais. 2003.
- [5] MASTROIANNI, Patricia de Carvalho. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, p. 173-176, 2009.
- [6] LIMA, Aline da Rocha; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva. Análise das prescrições médicas atendidas na farmácia central de um hospital e maternidade da cidade de Tianguá, Ceará, Brasil. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, v. 17, n. 1, 2016.
- [7] MURTA, Inah Araújo Almeida et al. Análise da qualidade das prescrições médicas em Montes Claros-Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 7, p. e615-e615, 2019.
- [8] GOMES, Andressa Dias. Erros de prescrição de medicamentos de alta vigilância em um hospital terciário do Distrito Federal. Monografia de Conclusão de Curso apresentada na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. 2017.
- [9] OLIVEIRA, A. A, LIMA R. A. P, MARTINS R. C. Análise da qualidade das prescrições médicas do hospital público em Mirante da Serra/RO atendidas em uma farmácia comunitária. *Revista Científica da Faculdade de educação e Meio Ambiente*, v.6, n.1, p.38-47, 2015.
- [10] BRANDÃO, Mariana Alexandra Damascena. Análise de Erros de Prescrição de um Programa de Internação Domiciliar de um Hospital Público. *ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA*, v. 11, n. 38, p. 287-294, 2017.
- [11] LOPES L. N, GARCIA K. P, DIAS L. G, SOARES L. R, LEITE ML, SILVA, J. C. A. Qualidade das prescrições médicas em um Centro de Saúde Escola da Amazônia Brasileira. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.* V.12, n.2, p.1-5, 2014.

Capítulo 3

Ação educativa em saúde sobre prevenção de suicídio com um grupo de idosas: Relato de experiência

Andrielly Silva dos Santos

Bruna Kajeline de Assis Gomes

Keysse Suelen Fidelis de Mesquita

Resumo: INTRODUÇÃO: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. Um dos alertas é a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Nessa faixa etária, foram registradas média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A média nacional é 5,5 por 100 mil. Também chamam atenção o alto índice entre jovens, principalmente homens, e indígenas. OBJETIVO: Diante desse contexto, as autoras deste estudo tiveram como objetivo relatar uma ação educativa em saúde referente à prevenção do suicídio realizada com um grupo de idosas em um Centro de referência da Assistência Social (CRAS). METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, do tipo estudo descritivo e exploratório. A ação educativa foi realizada no dia 15 de setembro de 2017, por um grupo de sete discentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino privado de Alagoas, sob a supervisão das preceptoras, durante o cumprimento da disciplina o estágio curricular obrigatório supervisionado I. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A ação educativa contou com a participação de 13 idosas, todas do sexo feminino e com uma faixa etária acima de 60 anos. A execução da ação ocorreu em quatro momentos, no primeiro realizou-se o acolhimento, no segundo foi exposto um vídeo cujo título era salvar uma vida, no terceiro momento executou-se uma dinâmica e no quarto foram oferecidos lanches e lembrancinhas. CONCLUSÃO: Foi uma experiência de suma importância para aprendizagem das discentes, visto que a ação oportunizou o aprimoramento do conhecimento sobre o tema em foco.

Palavra chave: Idoso; suicídio; envelhecimento.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduo de 10 a 24 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos¹.

Um dos alertas é a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Nessa faixa etária, foram registradas média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A média nacional é 5,5 por 100 mil. Também chamam atenção o alto índice entre jovens, principalmente homens, e indígenas².

Envelhecer é um processo inerente ao ciclo vital, com mudanças que podem se concentrar ou disseminar-se nos aspectos físicos, financeiros, psicológicos, emocionais e estruturais. Quando inexistente suporte multidimensional nessa fase da vida, o idoso costuma perceber-se como inútil, sem perspectivas futuras e, desta forma, tornar-se mais vulnerável ao suicídio^{4,5}.

O modo como os idosos vivenciam as relações familiares e como as famílias os acolhem na velhice estão associados à estrutura e à organização da família. O contexto cultural e social, que cada família constrói em seu cotidiano, pode determinar as transformações e a intensidade afetiva compartilhada por todos os seus membros no decorrer da vida^{4,6}.

Apesar do aumento exponencial do número de idosos no Brasil, destaca-se a inexistência de políticas públicas voltadas para a população idosa que dialogue com o fenômeno do suicídio, o que dificulta o acesso e atendimento adequado de saúde dos idosos com essa demanda. A falta dessa política intensifica os problemas dos idosos, principalmente daqueles que não têm uma vida familiar saudável e contam com poucas alternativas no enfrentamento e na solução de conflitos¹⁰.

Embora tenha sido reconhecido em quase todo o mundo, recentemente, o aumento das taxas de suicídio, das ideações e das tentativas associadas ao avanço da idade, ainda existem poucos estudos aprofundando essa temática, particularmente no Brasil e na América Latina. A literatura constata a conexão do contexto social e familiar com os casos de suicídio, bem como o impacto desses casos nas famílias e no círculo social^{7,8,9}.

Entre 2011 e 2016, ocorreram 62.804 mortes por suicídio, sendo 62% por enforcamento. Os homens concretizaram o ato mais do que as mulheres, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados. Os solteiros, viúvos e divorciados, foram os que mais morreram por suicídio (60,4%). Na comparação entre raça/cor, a maior incidência é na população indígena. A taxa de mortalidade entre os índios é quase três vezes maior (15,2) do que o registrado entre os brancos (5,9) e negros (4,7)².

Os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é maior entre os homens, cuja taxa é de 9 mortes por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, o índice é quase quatro vezes menor (2,4 por 100 mil). Na população indígena, a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos¹.

Iniciado no Brasil pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina CFM e Associação Brasileira de Psiquiatria ABP, o Setembro Amarelo realizou as primeiras atividades em 2015 concentradas em Brasília. Mundialmente, a Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (AIPS) estimula a divulgação da causa, vinculado ao dia 10 do mesmo mês no qual se comemora o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio³.

O CVV é uma entidade sem fins lucrativos que atua gratuitamente a prevenção do suicídio desde 1962, membro fundador do Befrienders Worldwide e ativo junto ao AIPS, da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (Abeps) e de outros órgãos internacionais que atuam pela causa³.

Diante desse contexto, as autoras deste estudo tiveram como objetivo relatar uma ação educativa em saúde referente à prevenção do suicídio realizada com um grupo de idosos em um Centro de referência da Assistência Social (CRAS).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, do tipo estudo descritivo e exploratório. A ação educativa foi realizada no dia 15 de setembro de 2017, por um grupo de sete discentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino privado de Alagoas, sob a supervisão das preceptoras, durante o cumprimento da disciplina o estágio curricular obrigatório supervisionado I. A ação ocorreu no Centro de

referência da Assistência Social (CRAS) de um município de Alagoas e teve como contribuintes as agentes comunitárias de saúde de uma Unidade de Saúde da Família e os funcionários do CRAS do mesmo município.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação educativa contou com a participação de 13 idosas, todas do sexo feminino e com uma faixa etária acima de 60 anos. A execução da ação ocorreu em quatro momentos, no primeiro realizou-se o acolhimento, no segundo foi exposto um vídeo cujo título era salvar uma vida, no terceiro momento executou-se uma dinâmica e no quarto foram oferecidos lanches e lembrancinhas.

O primeiro momento foi marcado pelo acolhimento, desde o preparo do ambiente com a utilização de uma decoração harmoniosa para proporcionar o meio mais terapêutico, bem como, a padronização das vestimentas das discentes que continham mensagens sobre prevenção de suicídio em suas camisas. Ainda teve a distribuição de broches contendo uma fita amarela representando o símbolo da prevenção do suicídio, setembro amarelo. Neste momento, houve a apresentação das discentes e uma breve explanação sobre o que seria abordado, destacando a importância de se discutir sobre o assunto.

No segundo momento, houve a exposição de um vídeo com título salvar uma vida, que mostrou a história de um jovem que por se sentir só e rejeitado, decidiu em um certo dia tirar sua própria vida como um ato de fuga pelo sofrimento que estava passando. Após a passagem do vídeo, foi dado um tempo para que as participantes expusessem suas opiniões sobre o vídeo e o suicídio, suas experiências de vida e sobre a mensagem que o vídeo passava de superação.

No terceiro momento, foi proposta uma dinâmica as participantes sobre descartar sentimentos ruins ou problemas atuais e guardar sentimentos bons. Para isso, foram utilizados dois murais diferentes, um com a representação de um lixeiro e outro com um desenho de coração, para que elas pudessem colocar em escrito esses sentimentos em cada mural. Assim, o intuito foi que as participantes pudessem jogar fora tudo aquilo que as faziam mal e por no coração apenas o que fazia bem e, à medida que, colavam os papéis nos murais, elas justificavam suas escolhas.

No último momento, foi feito um feed-back sobre a temática abordada a fim de avaliar se os participantes compreenderam o objetivo da ação e houve o oferecimento de lanches e a entrega de lembrancinhas, finalizando o dia da ação.

4.CONCLUSÃO

Foi uma experiência de suma importância para aprendizagem das discentes, visto que a ação oportunizou o aprimoramento do conhecimento sobre o tema em foco. Bem como, despertou maior interesse de praticar a escuta de pessoas idosas, que também são suscetíveis a passar por sofrimentos psíquicos e cometer suicídio, a fim de contribuir com a expressão dos sentimentos das mesmas sem julgamentos.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Boletim de suicídio, Mato Grosso do Sul, set, 2017.[Acesso 12 de Outubro de 2017]. Disponível em:> <http://www.saude.ms.gov.br/2017/09/21/ministerioda-saude-divulga-1-boletim-de-suicidio-no-pais-e-a-quarta-cao-de-morte-entre-jovens/>.
- [2] World Health Organization. (WHO). 2010. Participant manual - IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva.[Acesso 08 de Outubro de 2017].Disponível em:>http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em: 08/10/2017.
- [3] Centro de Valorização a Vida- CVV. Setembro Amarelo. Brasil, 2016.[Acesso 08 de outubro de 2017]. Disponível em:><http://www.setembroamarelo.org.br/>.
- [4] Marques FD, Sousa L. Integridade familiar: especificidades em idosos pobres. Paidéia 2012; 22(52):207-216.
- [5] Kim YR, Kyoung HC, Youngmin O, Hae KL, Yong S, Chung TL, Kyoung UL. Elderly suicide attempters by self-poisoning in Korea. Int Psychogeriatr 2011; 23(6):979-985.
- [6] Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Riskfactors for suicide in later life. Biological Psychiatry 2002; 52(3):193-204.

- [7] Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJS, Furtado HMJ, Gutierrez DMD, Sousa GS. Suicídio de idosos: impactos na família brasileira. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1993-2002.
- [8] Martinez VTP, Parra ZL. Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(5-6):[cerca de 6 p.].
- [9] Krüger LL, Werlang BG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *PsicoUSF* 2010; 15(1):59-70.
- [10] Raimunda MS, Raimunda MNM, Ana EBF, Luiza JESV, Girliani SS, Ana MTSC, et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro Jun.* 2015; 6(20), [acesso 16 de Outubro de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000601703

Capítulo 4

Saúde do idoso: Capacidade funcional frente ao uso de anti-hipertensivo

Sara Camila Tomen

Evani Marques Pereira

Resumo: O crescimento rápido da população idosa e a demanda por serviços de saúde adequados impõe uma maior carga para os profissionais de saúde, administradores de políticas públicas, governos e a sociedade como um todo. Adjunto a este crescimento há também o aumento das Doenças Crônicas, como as cardiovasculares e em especial a HAS que atinge hoje 20% da população adulta. Uma das formas de se avaliar as capacidades que o idoso possui é a Avaliação Funcional, componente essencial na abordagem do idoso sendo usado como estratégia para o diagnóstico de problemas atribuídos ao processo de envelhecimento. Com o intuito de colaborar nas discussões sobre a temática e contribuir sobre a correlação entre função cognitiva, capacidade funcional e o uso de anti-hipertensivo, o presente estudo tem como objetivo: “Avaliar a funcionalidade dos idosos quanto a: AVD, AIVD e cognição, e sua autonomia e independência para o uso do anti-hipertensivo”. A presente pesquisa consiste em um estudo de caráter quantitativo e retrospectivo, realizada a partir da análise de instrumentos elaborados e arquivados no grupo de pesquisa “Cuide Vita”, com o intuito de colaborar nas discussões sobre a temática e contribuir sobre a correlação entre função cognitiva, capacidade funcional e hipertensão arterial. Os dados mostraram que a maioria dos instrumentos analisados aponta que os idosos que participaram do estudo eram capazes de desenvolver atividades do cotidiano e de auto-cuidado sozinhos, tendo sua autonomia preservada. Diante disto, vemos a importância do conhecimento sobre os padrões de funcionalidade e cognição dos idosos portadores de HAS, sendo isso necessário para o planejamento de estratégias, no campo da educação em saúde, para então haver o melhoramento do estilo de vida desta classe.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Hipertensão. Funcionalidade.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecer deve ser compreendido em sua totalidade, pois este é um fenômeno biológico com decorrências psicológicas, tendo em conta que certos comportamentos são apontados como características da idade. Assim como as diversas fases do desenvolvimento humano, a velhice possui uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em sua relação com o mundo e sua própria história. Portanto, deve ser compreendida em sua totalidade, e em suas múltiplas dimensões, visto que se constitui em um momento do processo biológico, mas não deixando de ser um fato social e cultural. Deve, ainda, ser entendida como uma etapa do curso da vida que como consequência do envelhecer ocorre modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com seu contexto social (FREITAS, 2010).

Os estudos demográficos sobre esta população mostram que há um aumento de pessoas sexagenárias, esta mudança demográfica é consequência da diminuição da mortalidade e fertilidade observada durante o século XX. Os progressos na produção científica e nas tecnologias contribuem para a chegada na longevidade, promovendo um envelhecimento saudável. (TESTON, 2013). Segundos os dados do IBGE, 2013 a população brasileira nos últimos dez anos com idade superior ou igual há 60 anos aumentou 2,5 vezes mais (36%) do que as de jovens (14%), aumentando então a expectativa de vida para os 74,6 anos de idade.

O aumento do número de idosos e a chegada da longevidade levam-nos a uma reflexão sobre a imagem transmitida pelo envelhecer atualmente. Onde esta muitas vezes surge de forma preconceituosa, afetando a forma de tratar o idoso e alterando a forma de como eles se inserem perante a sociedade. A maioria desses pensamentos diz respeito dos mesmos estarem mais perto do final da vida humana e ao fato de que com o passar da idade os idosos apresentam perdas em seu domínio físico, social e cognição. Outro julgamento presente na rotina da população é que após o indivíduo completar 60 anos, automaticamente há a associação do mesmo com comorbidades e solidão (VILLANEVA, 2006).

O crescimento rápido da população idosa e a demanda por serviços de saúde adequados impõe uma maior carga para os profissionais de saúde, administradores de políticas públicas, governos e a sociedade como um todo. Ao passar dos anos os idosos adquirem características particulares da idade sendo então necessária uma avaliação de saúde cuidadosa, com o intuito de identificar problemas decorrentes de uma queixa principal (ALMEIDA, 2008).

Um dos instrumentos preconizados para avaliação do idoso é a Avaliação Funcional, é um conjunto de dados clínicos, testes e escalas. Para isso são considerados os seguintes parâmetros: equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, condições emocionais, disponibilidade e adequação do suporte familiar e social, condições ambientais e capacidade para executar as atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (NAKATANI, 2009).

A avaliação funcional como componente essencial na abordagem do idoso, no contexto da geriatria e gerontologia, concretizou-se como estratégia para encontrar problemas muitas vezes atribuídos ao processo natural de envelhecimento, sendo então subestimados. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa assinala que “o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária”, neste sentido, aponta que sua meta primordial é promover o envelhecimento ativo, aderindo assim a proposta da OMS e a qual incentiva a utilização de instrumentos técnicos validados para a avaliação funcional e psicossocial, que permitam a identificação precoce do comprometimento da independência do idoso (BRASIL, 2006).

A capacidade funcional do idoso para atividades de vida diária é aptidão que o mesmo necessita para realizar tarefas no cuidar de si, tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama, bem como apresentar controle dos esfíncteres urinário e anal. E a capacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária são as habilidades que o idoso possui para administrar o ambiente em que vive, e inclui as seguintes ações: preparar a comida, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico e comparecer aos compromissos sociais e religiosos (BRASIL, 2006 apud NAKATANI, 2009).

A cognição é o termo empregado para descrever toda a esfera de funcionamento mental que compreende a habilidade para pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar pensamentos complexos, e a capacidade para produzir respostas verbais ou não verbais às diversas solicitações e estímulos externos. As habilidades e capacidades cognitivas são amplamente influenciadas por diversos fatores individuais, como

idade, escolaridade, doenças previas, hábitos e aptidões, juntamente com os aspectos psíquicos e socioculturais (ALMEIDA, 2014).

Com o intuito de colaborar nas discussões sobre a temática e contribuir sobre a correlação entre função cognitiva, capacidade funcional e o uso de anti-hipertensivo, o presente estudo tem como objetivo: “Avaliar a funcionalidade dos idosos quanto a: AVD, AIVD e cognição, e sua autonomia e independência para o uso do anti-hipertensivo”.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO E A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Vivenciados em países desenvolvidos, o aumento populacional de pessoas idosas aparece atualmente em países como o Brasil. A elevação deste número abre agora uma reflexão sobre o significado do envelhecimento e por consequência da velhice (GASPAROTTO, 2014).

O envelhecer conceitua-se como diversas modificações no organismo como as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas e cabelos brancos, as bioquímicas ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo, as fisiológicas relacionadas às alterações das funções orgânicas e as psicológicas onde o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Tantas circunstâncias acabam afetando a capacidade do idoso de se adaptar ao meio em que este inserido, sendo este um processo dinâmico e progressivo (SANTOS et al., 2010).

O processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma extremamente acelerada, considerando-se que em cinco décadas pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento, gerando então grandes desafios para essas sociedades, que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável e ativo. O Brasil está sendo considerado um país de população envelhecida, uma vez que os dados do censo de 2010 mostrou que o número de idosos na população representava 11%, e, a população de um país é dita envelhecida quando a proporção de idosos alcança 7%, com tendência a aumentar. Outro fato relevante é a longevidade, que também vem elevando-se progressivamente, conforme observado através do crescimento dos grupos etários mais elevados (LINCK, 2011).

Como decorrência do envelhecimento populacional há surgimento das doenças cardiovasculares, uma das causas mais frequentes de óbitos entre a população. Em nosso país, no ano de 2007 as doenças cardiovasculares foram responsáveis por mais de 250 mil mortes e mais de 35% das aposentadorias, além de ser o motivo de gasto de milhões de reais em internações hospitalares. Tais números estão diretamente vinculados aos casos de HAS (hipertensão arterial sistêmica) no país, onde a sua prevalência no ano de 2007 foi estimada em 25%, atingindo principalmente os indivíduos com mais de 70 anos seguido dos indivíduos entre 60 e 69 anos (ROMERO et al. 2010).

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo em torno de 20% da população adulta. Isso significa que há, aproximadamente, 20 milhões de pessoas hipertensas no país. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 5% na população de 18 a 24 anos a 58% na população de mais de 65 anos. As principais causas de mortalidade relacionadas com a HAS são os infartos agudos de miocárdio, os acidentes vasculares encefálicos e insuficiência cardíaca, todas relacionadas ao fator de risco HAS (QUEIROZ et al, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por uma síndrome com origem por diversos fatores. Tem como sua definição uma enfermidade sistêmica acompanhada de disfunções, contração e remodelamento da musculatura lisa vascular, alterando as estruturas das artérias e do miocárdio. Uma dieta com grandes proporções de lipídios e sódio acompanhado de hábito como o etilismo e o tabagismo juntamente com a falta de prática de exercícios físicos, colaboram para a instalação do quadro de HAS (LOPES, 2012).

A HAS tem sua evolução de forma lenta e silenciosa. Seu plano terapêutico requer a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e o cumprimento rigoroso da terapêutica medicamentosa levando em conta o empoderamento do idoso em seu cotidiano para o auto cuidado. No entanto, a prática nos serviços de saúde tem mostrado uma baixa adesão ao tratamento, favorecendo, em longo prazo, o aparecimento de lesões secundárias tendo como consequência a mortalidade, o que representa um importante problema de saúde pública (SOARES, 2012).

O desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoe o envolvimento do idoso com as mudanças de hábitos necessárias para uma vida com saúde é um dos principais caminhos para o aprimoramento do tratamento e controle da HAS. Há a necessidade do planejamento de ações eficazes para a redução do abandono e interrupção deste tratamento, visando prevenir complicações da hipertensão nos idosos com a doença instalada, contribuindo para a detenção do avanço dessa doença silenciosa e agressiva (GAIA, 2012).

O Brasil tem mostrado evidentes transformações no padrão de morbimortalidade relacionadas, principalmente, com a redução da mortalidade precoce, com o aumento da expectativa de vida e com o processo acelerado de urbanização, contribuindo significativamente para o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNTs (MARTINS et al, 2010).

As mortes atribuídas as DCNT no Brasil no ano de 2007 passaram de 70%, 10% foram relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Essa mudança radical ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços sociais importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época (SHIMIDT, 2011).

Juntamente com a mudança no número de enfermidades, houve também uma transição demográfica no Brasil, sendo voltada a atenção agora para os adultos e os idosos. Com o início da industrialização e os avanços na rotina de trabalho houve o aumento na renda familiar, crescendo o acesso da população aos diversos formas de lazer, aumentando o consumo de alimento principalmente os processados. Esta nova realidade expôs a população a uma mudança de hábitos, onde a mesma passou a incluir em sua dieta alimentos pouco saudável, expondo cada vez mais ao risco de doenças crônicas degenerativas (SCHIMIDT, 2011).

Na atualidade a doença cardiovascular é principal causa de morbimortalidade na população brasileira. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constituem em um dos principais fatores de risco para a situação atual, tendo que as mesmas possuem repercussões negativas na qualidade de vida da população. As tendências para os próximos anos é que o número de portadores destas comorbidades aumente ainda mais, não só pelo envelhecimento mas devido aos maus hábitos alimentares associados a uma vida sedentária (LIMA, 2012).

Com o propósito de reduzir os índices de morbimortalidade, o Ministério da Saúde adotou medidas para executar ações de melhoria de atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes mellitus. Em 2002, foi criado o programa hiperdia, que consiste em um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, reorientando a assistência farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (SILVEIRA, 2013).

Entretanto, a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto, estando então ciente da sua condição de saúde, comprometido com o tratamento e sendo acompanhado pelos profissionais de saúde, que devem prestar esclarecimentos, incentivos e apoiar a participação da família (CARVALHO, 2012).

3.AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO

O envelhecer saudavelmente é uma conquista. Contudo percebemos grandes diferenças entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos. Onde nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos em desenvolvimento este processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde para atender às novas demandas. No ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2010).

As políticas de saúde relacionadas ao idoso têm seu início nos anos 80, durante o processo de reformulação do SUS. A partir daí se inicia a expansão a saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrado no atendimento médico individual e biologicista. Este modelo explica-se, pelo aumento das doenças crônicas na década de oitenta e pela forma com que o Brasil se desenvolveu para promover à saúde à população idosa (COSTA, 2010).

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam a uma contínua formulação

de políticas tanto no âmbito nacional como internacional. Essas políticas de saúde atendem tanto a população idosa quanto os trabalhadores em saúde. De forma que é constatado um aumento no número de idosos em virtude da baixa de natalidade, com a chegada da longevidade e o desenvolvimento de tecnologias que potencializaram os tratamentos favorecendo a cura e acompanhamento das enfermidades (CAMACHO, 2010).

É dever das políticas de saúde colaborar para que cada vez mais a população possa alcançar a idade avançada com um melhor estado de saúde. A chegada na terceira idade de forma saudável e ativa é a meta das novas políticas desenvolvidas e voltadas para esta população. Inicialmente na década de 70 os idosos brasileiros recebiam atenção principalmente de cunho caritativo, vindo de instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. Somente então no ano de 1982, que ocorreu à primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), tornando-se um marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos (BRASIL, 2007).

Estabeleceu-se então alguns princípios para a implementação das políticas públicas para o envelhecimento, onde cada país assumiu sua responsabilidade. Este Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedade para as reais necessidades apresentadas por esta população a fim de direcionar as políticas, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre estes aspectos. A partir da regulação do SUS e em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 04 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei N°8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso. Esta lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade. Nesta lei, estipula-se o limite de 60 anos para uma pessoa ser considerada idosa (RODRIGUES et al, 2007).

No final da década de 90, a OMS passou a utilizar o conceito “envelhecimento ativo” buscando incluir além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento populacional. Trabalhando em um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de otimizar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Envolvendo políticas públicas que promovam o modo de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção de situação de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo do tabaco, dentre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2007).

No ano de 2006, houve a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), definindo a Atenção Básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e referenciando-o para as redes de serviços especializados de média e alta complexidade. Junto a esta política foi organizado o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, tendo como referência o Pacto pela Vida 2006 e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Promoção da Saúde, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Humanização no SUS. Também foi levada em consideração a realidade do envelhecimento populacional (FERNANDES, 2012).

O Caderno de Atenção Básica oferece subsídios técnicos específicos em relação a saúde da pessoa idosa, facilitando a prática diária dos profissionais que atuam junto a esta população na Atenção Básica. Disponibilizando os instrumentos de avaliação a saúde, tornando-os acessíveis para a promoção de discussões no sentido de colaborar com a adoção de comportamentos mais apropriados às demandas desta população, para então obter uma abordagem integral as pessoas em seu processo de envelhecer (BRASIL, 2010).

A Avaliação Global da Pessoa Idosa tem o seu direcionamento da atenção para o indivíduo idoso que possui problemas complexos, enfatizando sua qualidade de vida e funcionalidade, diagnosticando a fragilidades deste e idoso o seu risco para tal. Foi desenvolvida por uma equipe multiprofissional com o intuito de ponderar os problemas e necessidades de saúde do idoso, possibilitando um planejamento terapêutico em longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários para o andamento do mesmo. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania tendo onde buscar informações para o acompanhamento de sua saúde. (BRASIL, 2007).

A medida em que uma maior proporção de pessoas atinge idades avançadas, registra-se uma maior tendência de alterações no padrão de morbidade e mortalidade da população. Associado à longevidade há o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. Junto a estas doenças, aparecem às incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da qualidade de vida (PAULA, 2013).

A funcionalidade no idoso é medida pela competência na realização, de forma autônoma, de suas atividades cotidianas, chamadas também atividades de vida diária (AVD). Estas atividades são divididas em atividades básicas e atividades instrumentais (AIVD) e estão relacionadas ao auto cuidado e a manutenção de vida em comunidade, independente. A independência na realização das AVD é de suma importância no cotidiano das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. A dependência desses fatores constitui um risco significativo para a mortalidade na população idosa, sendo mais relevante do que as próprias doenças que levam a ela (BRITO, 2012).

A qualidade de vida é a combinação de indicadores subjetivos, que são demonstrados por meio de sensações de relações afetivas como felicidade e satisfação, autocontrole, stresses e competência social. Embora seja um conceito subjetivo, a qualidade de vida é influenciada por condições objetivas, como as condições de saúde, relações sociais, realização de atividades, que influenciam diretamente na satisfação com viver, etc. Não se refere somente à saúde física, mas também as necessidades de satisfação social e psicológica. Está associado a gênero, idade, nível socioeconômico, educacional, e autonomia. Além disso, a qualidade de vida é um forte indicador e pode ser considerado um guia norteador para políticas de saúde na velhice (SPOSITO, 2013).

Para DIOGO, 2007 a autonomia é entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Salientam que, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar, caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa.

A funcionalidade, além de ser um indicador de saúde, é considerada um indicador de previsão dos custos e recursos dos cuidados de saúde. A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais, podendo levar a perda da autonomia e ao desenvolvimento de transtornos demenciais (LOPES, 2013).

As demências de um modo geral são classificadas como corticais e subcorticais. Uma demência cortical são as doenças demências vistas na doença de Alzheimer. E as demências subcorticais estão associadas a transtornos dos movimentos, apraxia da marcha, retardo psicomotor, apatia e mutismo acinético que podem ser confundidos com catatonia esquizofrênica. Os transtornos demenciais caracterizam-se pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, especialmente a perda de memória e a presença de afasia, apraxia, agnosia ou perturbação do funcionamento executivo, com interferência nas atividades sociais e ocupacionais. As deficiências em saúde podem modificar a funcionalidade e interferir na capacidade do indivíduo em interagir com o meio em que vive e restringir o seu desempenho (GOMES, 2011).

A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial adequado (BRASIL, 2010).

A capacidade de executar atividades de vida diária é o mais importante indicador de funcionalidade dos idosos. Tais atividades são classificadas em Atividades de Vida Diária – AVD, que são as relacionadas ao autocuidado. E as Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD, que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa é necessário diferenciar desempenho de capacidade funcional, o desempenho esta relacionado ao que o idoso realmente faz no seu dia-a-dia. Capacidade Funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada (PAULA, 20013).

Vários estudos vêm indicando uma associação entre o uso de medicamentos e a funcionalidade dos idosos. O aparecimento de manifestações motoras indesejáveis em decorrência do uso inadequado de medicações vêm sendo relatadas pela literatura. A maioria dos idosos consome, pelo menos, um medicamento e cerca de um terço deles consome cinco ou mais simultaneamente. Esse uso irracional se traduz em um consumo excessivo de produtos supérfluos, ou não indicados, e a subutilização de outros, essenciais para o controle das doenças. O uso de múltiplos produtos, a prescrição de medicamentos contra-indicados para os idosos e o uso de dois ou mais fármacos com a mesma atividade farmacológica favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e das interações medicamentosas (MARTINS, 2007).

A classe da população principal usuária da farmacologia moderna é de idosos. 80,0% dos brasileiros maiores de 60 anos fazem uso de no mínimo um medicamento diariamente. O número elevado de doenças crônicas no idoso faz com que estes sejam os grandes consumidores do serviço de saúde e

consequentemente o grupo mais medicalizado na sociedade. A população idosa contribui com aproximadamente 25,0% do total das vendas de medicamentos em países desenvolvidos (SANTOS et al, 2013).

O tratamento simultâneo de diversas condições de saúde, comum em idosos, pode resultar em um regime complexo de medicação. A polimedicação, definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos medicamentos, além de apresentar riscos farmacológicos, predispõe os idosos à baixa adesão. O organismo do idoso apresenta alterações em suas funções fisiológicas que não devem ser desconsideradas. Essas alterações levam a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade aos efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos. Alguns medicamentos são considerados impróprios para idosos por redução de sua eficácia terapêutica ou por apresentarem risco aumentado de efeitos adversos que superam seus benefícios (TAVARES et al, 2013).

O uso racional de medicamentos pelos idosos é fundamental para evitar gastos excessivos com múltiplos medicamentos e prevenir interações desnecessárias, de modo a desonerar o sistema público de saúde bem como assegurar boa qualidade de vida a esses indivíduos (NOBREGA, 2005).

A função da enfermagem fica em conhecer os domínios que envolvam o cuidado global ao idoso permitindo o planejamento de estratégias fundamentadas na realidade que proporcionem a manutenção da autonomia, empoderamento e independência do idoso, podendo então realizar um cuidado efetivo e com qualidade (OLIVEIRA, 2010).

4.CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E A FUNCIONALIDADE

Um dos principais problemas de saúde pública atualmente são as doenças crônicas degenerativas. A HAS destaca-se entre elas por ser multifatorial e com grande potencial para doenças cardiovasculares. No Brasil o número de portadores de HAS é de 17 milhões de pessoas, sendo 35% desta população de pessoas com mais de 40 anos (SANTOS, 2012).

Os portadores de HAS demonstram constantemente, algumas dificuldades ligadas a sua terapêutica, comprometendo então seu tratamento, refletindo diretamente na falta de controle sobre sua doença. A mudança repentina no estilo de vida acaba por gerar desordens pessoais e familiares, tendo em vista o período longo de tratamento e as novas limitações expostas para isso, afetando não somente o portador de HAS, mas também os indivíduos ao seu redor (LIMA, 2013).

Portanto há a necessidade de intervenções eficazes para impedir as complicações crônicas da hipertensão arterial. O trabalho da enfermagem e sua equipe nas unidades de saúde e nos ambulatórios possui atenção especial, principalmente mediante a consulta e o atendimento de enfermagem. Essa atividade tem um importante papel no engajamento do cliente no autocuidado, possibilitando-lhe atingir um melhor nível de saúde promovendo seu empoderamento no cuidado, tendo em vista que o processo de cuidar de si emerge das interações sociais nas quais os indivíduos problematizam sua realidade, e a medida que vão desvendando a realidade se empoderam para transformar as relações sociais de dominação (SANTOS, 2012) (SOUZA, 2013).

A consulta de enfermagem tornou-se privativa do enfermeiro pela promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, com a regulamentação do exercício da Enfermagem pelo Decreto nº 94.406/87. Envolve algumas etapas como a entrevista realizada para obter dados de relevância sobre o cliente e a situação na qual se encontra, o estabelecimento dos diagnósticos e das prescrições de enfermagem e a implementação e avaliação dos cuidados prescritos (SILVA, 2013).

Cabe aos profissionais de saúde promover parcerias com os idosos, seus familiares, o próprio serviço de saúde e a sociedade em geral, colaborando para que haja o estímulo da preservação da auto-estima e independência funcional da população idosa. Algumas das complicações ocasionadas pela HAS devem se manter controladas ao máximo, fazendo com que a dependência, física e as incapacidades demonstradas pelos idosos sejam apenas as decorrentes da própria idade, sendo passíveis de adequação fácil pelo idoso e não aquelas que venham a afetar demasiadamente suas atividades de vida diária (OLIVEIRA, 2010).

5.METODOLOGIA

5.1.FONTE DE DADOS

A fonte de dados deste trabalho foi composta por 382 instrumentos de avaliação pertencente ao arquivo disponível no grupo de pesquisa “Cuide Vita” disponível para consulta em planilha eletrônica computadorizada.

5.2.COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no período de junho a agosto de 2014, em planilha eletrônica do referido grupo de pesquisa estava disponível uma tabulação de dados referente a utilização e aplicação de um questionário semi estruturado que continha perguntas fechadas no formato de check list e perguntas abertas para a identificação dos anti-hipertensivos utilizados pelos idosos.

As variáveis sociodemográficas analisadas neste arquivo foram: idade; sexo; situação conjugal; raça e escolaridade.

As variáveis relacionadas ao uso de anti-hipertensivo e a funcionalidade dos idosos foram baseadas na proposta do Ministério da Saúde explicita no caderno de atenção básica N° 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Além das variáveis anteriormente descritas, investigou-se o uso de medicamentos, Avaliação Instrumental de Vida Diária - AIVD, Avaliação de Vida Diária - AVD e o Mini Exame do Estado Mental – MEEM.

A escala de uso de medicamentos é composta por sete perguntas sendo uma questão objetiva (se faz uso de medicamento) e seis questões abertas (medicamento; dose; quantas vezes ao dia; quem receitou; tempo de uso e uso contínuo ou esporádico).

A escala de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD foi elaborada para avaliar o grau de limitações apresentado pelo idoso, determinando sua capacidade de manter uma vida independente. É composta por nove questões objetivas, sobre a realização de tarefas do cotidiano, possuindo três respostas pré definidas (sem ajuda; com ajuda parcial e não consegue). A cada resposta é agregado um valor pré estabelecido e a soma deles classifica as pessoas em independentes e dependentes.

A escala de Avaliação das Atividades de Vida Diária - AVD é composta por questões objetivas, que avalia a independência no desempenho de seis funções diárias (banho; vestir-se; ir ao banheiro; transferência; continência e alimentação) classificando as pessoas como independentes ou dependentes. Para esta classificação é utilizado o índice elaborado para a interpretação das respostas.

O índice é composto por oito classificações sendo elas: Independente para todas as atividades; Independente para todas as atividades menos uma; Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional; Dependente para todas as atividades; Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifiquem em 3, 4, 5 e 6. A escala se faz necessária para comprovar a dinâmica de instalação da incapacidade no processo de envelhecimento.

O Mini Exame de Estado Mental – MEEM é o teste neuropsicológico utilizado para avaliar a função cognitiva. É composto por doze tarefas que devem ser desempenhadas pelo entrevistado conforme instruções do entrevistador. Nele são analisadas as seguintes categorias: orientação temporal, orientação espacial, repetição de palavras, cálculo, memorização e linguagem. Estas tarefas possuem valores específicos que são somados ao final da avaliação. O score da avaliação é o mesmo para todas as pessoas, o que muda é a forma de avaliação sendo diferenciada para pessoas com nível de escolaridade considerado baixo. O resultado é classificado em presença de déficit cognitivo e normalidade.

5.3.ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise de dados foi realizada após dupla digitação em um banco de dados elaborados para este estudo e analisados pelo programa Microsoft Office Excel 2007, onde os resultados foram interpretados em forma de gráficos e tabelas.

5.4.ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram preservados mantendo-se absoluto sigilo dos dados de identificação constantes no banco de dados analisados.

6.TIPO DE ESTUDO

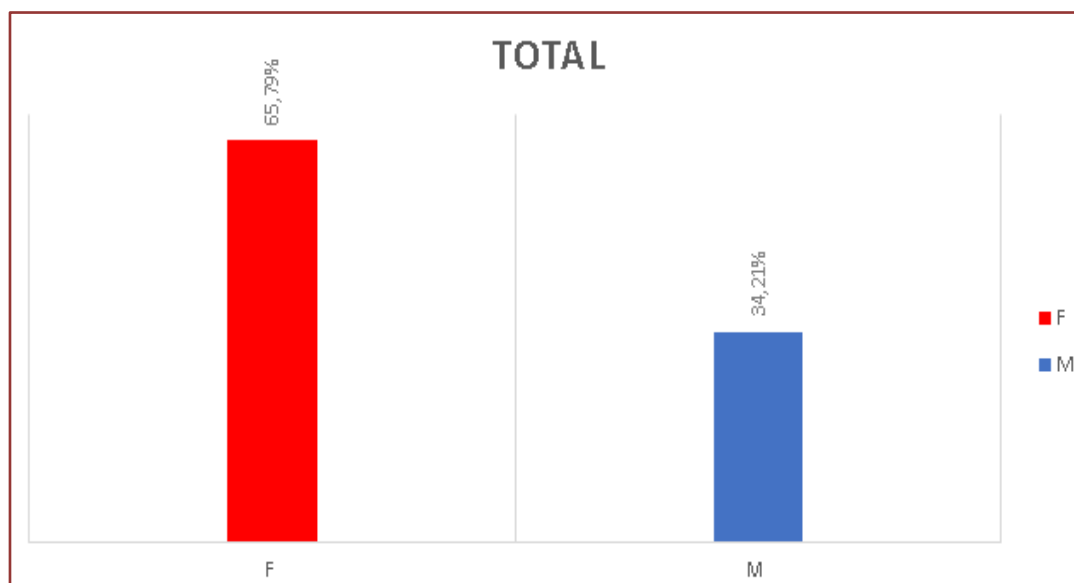
Pesquisa quantitativa, retrospectiva, realizada a partir da análise de instrumento elaborado e arquivada no grupo de pesquisa “Cuide Vita”, oriundos da pesquisa intitulada: “Atenção de Enfermagem à Saúde do Idoso”, folha rosto nº 296561, aprovado pelo comitê de ética em 02 de dezembro de 2009. A abordagem quantitativa por sua vez permite mensurar as opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes. Em pesquisas quantitativas, os procedimentos estatísticos utilizados permitem que o autor organize, resuma, interprete e comunique as informações numéricas adquiridas (POLIT, 2004).

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis, possibilitando a classificação que engloba os estudos descritivos, observacionais e experimentais. Utilizando procedimentos estruturados e instrumentos formais e testados para a coleta de informações, essa metodologia, analisa as informações numéricas por meio de processos estatísticos (DYNIEWICZ, 2007).

7.RESULTADOS

Para a devida pesquisa, foram analisados 382 instrumentos de avaliação, oriundos do banco de dados do grupo de pesquisa “Cuide Vita”. Para contextualização do presente estudo é relevante apresentar os aspectos sócio demográficos da população estudada.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes no estudo quanto ao sexo – Guarapuava 2014



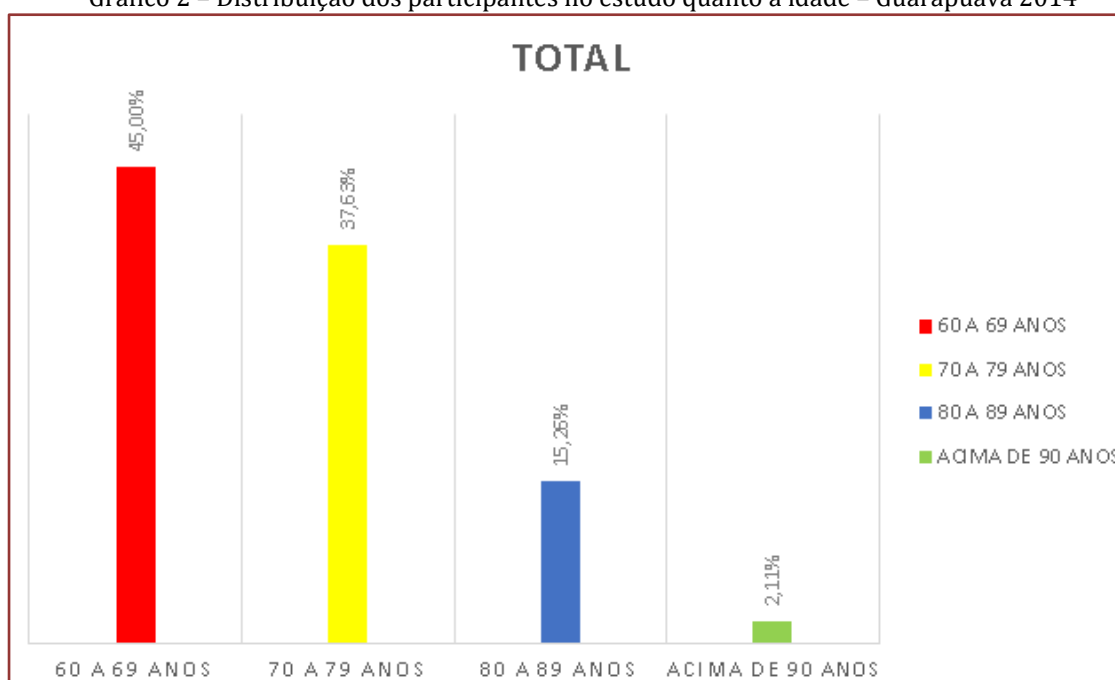
Fonte: a autora.

Os dados do gráfico 1 em relação ao sexo demonstram que dos 382 instrumentos analisados 250 são do sexo feminino (65,79%) e 130 do sexo masculino (34,21%).

Este perfil de 65,79% corresponde ao fato de que no Brasil a população idosa feminina é maior (BRASIL, 2013).

Este dado também pode ser justificado pelo aumento da expectativa de vida ao nascer se observado ambos os sexos, a taxa de sobrevivência das mulheres se mantém superior a dos homens. As mulheres reconhecidamente buscam mais os serviços de saúde, fato que também pode explicar o maior número de mulheres no estudo, uma vez que este abrangeu um programa específico das Unidades Básicas de Saúde (SANTOS, 2013).

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes no estudo quanto à idade – Guarapuava 2014

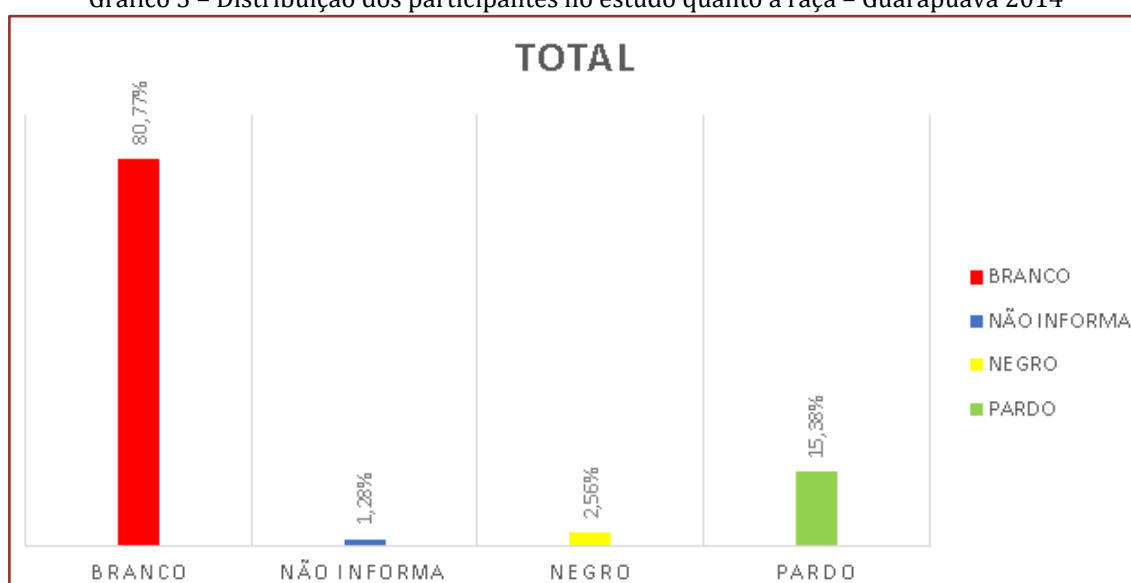


Fonte: a autora.

No gráfico 2 a seguir observamos o perfil da idade dos idosos avaliados pelo instrumento da pesquisa, 45% da população possuem de 60 a 69 anos, 37,63% de 70 a 79 anos, 15,26% de 80 a 89 anos e 2,11% 90 anos ou mais.

Na distribuição entre as faixas etárias encontradas na pesquisa 45,00% foram de idosos com 60 a 69 anos, este número está de acordo com a realidade nacional. Devido o aumento da chegada da população a velhice, com relação à expectativa de vida vista nos últimos anos, sendo a longevidade então, relacionada às transformações sociais e melhores condições de saúde, facilitando o prolongamento do período de vida (TESTON, 2013).

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes no estudo quanto à raça – Guarapuava 2014

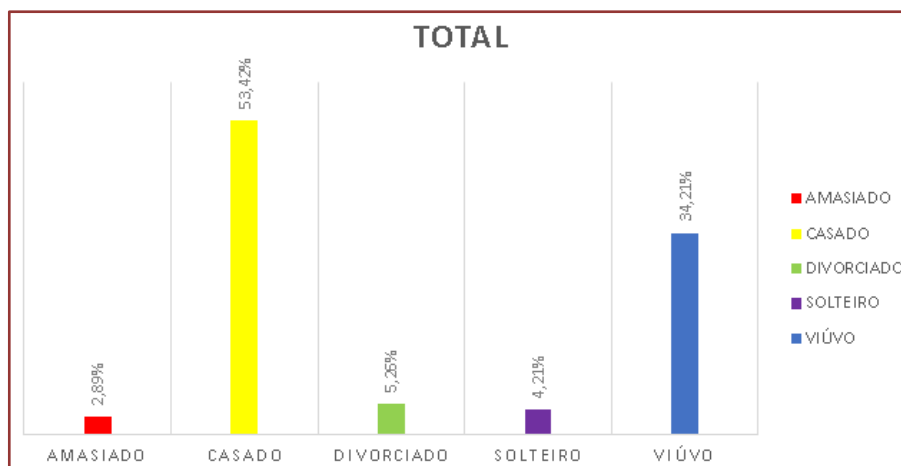


Fonte: a autora.

O gráfico 3 dispõe sobre a raça dos participantes segundo a classificação do IBGE, destes 80,77% se classificaram como de raça branca, 15,38% de raça parda e 2,56% de raça negra.

Estes dados não corroboram com a literatura, que afirma haver uma maior prevalência de HAS em pessoas de raça negra onde os riscos de complicações hipertensivas são mais frequentes devido as predisposições genéticas, podendo também estar interligada ao baixo nível sócio-econômico (DOURADO et al, 2011).

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes no estudo quanto à situação conjugal – Guarapuava 2014

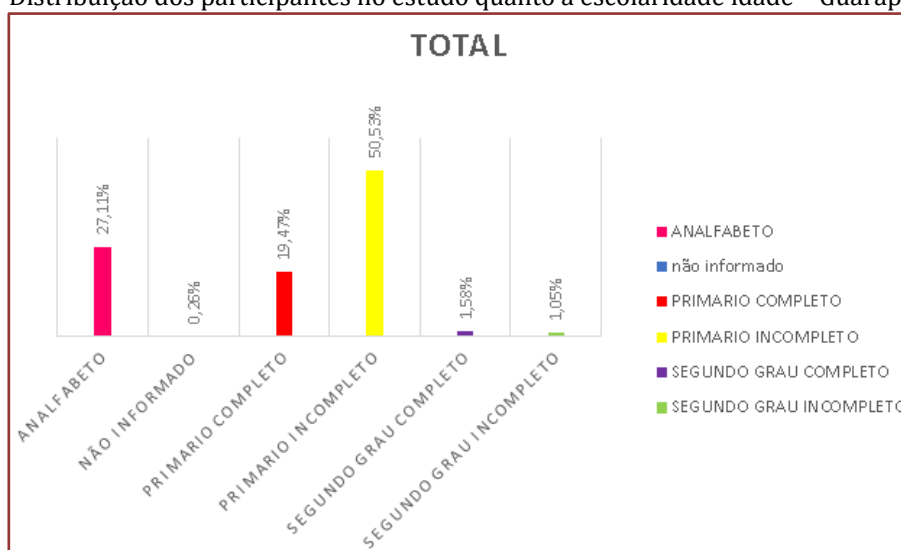


Fonte: a autora.

O gráfico 4 expõe a situação conjugal dos participantes, onde 53,42% encontram-se casados e 4,21% estão solteiros.

Os dados da pesquisa mostram que 53,42% dos participantes encontram-se casados. Autores como RAMOS, 2004 enfatiza que as relações sociais levam a um melhoramento da saúde. Entretanto há outros argumentos no qual se falam que o suporte social pode ser visto negativamente em função a excessiva assistência ou dependência gerada por um dos lados em relação a algumas atividades desempenhadas no dia-a-dia.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes no estudo quanto à escolaridade idade – Guarapuava 2014



Fonte: a autora.

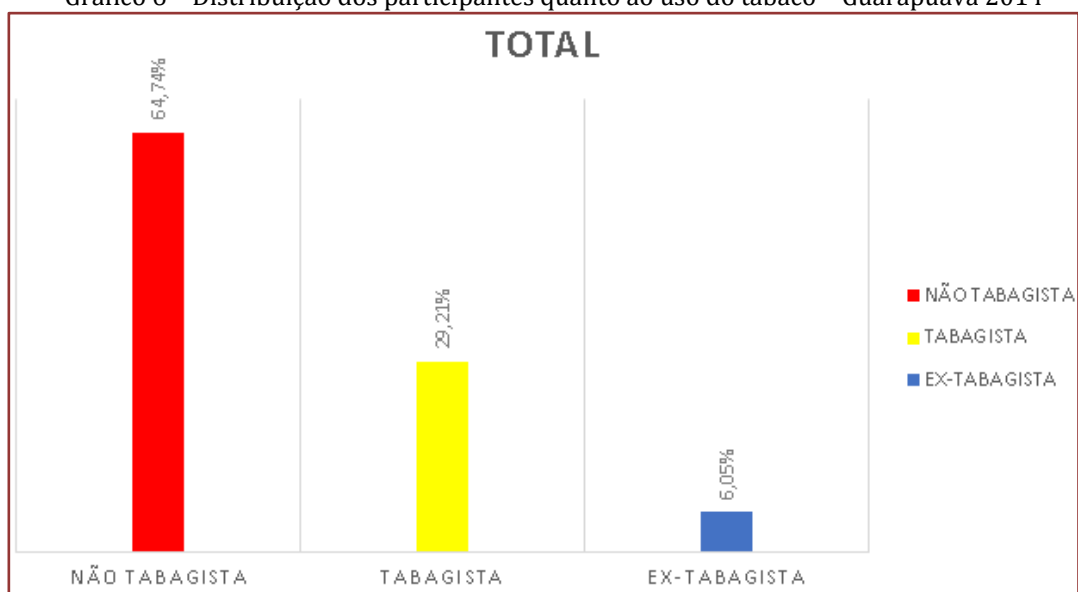
Em referência à escolaridade, o gráfico 5 mostra que 50,53% possuem primário incompleto, 27,11% são analfabetos, 19,47% concluíram somente o primário, 1,58% concluíram o segundo grau e 1,05% não possuem o segundo grau completo.

O nível educacional dos idosos brasileiros é notoriamente baixo. Isso por que, os idosos tiveram poucas oportunidades de frequentar à escola na etapa da vida considerada oportuna e esperada, sendo assim, após certa idade dificulta aos adultos reverterem sua condição de analfabetismo (MAFRA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial, na qual diferentes mecanismos estão implicados, levando ao aumento do débito cardíaco e da resistência vascular. Constitui importante fator de risco para doença coronariana podendo determinar complicações ao longo da vida (FREITAS, 2012).

Na literatura encontramos alguns fatores, considerados de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo os principais a idade, sexo, raça, vida sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais e alimentação rica em sódio e gorduras. O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica se dá pelo acompanhamento contínuo dos níveis de pressão arterial, e não somente por uma única mensuração. Seu tratamento é baseado em três recursos os não-farmacológicos, os farmacológicos e adesão do cliente ao tratamento (JARDIM et al, 2007).

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes quanto ao uso do tabaco – Guarapuava 2014



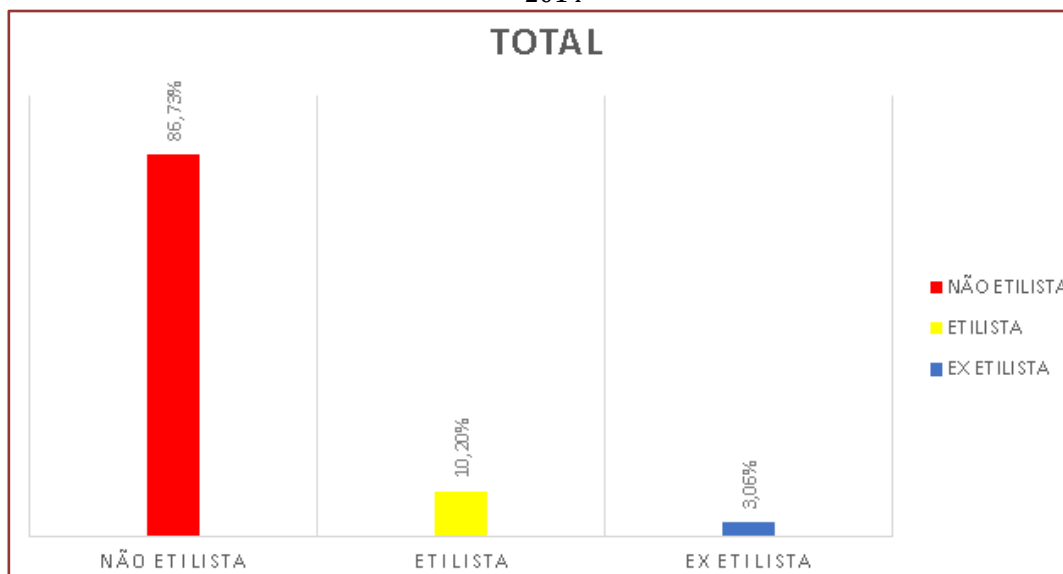
Fonte: a autora.

O gráfico 6 mostra a prevalência do uso de tabaco dentre os instrumentos analisados para a pesquisa, 29,21% são tabagistas, 6,05% são ex-tabagistas e 64,79% nunca fizeram o uso de tabaco ao longo da vida.

O tabagismo constitui um dos fatores de risco importantes para o aparecimento da hipertensão arterial sistêmica. A frequência de tabagistas entre as pessoas diagnosticadas com HAS na década de 80 chegava a quase 80%. Devido ao número de campanhas de nível mundial contra o uso de tabaco as taxas ligadas ao seu uso diminuíram, porém ainda encontram-se elevadas (OLIVEIRA, 2010).

O abandono do tabaco, especialmente em forma de cigarros, reduz o risco para HAS. Entretanto, considerando o índice de pessoas com HAS que abandonaram o hábito antes da descoberta da doença, observa-se que os males causados pelo tabaco persistem por longo tempo, especialmente quando o hábito é abandonado tardiamente (PEIXOTO, 2006).

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes no estudo quanto ao uso de substância alcoólica – Guarapuava 2014

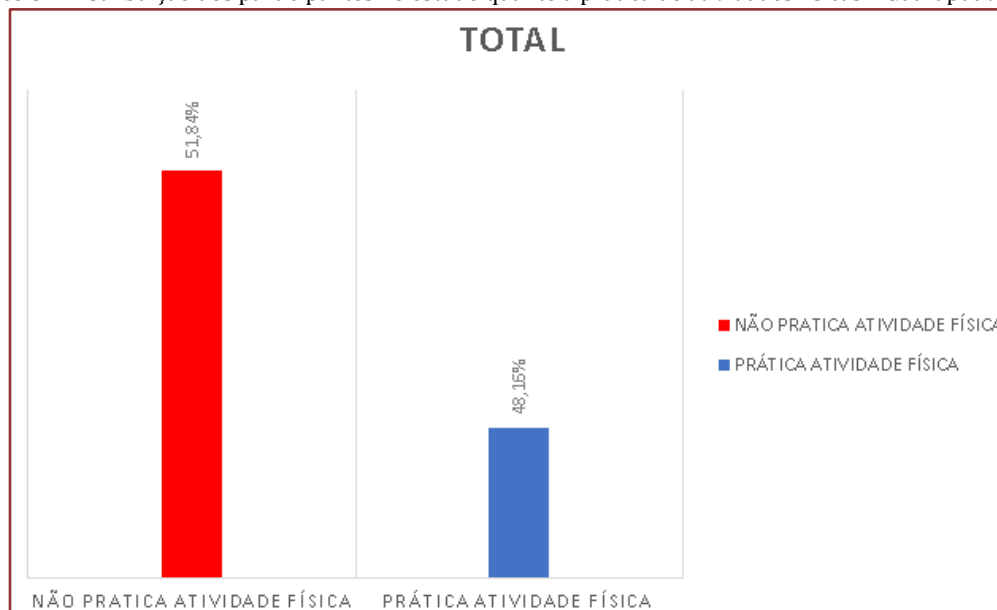


Fonte: a autora.

O gráfico 7 demonstra o consumo de álcool pela população em estudo. A frequência de não etilistas foi de 86,73%, 10,20% eram etilistas e 3,06% eram ex-álcoolistas.

O etilismo, especialmente o crônico é outro fator de risco modificável para a HAS aumentando consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade na população idosa. Este achado está diretamente relacionado aos padrões culturais de vida, quando o consumo de álcool na idade adulta é maior vindo a reduzir este vício com a idade avançada (PIRES, 2004).

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes no estudo quanto à prática de atividades físicas – Guarapuava 2014



Fonte: a autora.

Quanto à prática de atividade física o gráfico 8 aponta que 51,84% referiram não praticar nenhum tipo de atividade física e 48,15% praticavam algum tipo de atividade física.

As pessoas sedentárias também apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Das diversas intervenções não medicamentosas, o

exercício físico está associado a múltiplos benefícios. Quando trabalhado de forma eficaz o exercício físico pode apresentar efeito hipotensor, uma única sessão de exercícios de moderada ou baixa frequência pode provocar a queda prolongada dos níveis de pressão arterial (FREITAS, 2012).

As alterações morfofuncionais inerentes ao processo de envelhecimento humano, quando associadas a doenças crônicas, podem levar à diminuição da independência física do idoso. A prevenção e o controle das doenças crônicas, incluindo a HAS, podem auxiliar na manutenção da cognição e da capacidade funcional (SANTOS, 2011).

O uso de anti-hipertensivos Bloqueadores Adrenérgicos é uma das formas medicamentosas de tratamento da hipertensão arterial. São drogas que intervêm na transmissão simpática do sistema nervoso, constituindo um grupo importante de fármacos (LONGO, 2011). Nos quadros 1, 2 e 3 abaixo, podemos observar o uso de anti-hipertensivos bloqueadores adrenérgicos e os score das avaliações de funcionalidade relacionados as AVD, AIVD e o MEEM.

Quadro 1 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores Adrenérgicos e o Score da AVD – Guarapuava 2014

AVD BLOQUEADORES ADRENERGICOS	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DEPENDENTE EM PELO MENOS DUAS FUNÇÕES, MAS QUE NÃO SE CLASSIFIQUEM EM 3, 4, 5 E 6	2,11%	1,05%	3,16%
DEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	1,84%	0,00%	1,84%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	50,00%	20,53%	70,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,26%	0,79%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E UMA ADICIONAL	0,26%	0,00%	0,26%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE, IR AO BANHEIRO E MAIS UM ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	3,68%	0,79%	4,47%
INDEPENDENTES PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	13,42%	3,42%	16,84%
NEGOU-SE	0,53%	0,00%	0,53%
Total Geral	73,95%	26,05%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 1 mostra que 73,81% da população amostrada não fazem uso de bloqueadores adrenérgicos, apenas 26,19% usam essa classe medicamentosa como forma de tratamento. Destes 20,63% são considerados Independentes para realizar todas as atividades conforme score da escala da AVD, não havendo classificação de idosos com score de dependência para todas atividades.

Quadro 2 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores Adrenérgicos e o Score da AIVD – Guarapuava 2014

AIVD			
BLOQUEADORES ADRENERGICOS	NÃO	SIM	Total Geral
DEPENDENCIA	1,84%	0,00%	1,84%
DEPENDENCIA PARCIAL	41,32%	17,11%	58,42%
INDEPENDENCIA	22,37%	8,42%	30,79%
NEGOU-SE A PARTICIPAR	8,42%	0,53%	8,95%
Total Geral	73,95%	26,05%	100,00%

Fonte: a autora.

No quadro 2 observa-se que dos 28,03% dos idosos que utilizam bloqueadores adrenérgicos, 18,79% possuem score de dependência parcial e 9,25% de Independência. Se comparados com a população total

dos participantes vemos que 64,16% possuem o mesmo score de dependência parcial e 2,02% apresentam score de dependência.

Quadro 3 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores Adrenérgicos e o Score do MEEM Guarapuava – 2014

MEEM	FAZ USO		
BLOQUEADORES ADRENERGICOS	NÃO	SIM	Total Geral
DÉFICIT COGNITIVO	50,79%	14,74%	65,53%
NÃO REALIZADO	0,26%	0,00%	0,26%
NORMAL	22,89%	11,32%	34,21%
Total Geral	73,95%	26,05%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 3 dispõe sobre o score do MEEM e o uso de bloqueadores adrenérgicos. 14,78% dos idosos que fazem uso dessa medicação possuem score de Déficit Cognitivo, assim como a maioria dos participantes (65,70%) e 11,35% obtiveram score Normal ao teste.

Na avaliação da cognição observa-se que o score de maior prevalência é o déficit cognitivo, mostrando que a presença de co-morbidades pode interferir neste processo, afetando diretamente na continuidade do tratamento, uma vez que o idoso com déficit cognitivo é incapaz de cuidar sozinho se sua terapêutica (PAULA, 2013).

Percebe-se que nos quadros 1, 2 e 3 anteriormente ponderados, o numero de indivíduos independentes para as atividades diárias são em maiores números do que os possuem sacore dependência total. Mostrando os reflexos da população atual, onde os indivíduos idosos estão cada vez mais ativos na sociedade (DIOGO, 2007).

No tratamento da HAS outra classe de medicamentos utilizada são os Bloqueadores dos Canais de Cálcio, estes são considerados terapeuticamente importantes devido a sua forma de atuação. São divididos em três classes que possuem ações em locais distintos, causando dilatação arterial/arteriolar generalizada e diminuindo então a resistência, proporcionando a redução da pressão arterial (LONGO, 2011). Nos quadros 4, 5 e 6 a seguir podemos observar o uso de anti-hipertensivos Bloqueadores dos Canais de Cálcio e os score das avaliações de funcionalidade e cognição.

Quadro 4 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores dos Canais de Cálcio e o Score da AVD – Guarapuava 2014.

AVD	FAZ USO		
BLOQUEADORES CANAIS DE CALCIO	NÃO	SIM	Total Geral
DEPENDENTE EM PELO MENOS DUAS FUNÇÕES, MAS QUE NÃO SE CLASSIFIQUEM EM 3, 4, 5 E 6	2,63%	0,53%	3,16%
DEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	1,84%	0,00%	1,84%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	58,68%	11,84%	70,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,79%	0,00%	0,79%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E UMA ADICIONAL	0,00%	0,26%	0,26%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE, IR AO BANHEIRO E MAIS UM ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	4,21%	0,26%	4,47%
INDEPENDENTES PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	13,68%	3,16%	16,84%
NEGOU-SE	0,53%	0,00%	0,53%
Total Geral	83,95%	16,05%	100,00%

Fonte: a autora.

No quadro 4 observa-se o score das Atividades de Vida Diária e o uso de Bloqueadores dos Canais de Cálcio demonstrando que 16,44% da população estudada fazem uso desta classe medicamentosa, destes

11,90% são Independentes para todas as atividades não possuindo dados de dependência total nesta avaliação.

Quadro 5 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores dos Canais de Cálcio e o Score da AIVD idade – Guarapuava 2014

AIVD	FAZ USO		
BLOQUEADORES CANAIS DE CALCIO	NÃO	SIM	Total Geral
DEPENDENCIA	1,58%	0,26%	1,84%
DEPENDENCIA PARCIAL	48,42%	10,00%	58,42%
INDEPENDENCIA	25,79%	5,00%	30,79%
NEGOU-SE A PARTICIPAR	8,16%	0,79%	8,95%
Total Geral	83,95%	16,05%	100,00%

Fonte: a autora.

No quadro 5 observa-se o score da AIVD e o uso dos Bloqueadores dos Canais de Cálcio. 16,76% dos idosos fazem uso dessa classe de medicamento anti-hipertensivo, destes 10,98% possuem score de dependência parcial para as Atividades Instrumentais de Vida Diária e 5,49% possuem score de independência.

Quadro 6 – Uso de Anti-Hipertensivos Bloqueadores dos Canais de Cálcio e o Score da MEEM – Guarapuava 2014

MEEM	FAZ USO		
BLOQUEADORES CANAIS DE CALCIO	NÃO	SIM	Total Geral
DÉFICIT COGNITIVO	55,26%	10,26%	65,53%
NÃO REALIZADO	0,00%	0,26%	0,26%
NORMAL	28,68%	5,53%	34,21%
Total Geral	83,95%	16,05%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 6 mostra o score da avaliação do Mini Exame do Estado Mental e o uso de Bloqueadores dos Canais de Cálcio. Dentre os idosos que fazem uso desta classe de medicamento 10,29% possuem score de déficit cognitivo e 5,54% score de normalidade para este teste.

Ao comparar-se os quadros 4, 5 e 6 e os quadros anteriormente descritos percebemos novamente a alta prevalência de score de independência total para as atividades do cotidiano, mostrando que os idosos possuem sua capacidade funcional preservada devido a chegada ativa a terceira idade estimulando então a sua autonomia não só em casa mas também no trabalho favorecendo sua auto-estima e seu auto-cuidado (BRITO, 2012).

Na avaliação sobre cognição, o score que prevalece é o de déficit cognitivo, enfatizando que o envelhecer traz consigo alterações nesta capacidade (SANTOS et al, 2010). O que deve ser ressaltado é que para a avaliação cognitiva o idoso deve mostrar suas habilidades em solucionar pequenos processos, levando em conta a capacidade de leitura além do raciocínio, sendo esta a principal causa do score de cognição serem alterado.

Outra classe medicamentosa utilizada no tratamento da HAS são a de Vasodilatadores Diretos, estes são substâncias que possuem ação sobre os rins, atuando de forma a aumentar a taxa do débito e volume urinário, conseqüentemente a excreção urinária de solutos, em especial o sódio e cloreto (LONGO, 2011). Nos quadros 7, 8 e 9 estão dispostos os dados sobre o uso dos Vasodilatadores Diretos e o score da funcionalidade dos instrumentos analisados.

Quadro 7 – Uso de Anti-Hipertensivos Vasodilatadores Diretos e o Score da AVD – Guarapuava 2014

AVD VASODILADORES DIRETOS	FAZ USO NÃO	SIM	Total Geral
DEPENDENTE EM PELO MENOS DUAS FUNÇÕES, MAS QUE NÃO SE CLASSIFIQUEM EM 3, 4, 5 E 6	3,16%	0,00%	3,16%
DEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	1,84%	0,00%	1,84%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	70,26%	0,26%	70,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,79%	0,00%	0,79%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E UMA ADICIONAL	0,26%	0,00%	0,26%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE, IR AO BANHEIRO E MAIS UM ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	4,47%	0,00%	4,47%
INDEPENDENTES PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	16,84%	0,00%	16,84%
NEGOU-SE	0,53%	0,00%	0,53%
Total Geral	99,74%	0,26%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 7 dispõe sobre o uso de Vasodilatadores e o score da Avaliação das Atividades de Vida Diária. Apenas 0,26% da população estudada (01 instrumento), faz uso desta classe medicamentosa e este possui score de independência para todas as atividades.

Quadro 8 – Uso de Anti-Hipertensivos Vasodilatadores Diretos e o Score da AIVD idade – Guarapuava 2014

AIVD VASODILADORES DIRETOS	FAZ USO NÃO	SIM	Total Geral
DEPENDENCIA	1,84%	0,00%	1,84%
DEPENDENCIA PARCIAL	58,42%	0,00%	58,42%
INDEPENDENCIA	30,53%	0,26%	30,79%
NEGOU-SE A PARTICIPAR	8,95%	0,00%	8,95%
Total Geral	99,74%	0,26%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 8 mostra o uso do Vasodilatador Direto e o Score das Atividades Instrumentais de Vida Diária. Dentre os instrumentos analisados para a pesquisa somente um indivíduo fazia o uso dessa classe medicamentosa e este possuía score de independência para AIVD.

Quadro 9 – Uso de Anti-Hipertensivos Vasodilatadores Diretos e o Score do MEEM – Guarapuava 2014

MEEM VASODILADORES DIRETOS	FAZ USO NÃO	SIM	Total Geral
DÉFICIT COGNITIVO	65,26%	0,26%	65,53%
NÃO REALIZADO	0,26%	0,00%	0,26%
NORMAL	34,21%	0,00%	34,21%
Total Geral	99,74%	0,26%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 9 dispõe sobre o uso de Vasodilatadores Diretos e o Score do Mini Exame do Estado Mental. Apenas um participante (0,26%) do estudo faz uso desta classe medicamentosa e este possui score de Déficit Cognitivo.

O que chama a atenção nesta classe medicamentosa é o baixo uso da mesma, sendo utilizado por somente um participante da pesquisa. No entanto este participante mostrou score de independência para as atividades funcionais e score de déficit cognitivo para o MEEM, assim como os demais participantes usuários de outras classes medicamentosas também ponderadas neste estudo.

O baixo uso desta classe medicamentosa pode também estar relacionado ao seu processamento ser via sistema urinário. Os idosos com o passar dos anos tendem a apresentar problemas de incontinência urinária devido ao seu organismo sofrer desgastem com a idade e isto afeta diretamente a autonomia do idoso, sendo então uma medicação pouco indicada no controle de HAS.

Outra forma de tratar a HAS é através dos medicamentos Inibidores da ECA, estes impedem a conversão de angiotensina I em angiotensina II, sendo um vasoconstritor potente. O uso desse inibidor é a melhor alternativa de medicação por via oral ou sublingual para o tratamento de crises hipertensivas (LONGO, 2011). Os quadros 10, 11 e 12 dispõem sobre o uso de anti-hipertensivos Inibidores da ECA e os score de funcionalidade e cognição. O que chama atenção nesta classe é o número de usuários deste medicamento, chegando a quase 50% dos participantes da pesquisa.

Quadro 10 – Uso de Anti-Hipertensivos Inibidores da ECA e o Score do AVD – Guarapuava 2014

AVD INIBIDORES DA ECA	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DEPENDENTE EM PELO MENOS DUAS FUNÇÕES, MAS QUE NÃO SE CLASSIFIQUEM EM 3, 4, 5 E 6	1,58%	1,58%	3,16%
DEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	1,32%	0,53%	1,84%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,26%	0,26%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	41,58%	28,95%	70,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,26%	0,79%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E UMA ADICIONAL	0,26%	0,00%	0,26%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE, IR AO BANHEIRO E MAIS UM ADICIONAL	0,00%	0,53%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	3,42%	1,05%	4,47%
INDEPENDENTES PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	7,11%	9,74%	16,84%
NEGOU-SE	0,53%	0,00%	0,53%
Total Geral	57,11%	42,89%	100,00%

Fonte: a autora.

Observamos no quadro 10 que 43,12% dos instrumentos estudados mostram o uso de anti-hipertensivos Inibidores da ECA. Destes 29,10% possuem score de independência para as Atividades de Vida Diária, 10,85% são independentes para todas as atividade menos uma e 0,53% apresentam dependência para todas as Atividades de Vida Diária.

Quadro 11 – Uso de Anti-Hipertensivos Inibidores da ECA e o Score do AIVD – Guarapuava 2014

AIVD INIBIDORES DA ECA	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DEPENDENCIA	0,79%	1,05%	1,84%
DEPENDENCIA PARCIAL	33,68%	24,74%	58,42%
INDEPENDENCIA	17,11%	13,68%	30,79%
NEGOU-SE A PARTICIPAR	5,53%	3,42%	8,95%
Total Geral	57,11%	42,89%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 11 mostra o score das Atividades Instrumentais de Vida Diária e o uso de anti-hipertensivos Inibidores da ECA. Dentre os instrumentos analisados para a pesquisa 43,35% fazem uso desta classe

medicamentosa, desses 27,17% possui score de dependência parcial, 15,03% de independência e 1,16% de dependência.

Quadro 12 – Uso de Anti-Hipertensivos Inibidores da ECA e o Score do MEEM – Guarapuava 2014

MEEM INIBIDORES DA ECA	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DÉFICIT COGNITIVO	39,47%	26,05%	65,53%
NÃO REALIZADO	0,26%	0,00%	0,26%
NORMAL	17,37%	16,84%	34,21%
Total Geral	57,11%	42,89%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 12 traz o uso de anti-hipertensivos Inibidores da Eca juntamente com o score do Mini Exame do Estado Mental. Dentre os usuários desta classe medicamentosa 26,12% possuem score de déficit cognitivo e 16,89% score dentro da normalidade.

Nos quadros 10, 11 e 12 descritos anteriormente, observa-se um aumento na porcentagem do score de dependência entre as avaliações funcionais e de cognição, isto se dá pelo motivo de que o número de idosos usuários desta classe medicamentosa é de 43,01%, sendo quase metade dos idosos que participaram da pesquisa, contribuindo assim para o aumento das porcentagens. Entretanto os score de independência ainda são notoriamente maiores e o score de deficit cognitivo também permanece aumentado.

Assim como os Inibidores da ECA, os Antagonistas dos Receptores de AII fazem parte de das classes de medicamentos mais utilizadas para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, agindo como um vasoconstritor potente, atenuando assim seus efeitos (LONGO, 2011). Nos quadros 13, 14 e 15 observamos o uso dos Antagonistas dos Receptores de AII e o score da funcionalidade dos idosos participantes da pesquisa.

Quadro 13 – Uso de Antagonistas dos Receptores de AII e o Score do AVD idade – Guarapuava 2014

AVD ANTAGONISTA DOS RECEPTORES DE AII	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DEPENDENTE EM PELO MENOS DUAS FUNÇÕES, MAS QUE NÃO SE CLASSIFIQUEM EM 3, 4, 5 E 6	2,11%	1,05%	3,16%
DEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	1,84%	0,00%	1,84%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,26%	0,26%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	55,79%	14,74%	70,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO E MAIS UMA ADICIONAL	0,26%	0,53%	0,79%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E UMA ADICIONAL	0,26%	0,00%	0,26%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE, IR AO BANHEIRO E MAIS UM ADICIONAL	0,53%	0,00%	0,53%
INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	2,63%	1,84%	4,47%
INDEPENDENTES PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	15,26%	1,58%	16,84%
NEGOU-SE	0,00%	0,53%	0,53%
Total Geral	79,47%	20,53%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 13 traz o score das Atividades de Vida Diária junto ao uso dos Antagonistas dos Receptores de AII. 20,11% da população estudada fazem uso desta classe medicamentosa, destes 14,81% são independentes para todas as atividades e 0,79% foram classificados como independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.

Quadro 14 – Uso de Antagonistas dos Receptores de AII e o Score do AIVD – Guarapuava 2014

AIVD ANTAGONISTA DOS RECEPTORES DE AII	FAZ USO		Total Geral
	NÃO	SIM	
DEPENDENCIA	1,58%	0,26%	1,84%
DEPENDENCIA PARCIAL	46,58%	11,84%	58,42%
INDEPENDENCIA	23,68%	7,11%	30,79%
NEGOU-SE A PARTICIPAR	7,63%	1,32%	8,95%
Total Geral	79,47%	20,53%	100,00%

Fonte: a autora.

O quadro 14 dispõe sobre o uso do medicamento anti-hipertensivo Antagonista dos Receptores de AII e o score de avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária. 21,10% fazem o uso desta classe medicamentosa, destes 13,01% possuem score de Dependência Parcial e 0,29% de Dependência.

Quadro 15 – Uso de Antagonistas dos Receptores de AII e o Score do MEEM – Guarapuava 2014

MEEM ANTAGONISTA DOS RECEPTORES DE AII	NÃO	SIM	Total Geral
DÉFICIT COGNITIVO	52,37%	13,16%	65,53%
NÃO REALIZADO	0,00%	0,26%	0,26%
NORMAL	27,11%	7,11%	34,21%
Total Geral	79,47%	20,53%	100,00%

Fonte: a autora.

E o quadro 15 traz o uso de Antagonistas dos Receptores de AII e o score do Mini Exame do Estado Mental. Dentre os 20,32% que fazem uso desta classe medicamentosa 13,19% apresentam déficit cognitivo e 7,12% possuem score dentro da normalidade.

Ao observar os quadros 13, 14 e 15 percebe-se que o score de independência permanece como maior resultado, assim como nos demais quadros amostrados acima, apontando mais uma vez que entre os idosos participantes da pesquisa a capacidade funcional encontra-se preservada em sua maioria. Quanto ao score de cognição, observamos também que este manteve a mesma prevalência em todas as classes medicamentosas analisadas, onde o mesmo apontou score de dependência funcional na maioria dos idosos amostrados.

As avaliações da funcionalidade juntamente com a de cognição definiram-se como uma forma de sistematizar e mensurar os níveis de desempenho de uma pessoa ao realizar determinadas atividades ou funções. Estas avaliam o uso de diferentes habilidades para o desempenho destas tarefas, tendo como foco a realização de interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia. Representa uma forma de analisar se uma pessoa é incapaz ou capaz de cuidar de si e de sua volta, onde caso não seja, há a necessidade de avaliar se ajuda necessária é parcial ou total (DUARTE, 2006).

Para a pessoa idosa é crucial que se mantenha a auto-estima e o senso de utilidade, evitando desenvolver quadros de demência e depressão que são comuns à idade. Contudo, as dificuldades do corpo e da mente desta faixa etária não são conhecidas por todos e acabam por ser ignoradas. Embora os claros sinais da idade comprometam o funcionamento do corpo, a independência é uma condição importante para o idoso (TORRES, 2009).

Ao observar os resultados dos scores das avaliações sobre a funcionalidade e o nível de cognição entre os instrumentos analisados para a pesquisa, percebemos que a maioria dos idosos possuem score de independência total e normalidade tanto para as Atividades de Vida Diária – AVD, Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD e Mini Exame de Estado Mental - MEEM. Esses dados podem ser assimilados a dois eixos, primeiramente pela faixa etária dos participantes da pesquisa onde a maioria possui de 60 a 69 anos (45%), sendo ainda considerados como ativos, ponto este de extrema importância para se preservar a autonomia e o outro eixo está no melhoramento do suporte à saúde da população idosa, aumentando o acesso e disponibilizando programas de monitoramento dos mesmos.

O expressivo envelhecimento da população brasileira juntamente com a mudança do perfil epidemiológico desta população se dá pelas mudanças nas políticas sociais, no setor de saúde e na revisão da formação de

profissionais capacitando-os para as práticas cotidianas. Chegar aos 60 anos não é mais sinônimo de calmaria ou paralisação. Muitos aposentados optam em continuar ativos na jornada de trabalho seja para complementação da renda ou por acreditarem que trabalhando continuara a estimular a mente e o corpo (GARCIA, 2012).

O scores de independência e normalidade para as AVD, AIVD e MEEM reflete também na autonomia sobre o uso do medicamento anti-hipertensivo e como consequência no seu tratamento. No estudo observamos que a maioria dos idosos são capazes de cuidar com autonomia de sua rotina quando analisado seu desempenho nas avaliações, entretanto a alta prevalência de déficit cognitivo leva-nos a outra realidade, onde os idosos possuem autonomia para cuidar de si, mas não para cuidar de sua terapêutica. Ao falar de autonomia no tratamento medicamentoso não podemos deixar de considerar certas variáveis para que isso ocorra de forma eficaz, sendo as principais as características socioeconômicas, culturais e grau de instrução. É imprescindível que o idoso seja estimulado a assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, pois o processo de envelhecimento não o torna incapaz, no entanto, quando ocorre uma participação ativa da família, os resultados na manutenção do tratamento podem ser potencializados (VASCONCELOS, 2005).

Existem particularidades na população idosa que devem ser ponderadas principalmente quando se diz respeito ao tratamento medicamentoso, tendo em vista suas alterações próprias da idade como na distribuição e metabolização dos medicamentos e na absorção. A iniciação da terapia medicamentosa principalmente a de combate a HAS deve ser realizada primeiramente em baixas doses, fazendo seu aumento gradualmente, para evitar quedas tensionais que possam acarretar hipotensão ortostática ou hipofluxo em órgãos vitais. Em pessoas com mais de 70 anos a atenção deve ser redobrada, pois esta classe tende a responder de maneira inesperada à terapia medicamentosa. Orientações com relação a hábito de vida, tratamento e a fisiologia da HAS devem ser realizadas sempre que possíveis, principalmente se trabalhadas em grupos de assistência multiprofissional ao idoso (LONGO, 2011).

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica elevada, tornam-se necessárias intervenções terapêuticas e educacionais que busquem reduzir possíveis eventos cardiovasculares entre os idosos. A enfermagem destaca-se como propagadora de informações e esclarecimentos acerca da importância dos hábitos saudáveis para o controle da pressão arterial sistêmica e contribui na implementação de intervenções favoráveis à saúde. Ela integra grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas implementando programas e consultas (SANTOS 2012).

A enfermagem possui um papel de destaque na promoção da adesão do paciente ao tratamento, fazendo com que haja a redução da morbidade e mortalidade acompanhada da diminuição dos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável à adesão ao tratamento e o uso correto do anti-hipertensivo (REINERS, 2012).

Diante disso, o idoso portador de hipertensão arterial sistêmica necessita de ser assistido em suas especificidades, considerando o desenvolvimento de atuações sistematizadas, com objetivos definidos e claros, sendo isso possível através da avaliação global do idoso.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu concluir que os idosos que utilizam anti-hipertensivos como forma de tratamento da HAS, são funcionalmente capazes de desenvolver atividades do cotidiano e de auto-cuidado sozinhos, tendo sua autonomia preservada. No entanto na avaliação sobre cognição o score predominante foi de déficit cognitivo, mostrando que idoso embora seja independente o mesmo pode apresentar comprometimento do raciocínio interferindo diretamente no tratamento medicamentoso, havendo a necessidade de ser assistido não necessariamente por um cuidados ou familiar, mas sim pela unidade de saúde de sua referencia, sendo ela responsável pela avaliação da adesão a terapêutica.

Diante do exposto, o estudo demonstra a importância do conhecimento sobre os padrões de funcionalidade e cognição dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário o planejamento de estratégias, no campo da educação em saúde, que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem oportunidades para desenvolver atividades físicas e que promovam hábitos saudáveis de vida, tendo em vista que estes costumes devem ser adotados, pois refletem diretamente na saúde mental e física de cada indivíduo.

O tratamento da hipertensão arterial no idoso e a preservação de sua funcionalidade e cognição se fazem com mudanças em seu estilo de vida, como realização de atividades físicas, modificações dos hábitos

nutricionais e tratamento medicamentoso, exigindo dessa forma o acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

O enfermeiro, como integrante desta equipe, necessita obter maiores conhecimentos sobre a autonomia e independência do idoso e o uso de anti-hipertensivo, considerando seu impacto na vida do idoso, a fim de planejar uma abordagem educativa.

REFERENCIAL

- [1] Freitas M.C.; Queiroz T.A.; Sousa J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):407-12 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 20/08/2014.
- [2] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População – 2013. Brasil, 2013. Acessado em: 21/08/2014.
- [3] Villanea M.S.; Psicología y Envejecimiento: Retos Pendientes en Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología*. 25(38), 23-35, 2006.LINCK C.L.
- [4] Almeida A.M; Alves M.J.M; Ribeiro L.C; Milane J.L. Perfil da Capacidade Funcional do Idoso. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, arealizado em Caxambu – MG – Brasil, de 29 de set. a 03 de out. de 2008.
- [5] Nakatani A.Y.K; Silva L.B; Bachion M.M; Nunes D.P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(1):144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>. Acessado em: 02/09/2014.
- [6] Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação e desafios atuais. Brasília; 2006.
- [7] Lustosa P.L; Marra T.A; Pessanha F.P.A.S; Freitas J.C; Guedes R.C. Fragilidade e funcionalidade entre idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(2):347-354.
- [8] Almeida, M.H.M; Spínola, A.W.P; Iwamizu, P.S; Okura, R.I.S; Barroso, L.P; Lima, A.C.P.L. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Rev. Saúde Pública* vol.42 n.2 São Paulo Apr. 2008 Epub Feb 29, 2014.
- [9] Gasparotto L.P.R; Falsarella G.R; Coimbra A.M.V. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.4, p.733-743, 2014.
- [10] Santos S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Enferm, Brasília Bras Enferm, Brasília* 2010 nov-dez; nov-dez; 63((6) 6): : 1035-9.
- [11] Romero A.D; Silva M.J; Silva A.R.V; Freitas R.W.J.F; Damasceno M.M.C. Características de uma População de Idosos Hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun.2010.
- [12] Queiroz R.F; Alvarez A.M; Erdmann A.L; França A.L.M; Pereira C.B.S. Eventos cardiovasculares e risco adicional em idosos hipertensos. *Rev Rene*. 2014 jan-fev; 15(1):52-9.
- [13] Oliveira C.J; Moreira T.M.M. Caracterização do Tratamento não-farmacológico de idosos portadores de Hipertensão Arterial. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar.2010.
- [14] Soares M.M; Silva L.O.L; Dias C.A; Rodrigues S.M; Machado C.J. Adesão do Idoso ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm*. 2012 Jan/Mar; 17(1):144-50.
- [15] Gaia E.S.M; LIMA A.S; Ferreira M.A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 30-29, dez. 2012.
- [16] Martins O.G.L; Maciel S.C; Silva A.O; Santos W.S; Moreira M.A.S.P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4):1065-9 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 20/08/2014.
- [17] Schmidt M.I; Duncan B.B; Silva G.A; Menezes A.M; Monteiro C.A; Barreto S.M; Chor D; Menezes P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. www.thelancet.com. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Acessado em: 15/09/2014.
- [18] Malta D.C; Merhy E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Comunicação Saúde Educação* V.14, N.34, P.593-605, Jul./Set. 2010.
- [19] Silveira J; Scherer F; Deitos A; Bosco S.M.D. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 129-34.

- [20] Carvalho A.L.M; Leopoldino R.W.D; SILVA J.E.G; Cunha C.P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Terezina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1885-1892, 2012.
- [21] Carvalho M.G; Siqueira L.B; Sousa A.L.L; Brandão P.C; Jardim V. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(2):164-174.
- [22] Caderno de Atenção Básica N°19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde/Brasília – DF, 2010.
- [23] Costa M.F.B.N.A; CIOSEK S.I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):437-44 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 23/09/2014.
- [24] Camachoi A.C.L.F; Coelho M.J; Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática olíticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 mar-abr; -abr; 63((2) 2): : 279-84.
- [25] Rodrigues L.B; Bachion M.M; Nunes D.P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2007;11(1):144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>. Acessado em: 12/09/2014.
- [26] Fernandes M.T.O; Soares S.M. O Desenvolvimento de Políticas Públicas de Atenção ao Idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1493-501 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 26/08/2014.
- [27] Paula A.F.M; Ribeiro L.H.M; D'elboux M.J; Guariento M.E. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 jul-set;11(3):212-8.
- [28] Brito D; Rodrigues C.S; YAGUI C.M; Carvalho R.S.T; Marchi-Alves L.M. Fatores de risco para hipertensão arterial entre estudantes do ensino médio. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):430-4.
- [29] Sposito 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, 29(3):507-521, mar, 2013.
- [30] Diogo E.C; Nakatani A.Y.K; Bachion M.M; Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *AActa Paul Enferm* 2007;19(1):43-35.
- [31] Martins F.P; Maia H.U; Pereira L.S.M. Desempenho de Idosos em Testes Funcionais e o uso de Medicamentos. *Especial. Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 85-92, jan./mar., 2007.
- [32] Santos F.P.A; Nery A.A; Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com Hipertensão Arterial e as Tecnologias em Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):107-14. www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 26/08/2014
- [33] Nóbrega O.T; KARNIKOWSKI M.G.O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 309-313,2005.
- [34] Oliveira J.C.A Oliveira; Tavares D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):774-81 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 06/09/2014.
- [35] Santos. M.I.P.O; Griep R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3):753-761,2012.
- [36] Lima L.L; Moreira T.M.M; Jorge M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 514-22. Acessado em: 25/10/2014.
- [37] Santos C.C.C; Pedrosa R; Costa F.A; Mendonça K.M.P.P; Holanda G.M. Análise da Função Cognitiva e Capacidade Funcional em Idosos Hipertensos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio De Janeiro, 2011; 14(2):241-250.
- [38] Polit, D. F.; Hungler, B. P. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. Rio Grande do Sul, 1995.
- [39] Dyniewicz, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. São Paulo: Difusão, 2007.
- [40] Santos J.C; Florêncio R.S; Oliveira C.J; Moreira T.M.M. Adesão do Idoso ao Tratamento para Hipertensão Arterial e Intervenções de Enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 13(2):343-53.
- [41] Teston E.F; Rossi R.M; Marcon S.S. Utilização dos Serviços de Saúde por residentes em um Condomínio Exclusivo para Idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(5):1125-32 www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 26/08/2014.
- [42] Dourado C.S; Leadebal O.D.C.P; Macêdo-Costa K.N.F; Santos J; SILVA G.R.F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.
- [43] Ramos M.P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre. ano 4, nº 7, jan/jun 2004, p. 156-175.

- [44] Mafrá, S.C.T.; Silva E.P.; Fonseca E.E.S.; Almeida A.; Freitas N.C. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. VI Workshop de análise ergonômica do trabalho, III Encontro mineiro de estudos em ergonomia e VIII Simpósio do programa tutorial em economia doméstica, 2010.
- [45] Jardim et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Jardim e cols. Hipertensão arterial e fatores de risco. Artigo recebido em 10/10/05; revisado recebido em 21/08/06; aceito em 05/10/06.
- [46] Peixoto S.V.; Firmo J.O.A.; Lima-Costa M.F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1925-1934, set, 2006.
- [47] Crossetti M.G.O. Fragilidade no Idoso: O que vem sendo produzido pela Enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.32 no.2 Porto Alegre June 2011.
- [48] Silva A.R.V.; Costa F.B.C.; Araújo T.L.; Galvão M.T.G.; Damasceno M.M.C. Consulta de Enfermagem a cliente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Relato De Experiência. Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 101-106, set./dez 2010.
- [49] Longo M.A.T.; Martelli A.; Zimmermann A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. rev. bras. geriatr. gerontol., rio de janeiro, 2011; 14(2):271-284.
- [50] Vasconcelos F.F.; Victor J.F.; Moreira T.M.M.; Araújo T.L. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. Acta paul. enferm. vol.18 no.2 São Paulo Apr./June 2005.
- [51] Reiners A.A.O.; Seabra F.M.F.; Azevedo R.C.S.; Sudré M.R.S.; Duarte S.J.H. Adesão ao Tratamento de Hipertensos da Atenção Básica. Cienc Cuid Saude 2012 Jul/Set; 11(3):581-587

Capítulo 5

Sistematização da assistência de enfermagem para hipertensão em idoso institucionalizado: Um relato de experiência

Marília de Oliveira Mineiro

Geilda Lourenço da Silva Santos

Nubia Cristina Amorim

Renilda Benedita dos Santos

Raquel Ferreira Lopes

Resumo: Este relato de experiência se propõe a ampliar o campo da Enfermagem no cuidado ao idoso hipertenso, tendo por objetivo identificar o papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. Com este propósito, foram utilizadas como fonte de dados material bibliográfico da Gerontologia e da Enfermagem/Saúde, a experiência adquirida em trabalho de extensão permanente, e principalmente, a vivência profissional dos autores em Instituição de Longa Permanência para Idosos. Torna-se essencial que as ações de enfermagem com os idosos hipertensos incluam estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis e de encorajamento, fazendo interagir a responsabilidade pessoal na capacitação para o autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Idoso, Instituições de Longa Permanência para Idosos, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A velhice é um período de declínio caracterizado por dois aspectos: a senescência e a senilidade. A senescência é o período em que o declínio físico e mental são lentos e graduais, ocorrendo em alguns indivíduos na casa dos 50 e em outros, depois dos 60 anos. A senilidade se refere à fase do envelhecer em que o declínio físico é mais acentuado e é acompanhado da desorganização mental. Aqui, também, encontramos as diferenças entre as pessoas; algumas se tornam senis relativamente jovens, outras antes dos 70 anos, outras, porém, nunca ficam senis, pois são capazes de se dedicarem a atividades criativas que lhes conservam a lucidez até a morte¹.

Considerando que a essência da Enfermagem é o cuidado com o ser humano, o profissional dessa área tem papel de fundamental importância nesse processo em relação ao paciente que se encontra sob seus cuidados². Um importante instrumento no referido processo é a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, que tem como objetivo instrumentalizar os enfermeiros no processo de assistência aos pacientes mediante isto, os procedimentos decisivos e as avaliações podem ser avaliados com o intuito de aperfeiçoar, fortalecer e resolver as questões do processo de trabalho dos enfermeiros. Utiliza-se como instrumento a CIPE, que foi implantada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e objetiva uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, estabelecendo uma terminologia comum a todos os enfermeiros. A população idosa apresenta demandas diferenciadas em relação aos demais grupos etários e necessita de serviços de saúde com mais frequência por um período longo de tempo. Por essa razão, os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde desse grupo populacional³. Com o processo de desenvolvimento e a mudança nos padrões de vida das pessoas, que acarretou mudanças no padrão de morbidade, em que as pessoas atingem as faixas etárias mais altas, com um grande contingente de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a Hipertensão. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associam-se frequentemente as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com maior suscetibilidade a eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁴. Grande contingente de idosos necessita de abrigos por questão de sobrevivência; sabe-se, contudo, que idosos ricos, remediados, ou pobres que se encontram em estado de patologias crônicas ou demência, cujo cuidado ficou impossível em casa, também procuram pela internação em Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI⁶. Para Camarano⁷, viver em uma instituição pode se apresentar como uma alternativa de apoio, bem como de proteção e segurança. Para tanto, é importante que haja uma mudança de percepção com relação à moradia. As garantias de direitos a um envelhecimento saudável vieram de conquistas da própria categoria dos idosos que, junto à Constituição de 1988 (chamada Constituição Cidadã), tiveram voz para desencadear diversas leis e políticas exclusivas para essa população, inclusive na garantia da qualidade dos serviços prestados nas Instituições de Longa Permanência. Dentre essas importantes leis, vale ressaltar o Estatuto do Idoso que, embora relativamente nova, é considerada uma lei com forte vigor na sociedade, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde⁸. Dessa forma se faz necessário investigar o padrão de morbidade entre os idosos institucionalizados, identificando as doenças crônicas não transmissíveis a fim de dar uma melhor assistência de enfermagem e de forma sistematizada e com isso uma melhor qualidade de vida. Logo, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na sistematização da assistência em enfermagem para hipertensão em uma instituição de longa permanência para idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, cujo propósito recomendado por Dyniewicz¹¹ é observar, descrever, explorar, classificar e, a partir de toda a sistematização, poder analisar e interpretar os dados coletados que informaram sobre aspectos relacionados a determinado fato ou fenômeno. O estudo foi realizado em uma instituição de Longa Permanência para idosos em um município do Nordeste. A vivência ocorreu em 03 de junho de 2017, a partir das aulas práticas de campo da disciplina Saúde do Idoso, da grade curricular do curso de bacharelado em Enfermagem, tendo ocorrido em um dia, com carga horária de 6 horas. Para registro de informações coletadas, e das impressões de momento manifestas como atitudes emocionais diante de perguntas, dificuldades nas repostas, valores e crenças manifestadas indiretamente. Sendo realizadas atividades de verificação da Pressão Arterial, higienização corporal de

idosos acamados, oferecido lanche com frutas e um bingo e aplicado a SAE, com utilização da CIPE®.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realidade vivenciada durante a prática acadêmica na ILPI, verificou-se que muitos idosos, ao serem acolhidos, mostravam-se deprimidos, passando uma impressão de abandono, tristeza e, muitas vezes, falta de esperança, de incapacidade e sentimento de exclusão. Foi realizado atividades de verificação da Pressão Arterial, higienização de alguns idosos acamados, oferecido lanche com frutas e foi feito um bingo para distribuição de presentes. Foi possível evidenciar o quanto, no âmbito de uma ILPI, as práticas de cuidado humanizado ao idoso são necessárias, como um elemento complementar na prestação da assistência integral e qualificada. Nos idosos que participaram das atividades da ILPI pode se constatar uma grande satisfação advinda com a mudança das práticas. Cada estudante participante da atividade aplicou a Sistematização da assistência em enfermagem aos idosos institucionalizados, descrevendo os diagnósticos de enfermagem e intervenções com a utilização da CIPE®. Na fase de coleta de dados foi evidenciado o seguinte histórico: Idoso de 72 anos, do gênero masculino, residente da instituição, viúvo, possui 8 filhos, sendo 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, relatou que não há muito tempo não ver os filhos, ensino fundamental incompleto. A instituição dispõe de água encanada, coleta de lixo diária, rua sem saneamento básico, com esgoto a céu aberto, fácil acesso ao posto de saúde. O idoso necessita de muleta para deambular, refere ter labirintite e hipertensão. Foi observado a presença de edema no MMII, se queixa de fraqueza, apresentando tosse no momento sem secreção. Refere-se alimentar-se bem, dorme bem durante a noite e eliminações fisiológicas presentes. No momento da visita estava lucido, comunicativo, orientado no tempo e espaço, respondendo as solicitações verbais, em repouso sentado, normotenso, normocorado, anictérico, Ao exame físico: Couro cabeludo íntegro com presença de cabelos branco, face íntegra, conjuntivas normocoradas, cavidade oral íntegra, dentição incompleta, MMSS com boa perfusão e aquecidos sem presença de edema. MMII com boa perfusão, aquecidos e com presença de edema, pé E com presença de fissura, rachadura e com deformidade no pé direito. SSVV: PA: 160X100mmHg, Temperatura: 36,8°C, FC: 160bpm, R: 20mpm. Foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados esperados:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Pressão Arterial Elevada	- Monitorar pressão arterial; - Administrar medicação conforme prescrição médica; - Orientar alimentar-se bem.	Pressão Arterial Controlada
Edema em nível moderado nos MMII	- Elevar os MMII; - Promover massagem de conforto; - Estimular a deambulação.	Ausência de edema em MMII
Labirintite presente	- Promover conforto do paciente; - Instruir o controle dos sintomas ao paciente; - Melhorar a tontura no paciente.	Labirintite controlada Equilíbrio melhorado
Risco de frequência cardíaca alterada	- Monitorar débito cardíaco; - Avaliar terapia nutricional; - Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica.	Frequência cardíaca normal contínua
Mobilidade física prejudicada	- Orientar o indivíduo quanto ao uso de auxiliares da deambulação; - Determinar quantidade e tipo de assistência necessária; - Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado; - Manter o corpo do paciente no alinhamento corporal correto¹²;	Melhora na mobilidade física

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O agente exato na maior parte dos casos de HAS não é identificado, contudo sabe-se que é uma condição multifatorial. Vários são os agentes de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus⁵. Muitos idosos, vivendo com sobrecarga de doenças e necessitando de cuidados contínuos, em que muitas vezes a família não pode fornecer, são geralmente alocados em uma instituição de longa permanência para idosos. É de extrema importância investir cada vez mais em educação em saúde, principalmente em grupos específicos de indivíduos, como é o caso de idosos em ILPI. Estudos sugerem que as políticas públicas devem contemplar todos os idosos, atenção especial para os subgrupos mais vulneráveis, tanto para as ações de prevenção, de controle da HAS, assim como para as de promoção à saúde no geral.¹³ Há evidências substanciais demonstrando que ações preventivas e terapêuticas destinadas a grupos específicos têm reduzido a HAS e sua morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares.¹⁴ O plano de cuidados elaborado foi repassado à enfermeira da ILPI e seus cuidadores, para que possa ser implementado no cotidiano dos trabalhadores da Instituição. Os cuidadores foram orientados sobre a importância de realização das intervenções propostas. Com a prática de Educação em Saúde é possível identificar mudanças em relação aos cuidados prestados aos idosos em ILPI, como também da postura dos cuidadores, o que pode favorecer na redução das complicações resultantes da Hipertensão em idosos.

4.CONCLUSÃO

A experiência obtida, envolvendo alunos, professora e funcionários da instituição, funcionou como uma reflexão sobre os cuidados oferecidos às pessoas idosas, quando se problematizou o atendimento às suas demandas e necessidades. Constatando todos os aspectos, dentre eles os sociais, para uma boa qualidade de vida aos idosos institucionalizados. Bem mais que oferecer técnicas de cuidados básicos de saúde, os profissionais devem desenvolver atividades que melhorem o envelhecimento saudável em espaços como abrigo de idosos, visto que, nestas, os idosos se apresentam ainda mais fragilizados por trazerem consigo uma vivência por vezes muito dura de reclusão, solidão e abandono dos familiares. Foi possível despertar na equipe de cuidadores e Enfermeira da Instituição a importância da sistematização da enfermagem, com também a padronização de uma linguagem única com a utilização da CIPE[®]. Tendo em vista a realidade de idosos em ILPI, torna-se essencial que as ações de enfermagem com os idosos hipertensos incluam estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis e de encorajamento, fazendo interagir a responsabilidade pessoal na capacitação para o autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Rosa, M. Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta. Petrópolis: Vozes; 1993.
- [2] Prochet TC, Silva JP, Ferreira DM, Evangelista VC. Affection in elderly care from the nurses' perspective. RevEsc Enferm USP 2012;46(1):96- 102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000100013&script=sci_arttext.
- [3] Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. Acta paul enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 July 14];22(3):323-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>
- [4] Nicolau JC, Timmerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) Atualização 2013/2014. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2014 Mar [cited 2017 Ago 14];102(3 Suppl 1):01-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000800001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2014S001>.
- [5] Trindade D et al. Estudo da ocorrência de acidente vascular cerebral em hipertensos cadastrados no PSF Carapina II do município de Governador Valadares. Minas Gerais. Monografia [Graduação em Enfermagem] - Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares; 2007.
- [6] Pavan, FJ, Meneghel SN, Junges, JR. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Caderno Saúde Pública 2008;24(9):2187-2190.
- [7] Camarano AM. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
- [8] Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- [9] Da Silva, H S G. Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. Revista Terceira Idade. 2013. 24(57), 7-17.
- [10] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
- [11] Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 3. ed. São Caetano: Difusão; 2007.
- [12] Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, v.2, p. 35-162, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a13.pdf>
- [13] Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina CI, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2004;83(5):424-8.
- [14] Gonzalez SRL, Interián RSM, Rodriguez RJR, Menendez JJ. Educación para la salud. Influencia en ancianos hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(4):10-5.

Capítulo 6

Perfil das internações e Óbitos por infarto agudo do Miocárdio na população idosa de Alagoas, Nos dois primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017

Aline Maria Fatel da Silva Pires

José Ismair de Oliveira dos Santos

Rafaella Maria Bezerra Pinheiro Custódio

Milton Vieira Costa

Resumo: O aumento da expectativa de vida, sobretudo, configura-se como fator determinante para o crescimento da população idosa a nível mundial. Entretanto, o estilo de vida dos dias atuais contribui para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), em que se inclui o infarto agudo do miocárdio (IAM), o qual acomete principalmente os indivíduos com mais de 60 anos, já que a partir desta idade, em especial, as alterações anatômicas e funcionais do organismo passam a ser mais nítidas. Dessa forma, o envelhecer normal consiste em se adaptar às agressões do meio ambiente, evitando a exposição aos fatores que prejudicam a qualidade do envelhecimento, os quais estão relacionados à doença isquêmica do coração e à redução da capacidade funcional dos idosos. O estudo do IAM é fundamental pela sua alta prevalência, mortalidade e morbidade, o que norteou o presente trabalho, cujo objetivo é verificar o perfil das internações e óbitos por IAM na população idosa de Alagoas, nos dois primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017. Para isso, realizou-se um estudo de caráter transversal e descritivo, em que os dados foram coletados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP IDOSO), o qual está subordinado ao DATASUS. A coleta dos dados foi composta das variáveis faixa-etária (60-69, 70-79, 80 ou mais) e sexo. Em ambos os períodos analisados, observou-se que o maior número de internação por IAM ocorreu na faixa etária de “60-69 anos” (45%) com predominância na população masculina (59%). No entanto, em relação ao número de óbitos, o maior número de casos ocorreu na faixa etária “70-79” (42%), sendo o sexo masculino também predominante (58%). Portanto, a importância deste estudo deve-se à compreensão dos fatores de risco que levam ao IAM em idosos, a fim de buscar estratégias de intervenção para a promoção da saúde desse público, bem como efetivar as já existentes, contribuindo para que mais pessoas cheguem a velhice com a melhor condição de saúde possível.

1. INTRODUÇÃO

A população idosa, de forma geral, passou a vivenciar inúmeras transformações de ordem biopsicossocial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade a qual define o idoso depende do país, ou seja, nos países desenvolvidos inicia-se aos 65 anos; nos países em desenvolvimento, a partir dos 60 anos¹. Esse processo natural de envelhecimento humano ocorre ao longo da vida e provoca mudanças no cenário global, principalmente na sociedade do século XXI, que tem vivenciado o aumento da expectativa de vida e longevidade de sua população idosa.² Essas mudanças estão associadas, principalmente, aos avanços tecnológicos e científicos e às melhorias na qualidade de vida.³

Dessa forma, além do retardamento da morte, houve uma mudança no perfil das doenças que acometem essa população e que são determinantes na mortalidade.⁴ Segundo a OMS, a maioria dos problemas enfrentados pela população idosa está associada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das principais causas de morte no mundo, correspondendo a 36 milhões de mortes por ano. As doenças cardiovasculares, a exemplo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), representam 48% dessas mortes.¹

O IAM é uma importante causa de morbidade na população de idosos. O processo de envelhecimento humano passa a influenciar nas modificações do endotélio ao aumentar a rigidez arterial e o risco de doenças ateroscleróticas, além de alterar o metabolismo, o qual diminui com o aumento da idade. Assim, o envelhecer compreende alterações anatômicas e funcionais que os indivíduos sofrem, principalmente quando são expostos a fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, entre outros.⁵

Contudo, é importante ressaltar que o processo de envelhecimento ocorre de maneira heterogênea em todas as regiões do Brasil, recebendo influência de fatores psicossociais, biológicos, físicos, culturais e econômicos². A heterogeneidade é uma das características do envelhecimento, o que permitirá diferenciar idosos com maior predisposição às doenças do coração daqueles que são ativos e não apresentam nenhuma comorbidade. Por isso, tal fato leva à necessidade de reconhecer a relação do processo de envelhecimento e a morte, a fim de possibilitar o entendimento do estado de saúde do idoso, buscando estratégias de prevenção.^{2,4}

Desse modo, objetiva-se determinar o número de internações e óbitos por infarto agudo do miocárdio em idosos do estado de Alagoas nos primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017, identificando se há relação com os sexos e as faixas etárias, direcionando estratégias de intervenção para a promoção da saúde desse público.

2. METODOLOGIA

O estudo em questão é de caráter transversal descritivo, cujos dados foram coletados a partir de consultas ao Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP IDOSO). O desenvolvimento desse sistema, uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), teve como finalidade a universalização de indicadores de saúde referentes aos idosos, abordando de forma integrada a importância das políticas públicas frente aos problemas de saúde desse público-alvo.⁶

O SISAP IDOSO está, no que tange à hierarquia do processo de informação, subordinado ao DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, o qual tem como principal competência o provimento dos órgãos de informática do SUS, caracterizando-se como ferramenta elementar no processo de operacionalização dos indicadores de saúde. Utilizou-se do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) para a coleta dos dados, em que foram usados indicadores de “números de internações e óbitos por IAM na população idosa de Alagoas”, levando-se em consideração três faixas etárias (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e acima de 80 anos). Os resultados foram tabulados em forma de percentagem e apresentados gráficos, usando-se o Excel Windows 7. A pesquisa foi realizada entre os dias 20 e 25 de agosto de 2017. Na consulta ao SIH analisou-se o primeiro semestre de 2016 e o primeiro semestre de 2017, enquanto que a discussão dos dados baseou-se na leitura e na análise de artigos científicos acessados nas bases Scielo e PubMed. Como os dados foram extraídos de um banco de dados de domínio público, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3.RESULTADOS

De acordo com os dados analisados, no que concerne ao número de internações (Quadro 1), observou-se que houve, de forma geral, 227 e 247 internações por IAM, nos dois primeiros semestres de 2016 e 2017, respectivamente. No primeiro semestre de 2016, verificou-se que o maior número de internações ocorreu na faixa etária “60 a 69 anos” (46%), com predomínio do sexo masculino (71%); já a faixa etária com menor número de internações, dentre as analisadas, foi a de “80 anos ou mais” (17%), apresentando uma leve predominância no sexo masculino (54%). Quanto ao período de 2017, percebeu-se a mesma situação do primeiro semestre analisado de 2016, com porcentagem de 43% para a faixa etária “60-69 anos”, apresentando uma diminuição na predominância dos sexos, sendo 68% para o sexo masculino. O grupo etário com menor número de internações foi o de 80 ou mais (17%), com predomínio de 59% para o sexo feminino.

Quadro 1: Número de internações por IAM nos primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017.

	60-69		Faixa Etária (%)		80 ou mais		Geral (%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
1º Semestre/2017	68	32	62	38	41	59	61	39
1º Semestre/2016	71	29	46	54	54	46	58	42

Fonte: DATASUS, 2017.

Além das internações, mensurou-se também o número de óbitos nos respectivos períodos (Quadro 2). No primeiro semestre de 2016, houve 61 óbitos, contra 65 do mesmo período do ano de 2017. Em ambos os períodos dos anos de 2016 e 2017, o maior número de óbitos ocorreu no sexo masculino: 56% e 60%, respectivamente. Na análise do primeiro semestre de 2016 de óbitos por faixa etária, o sexo masculino foi maioria nas faixas de “60 a 69” e “80 ou mais”, com 78% e 55%, respectivamente. Já na faixa de “70 a 79”, o sexo feminino foi maioria (63%). O mesmo período do ano de 2017, diferentemente do período anterior, apresentou predominância de óbitos no sexo feminino na faixa etária de “80 ou mais”, com valores percentuais de 64%. Em relação às demais faixas etárias, os homens foram maioria.

Quadro 2: Número de óbitos por IAM nos primeiros semestres dos anos de 2016 e 2017.

	60-69		Faixa Etária (%)		80 ou mais		Geral (%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
1º Semestre/2017	72	28	62	38	36	64	60	40
1º Semestre/2016	78	22	37	63	55	45	56	44

Fonte: DATASUS, 2017.

De forma geral, em termos percentuais de internações e óbitos, o sexo masculino predominou na maioria das faixas etárias analisadas.

4.DISSCUSSÃO

O estudo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é fundamental pela sua alta prevalência, mortalidade e morbidade⁷. É uma das doenças cardiovasculares mais incidentes na população idosa, já que o enrijecimento arterial, o risco de doença aterosclerótica e as alterações do metabolismo são próprios do envelhecimento⁵. Os indivíduos avaliados, neste estudo, compreendem a população de idosos do estado de Alagoas (60 anos a > 80 anos) que foram internados por apresentarem (IAM), nos primeiros semestres de 2016 e 2017. De acordo com o censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Alagoas possui 156.364 de idosos com 60-69 anos e 119.806 de idosos com mais de 70 anos. Dentre os idosos com 60-69 anos, 73.112 são homens e 83.252 são mulheres; já na população com mais de 70 anos, há 50.327 de homens e 69.479 de mulheres⁸. A partir dos dados colhidos do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), o qual disponibiliza informações epidemiológicas gratuitamente, percebeu-se que há predominância de idosos do sexo masculino, da faixa etária entre 60 e 69 anos, de forma expressiva, internados por IAM, em ambos os períodos.

Estudos revelam que as mulheres na pós-menopausa sofrem com o aumento do LDL na circulação, apresentando-se com níveis mais elevados em comparação com os homens. Já os níveis de HDL permanecem estáveis ou baixam em ambos os sexos⁵. Sendo o LDL um fator que predispõe à isquemia, pode-se considerá-lo como um dos elementos determinantes para explicar a aproximação da quantidade de casos de mulheres internadas entre 70-79 anos por IAM e de homens, na mesma faixa etária, no primeiro semestre de 2017; contrapondo o primeiro semestre de 2016, em que a quantidade de mulheres internadas nessa faixa etária superou a de homens. Isso é verdade também quando se considera o primeiro semestre de 2017, mas com indivíduos com mais de 80 anos. Entretanto, ao avaliar a quantidade de casos de mulheres internadas com mais de 80 anos, apresentando a mesma doença, em relação aos homens, no primeiro semestre de 2016, percebe-se uma íntima aproximação.

O DataSUS revelou que das 227 internações do primeiro semestre de 2016 e das 247 no primeiro semestre de 2017, houve 61 e 65 óbitos, respectivamente. A quantidade de óbitos, em ambos os períodos, é em torno de 25% da quantidade total de indivíduos internados. Esta incidência relativamente alta, principalmente nos idosos mais jovens (60-79 anos), pode ser explicada pela ausência da apresentação típica da sintomatologia do infarto: dor precordial, irradiando para o braço esquerdo, na população estudada^{5,7}. Outro fator que poderia estar relacionado é a complicação decorrente da cirurgia cardiovascular, que é mais recorrente nos indivíduos idosos, uma vez que apresentam outras comorbidades que corroboram para possíveis implicações, que podem resultar no óbito⁹.

Além disso, percebe-se, dentre os óbitos que ocorreram por IAM, na faixa etária de 60-69 anos, nos períodos analisados, que o número de óbitos do sexo masculino superou, aproximadamente, em duas vezes o número de óbitos do sexo feminino, em valores absolutos. Quando se compara a mesma variável, mas na faixa etária de 70-79 anos, no primeiro semestre de 2016, verifica-se um aumento considerável do número de óbitos do sexo feminino, chegando até mesmo a ultrapassar o sexo masculino, o qual sofreu com uma diminuição drástica, em relação a faixa etária mais jovem, no mesmo período.

Já em relação ao primeiro semestre de 2017, na faixa etária de 70-79 anos, houve uma diminuição do número de óbitos do sexo masculino e um aumento do sexo feminino, em comparação a faixa etária de 60-69 anos, mas mantendo a predominância masculina. Ao se analisar o número de óbitos, no primeiro semestre de 2017, em idosos com mais de 80 anos, percebe-se uma predominância do sexo feminino, diferente do primeiro semestre de 2016, em que a quantidade de óbitos de homens e mulheres é praticamente a mesma, em números absolutos. Outros estudos epidemiológicos passados possibilitaram a verificação da taxa de mortalidade geral, a qual está em torno de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico⁷.

5.CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento, o qual se apresenta de forma sequencial, individual e cumulativo, deve ser encarado de forma holística, ressaltando a importância da consideração dos fatores ambientais e sociais no tratamento dos agravos de saúde¹. No caso do Infarto Agudo do Miocárdio, é necessário compreender os fatores de risco que levam a essa patologia, a fim de buscar, a partir das políticas públicas, a efetivação da educação em saúde para que se possa prevenir tal enfermidade, contribuindo para que mais pessoas cheguem a velhice com a melhor condição de saúde possível^{2,10}. Precisa-se, sobretudo, fortalecer a atuação da atenção primária nos segmentos de prevenção e minimização de danos, em especial na população idosa, uma vez que, de acordo com os dados analisados, apresenta alta prevalência nessa população.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra; 2015.
- [2] Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev da Escola de Enfermagem da USP, 2011; 45(2):1763-8
- [3] Dátilo GMPA, Cordeiro AP. Envelhecimento Humano: diferentes olhares. São Paulo: Cultura
- [4] Cabrera MAS, Andrade SM, Wajngarten M. Causas de mortalidade em idosos: estudo de seguimento de nove anos. RevGeriatrics & Gerontologia. 2007; 1(1): 14-20.
- [5] Wajngarten M. O coração no idoso. Jornal Diagnósticos em Cardiologia. AGO/SET 2010; Ano nº 43.
- [6] Domingues B, Rodrigues T, Fonseca M, Xará S. Influência do Estado Nutricional na Insuficiência Cardíaca. Acta Port Nutr, 2016; (5):18-22

- [7] Silveira E A, Vieira L L, Jardim T V, Souza J D. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.*, 2016; 107(6):509-517
- [8] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 Amostra- Características da população Brasil/Alagoas [acesso em 25 ago 2017]. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/al/pesquisa/23/25888?detalhes=true&localidade>
- [9] Rodrigues M K, Marques A, Lobo D M L, Umeda I I K, Oliveira M F. Pré-Fragilidade Aumenta o Risco de Eventos Adversos em Idosos Submetidos à Cirurgia Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2017; [online].ahead print, PP.0-0Martins M V, Souza J D, Martinho K O, Franco F S, Tinôco A L A. Associação entre razão Triglicérideos e HDL-colesterol e fatores de risco cardiovascular em idosos atendidos na estratégia saúde da família de Viçosa, MG. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 23

Capítulo 7

Relação entre doença Cerebrovascular e doença de Alzheimer em idosos: Uma revisão sistemática

Saulo Emanuel Gomes Silva

Marcus Vinícius de Acevedo Garcia Gomes

Mariana Reis Prado

Resumo: A doença de Alzheimer (DA) é considerada a mais prevalente no grupo dos Transtornos Neurocognitivos (TNC), variando entre 60% a mais de 90%, dependendo do contexto e das diretrizes diagnósticas adotadas. Esta costuma ocorrer em paralelo com doença cerebrovascular (DCV), além de que fatores predisponentes à DCV, especialmente a aterosclerose de grandes vasos, estão envolvidos com DA. Contudo, não está claro se há uma conexão fisiopatogênica entre as duas ou se consistem em achados comórbidos. Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática em três bases de dados, incluindo-se pesquisas que atendiam aos descritores e excluindo-se estudos: não originais, em não humanos, anteriores ao ano de 2013, em indivíduos que não tivessem pelo menos 65 anos de idade, que não estivessem gratuitamente completos ou irrelevantes à temática. Obteve-se um total de nove trabalhos. Resultados e Discussão: Foram identificados três artigos com conclusão contrária à relação entre DCV (ou seus fatores de risco) e DA, cujo número de participantes foi de 493. Os demais 6 seis artigos possuíram concordância com a relação em questão, nos quais participaram 1799 indivíduos. A justificativa fisiopatogênica mais comumente veiculada foi a de hipofluxo cerebral, particularmente causado por aterosclerose de grandes vasos. Contudo, verificou-se uma falta de uniformização dos estudos a respeito do método adotado, tanto para seleção dos pacientes como para diagnóstico. Conclusões: São necessários estudos de maiores proporções e maior variabilidade étnica, cujo método possa ser padronizado para demais pesquisas na área, com o objetivo de se firmar uma nítida correlação entre as duas doenças.

Palavras-Chave: Acidente cerebrovascular; Doença de Alzheimer; fatores de risco cardiovasculares

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é considerada a mais prevalente no grupo dos Transtornos Neurocognitivos (TNC), variando entre 60% a mais de 90%, a depender do contexto e critérios diagnósticos adotados¹. Histopatologicamente, observam-se depósitos fibrilares amiloidais em parede vascular, além de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais de proteína tau, associado com a gênese de novos neurofibrilares (NFT), perda neuronal e sináptica, ativação glial e inflamação².

Nesse âmbito, a DA costuma ocorrer em paralelo com doença cerebrovascular (DCV), podendo contribuir para a sua clínica e achados adicionais histopatológicos¹. A literatura sugere que fatores predisponentes à DCV, especialmente a aterosclerose de grandes vasos, estão envolvidos com DA. Nesse aspecto, não fica claro se a fisiopatogenia cerebrovascular estaria associada à da DA ou se consiste em um achado comórbido³.

Esta revisão sistemática tem como objetivo elucidar a relação acerca da fisiopatogenia/fisiopatologia existente entre DA e DCV de acordo com os estudos disponíveis na recente literatura internacional.

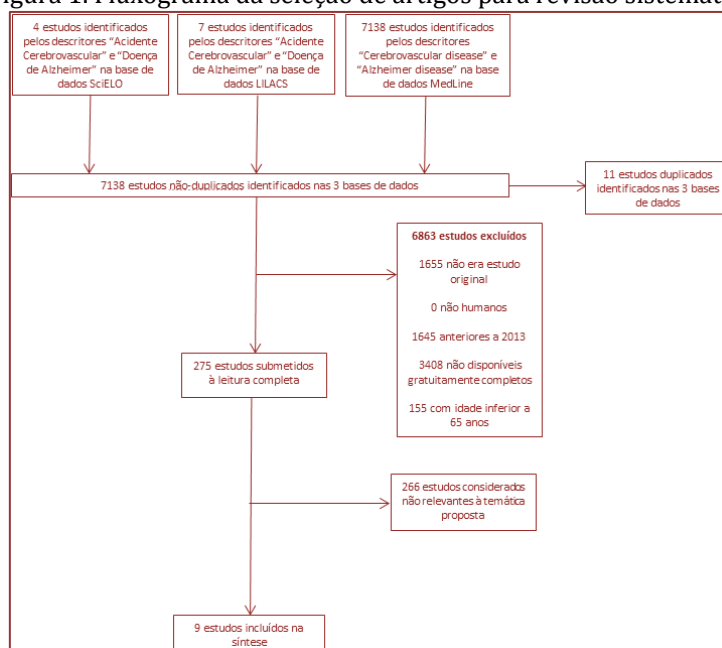
2. METODOLOGIA

A revisão sistemática de literatura foi realizada usando artigos das bases: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine). Para as bases SciELO e LILACS, foi utilizado o cruzamento de descritores, constando nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Acidente cerebrovascular” e “Doença de Alzheimer”; enquanto que na base MedLine foi usado o cruzamento dos descritores, incluídos nos DeCS: “*Cerebrovascular Disease*” e “*Alzheimer Disease*”. Foi obtido, em cada base, inicialmente um total de quatro, sete e 7138 resultados, respectivamente (Figura 1).

Em seguida, verificaram-se se havia duplicação de estudos nas bases entre si, sendo constatado que os 11 estudos identificados nas bases SciELO e LILACS também constavam na base MedLine. Posteriormente, foi acrescida a colocação de filtros de pesquisa. Assim, foram excluídos os trabalhos: que não eram estudos originais (1655), realizados em não humanos (0), publicados anteriormente ao ano de 2013, que não estivessem disponíveis em sua forma completa gratuitamente e que possuíssem indivíduos com idade inferior a 65 anos (155).

Diante disso, totalizaram-se 275 estudos a serem submetidos à leitura completa de seu conteúdo, a fim de identificar a relevância para o tema proposto. Desses, apenas nove foram incluídos para composição da síntese, enquanto os demais 266 foram considerados irrelevantes à temática em questão.

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos para revisão sistemática



3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nove artigos foram incluídos para a discussão, sendo quatro considerados estudos de coorte e cinco transversais. O número de indivíduos nos estudos recrutados variou de 84 a 6553, sendo a maior média de participantes associada aos de coorte em relação aos transversais (2633,5 e 348, respectivamente). Todos os artigos foram submetidos a uma síntese disponível no Quadro 1.

Foram identificados três artigos com conclusão contrária à relação entre DCV (ou seus fatores de risco) e DA, cuja quantidade de participantes foi de 493. Zheng *et al.* negou a relação estatisticamente relevante entre aterosclerose, um considerável fator de risco para DCV, e DA; contudo o estudo não discerniu se os microinfartos eram devido a aterosclerose ou fenômenos tromboembólicos⁴. Por outro lado, Gutierrez *et al.*, apesar de não ter relacionado a diminuição do lúmen vascular e/ou aterosclerose à DA, reconheceu que outras alterações na plasticidade do vaso poderiam estar associadas⁵. Hohman *et al.* encontrou que pacientes com maior risco cerebrovascular detinham maior déficit cognitivo quando sem indícios de DA, sugerindo fisiopatogenias distintas; no entanto, apesar de considerável população estudada, a amostra do trabalho detinha menor prevalência de DCV se comparada à população em geral⁶.

Os demais seis artigos tiveram abordagem afim à relação entre DCV (ou seus fatores de risco) e DA, cuja quantidade de participantes consistiu em 1799, sendo superior aos de conclusão discordante. É abordado em muitos deles o envolvimento de fatores que levam ao hipofluxo cerebral, dentre eles a aterosclerose. Binnewijzend *et al.* e Benedictus *et al.* comprovaram a diminuição do fluxo cerebral conforme o avançar do curso clínico da DA, servindo como um possível marcador de gravidade. Entretanto, o primeiro usou como critério de inclusão do estudo indivíduos com biomarcadores negativos, diminuindo a probabilidade de se tratarem de indivíduos em estágio pré-demencial; enquanto o segundo tinha pacientes com déficits cognitivos mais pronunciados que o habitual^{7,8}.

Em análise acerca dos fatores de risco cardiovasculares em indivíduos com DA, Bargaen *et al.* verificou que, em indivíduos com esse TNC e múltiplos fatores de risco cardiovasculares, havia mais chance de apresentarem modificações cerebrovasculares leves. No estudo, foram excluídas modificações cerebrovasculares maiores ou AVE⁹. Além disso, Pase *et al.* confirmou que há correlação temporal entre o controle de fatores de risco cardiovasculares e a ocorrência de eventos tanto demenciais quanto cerebrovasculares; visto que pacientes com correção recente de riscos cardiovasculares ainda apresentaram risco maior de tais eventos¹⁰.

Acerca da aterosclerose especificamente, Arvanitakis *et al.* associa a maior probabilidade de demência em indivíduos portadores de aterosclerose moderada a severa (OR=1,33) e arterioesclerose (OR=1,2), comprovando a relação relevante entre aterosclerose e DA. Contudo, não houve possível comprovação dos achados patológicos e o comprometimento funcional, além de não haver análise de outros tipos de lesões cerebrais além das mencionadas¹¹.

Tosto *et al.*, não obstante, com o estudo com mais participantes dentre os observados, atribuiu à hipertensão arterial sistêmica (HAS) o papel de fator protetor e acidente vascular encefálico (AVE) como fator de risco para DA. Diante do resultado, foi-se analisado que faltaram informações acerca dos hábitos de vida da população estudada, além de outras informações que poderiam ser melhor investigadas, como número de eventos cerebrovasculares e sua cronologia em relação à DA¹².

Percebem-se, diante dos estudos, diferentes formas de averiguar o diagnóstico das doenças em questão, abrangendo desde o diagnóstico histopatológico a busca de biomarcadores e técnicas especiais de ressonância magnética, como a *arterial spin labeling* (ASL). Isso interfere diretamente no processo de inclusão das pesquisas, podendo alterar a amostra a ser estudada. Ainda, averigua-se a carência de pesquisas abordando por questionários diretos e objetivos os fatores de risco principalmente ligados a eventos tanto cerebrovasculares como relacionados à DA.

Quadro 1. Síntese das características dos estudos e suas conclusões

Nome do estudo	Ano	Autores	Tipo do estudo	Número de pacientes	Conclusão
Aggregate effects of vascular risk factors on cerebrovascular changes in autopsy-confirmed Alzheimer's disease ⁹	2015	Bargen KJ; Nation DA; Delano-Wood L; <i>et al.</i>	Transversal em cadáveres	84	Pacientes com DA e múltiplos fatores de risco cardiovascular tendem a apresentar modificações cerebrovasculares leves. O estudo excluiu indivíduos com AVE e modificações cerebrovasculares maiores.
Association of Ideal Cardiovascular Health with Vascular Brain Injury and incident dementia ¹⁰	2016	Pase MP; Beiser A; Enserro D; <i>et al.</i>	Coorte	2750	Pacientes com Índice de Saúde Cardiovascular Ideal recente apresentaram maior risco de eventos cerebrovasculares e demência de forma geral (incluindo DA). No entanto, minorias étnicas não foram bem representadas.
Brain arterial aging and its relationship to Alzheimer dementia ⁵	2016	Gutierrez J; Heneg L; Elkind MSV; <i>et al.</i>	Transversal em cadáveres	194	Pacientes com DA apresentaram mais alterações vasculares, mas sem alterar o lúmen vascular. Pacientes com AD detiveram mais fatores de risco cardiovascular, independente de aterosclerose.
Cerebral atherosclerosis is associated with cystic infarcts and microinfarcts, but not Alzheimer pathologic changes ⁴	2013	Zheng L; Vinters HV; Mack WJ; <i>et al.</i>	Transversal em cadáveres	163	Aterosclerose não é relacionada com DA. O estudo não discerniu se os microinfartos eram devido à aterosclerose ou fenômenos tromboembólicos.
Cerebral perfusion in the prodementia stages of Alzheimer's disease ⁷	2016	Binnewijzend MAA; Benedictus MR; Kijner JP; <i>et al.</i>	Transversal em pacientes vivos	177	Pacientes com DA (diagnóstico por biomarcadores), conforme o avançar da doença, apresentavam cada vez mais hipofluxo cerebral. Foram incluídos no estudo indivíduos com biomarcadores negativos.
Lower cerebral blood flow is associated with faster cognitive decline in Alzheimer's disease ⁸	2017	Benedictus MR; Leeuwis AE; Binnewijzend MAA; <i>et al.</i>	Coorte	88	Baixo fluxo cerebral, particularmente em região posterior, pode atuar como marcador prognóstico para declínio cognitivo na DA. Os pacientes no estudo tinham um nível cognitivo um tanto mais comprometido.
Relation of cerebral vessel disease to Alzheimer's disease dementia and cognitive function in older persons: a cross-sectional study ¹¹	2016	Arvanitakis Z; Capuano AW; Leurgans SE; <i>et al.</i>	Coorte	1143	A probabilidade de demência foi maior em indivíduos com aterosclerose de moderada a severa (OR = 1,33) e arterioesclerose (OR = 1,2). Aterosclerose foi associada a menores níveis cognitivos. O estudo não buscou analisar outras alterações cerebrais além das citadas e não correlaciona patologia e função.
Stroke risk interacts with Alzheimer's disease biomarkers on brain aging outcomes ⁶	2015	Hohman TJ; Samuels L; Liu D; <i>et al.</i>	Transversal em cadáveres	1122	Pacientes com fatores de risco de AVE tiveram mais declínio cognitivo quando não existiam sinais de DA, sugerindo diferentes fisiopatologias. A amostra do estudo detém pouca ocorrência de DCV comparada à população em geral.
The role of cardiovascular risk factors and stroke in familial Alzheimer disease ¹²	2016	Tosto G; Bird TD; Bennet DA; <i>et al.</i>	Coorte	6553	HAS atuou como fator protetor a DA, enquanto histórico de AVE aumentou risco de DA. Houve falta de informação acerca de hábitos de vida, bem como não houve especificação do tempo ocorrido de AVE e o estudo, além de quantificar os acidentes.

4. CONCLUSÕES

Verifica-se, após uma revisão de literatura, a tendência à associação entre DCV (ou seus fatores de risco associados) e a DA, depositando-se as explicações fisiopatogênicas no hipofluxo cerebral, principalmente secundário à aterosclerose de grandes vasos. Todavia, não há uma uniformização de método presente em todos os estudos, tanto para diagnóstico quanto para seleção dos pacientes.

Nesse contexto, são necessários estudos de maiores proporções e maior variabilidade étnica, cujo método possa ser padronizado para demais pesquisas, com a finalidade de se firmar uma nítida correlação entre as duas doenças.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- [2] Hardy J; Selkoe DJ. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics. *Science*. 2002; 297(1): 353-6.
- [3] Pedrosa VSP; Souza LC; Teixeira AL. Síndromes neuropsiquiátricas associadas a acidentes vasculares encefálicos: revisão de literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(2): 165-76.
- [4] Zheng L; Vinters HV; Mack WJ; *et al.* Cerebral atherosclerosis is associated with cystic infarcts and microinfarcts, but not Alzheimer pathologic changes. *Stroke*. 2013; 44(10): 2835-41.

- [5] Gutierrez J; Honig L; Elkind MSV; et al. Brain arterial aging and its relationship to Alzheimer dementia. *Neurology*. 2016; 86 (16): 1507-15.
- [6] Hohman TJ; Samuels L; Liu D; et al. Stroke risk interacts with Alzheimer's disease biomarkers on brain aging outcomes. *Neurobiol Aging*. 2015; 36(9): 2501-8.
- [7] Binnewijzend MAA; Benedictus MR; Kuijer JP; et al. Cerebral perfusion in the predementia stages of Alzheimer's disease. *Eur Radiol*. 2016; 26(2): 506-14.
- [8] Benedictus MR; Leeuwis AE; Binnewijzend MAA; et al. Lower cerebral blood flows associated with faster cognitive decline in Alzheimer's disease. *Eur Radiol*. 2017; 27(3): 1169-1175.
- [9] Barger KJ; Nation DA; Delano-Wood L; et al. Aggregate effects of vascular risk factors on cerebrovascular changes in autopsy-confirmed Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2015; 11(4): 394-403.
- [10] Pase MP; Beiser A; Enserro D; et al. Association of Ideal Cardiovascular Health with Vascular Brain Injury and incident dementia. *Stroke*. 2016; 47(5): 1201-6.
- [11] Arvanitakis Z; Capuano AW; Leurgans SE; et al. Relation of cerebral vessel disease to Alzheimer's disease dementia and cognitive function in elderly people: a cross-sectional study. 2016. *Lancet Neurol*. 2016; 15(9): 934-43.
- [12] Tosto G; Bird TD; Bennet DA; et al. The role of cardiovascular risk factors and stroke in familial Alzheimer disease. *JAMA Neurol*. 2016; 73(10): 1231-7.

Capítulo 8

Condições de saúde de idosos internados com fraturas de membros inferiores por causas externas

Marilia de Andrade Fonseca

Amanda Gilvani Cordeiro Matias

Lucas Silveira Sampaio

Marcos Almeida Matos

Resumo: O aumento da expectativa de vida advém associados aos problemas de saúde e internações por doenças não transmissíveis, a exemplo das quedas. Objetiva-se conhecer as condições de saúde de idosos internados com fraturas de membros inferiores por causas externas. Trata-se de um estudo de corte transversal, com a participação de 25 idosos internados com diagnóstico de fraturas em membros inferiores por causas externas. Foi aplicado um questionário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos. A média de idade $72,04 \pm 8,8$ anos, sendo 56% do gênero feminino, 76% dos idosos morando na zona urbana, 68% possuíam renda de até 1 salário mínimo com 80% residindo em domicílio próprio. 100% relataram não participar de nenhuma atividade cultural, 68% não possui nenhum tipo de atividade social e 96% relataram não participar de nenhum tipo de atividade física, 12% dos idosos relataram ser tabagistas há mais de 30 anos e 28% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas. Quanto as condições clínicas, 45% eram dislipidêmicos, 56% hipertensão arterial, 38% com diabetes, 33% apresentam alguma cardiopatia, 46% com diagnóstico de osteoporose, 28% artrose. Quanto as causas de ocorrência das fraturas, 24% sofreram fraturas por acidentes de transporte, 71% por queda da própria altura e 5% por atropelamento, sendo que destes, 44% relataram a ocorrência do trauma no período noturno. Quanto ao tempo do evento traumático a admissão hospitalar, 44% relataram terem chegado ao hospital após 3 horas de ocorrência da fratura. O sábado foi o dia da semana com maior frequência de fraturas 20,8%. Quanto ao local do fratura 72% apresentaram fratura de fêmur e 28% de tibia, sendo que 95,8% apresentaram fraturas fechadas. Quando investigado sobre o tratamento cirúrgico, somente 8% das fraturas foram reduzidas até 10 horas do internamento, sendo que 27,3% apresentaram fixação interna, 9,1% fixação externa e 63,6% com imobilização gessada. O aumento de internações por causas externas em idosos vem causando grande impacto na qualidade de suas vidas e das famílias. A população idosa não costuma ser prioridade sobre a abordagem das causas externas devido ao predomínio de jovens que exibem altos coeficientes e grande número de casos. Contudo estudos têm sido desenvolvidos e apontam que os coeficientes de mortalidade pelas causas externas dos idosos são muito próximos aos da faixa etária de adolescentes e adultos jovens. A fratura de fêmur foi a mais frequente (72%) das internações hospitalares, a maioria ocorreu no próprio domicílio, o que pode indicar que as barreiras arquitetônicas implicam na ocorrência destes eventos, oferecendo riscos à saúde. A partir desta investigação, outros estudos tanto transversais como longitudinais, poderão ser desenvolvidos, a fim de um melhor acompanhamento das fragilidades e potencialidades no sistema de saúde, de forma a garantir melhor assistência individual e coletiva. As limitações originárias da demora e complexidade do tratamento implicam em importante sofrimento humano e impactam de forma negativa na qualidade de vida dos idosos.

Palavras chave: Fraturas ósseas, Idoso, Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, fato que reflete na melhoria das condições de vida. Estudos apontam que em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global. Novas necessidades foram explicitadas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva. A fim de atender a essas novas expectativas foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais garantindo proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, num esforço conjunto de vários países. Diante desta transição epidemiológica no mundo e no Brasil, os serviços públicos relacionados à saúde estão em constantes processos de mudanças. A saúde pública deve privilegiar políticas de prevenção, centralizando nas doenças crônicas que, sem atenção da equipe multiprofissional, muito frequentemente geraram incapacidades. Entre outras prioridades está, sem dúvida, a formação de recursos humanos para serviços geriátricos, desde o nível primário de atenção à saúde, até tratamentos de alta complexidade. Os investimentos neste campo, pela sua própria natureza, levam considerável tempo para frutificar. Definir e implementar uma nova política nesta área deveria merecer a maior das atenções, para evitar, no médio e longo prazos, problemas graves, dado o rápido processo de envelhecimento da população^{1,2}. Os acidentes e a violência, como constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo denominado de causas externas, são um dos temas mais discutidos na atualidade em diversos setores da sociedade. Configuram como um conjunto de agravos à saúde, que englobam todos os tipos de lesões corporais que podem ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais e as causas intencionais³. Estudo realizado num hospital público de São José dos Campos -SP, mensurou os gastos diretos médico-hospitalares das internações por causas externas em que é referência para o atendimento ao trauma. Houve um predomínio das internações por acidentes de transporte tanto na proporção de internações como na proporção de gastos, seguido das quedas. Embora as internações pagas pelo SUS não representem a totalidade dos casos que necessitam internação hospitalar, o caráter de urgência dos atendimentos às lesões provocadas por causas externas conferem grande cobertura de assistência ao SIH-SUS nesse grupo de problemas de saúde. Demonstrou que a maioria das internações hospitalares foram de indivíduos que sofreram lesões em membros inferiores, apesar destas não serem responsáveis pelo maior valor de gastos médico-hospitalares⁴. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa. Considerando o conjunto das principais causas de internação hospitalar, observa-se, também para a morbidade, um predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Cabe ressaltar que quedas em pessoas idosas é um problema de saúde pública⁵. Em face ao aumento da expectativa de vida e como consequência o aumento do número de idosos, advindo também em proporção os problemas de saúde e internações por doenças crônicas não transmissíveis, é factível voltar a atenção às condições de saúde desta população. Este conhecimento poderá servir de subsídios para o melhor acolhimento e manejo dessas condições seja no ambiente nosocomial quanto na qualidade de assistência na comunidade, em todos os níveis de assistência integral à saúde. Diante ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as condições de saúde de idosos internados com fraturas de membros inferiores por causas externas.

2. METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte de uma pesquisa de doutorado em andamento, que investiga o impacto das fraturas de membros inferiores na qualidade de vida de indivíduos adultos. Os procedimentos para a coleta de dados foram realizados num Hospital público no município de Vitória da Conquista no estado da Bahia. O referido hospital é considerado referência no atendimento de urgência e emergência na região sudoeste da Bahia e das cidades do norte de Minas Gerais, atendendo principalmente especialidades de média e alta complexidade, com internações nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Neurocirurgia, Psiquiatria, Neonatologia, Obstetrícia e Terapia Intensiva. O presente estudo foi de caráter transversal e descritivo. Os idosos foram recrutados por amostragem não probabilística do tipo intencional e consecutiva entre aqueles que preencheram os critérios de inclusão do estudo. Os critérios de seleção para os participantes da pesquisa foram indivíduos acima de 60 anos, acometidos de fratura por causas externas em qualquer segmento do membro inferior e internados há mais de 24 horas. Foram

excluídos da pesquisa indivíduos portadores de outras doenças do sistema osteoarticular, osteometabólicas, politraumatizados ou qualquer outra que não seja de origem traumática. Os indivíduos que consentiram informar seus dados, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, atendendo a Resolução do CNS 466/12, que trata da execução de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, sob o parecer de nº 494.966. Os resultados da pesquisa somente serão divulgados em meios científicos adequados, salvaguardando-se a identidade dos participantes do estudo. Para responder aos objetivos da pesquisa foi utilizado questionários para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos, a fim de conhecer as condições de saúde dos idosos internados com fraturas de membros inferiores. A realização do estudo foi entre os meses de fevereiro a maio de 2014. Neste período, foram encontrados 43 idosos com fraturas de membros inferiores. Porém, somente 25 indivíduos preencheram aos critérios de inclusão do estudo. Em todos os pacientes foi aplicado um questionário padronizado para coleta dos dados sociodemográficos que constou de gênero, idade, raça, religião, estado civil, procedência, profissão/ocupação, nível educacional, condições de saúde e moradia, faixa de renda em salários mínimos, condicionamento físico, tipo de acidente (trânsito, trabalho, queda de altura, esmagamento e outros). Para as variáveis clínicas foi feita a pesquisa nos prontuários dos pacientes, local (segmento afetado) e tipo de fratura (aberta ou fechada), tempo de internação hospitalar, tempo do evento até a realização de intervenção cirúrgica, tipo de osteossíntese e diagnóstico médico. Os dados foram coletados em instrumento apropriado, tabulados, analisados no SPSS 20.0

3.RESULTADOS

Os idosos participantes da pesquisa tinham média de idade $72,04 \pm 8,8$ anos, sendo 56% do gênero feminino, tendo em média $4,08 \pm 3,53$ filhos. Na internação hospitalar, 58,3% dos acompanhantes eram os filhos(as). Quanto a cor da pele 72% se classificaram como pardos, tendo 76% dos idosos morando na zona urbana. Quanto a renda mensal familiar 68% possuíam renda de até 1 salário mínimo com 80% residindo em domicílio próprio. Dos entrevistados, 100% relataram não participar de nenhuma atividade cultural, 68% não possui nenhum tipo de atividade social e 96% relataram não participar de nenhum tipo de atividade física, como caminhadas, alongamentos, academia entre outras. 12% dos idosos relataram ser tabagistas há mais de 30 anos e 28% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas. Quanto a investigação das condições clínicas e outras comorbidades, 45% são dislipidêmicos, com 56% apresentando hipertensão arterial sistêmica, 38% portadores de diabetes, 33% apresentam alguma cardiopatia, 46% com diagnóstico de osteoporose, 28% artrose. Quanto as causas de ocorrência das fraturas, 24% sofreram fraturas por acidentes de transporte, 71% por queda da própria altura e 5% por atropelamento, sendo que destes, 44% relataram a ocorrência do trauma no período noturno. Quanto ao tempo do evento traumático a admissão hospitalar, 44% relataram terem chegado ao hospital após 3 horas de ocorrência da fratura. O sábado foi o dia da semana com maior frequência de fraturas 20,8%. Quanto ao local do fratura 72% apresentaram fratura de fêmur e 28% de tíbia, sendo que 95,8% apresentaram fraturas fechadas. Quando investigado sobre o tratamento cirúrgico, somente 8% das fraturas foram reduzidas até 10 horas do internamento, sendo que 27,3% apresentaram fixação interna, 9,1% fixação externa e 63,6% com imobilização gessada, com tempo médio de internação hospitalar foi de $24,07 \pm 12,7$ dias.

4.DISSCUSSÃO

O aumento de internações por causas externas em idosos vem causando grande impacto na qualidade de suas vidas e das famílias, como também objeto de preocupação entre os profissionais da saúde. Estudo⁶ revela que no Brasil a população idosa não costuma ser prioridade sobre a abordagem das causas externas devido ao predomínio de jovens que exibem altos coeficientes e grande número de casos. Contudo estudos têm sido desenvolvidos e apontam que os coeficientes de mortalidade pelas causas externas dos idosos são muito próximos aos da faixa etária de adolescentes e adultos jovens. Esse aumento da incidência de eventos traumáticos em idosos pode ser correlacionado com a melhoria da qualidade de vida e consequentemente da independência funcional. O idoso apresenta características da população adulta com menos de 60 anos, mantendo sua independência e autonomia, tornando-se exposto a eventos traumáticos de natureza variada. Estudo⁷ sobre a morbimortalidade por causas externas, dos idosos avaliados, a maioria não participam de nenhum tipo de atividade física, cultural ou social, fator que parece corroborar com aumento das lesões por causas externas. Estar atentos para a promoção da saúde também contribui para a redução desses riscos. Por isso, atividades voltadas a grupos sociais e indivíduos, por meio de políticas públicas abrangentes na busca de melhores condições de vida, asseguram aos idosos o prolongamento da existência com manutenção da capacidade funcional, física, mental e da qualidade de

vida. Além disso, é preciso garantir atendê-los de maneira integral, com provisão de serviços sociais, condições de moradia, alimentação, transporte e recreação. Observando as comorbidades encontradas nos idosos a hipertensão (56%), diabetes (38%), cardiopatias (33%) são mais frequentes nesta população. Por isso uma maior atenção por parte dos profissionais envolvidos neste processo pois o idoso passa por longos períodos de permanência no leito. No Brasil, a terceira maior causa de óbitos na população em todas as faixas etárias é o trauma por acidentes, perdendo somente para as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas. Apesar de o trauma ser mais frequente entre os jovens, o idoso quando acometido, apresenta maiores consequências. Alguns idosos foram a óbito pouco tempo após a fratura, não sendo possível a intervenção cirúrgica, enquanto em outros casos, a morte esteve relacionada a complicações respiratórias e cardiovasculares⁸. A fratura de fêmur foi a mais frequente (72%) das internações hospitalares, corroborando com outros estudos⁹, ao se relacionar agravos com lesões sofridas pelos idosos, constata-se que a fratura proximal do fêmur, com 28,1% do percentual, foi o principal tipo de lesão. A maioria ocorreu no próprio domicílio, o que pode indicar que as barreiras arquitetônicas estão espalhadas por todos os lugares, inclusive no ambiente no qual eles vivem, oferecendo riscos à saúde dos idosos e demonstrando que não está havendo proteção contra esse agravo. Em relação aos idosos, as estatísticas das fraturas em membros inferiores não diferem das de outras populações em eventos traumáticos por causas externas. O maior número de fraturas ocorridas nesta população também é a de membros inferiores, em especial as fraturas de colo de fêmur. Estudo demonstrou que as fraturas nesta faixa etária pode comprometer a capacidade do idoso realizar as atividades instrumentais de vida diária, diminuir sua autonomia, refletindo numa piora da qualidade de vida¹⁰. A maior frequência dos acidentes ocorreram no período noturno (44%), número que confirma a necessidade de maior cuidado e informação ao idoso e familiares quanto a essa ocorrência, necessitando de maior atenção quanto a acuidade visual destes idosos, coordenação, equilíbrio, barreiras arquitetônicas e iluminação adequada. Corroborando com este achado, as quedas de idosos são decorrentes da perda total do equilíbrio postural, e podem estar relacionadas à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Por se tratar de um evento multifatorial e heterogêneo, pode estar relacionado à síndrome geriátrica. Vários outros fatores individuais relacionados a essa faixa etária também concorrem para o aumento da ocorrência de quedas: os problemas visuais, neurológicos, declínio da função mental e uso de substâncias psicoativas. Mas é preciso lembrar que há também os fatores do ambiente: as quedas são a causa de 87% das fraturas entre os idosos nos Estados Unidos. Exemplos práticos de prevenção em nível coletivo são os mutirões de cirurgia para a correção de catarata, que devem ser incentivados no Brasil como um todo. Exemplo prático no cuidado individual é a adição, ao exame de saúde rotineiro para essa faixa, de exames que possam identificar fatores de risco para causas externas, tais como acuidades auditiva e visual, osteoporose, dificuldades cognitivas, emocionais e de mobilidade^{5,10,11,12}. O foco principal do atendimento às vítimas do trauma, vai além da manutenção da vida do paciente, deve proporcionar o seu retorno à sociedade em condições de capacidade funcional mais próximas possíveis de sua condição pré-trauma. Este é um desafio para a equipe de saúde, e se torna ainda maior sob a perspectiva da população idosa¹³.

5. CONCLUSÃO

O estudo quantitativo do tipo transversal limita-se ao recorte de uma situação em um determinado momento. Isso permite caracterizar os idosos internados, em decorrência de fraturas de membros inferiores por causas externas, possibilitando conhecer as condições de saúde e clínicas dos mesmos. A partir desta investigação, outros estudos, em especial os longitudinais, poderão ser desenvolvidos, a fim de um melhor acompanhamento das fragilidades e potencialidades do sistema, de forma a garantir melhor assistência individual e coletiva a esta população. As limitações originárias da demora e complexidade do tratamento nesta faixa etária, implicam em importante sofrimento humano e impactam de forma negativa na qualidade de vida e condições de saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- [1] Secretaria de Direitos Humanos: Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. (2011). Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhementonoBrasil.pdf>.
- [2] Wong LL, Carvalho RJA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. R. bras. Est. Pop. 2006; 23(1): 5-26.
- [3] Datasus. Informações de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 04 de maio 2015). 1994; 2(15):1-8.
- [4] Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8):1814-24.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.
- [6] Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizume MS. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):97-103.
- [7] Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idoso residente no município da região sul do Brasil. Rev Latino am Enferm. 2006;14(1):17-24.
- [8] Junior CAB, Folchini AB, Ruedger RR. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. Rev. Col. Bras. 2013; 40(4):22-7.
- [9] Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. Enfermagem em Foco 2011; 2(4):226-230.
- [10] Jahana KO, Diogo MJ. Quedas em idosos: principais causas e consequências. Saúde Coletiva, 2007. 4(17): 148-153.
- [11] Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências das quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004. 38(1):93-9.
- [12] Stevens Já, Thomas TA. Major causes of unintentional injuries among older persons. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 1996.
- [13] Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. Am Fam Physician. 1999. 59(7): 1853-62.
- [14] Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. Rev. esc. enferm. USP. 2011. 45(3): 659-64.

Capítulo 9

Hepatite B na população idosa Brasileira

Myrna Lins Tenório

Paula Gabrielle de Almeida

Maria Laura Medeiros Bleinroth

Karla Medeiros Belém

Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana

Resumo: Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno que cresce em todo o mundo, inclusive no Brasil. Com o aumento da qualidade de vida, associado aos avanços em medicações de estimulação sexual e reposição hormonal, acontece atualmente um prolongamento e continuidade da atividade sexual até as faixas etárias mais elevadas, essa realidade abre espaço para que casos de ISTs na terceira idade aumentem, incluindo infecções pelo vírus da Hepatite B. Casos de HB na população idosa merecem atenção especial, visto às fragilidades que esses indivíduos já possuem, apresentando-se como um grave problema de saúde pública no Brasil, tornando-se necessárias discussões mais amplas e desenvolvimento de pesquisas atuais relacionadas a esse tema. Objetivo: conhecer a incidência, no Brasil, de casos de Hepatite B na população idosa no período de 2007 a 2015, afim de realizar uma comparação entre a incidência, por faixa etária e por sexo, na população em geral e na população idosa. Metodologia: trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Para sua realização foram aproveitados dados presentes no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis utilizadas foram Sexo e Faixa etária, relacionadas com a variável HBsAg reagente. Os dados utilizados constam do período de 2007 a 2015. Resultados e discussões: foi observado que a incidência de Hepatite B na faixa etária de 60 a 64 anos, foi superior à incidência na faixa de 15 a 19 anos, uma população jovem, em plena atividade sexual e produtiva economicamente, evidenciando que os idosos estão sim mantendo uma vida sexual ativa. Observou-se ainda a predominância da incidência da HB no sexo masculino. Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que fazem parte de um grupo em ascensão atualmente e merecem atenção e acompanhamento mais próximos. Conclusão: a partir desses achados nota-se a necessidade de um olhar diferenciado à população idosa e o entendimento de que fazem parte da população sexualmente ativa e, por isso, estão também expostos às ISTs, incluindo a HB, tornando-se imprescindível novas pesquisas que tenham o objetivo de compreender os diferentes aspectos que, direta ou indiretamente, estejam relacionados à infecção nesse grupo etário, e que possam contribuir para a melhoria da saúde pública no Brasil.

1. INTRODUÇÃO

Apresentando-se como uma das maiores conquistas almejadas pela sociedade no século XXI, o envelhecimento populacional, fruto de melhorias na qualidade de vida, é um fenômeno que vem crescendo em todo o mundo, notável anteriormente apenas nos países desenvolvidos, mas que atinge, atualmente, grandes proporções em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil¹. Processo de reestruturação demográfica, o envelhecimento da população brasileira cresce quantitativamente, já havendo uma projeção de que em 2020 a população economicamente ativa seja inferior à população dependente financeiramente².

Diante do crescimento do contingente populacional idoso, atrelado ao aumento da qualidade de vida, e ainda, associado aos avanços em medicações de estimulação sexual e reposição hormonal, acontece atualmente um prolongamento e continuidade da atividade sexual até as faixas etárias mais elevadas³.

Porém, esse cenário de avanços ainda se choca com a realidade de preconceitos e exclusão social relacionados ao sexo nessa faixa etária, o que leva ao entendimento errôneo de que os idosos são indivíduos assexuados, e por isso, muitos não conseguem exercer a própria sexualidade sem tabus resistindo a práticas sexuais seguras, por vezes, por não se julgarem vulneráveis à Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)⁴⁻⁵.

Essa realidade abre espaço para que casos de ISTs na terceira idade aumentem, incluindo infecções pelo vírus da Hepatite B, que tem na via sexual sua principal forma de transmissão, representado 60,4% dos casos, no Brasil⁶. Trata-se de uma patologia que se apresenta como uma das mais graves hepatites causadas por vírus, em razão de poder se tornar crônica e estar associada a cirrose hepática e carcinoma hepatocelular⁷.

Dessa forma, casos de Hepatite B na população idosa merecem atenção especial, visto às fragilidades que esses indivíduos já possuem, apresentando-se como um grave problema de saúde pública no Brasil, tornando-se necessárias discussões mais amplas e desenvolvimento de pesquisas atuais relacionadas a esse tema, que procurem entender os vários aspectos relacionados, para que possam ser tomados como base em possíveis intervenções que modifiquem esta problemática.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo conhecer a incidência, no Brasil, de casos de Hepatite B na população idosa no período de 2007 a 2015, afim de realizar uma comparação entre a incidência, por faixa etária e por sexo, na população em geral e na população idosa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa. Para sua realização foram aproveitados dados presentes no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis utilizadas foram Sexo e Faixa etária, relacionadas com a variável HBsAg reagente. Os dados utilizados constam do período de 2007 a 2015.

Em virtude de serem utilizados dados secundários já apresentados no site do DATASUS, não houve necessidade de envio do projeto para o Comitê de Ética, contudo, foram respeitados todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos serão apresentados em forma de tabelas e gráficos, analisados a partir da comparação entre os anos do período de 2007 a 2015, com cada uma das variáveis selecionadas: Sexo e Faixa etária, relacionadas com a variável HBsAg reagente. Em seguida, os resultados encontrados serão confrontados com a literatura adequada a fim de proporcionar uma discussão referente ao tema.

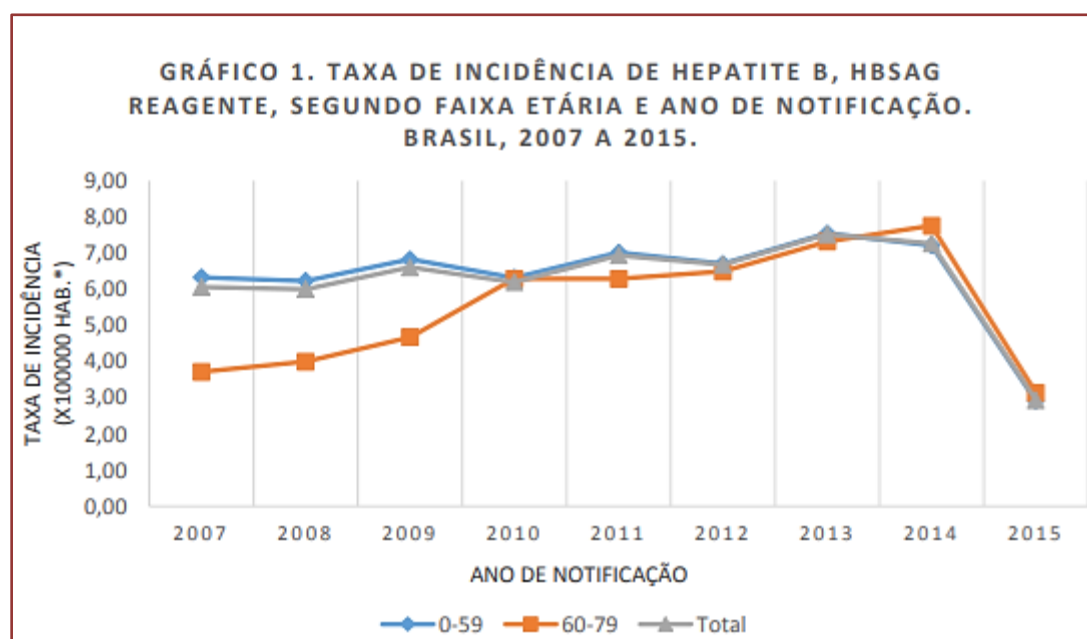
Tabela 1. Incidência de hepatite b, hbsag reagente, por faixa etária no brasil, período de 2007 a 2015, por 100 mil/hab*.

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-04	0,73	0,75	0,75	0,58	0,72	0,73	0,73	0,73	0,25
05-09	0,63	0,65	0,53	0,27	0,35	0,27	0,37	0,32	0,10
10-14	1,23	1,07	0,98	0,85	0,69	0,52	0,57	0,39	0,11
15-19	4,65	4,28	4,25	3,39	3,64	3,17	3,13	2,71	1,07
20-39	9,26	8,93	9,83	9,11	9,59	9,11	10,52	9,74	3,88
40-59	8,18	8,45	9,49	9,10	10,92	10,68	11,80	11,88	4,94
60-64	4,31	4,89	5,93	6,82	7,98	8,43	8,92	9,76	3,93
65-69	3,97	4,00	4,91	4,70	6,40	6,65	7,39	7,83	3,10
70-79	2,84	3,01	3,09	3,61	4,32	4,21	5,48	5,46	2,31
80 e +	1,14	1,50	1,89	1,83	2,13	2,25	2,34	2,73	1,29
Total	5,98	5,93	6,53	6,13	6,86	6,61	7,44	7,19	2,91

Fonte: DATASUS, 2017. *População do IBGE 2015.

Ao analisar a tabela 1 percebe-se que a incidência de Hepatite B na faixa etária de 60 a 64 anos, embora menor que na faixa de 20 a 59 anos, se mostra superior à incidência na faixa de 15 a 19 anos, uma população jovem, em plena atividade sexual e produtiva economicamente, evidenciando que os idosos estão sim mantendo uma vida sexual ativa e que merecem atenção e acompanhamento mais próximos.

Estes resultados corroboram com o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais de 2017, no qual é evidenciado que nos últimos anos há uma concentração maior de HB entre indivíduos com 60 anos ou mais⁸.



Fonte: DATASUS, 2017. *População do IBGE 2015.

É possível notar no gráfico 1, que nos anos de 2014 e 2015 a incidência na faixa de 60 a 79 anos torna-se maior do que na população de 0 a 59 anos, que, juntamente com a tabela 1, evidenciam um crescimento, nos últimos anos, da notificação da HB na população idosa.

Estes resultados podem ser reflexo de uma sociedade que ainda considera os idosos como assexuados, onde há um déficit na educação e assistência em saúde sexual voltada a esse público, pois o alvo das campanhas de prevenção e educação sexual é sempre o jovem. Dessa forma, as medidas profiláticas tornam-se esquecidas nessa fase da vida, já que muitos idosos têm o entendimento de que o uso do

preservativo não é mais necessário, visto que, não estão mais em idade reprodutiva, o que torna esses indivíduos mais expostos à diferentes ISTs⁴, incluindo a Hepatite B.

Tabela 2. Incidência de Hepatite B, HBsAg reagente, por sexo no Brasil, em todas as faixas etárias e na faixa etária 60-79 anos, no período de 2007 a 2015, por 100 mil/hab*.

TODAS AS FAIXAS 60-79							
Ano	Masculino	Feminino	Total	Ano	Masculino	Feminino	Total
2007	6,51	5,47	5,98	2007	5,16	2,52	3,72
2008	6,36	5,51	5,93	2008	5,38	2,85	4,00
2009	7,03	6,05	6,53	2009	6,12	3,48	4,68
2010	6,60	5,67	6,13	2010	7,04	3,55	5,13
2011	7,39	6,35	6,86	2011	8,26	4,66	6,29
2012	7,17	6,06	6,61	2012	8,62	4,73	6,49
2013	8,16	6,73	7,44	2013	9,42	5,58	7,32
2014	7,90	6,51	7,20	2014	10,51	5,47	7,76
2015	3,20	2,63	2,91	2015	4,13	2,33	3,14

Fonte: Datasus, 2017. *População do IBGE 2015.

Observa-se, na tabela 2, que em todas as faixas e em todos os anos, há predomínio do sexo masculino, como demonstrado em um estudo sobre a incidência e mortalidade da HB, no qual a incidência de Hepatite B no sexo masculino se sobrepõe a incidência no sexo feminino^{9,10}.

Estes resultados podem ser explicados, em ambos os sexos, pelo aumento da qualidade de vida, e ao incentivo à socialização, permitindo encontros entre os idosos e multiplicidade de parceiros, que associados aos avanços tecnológicos em saúde, como medicamentos que melhoram o desempenho sexual masculino, têm permitido redescobertas e aumento da atividade sexual entre os idosos¹⁰.

Em relação ao aumento no sexo masculino, podemos associar o maior número de casos à maior exposição em todas as faixas etárias e anos de vida, pois a infecção pode ter ocorrido há mais tempo e apenas nesta faixa etária ter sido notificada. A questão cultural, que apoia a multiplicidade de parceiros no sexo masculino também pode estar diretamente relacionada à disseminação do vírus¹⁰.

4.CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos no presente estudo, é notável que os idosos fazem parte de um grupo que cresce cada vez mais, onde o número de casos de Hepatite B vem aumentando significativamente ao longo dos anos.

Observou-se que a incidência de HB na faixa etária de 60 a 69 anos é maior que na faixa de 15 a 19 anos, ou seja, é um dado importante para se aprofundar em outros estudos, pois faixa de 15 a 19 anos é de intensa atividade produtiva e sexual.

Desse modo, nota-se a necessidade de um olhar diferenciado à população idosa e o entendimento de que fazem parte da população sexualmente ativa e, por isso, estão também expostos às ISTs, incluindo a HB, tornando-se imprescindível novas pesquisas que tenham o objetivo de compreender os diferentes aspectos que, direta ou indiretamente, estejam relacionados à infecção nesse grupo etário, e que possam contribuir para a melhoria da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

- [1] MLFF. Institutionalized elderly: a reflection for longtermcare. Rev Enferm em Foco. 2012; 3(1):22-24.
- [2] Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Rev Ciênc Saúd Colet 2012; 17(1):231-238.
- [3] Arrais AR et al. Atividade Sexual e HIV/AIDS na Terceira Idade: A vivência de alunos da Universidade Federal do Tocantins. Rev. Brasiliamedica. 2014; 51(1): 4-12.
- [4] Sales JC, Teixeira GB, Sousa HO, Rebelo CR. A percepção do idoso de um centro de convivência de Teresina - PI sobre a aids. Rev Min Enferm. 2013; 17(3):620-7.

- [5] Alencar RA, Ciosak SI. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 49(2):229-35.
- [6] Justino EMG, Bacelar SSS, Araújo SD, Oliveira RM, Almeida EB, Sousa GA, et.al. Perfil de portadores de hepatite B em um serviço de referência: estudo retrospectivo. *Ver Bras Promoç Saúde, Fortaleza*. 2014 Jan-Mar; 27(1): 53-61.
- [7] Pudenco P, Koehler AE, Bisetto LHL. Impacto da vacinação na redução da hepatite B no Paraná. *Ver. Gaúcha Enferm*. 2014 Mar; 35(1):78-86.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. 68 p.
- [9] Silva et al. Incidência e mortalidade por hepatite B, de 2001 a 2009: uma comparação entre o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis. *Cad. Saúde Colet*, 2013; Rio de Janeiro, 21(1): 34-39.
- [10] Andrade J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(1):8-15.

Capítulo 10

O palhaço doutor e o paciente idoso: Um relato de experiência na Nefrologia do Huppa

Paula Gabrielle de Almeida

Myrna Lins Tenório

Débora de Cerqueira Santana

Maria Rosa da Silva

Resumo: Associa-se geralmente a atuação de palhaços no hospital à crianças hospitalizadas, por muitas vezes esquecendo-se que os adultos também precisam de uma atenção diferenciada durante a hospitalização, em especial o idoso. Para o idoso que faz hemodiálise três vezes por semana tudo se torna ainda mais intenso, visto que aquela sua rotina é uma situação permanente. Ao se deparar com uma figura fora do padrão hospitalar, que é o palhaço doutor, o idoso acaba descobrindo uma nova forma de lidar com essa realidade, a partir da construção de vínculos que são estabelecidos e fortalecidos no decorrer dos encontros. Relato de experiência da atuação de uma acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, de uma Enfermeira e de uma Terapeuta Ocupacional, como Palhaças Doutoradas na Nefrologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPPA), pelo Projeto de Extensão Sorriso de Plantão a partir de um olhar qualitativo, analisado através de observação participativa nas atividades realizadas durante os plantões, com pacientes idosos que fazem hemodiálise no referido hospital. O Palhaço Doutor atua trazendo uma quebra da rotina hospitalar, levando o humor, a música e a conversa para dentro de um ambiente que pode parecer sufocante e assustador, permitindo a esses idosos momentos gratificantes e de alegria.

Palavra chave: Palhaço Doutor, Hospital, Idoso.

1. INTRODUÇÃO

Quando se fala sobre atuação de palhaços no hospital, associa-se geralmente a crianças hospitalizadas, por muitas vezes esquecendo-se que os adultos também precisam de uma atenção diferenciada durante a hospitalização, em especial o idoso. A realidade hospitalar para o adulto significa um rompimento da sua rotina, afastamento da família e submissão às regras diferentes, as quais ele não está acostumado, o que torna a situação estressante e assustadora¹. Para o idoso que faz hemodiálise três vezes por semana tudo se torna ainda mais intenso, visto que aquela sua rotina é uma situação permanente. A doença custa-lhe a capacidade de agir com independência e autonomia, o emprego, as reservas de dinheiro, o vigor físico, o apetite sexual, a liberdade de comer e beber o que deseja. Tudo o afeta em sua própria imagem corporal. Esses fatores mais o constante risco de morte representam perdas que provocam ansiedade e depressão².

Ao se deparar com uma figura fora do padrão hospitalar, que é o palhaço doutor, o idoso acaba descobrindo uma nova forma de lidar com essa realidade, a partir da construção de vínculos que são estabelecidos e fortalecidos no decorrer dos encontros. A atividade lúdica constitui uma necessidade humana que facilita o processo das relações interpessoais, permitindo ao indivíduo desvelar e compreender as experiências dolorosas e mais conflituosas com espontaneidade, criatividade e prazer, ou seja, o aspecto lúdico é inerente ao ser humano³.

Autores que têm estudado a atuação desses grupos no ambiente hospitalar acreditam que o sorriso resultante de um encontro com o palhaço, demonstra que, de algum modo, o paciente supera seu sofrimento e suas dificuldades, ao menos por alguns instantes. Segundo esses autores, ao rir no hospital, o paciente se distancia dos problemas associados ao seu tratamento, pondo em evidência aquilo que ainda está saudável nele⁴.

A figura do palhaço doutor no ambiente hospitalar promove a valorização da subjetividade numa realidade onde há grande presença do impessoal nas relações^{5,6}. Assim, o palhaço doutor, com sua espontaneidade e disponibilidade para ouvir o próximo, reconhece a singularidade de cada ser que encontra pelo caminho, tornando-se uma via de acesso que permite aos pacientes exteriorizar seus medos, dores, angústias, alegrias e tristezas.

Nesse contexto, este trabalho tem por objetivo descrever a experiência de integrantes do Projeto de Extensão Sorriso de Plantão durante a atuação como palhaças doutoras em um Hospital Universitário, destacando a influência das visitas no processo saúde-doença dos idosos em processo de hemodiálise.

2. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência da atuação de uma acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, de uma Enfermeira e de uma Terapeuta Ocupacional, como Palhaças Doutoradas na Nefrologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPPA), pelo Projeto de Extensão Sorriso de Plantão. Refere-se a um olhar qualitativo, analisado através de observação participativa nas atividades realizadas durante os plantões, com pacientes idosos que fazem hemodiálise no referido hospital. Os plantões ocorrem semanalmente, nas tardes de sábado, com duração de três horas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao interagir com pacientes idosos, percebe-se o quanto a simples aproximação e o diálogo fazem a diferença no cotidiano hospitalar. Esses indivíduos se encontram, muitas vezes, tão necessitados da visita do palhaço doutor quanto as crianças, por estarem vivendo uma situação que influencia diretamente em seu estado emocional e psicológico.

O tratamento por hemodiálise juntamente com a progressão da Doença Renal Crônica (DRC) causam limitações e prejuízos nos estados de saúde mental, física, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação dos pacientes. Essas limitações principalmente de ordem física, aumentam com o avançar da idade, pois os idosos apresentam a fragilidade decorrente do processo de envelhecimento e estão mais sujeitos à ocorrência de múltiplas comorbidades⁷. Esta modalidade terapêutica, na maioria das vezes, gera frustração e limitações, uma vez que é acompanhada de diversas proibições, dentre elas a manutenção de uma dieta específica associada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal em razão da presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa⁸.

É nessas horas que a figura do palhaço doutor se torna importante. A sua presença leva a uma quebra da rotina hospitalar, levando o humor, a música e a conversa para dentro de um ambiente que pode parecer sufocante e assustador. Com as visitas, o palhaço doutor e o idoso acabam estabelecendo uma relação de troca, onde são compartilhados sentimentos de esperança, levando a criação de vínculo, onde o primeiro vai ajudar o segundo a enfrentar todo o seu processo de tratamento.

A hemodiálise torna-se uma forma de tratamento que aprisiona e limita suas ações já que compromete seu convívio social, sua liberdade para viajar, passear. O cotidiano dessas pessoas que necessitam da hemodiálise passa a ser controlado por procedimentos, rotinas e orientações dos profissionais de saúde, exigindo comportamentos que alteram o estilo de vida¹⁰.

Por muitas vezes, esses idosos precisam apenas de alguém que esteja disposto a ser seu ouvinte, um amigo fora do seu círculo familiar que não vai julgá-lo ou menosprezar seus sentimentos, seja ajudando a fortalecer a fé ou arrancando uma risada.

Ao utilizar o lúdico como meio de aproximação, o palhaço doutor apresenta ao idoso novas possibilidades para a ocupação do tempo livre. Na medida em que percebe o sofrimento e o medo, privilegia o olhar e a escuta. O palhaço doutor possibilita que o idoso descentralize o foco de preocupação na doença e nos procedimentos invasivos para outras situações e estímulos agradáveis que permitam, por exemplo, lembrar dos momentos felizes da juventude e das possibilidades de realizar os desejos que ainda estão latentes e que, por vezes, desacreditados.

O paciente resgata sua individualidade ao descontextualizar momentaneamente o estado de doença, retomando sua subjetividade, sua história de vida, seu lugar na família e sua posição na sociedade. É importante também salientar que, na interação com o palhaço doutor o indivíduo em processo hospitalar tem o poder da decisão: ele dita as regras do jogo, ele pode aceitar ou simplesmente rejeitar as brincadeiras, diferentemente da relação com o curso da doença e de certos aspectos do tratamento⁹.

O vínculo criado dessa interação acaba influenciando na aceitação da doença e tendo reflexos positivos no tratamento, pois o paciente se sente bem durante a visita e após esta, tendo essa relação como um aspecto importante do seu tratamento, algo que o ajudou a passar pelo processo e a levantar sua autoestima.

Nesse sentido, pode-se visualizar o humor e o riso como elementos terapêuticos para o cuidado, assim como sua relação com o bem-estar e a saúde, uma abordagem contemporânea que se apoia em evidências científicas, as quais demonstram que “o riso – como expressão de alegria – afeta o sistema cardiovascular, respiratório, imunológico, muscular, nervoso central e endócrino, entre outros”².

Dentre as principais ferramentas de se aproximar do idoso durante as visitas como palhaço doutor, destaca-se a música. Os palhaços percebem a musicalidade como uma grande aliada. Os pacientes escolhem o estilo, o cantor, a música que querem ouvir e se divertem enquanto os palhaços cantam e tocam. Mesmo quando as músicas não saem como o planejado, a diversão proporcionada gera muitos sorrisos, melhorando o humor durante o tratamento.

A experiência na Nefrologia do HUPAA permitiu vivências únicas. O ambiente apresenta indivíduos com patologias semelhantes, todos dependentes de hemodiálise, sempre os mesmos aos sábados. Dessa forma, foi possível a criação de vínculos longos e duradouros, uma grande diferença em um sábado comum, nos quais os narizes vermelhos levam força para enfrentar mais uma semana, mais uma etapa, mais uma luta.

Os momentos compartilhados refletem a singularidade de cada idoso, desde os mais introspectivos, que observam de longe com um sorriso tímido de canto de boca, até os mais expansivos que vão logo exigindo atenção, repletos de gargalhadas e histórias engraçadas. Idosos não são fáceis de agradar como as crianças, não se entregam ao diálogo de uma hora para outra. É necessário estabelecer confiança, para que aos poucos, a cada novo encontro, o vínculo terapêutico possa ser fortalecido ao ponto de despertar o sorriso e aliviar o sofrimento.

Ademais, as experiências com os idosos viabilizaram o conhecimento sobre a importância da humanização da assistência em saúde, salientando a necessidade de aliar a competência técnica com a competência ética e relacional.



Fotos autorizadas⁹.

4.CONCLUSÕES

A partir das experiências adquiridas durante a atuação como palhaças doutoras, foi possível perceber que os idosos em hemodiálise sofrem bastante quando se deparam com a rotina do tratamento, e por todo sofrimento que estão enfrentando, acabam deixando a esperança de lado. No entanto, ao receber a visita do palhaço doutor eles se permitem embarcar em uma atmosfera de alegria, amor e riso, sendo a dor minimizada.

Durante as visitas do Sorriso de Plantão, são notórios os sentimentos de gratidão que os idosos exalam, sejam através dos olhares ou das palavras que expressam com muita emoção o significado de cada toque, gesto, canção ou escuta que o palhaço doutor proporciona durante esses momentos tão singulares.

REFERÊNCIAS

- [1] 1.Utsunomiya, KF et al. MadAlegria – Palhaços de hospital: proposta multidisciplinar de humanização em saúde. Rev Med, 2012; 91(3): p. 202-208.
- [2] 2. Brasil, MLC; Schwartz, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. Acta Sci Health Sci. 2005; 27(2): p. 103-112.
- [3] 3. Olivo, VMF. O ser e o fazer na enfermagem: compreendendo o sentido do trabalho em equipe. 1998. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- [4] 4. Mussa, C; Malerbi, Fek. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. Psic Rev. 2012; 21(1): p. 77-97.
- [5] 5. Floss, M et al. A Humanização através do Programa Recrutas da Alegria da Furg: um Relato de Experiência. Rev Bras Educ Med. 2013; 37 (3); p. 464-470, 2013.
- [6] 6. Rios, IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med. 2009; 33: p. 253-261.

- [7] 7. Kusomoto L et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(n esp): p. 152-159.
- [8] 8. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censos 2007. São Paulo (SP); 2007. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>, acessado em 09 de junho de 2019.
- [9] 9. Takahagui, FM et al. MadAlegria – Estudantes de Medicina Atuando como Doutores-Palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? *Rev Bras Educ Med.* 2014; 38(1): p. 120-126.
- [10] 10. Piger, C et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. *Esc. Anna Nery.* 2010; 14(4): p. 677-683.
- [11] 11. Sorriso de Plantão. Disponível em: www.sorrisodeplantaio.com.br, acessado dia 09 de junho de 2017.

Capítulo 11

Práticas integrativas e complementares em saúde no cuidado humanizado ao idoso

Genilson Bento dos Santos

Clésia Oliveira Pachú

Resumo: O avanço da idade cronológica traz consigo perda progressiva da funcionalidade humana e de características essenciais para realização de atividades cotidianas, debilitando aspectos físicos, sociais e emocionais. Urge-se a implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como intervenção importante para consolidação de perspectivas positivas nesse processo. O presente artigo objetiva relatar a promoção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no cuidado humanizado ao idoso. Utilizou-se de metodologia ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas com 19 idosos participantes do grupo de 3ª idade. As PICS, aromaterapia e meditação, foram promovidas visando a melhoria e/ou manutenção da saúde e prestação humanizada de assistência à saúde do idoso. Na primeira etapa, buscou-se informações acerca da idade, sexo, estado civil e tempo de participação no grupo. Posteriormente, realizou-se a prática de aromaterapia e meditação. Na terceira etapa, realizaram-se rodas de conversa abordando a percepção individual acerca dos benefícios sentidos. A participação no grupo correspondeu a 100% de pessoas do sexo feminino. Observou-se que as intervenções efetuadas promoveram benefícios aos indivíduos da terceira idade, sendo recurso importante para promoção do bem estar pessoal e coletivo, elevação da auto-estima, estando diretamente associada à melhora de aspectos no campo da saúde física, emocional, espiritual e sócio-afetivo. A participação em grupos de idosos é fundamental a 3ª idade, apresentando-se como estratégia de lazer. Ademais, fortaleceu a atuação das Práticas Integrativas e Complementares na promoção de saúde e demonstrou melhoria da qualidade de vida como caminho para longevidade saudável.

Palavras-chave: Saúde, Idoso, PICS, Qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional adquire cada vez mais destaque no cenário mundial. Os avanços nos aspectos tecnológicos, biológicos e sociais se tornaram marco para esse processo, alimentando princípio de crescimento a partir do final do século XX (INÁCIO, 2011). No Brasil, o aumento do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos se deve, dentre outros fatores, a diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade infantil observada no país (BRITO, 2007).

O número de pessoas com 60 anos ou mais de idade passará de 19,6 milhões para 66,6 milhões, entre 2010 e 2050 representando aumento de 239%. Enquanto o grupo de 0 a 14 anos de idade se reduzirá de 49,9 milhões para 31,8 milhões configurando decréscimo de 36,2% (IBGE, 2016). Estas constatações devem ser vistas de forma positiva, em especial para os mais jovens, no sentido de planejar, organizar, trabalhar, encarar sua realidade com mais firmeza e segurança na crença de melhores promissões futuras, com expectativas fortalecidas durante sua vivência.

Ser idoso em uma sociedade capitalista, que visa, acima de qualquer coisa, a superprodução, objetivando o lucro na realidade não está ausente das complicações e determinantes de risco em saúde. Em especial quando se trata de idosos que, normalmente e naturalmente, apresentam perdas progressivas relacionadas à funcionalidade e saúde em geral. Esta deve ser entendida como processo amplo e complexo, a velhice não deve ser vista apenas como etapa natural do ciclo biológico da vida. Por conseguinte, infelizmente, é apontado como sinônimo de improdutividade e incapacidade (SANTOS; PATRIOTA; SOUSA, 2008).

Neste contexto, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC, 2006) utiliza dispositivos que favorecem a construção de um novo modelo de atenção e cuidado em saúde, comprometidas com a valorização da dimensão subjetiva, com o fortalecimento do compromisso do cidadão, fomentando o coletivo e o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos saudáveis e felizes (BRASIL, 2006).

Essa política de saúde é reconhecida internacionalmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por diversos países, como experiência de referência em implantação das medicinas tradicionais e complementares em um sistema nacional de saúde, sendo este um dos principais motivos pelo qual essas práticas são incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Considera-se esta visão da atenção à saúde centrada no exercício da atitude, compreendida como acolhimento e consideração do sujeito como um todo indivisível, complexo e organizado em sistemas integrados. Estas envolvem fatores físicos, psicoafetivos, etnoculturais, sociais, ambientais e espirituais, que condicionam e influenciam a criação de vínculos solidários e cooperativos, estimulando o autocuidado e gerando a responsabilização pelas dimensões que condicionam a vida e a saúde (BRASIL, 2006; LUZ, 1996). Faz-se necessário preservar os direitos e valores dos idosos e acentuar ações em relação aos aspectos relacionados à saúde.

Como citado por BARROS; SIEGEL; SIMONI (2007), em relação aos objetivos da PNPIC para o Sistema Único de Saúde (SUS), foram enfatizados: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

O Ministério da Saúde (2006), destaca ainda a necessidade da escuta acolhedora, de desenvolver um vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. As práticas incorporadas às atividades dos idosos no Centro Cultural, mostradas no decorrer do texto, implicam a Aromaterapia e a Meditação. A aromaterapia pode ser definida como o uso intencional de Óleos Essenciais (OE), que são compostos químicos naturais, complexos e altamente voláteis, caracterizados por aroma forte e produzidos como metabólitos secundários de plantas aromáticas (BAKKALI et al., 2008).

Os OE são substâncias dotadas de propriedades singulares devido à característica química de serem constituídos por inúmeras substâncias, o que lhes conferem a particularidade de não poderem ser substituídos por outro sintético, apesar da semelhança olfativa. Os produtos sintéticos são denominados “essências” e atuam de modo restrito no organismo pelo fato de apresentarem composição química determinada, enquanto os OE agem de forma mais abrangente. Os métodos de aplicação mais comum na prática da aromaterapia são: pulverização e difusão aérea, inalação, compressas, banhos e massagens. O

modo mais adequado a ser empregado é definido de acordo com a prescrição do médico ou profissional especialista, levando-se em conta a substância a ser utilizada (CORAZZA, 2002). Tem a finalidade de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene (TISSERAND, 2004).

A meditação foi acrescentada à PNPIC pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria 849/2017, reconhecendo suas vantagens à saúde e ao bem estar do indivíduo tornou-se recurso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde junto com mais 13 novas práticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). É definida como prática de integração mente-corpo baseada na consciência do momento presente, com atenção plena e não julgadora a cada instante, compreendendo um conjunto de técnicas que buscam treinar a focalização da atenção (DEMARZO, 2011). Dessa forma, pode ser chamada de processo auto regulatório da atenção, onde por meio da prática é desenvolvido o controle dos processos atencionais (SHAPIRO et al., 2006).

O texto reflete a utilização dessas duas práticas num contexto social delimitado. Observou-se serem promissoras como fator determinante na promoção de saúde. Pode-se esperar que tais modelos de intervenção e promoção à saúde pública contribua de forma significativa para um bem maior, a longevidade saudável. Incorpora-se a perspectiva humanista de atenção à saúde na qual respeite e preserve os direitos e valores sociais dos idosos.

Entretanto, torna-se importante que trabalhos como este, fomento à implantação e implementação das ações e serviços referentes às PICS, sejam realizados. Apesar de sua prática se apresentar como relevante para comunidade, carece de maior acessibilidade aos destinados. A publicação da Portaria 971 é uma conquista para saúde pública, porém, não garante o acesso efetivo às práticas integrativas e complementares em saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é preciso garantir a eficácia, segurança e qualidade destas práticas, além de promover seu acesso e uso racional.

O presente estudo desenhou-se por meio de metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas, realizado no grupo de 19 idosos do Centro Cultural, na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba, no período de setembro a outubro de 2018. Os participantes expuseram em rodas de discussão pontos relevantes acerca da melhoria da saúde e valores impostos pelas práticas executadas - Aromaterapia e Meditação - partindo da sua própria ótica.

O presente artigo objetiva relatar a promoção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no cuidado humanizado ao idoso.

2.METODOLOGIA

Trata-se de intervenção social utilizando metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas acerca das Práticas Integrativas e Complementares realizado com 19 idosos participantes do grupo de 3ª idade do Centro Cultural Lourdes Ramalho da cidade de Campina Grande, Paraíba, no período de setembro a outubro de 2018.

O trabalho foi desenvolvido por meio de sessões de aromaterapia e meditação (Exercício de Fantasia) propiciando a participação da terceira idade em dinâmicas que promovem saúde, por meio da utilização das PICS.

Sabe-se que o envelhecimento humano decorre do acréscimo de perdas associadas à saúde física, mental e social (SANTOS; PATRIOTA; SOUSA, 2008). Como forma de reduzir tais limitações, por meio da prevenção de agravos e retardo dos processos deteriorantes, inseriu-se no contexto social e da saúde pública, a PNPIC, promovendo maior acessibilidade aos cuidados em saúde e longevidade saudável ao idoso.

O local de realização das atividades é o Centro Cultural Lourdes Ramalho, localizado na cidade de Campina Grande, município brasileiro no Estado da Paraíba. Campina Grande é considerada um dos principais pólos industriais da região. De acordo com estimativas de 2017, tem população de 410.332 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba. Quanto a região metropolitana, formada por 19 municípios, possui população territorial total estimada em 638.017 habitantes (IBGE, 2017). Em relação à população de municípios com mais de 65 anos de idade, situa-se em torno de 29.286 idosos (POPULAÇÃO, 2010).

O Centro Cultural Lourdes Ramalho foi fundado em 08 de outubro de 1982, em homenagem a uma das mais brilhantes e importantes personalidades da dramaturgia paraibana. Há 36 anos vem despertando o interesse dos alunos e prestigiantes por abraçar e disseminar fortemente temas culturais, expandindo a ideia no tocante a realização atividades físicas, artísticas, enfim que promovem saúde e lazer (Práticas

integrativas, música, idiomas, artes marciais, dança, desenho). Designa-se como importante local de referência na cidade. O Centro está aberto a todos os populares (crianças, jovens, adultos e idosos). Ademais, disponibiliza ampla gama de alternativas para conhecimento, desenvolvimento de habilidades que podem fazer a diferença no contexto social.

As atividades acontecem nas terças e quintas-feiras, duas vezes na semana, divididas em dois turnos: Manhã e tarde, nos horários de 08:00 às 10:00 e de 14:00 às 16:00 horas, respectivamente. O grupo de idosos é composto por 62 e 54 participantes, nos turnos da manhã e tarde, respectivamente.

Foi utilizada metodologia ativa do tipo problematização, com 19 participantes do grupo de idosos do Centro Cultural da cidade de Campina Grande, Paraíba, no período de agosto a setembro de 2018. Na primeira etapa, os idosos informaram sexo, idade, estado civil e tempo de participação no grupo. No segundo momento, realizaram-se as devidas intervenções por meio das PICS, Aromaterapia e Meditação.

Na terceira etapa, os idosos participaram de rodas de conversas acerca de saúde e possível melhoria da qualidade de vida. Nestas, expuseram suas experiências e permitiu-se que as demais participantes pudessem escutar e integrando-se à discussão proposta. Desta maneira, todos compartilharam, voluntariamente, informações referentes à vida pessoal e vivências com as colegas intrínsecas ao projeto.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observou-se que, dos 116 idosos que participam do grupo de idosos do Centro Cultural Lourdes Ramalho, 19 participaram ativamente da presente intervenção. Em relação às informações pessoais, viu-se que, 19 (100%) eram do sexo feminino; 11% têm menos de 60 anos; 31% encontram-se na faixa etária de 60 a 69 anos; 54% de 70 a 79 anos e 4% têm 80 ou mais anos. Quanto ao estado civil, 46, 31, 15 e 8% eram viúvas; casadas; solteiras e divorciadas, respectivamente. A média de idade das idosas foi de 69,58 anos. No tocante ao tempo no projeto, foi denotado que 15% participam a menos de 1 ano, 54% estão de 1 a 5 anos e 31% a mais de 5 anos.

Na atualidade, o envelhecimento humano, em especial de pessoas do sexo feminino, tem trazido diversas práticas inovadoras que promovem mudança direta em paradigmas, como o ser/fazer da mulher. Embora o sexo feminino, em sua grande maioria, esteja disposto ao parto e suas consequências, exigências de espaço na sociedade, atrelado à esfera familiar e sócio-educacional. Se, de um modo, os desafios são gritantes e necessita de novas colaborações e compreensão do mundo globalizado, a percepção do ser mulher em meio ao particular da sua existência, implica atributos para longevidade, família e amigos.

Neste estudo, mostra-se que 54% das idosas de 70 a 79 anos são representativas no exercício da cidadania e quando somadas aos 31% na faixa etária de 60 a 69 anos, representa bem o topo de necessidade de intervenção que alinhe o acolher, discutir e harmonizar práticas que modifiquem o cenário de quietude para vida, para o próximo e para si (BAUMAN, 2001). Abre-se espaço para demandas e contraposição às privações e ao cenário perverso de inacessibilidade a direitos.

O estado civil das idosas remete a necessidade de convivência com outros membros da 3ª idade, seja para partilhar experiência ou aprender a manter-se em grupo. Tal prática demonstra que o idoso não se apresenta solitário em pensamentos e ações, sabe onde buscar companhia e fazer amigos.

Durante o envelhecimento, torna-se muito comum o aparecimento de doenças, ou pelo menos de complicações predisponentes. Os idosos mantêm-se como a faixa de idade com maiores índices de Doença Crônica Não Transmissível – DCNT (PNS, 2013).

No Brasil, esse contexto de morbidade, realista e preocupante, não se difere do restante do mundo. Segundo dados do IBGE, no ano de 2030 o Brasil terá a sexta população mundial em número absoluto de idosos. As doenças ligadas ao processo do envelhecimento conduzem a dramático aumento dos custos assistenciais de saúde, além de importante repercussão social, com grande impacto na economia dos países (FERREIRA, 2014).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, 77,4% dos idosos se declararam com alguma DCNT, sendo que, aproximadamente 55% de indivíduos que possuem Plano de Saúde Suplementar (PSS) apresentam alguma DCNT. Entre aqueles com maior influência sobre a saúde dos idosos, destacam-se a dieta pouco saudável, a falta de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool. Em torno de 80% dos idosos padecem de uma ou mais DCNT (MUNIZ et al., 2017) e 36% podem padecer de três delas (SILVA; SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para fortalecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2015).

Os relatos proferidos pelas participantes no tocante a realização da aromaterapia e meditação, acerca de melhor situação emocional, no âmbito promoção de saúde, atenderam às expectativas acerca da promoção de saúde. A melhora da qualidade de vida abrange aspectos pessoais e socioculturais (RIBEIRO; SANTANA, 2015). Foi possível refletir entre os idosos os benefícios adquiridos, dificuldades ou limitações encontradas, frente os cuidados à saúde.

Os participantes declararam se sentirem mais relaxados e calmos após a sessão de aromaterapia (Figura 1). O resultado corrobora com a pesquisa de LYRA; NAKAI; MARQUES (2010), envolvendo 36 voluntários estudantes, na qual verificou, por meio dos níveis de estresse e ansiedade antes e depois, que houve melhora significativa desses aspectos no grupo tratado com aromaterapia quando comparado ao grupo controle. Supõe-se que este resultado possa ser atribuído a efeitos descritos na literatura, mas que não foram exaustivamente testados em pesquisas científicas. Alguns exemplos dessas explicações são: Os efeitos tônicos (revigorantes) e calmantes sistêmicos dos óleos essenciais após absorção pelo epitélio pulmonar e no sistema nervoso central (YAMANDA; MIMAKI; SASHIDA, 2005); e, Diminuição de pressão arterial, aumento da temperatura da pele acompanhada de subjetivo aumento de calma e relaxamento (HONGRATANAWORAKIT E BUCHABAUER, 2006).

Figura 1 - Prática de aromaterapia pelo grupo de idosas, no Centro Cultural. Campina Grande, PB, 2018.



Fonte: O autor, 2018.

Quanto aos resultados da meditação, os idosos relataram que foi possível “viver, sentir o que era falado na história. Possibilitou viajar para outros lugares sem sair do lugar. Sentiram-se utilizando vestimentas da infância, revelando a sensação agradável. A principal percepção relatada pelos idosos foi a de relaxamento, conforme registrou uma das participantes acerca da meditação:

“Eu, hoje, passando por momentos difíceis da minha vida. Mas nessa hora, nossa, me senti muito bem, entendeu? Esse relaxamento eu estava precisando. Tinha uma criança que me dava a paz que estava precisando no momento. Aliviou mais minha cabeça, pois passava por momentos difíceis. Eu amei”.

Atualmente, é ensinada e estudada em muitos ensaios clínicos como o Programa de Redução do Estresse – PRE (KABAT-ZINN, 1990; KABAT-ZINN, 2003). Natália (2008), utilizou a meditação em grupo de idosos com dor lombar crônica e observou que houve aumento da consciência corporal conduzindo a mudança de comportamento, melhor enfrentamento e redução direta da dor.

O tempo de participação de cada indivíduo no grupo em estudo, revela que o trabalho está se expandindo e abrindo espaços para demais cidadãos, estendendo a mão pela melhoria das condições de saúde da pessoa idosa. A convivência entre idosos é salutar para o reconhecimento do realizado por estes até a presente data, onde permanecem contribuindo para o futuro, quiçá de todos os cidadãos.

Ademais, verificou-se a melhora na disposição física para realização de atividades de vida cotidianas; do humor e senso de alegria em suas vidas; redução de dores; fundamental no processo de socialização, novas amizades e familiar; diminuição do estresse; otimização e melhora do sono; Além de excelente opção de lazer.

4.CONCLUSÕES

O sexo feminino tem demonstrado maior participação em termos de cidadania ativa quando referido a longevidade. A ocupação de grupos de idosos nos espaços, delimitados pelo tempo como desnecessários, apresentam-se como predileção para assistência aos idosos na realização das práticas apresentadas.

Embora, neste estudo, o sexo tenha apresentado praticamente singularidade para o aspecto feminino na participação em grupos da terceira idade, a idade e estado civil foram diversos. Este resultado, possivelmente se deve ao momento vivenciado pelo idoso, a permanência em sua residência, mais solitário, a saída do trabalho - aposentadoria, a necessidade humana de trocas de conhecimentos, sentimentos e novas experiências.

Estima-se que a maior valorização do idoso possa se concretizar em futuro próximo. Diante disto, observa-se como meio de adiantar esse processo, desenvolver e expandir tais atividades: Inclusivas, dinâmicas, que acrescentem aos idosos maior participação social. Destacando a importância disso para inibir estereótipos que profanam a velhice como uma fase de improdutividade e, principalmente, quando se fala que é sinônimo de doença e gatilho para declínio econômico.

O indivíduo nessa fase da vida, normalmente apresenta grandes possibilidades para avanço pessoal e/ou coletivo, baseando-se no conhecimento e experiências adquiridas no decorrer de sua vivência. Agora, deve-se saber utilizá-las de modo propício ao desenvolvimento: Social, cultural, mental e físico. Nesta perspectiva, a velhice passaria a ser vista com outra concepção, não rotulada pelas perdas, mas sim, reconhecida como oportunidade de se realizar. Cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e de identidade autônoma (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O nível de satisfação observado nos idosos participantes do grupo de idosos se mostrou enriquecedor. O que implica afirmar, como substancialmente proveitoso, destinar semelhante metodologia a espaços onde estão ausentes atividades direcionadas à terceira idade. Com isso, a promoção da saúde e prevenção de agravos poderá se estender ainda mais, dispondo benefícios no tocante a redução de gastos econômicos no âmbito de tratamentos a distúrbios patológicos e da saúde global.

O estudo tratado enriquece a constatação da literatura científica acerca dos benefícios provindos das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e sua importância para promoção da saúde, demonstrando que estão intimamente interligados. Contudo, apresenta-se ainda, a participação em grupos de idosos como alternativa e caminho a ser percorrido para alcance da longevidade saudável. Neste contexto, considera-se que este estudo poderá subsidiar políticas públicas de atenção ao idoso, que enfatizem a importância das PICS no cuidado humanizado ao idoso.

REFERÊNCIAS

- [1] Barros, Nelson; Siegel, Pâmela; Simomi, Carmen. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Campinas, SP. 2007. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 92 pp.
- [2] Bauman, Zigmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Plano de cuidado para idosos na Saúde Suplementar [Internet]. Brasília, DF: ANS; 2012.
- [3] Debert, Guita G. A reinvenção da velhice. São Paulo: EDUSP, 1999. Felix, Jorgemar. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. São Paulo; PUC.
- [4] GEIB, Lorena. Determinantes sociais da saúde do idoso. Passo Fundo, RS. 2012. Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo. Ciênc. saúde coletiva. vol.17, n.1, pp.123- 133.

- [5] Girard, Tanize e Feix, Leandro. Mindfulness: Concepções Teóricas e Aplicações Clínicas. Porto Alegre, RS. 2016. Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia; 1 (2): 94-124.
- [6] Lyra; Nakai; Marques. Eficácia da aromaterapia na redução de níveis de estresse e ansiedade em alunos de graduação da área da saúde: estudo preliminar. São Paulo. USP. 2010. Fisioterapia e Pesquisa, v.17, n.1, p.13-7.
- [7] Matsuto, Sandra. Envelhecimento, atividade física e saúde. São Caetano do Sul. 2009. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física. BIS (Boletim do Instituto de Saúde). Impressão n.47.
- [8] Ministério da Saúde. Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 21 de out. 2018.
- [9] Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. Genebra, Suíça. Disponível em: <https://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/>. Acesso em: 20 set. 2018.
- [10] Pennafort, Roberta. Mulheres vão mais ao médico que homens, mostra IBGE. ESTADÃO. 2015. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mulheres-vao-mais-ao-medico-que-homens--mostra-ibge,1698459>>. Acesso em: 25 set. 2018.
- [11] Schneider, Rodolfo e Irigaray, Tatiana. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Campinas, SP. Scielo. 2008.
- [12] Silva, Alessandra. Centro Cultural Lourdes Ramalho: espaço artístico, voltado para a cultura da cidade de Campina Grande. Campina Grande. 2015. TCC.
- [13] Silva, Simões. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro. 2016. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Livro;[107]-113.
- [14] Souza, C.; Patriota, L.; Santos, W. O Centro de Convivência do Idoso de Campina Grande/PB na ótica de seus usuários. Campina Grande. 2008. VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação; XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica.

Capítulo 12

Capacitação e formação necessárias aos cuidadores domiciliares: Uma perspectiva na qualidade da assistência a pessoa idosa

Shirleíze Mariane Pereira Santos e Gomes

José Jailson de Almeida Júnior

Resumo: Introdução: Diante do cenário da sociedade global, voltamos os olhares para a realidade da população idosa de nosso País, que tem crescido devido a melhorias nas condições de vida e saúde contribuindo para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Com o passar dos anos a perda de autonomia e o comprometimento de ações que dificultam o desenvolvimento de atividades diárias simples como o próprio autocuidado com a higiene no idoso em idade avançada, exige o surgimento da figura do cuidador de idosos. Faz-se necessário que tanto profissionais da área da saúde quanto cuidadores possam estar preparados para a prestação de cuidados mais humanizados e que possam sanar as necessidades impostas no decorrer do processo de envelhecimento. Cuidar da pessoa idosa requer habilidades e cuidados muitas vezes complexos, sendo necessária uma capacitação e competência do cuidador. Diante do exposto, justifica-se a importância da realização desta pesquisa, corroborar com a necessidade de uma formação e capacitação dos cuidadores da pessoa idosa em domicílio, objetivando, por meio de um levantamento na literatura, entender quem, em sua maioria, são os cuidadores e a real necessidade de uma formação/qualificação de suas competências. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa sistemática em bases de dados eletrônicas, como SCIELO, LILACS, referenciais bibliográficos de artigos, revistas eletrônicas, Ministério da Saúde e livros, uma vez que envolvem o contexto do cuidador de idosos em domicílio. DISCUSSÕES: Em consequência a esse aumento da população que vivencia o processo de envelhecimento e que são dependentes e vulneráveis, cria-se uma maior preocupação quanto ao cuidador, que, muitas vezes não se encontra preparado adequadamente, podendo gerar complicações no ato de cuidar. O sistema de saúde pública nacional não está preparado para dar suporte ao idoso que adoece nem à família que cuida, gerando o aumento da sobrecarga e o estresse^{14,16}. A iniciativa de se implantar uma política voltada para a qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso ocorre num contexto em que a preocupação, por parte dos gestores, especialistas e da sociedade em geral vem se voltando de forma cada vez mais crescente para as necessidades de se preparar o país, através de suas políticas públicas, redes de serviços e recursos institucionais para o processo de envelhecimento da população brasileira²⁰. Assim sendo, a prestação de cuidado ao idoso requer o desenvolvimento de habilidade e competências, já que o processo de envelhecimento é carregado de especificidades próprias e diferentes das demais faixas etárias. CONCLUSÃO: Diante dessa realidade, é fundamental tomar consciência da importância do cuidador, muitas vezes familiar e de sua formação, voltar nossos olhos a população idosa. Esse cuidado complexo, cercado de particularidades e que exige uma compreensão e capacitação adequadas, devem ser vistos como meio motivador para a criação e implementação de políticas públicas.

Palavras-chave: Capacitação; Cuidadores; Idoso.

1. INTRODUÇÃO

Diante do cenário da sociedade global, voltamos os olhares para a realidade da população idosa de nosso país, que tem crescido devido a melhorias nas condições de vida e saúde contribuindo para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. É possível se observar, em cenário mundial, o fenômeno da transição demográfica, que está associado a reduções das taxas de fecundidade e natalidade, com inversão da pirâmide populacional¹.

Podemos observar então que “é de extrema importância esclarecer o papel que o idoso desempenha na sociedade e elucidar o processo pelo qual o envelhecimento se coloca diante de uma discussão que vem ganhando apoio, espaço e expressão²”.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo natural no qual a reserva funcional dos indivíduos diminui progressivamente, o que, em condições normais, ocorre sem ocasionar problemas. Porém, quando associado a alguma doença pode ocasionar uma condição patológica e, muitas vezes, suscitar dependência de assistência familiar para atividades cotidianas³.

Com o passar dos anos a perda de autonomia e o comprometimento de ações que dificultam o desenvolvimento de atividades diárias simples como o próprio autocuidado com a higiene no idoso em idade avançada, exige o surgimento da figura do cuidador de idosos. O aumento na carga de doenças e a dependência na terceira idade podem gerar a necessidade de práticas alternativas a hospitalar, como a atenção domiciliar, que emerge como prática complementar e substitutiva, articulando ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação em saúde, [...] e com a presença de um cuidador, que é requisito fundamental para a prestação de cuidados no domicílio⁴.

Muitos idosos acometidos por doenças e agravos crônicos demandam acompanhamento constante, uma vez que essas condições tendem a manifestar-se de forma expressiva podendo gerar um processo incapacitante, afetar a funcionalidade da pessoa e dificultar o desempenho das suas atividades de vida diária de forma independente, necessitando a presença de um cuidador familiar³.

Esse cuidador pode ser caracterizado como aquele que promove o cuidado dos indivíduos dependentes, de acordo com as necessidades advindas da incapacidade funcional, seja ela temporária ou permanente⁵. Essas ações envolvem suporte físico, atendimento a demandas relacionadas à alimentação, higiene e segurança, além de suporte emocional, sendo estes desenvolvidos de maneira direta e contínua. Os cuidados e as responsabilidades tendem a aumentar conforme a evolução da doença e o grau de dependência apresentado⁶.

Faz-se necessário que tanto profissionais da área da saúde quanto cuidadores estejam preparados para a prestação de cuidados mais humanizados e que possam sanar as necessidades impostas no decorrer do processo de envelhecimento.

Cuidar da pessoa idosa requer habilidades e cuidados muitas vezes complexos, sendo necessária uma capacitação e competência do cuidador. No âmbito domiciliar, frequentemente os cuidados são prestados por um familiar, ou muitas vezes, por parte de pessoas leigas que não possuem formação e competência técnica, o que pode comprometer a integridade e propiciar vulnerabilidades à pessoa idosa, o que se destaca, portanto, a necessidade de se qualificar os cuidadores de idosos^{7,22}.

Diante do exposto, justifica-se a importância da realização desta pesquisa, corroborar com a necessidade de uma formação e capacitação dos cuidadores da pessoa idosa em domicílio, objetivando, por meio de um levantamento na literatura, entender quem, em sua maioria, são os cuidadores e a real necessidade de uma formação/qualificação de suas competências.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa sistemática em bases de dados eletrônicas, como SCIELO, LILACS, referenciais bibliográficos de artigos, revistas eletrônicas, Ministério da Saúde e livros, uma vez que se fazia necessário um maior entendimento e familiaridade com o tema que envolve o contexto do cuidador de idosos em domicílio.

A pesquisa nas bases de dados se deu primeiramente por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que foi possível obter os termos: capacitação, cuidadores e idoso como palavras-chaves do artigo e em seguida realizou-se a procura pelas bases de dados disponíveis, não se fazendo necessária uma pergunta de pesquisa por se tratar de um estudo observacional.

Após a busca, avaliamos e selecionamos os artigos e estudos viáveis e que atendiam aos critérios da pesquisa. Por fim, foi elaborada as referências bibliográficas que constam todos os artigos, autores, a data e local das buscas realizadas.

3.DISSCUSSÕES

O envelhecimento da população constitui-se um fenômeno natural orgânico e mundial que tem ocorrido muito rapidamente em nosso país e proporcionalmente dando uma nova cara ao Brasil, que décadas atrás era considerado uma nação jovem. Um dos maiores feitos conquistados pelo homem foi o incremento da quantidade de anos vividos. “O efeito combinado da redução dos níveis de fecundidade e da mortalidade no Brasil tem produzido transformações no padrão etário da população, sobretudo a partir de meados dos anos 1980⁸”.

Aproximadamente 40% dos idosos que apresentam idade entre 75 e 84 anos e mais da metade da população de 85 anos e mais apresentam algum grau de incapacidade⁹. Isso gera cada vez mais um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de pessoas para suprirem suas incapacidades, e, na maioria das vezes, essas pessoas são os familiares¹⁰.

Em consequência a esse aumento da população que vivencia o processo de envelhecimento e que são dependentes e vulneráveis, cria-se uma maior preocupação quanto ao cuidador, que muitas vezes, este, não se encontra preparado adequadamente, podendo gerar complicações no ato de cuidar. Essa vulnerabilidade que os indivíduos idosos apresentam aos desafios do próprio ambiente, afeta não apenas a si, mas sim, na maioria das vezes, aos próprios familiares que passam a ser responsáveis por auxiliar tarefas que deveriam ser desempenhadas no autocuidado. O familiar vivencia a sobrecarga física, emocional e socioeconômica, e é fundamental o treinamento adequado para que ele se torne mais seguro e preparado para assumir as responsabilidades no cuidado do familiar dependente¹¹.

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa¹².

A família é, geralmente, a primeira e a mais constante unidade de saúde para seus membros, sendo que o cuidado prestado envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, incluindo as de reabilitação¹³.

A dificuldade em lidar com a doença pela falta de compreensão da sua magnitude foi um tema muito explorado em um estudo de 2004¹⁴ realizado com cuidadores informais de idosos portadores de doença de Alzheimer (DA) em Porto Alegre. Os cuidadores apontaram dificuldades em obter informações para entender e enfrentar a doença de seu familiar. Corroborando essa afirmativa, outras pesquisas¹⁵ enfatizam que a grande maioria da população de cuidadores informais no país ainda se encontra sem as informações e o suporte necessários de assistência ao idoso dependente. O sistema de saúde pública nacional não está preparado para dar suporte ao idoso que adoece nem à família que cuida, gerando o aumento da sobrecarga e o estresse^{14,16}.

O cuidado domiciliar tem gerado um mercado de trabalho informal, composto por pessoas leigas que cuidam de forma às vezes pouco efetiva e com baixa qualidade¹⁷. O fato de ter sob sua responsabilidade o cuidado de uma pessoa idosa, não significa que possui conhecimentos básicos e indispensáveis de como cuidar de “seu idoso”¹⁸.

Partindo dessa conjuntura, se faz suposições a respeito da importância e da necessidade de habilitar recursos humanos qualificados para o cuidado da pessoa idosa que envelhece com diferentes graus de dependência¹⁹.

Segundo Camarano⁹, apesar dos avanços para se garantir “uma renda mínima para a população idosa, (...) a provisão de serviços de saúde e de cuidados formais ainda é uma questão não equacionada”. Para essa autora, tal questão assumiria “uma importância ainda maior em função do envelhecimento da própria população idosa⁹”.

A iniciativa de se implantar uma política voltada para a qualificação de trabalhadores para o cuidado ao idoso ocorre num contexto em que a preocupação, por parte dos gestores, especialistas e da sociedade em geral vem se voltando de forma cada vez mais crescente para as necessidades de se preparar o país,

através de suas políticas públicas, redes de serviços e recursos institucionais para o processo de envelhecimento da população brasileira²⁰.

Além disso, existe a “necessidade de promover a qualificação profissional mediante processo sistemático de formação (...), assegurando acesso ao aproveitamento de estudos, formação em itinerário e obtenção de certificado profissional com validade nacional²¹”. A formação em larga escala também traria um forte estímulo para que o exercício da atividade se tornasse cada vez mais associado à qualificação prévia e/ou permanente do cuidador formal²⁰.

Significa, em outras palavras, considerar que o ‘cuidado’ deve se constituir como direito social universal, já que é imprescindível para o envelhecimento com dignidade e para o direito inalienável à vida²². Assim sendo, a prestação de cuidado ao idoso requer o desenvolvimento de habilidade e competências, já que o processo de envelhecimento é carregado de especificidades próprias e diferentes das demais faixas etárias. Com a devida capacitação dos cuidadores se obtém um melhor cuidado humanizado que propicie um envelhecimento mais ativo, digno, saudável, com qualidade de vida.

4.CONCLUSÃO

Diante desta realidade, é fundamental tomar consciência da importância do cuidador, muitas vezes familiar como de sua formação e voltar nossos olhos a população idosa, fazendo-se necessário que os cuidadores estejam preparados para lidar com o idoso, prestando cuidados mais humanizados e que possam sanar as necessidades dos mesmos.

Esse cuidado complexo, cercado de particularidades, que muitas vezes gera no cuidador medo, desconforto e que exige uma compreensão e capacitação adequadas, devem ser vistos como meio motivador para a criação e implementação de políticas públicas, tendo em vista o aumento da população que vivencia o processo de envelhecimento e suas incapacidades.

Podemos observar, por meio deste estudo, alguns aspectos importantes para serem analisados e discutidos pelos serviços de saúde pública do País para que o mesmo possa dar subsídio e direcionamento para os cuidadores, sejam eles familiares ou não, para o cuidado real com a pessoa idosa, estando aptos para identificação e resolutividade de problemas e necessidades que decorrem o processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- [1] Rocha Júnior PR et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 [acesso em 2017 out 18]; 16(7):3131-3138. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/trabalho_EV040_MD4_SA11_ID347_27072015122007.pdf
- [2] Calderon AI, Guimarães RF. Família: a crise de um modelo hegemônico. *Serviço Social e Sociedade*. 1994;46:21-34. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf>>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2007; Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/hs/article/view/1119>>.
- [4] Brasil (BR). Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2013 [acesso em 2017 out 18]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/trabalho_EV040_MD4_SA11_ID347_27072015122007.pdf
- [5] Coppetti LC, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Dalmolin A. Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar de idosos dependentes no domicílio. 2019 [acesso em 2019 jun 14]; 44(1):58-66. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcs/hs/article/view/1119>>
- [6] Lindolpho MC, Caldas CP, Acioli S, Vargens OMC. O cuidador de idoso com demência e a política de atenção à saúde do idoso. *Rev Enferm UFPE*. 2014; 8(12):4381-90. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10187/10739>>.
- [7] Brites AS, Santana RF. Manuais e guias práticos para a formação de cuidadores de idosos: implicações éticas e legais. *Rev. Enf. Profissional*. 2014 [acesso em 2017 out 18]; 1(1):92-105. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/trabalho_EV040_MD4_SA11_ID347_27072015122007.pdf>.
- [8] Brasil (BR). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 [acesso em 2017 out 18]; 12:44.

- [9] Camarano AA, El Ghaouri SK. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: Camarano AA, organizadora. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 1999 [acesso em 2017 out 18]; 281-304. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [10] Karsch UM. Idosos e cuidadores. Cad Saude Publica; 2003 [acesso em 2017 out 18]; 19(3):861-66. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [11] Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interciência; 2004 [acesso em 2017 out 18]; 41-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.37- 43. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cuidador_idosos_formacao.pdf.
- [13] Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. Acta Sci Health Sci; 2004 [acesso em 2017 out 18]; 26(1):107-12. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [14] Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Sci Health Sci; 2014 [acesso em 2017 out 18]; 26(1):135-45. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [15] Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. Rev Saude Publica; 2004 [acesso em 2017 out 18]; 38(6):835-41. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [16] Waidman MAP, Elsen I. Família e necessidades... revendo estudos. Acta Sci Health Sci; 2004 [acesso em 2017 out 18]; 26(1):147-257. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [17] Berzins MV. Cuidador de idosos: necessidade de inserção nas políticas públicas. In: Rosen J. um olhar para o cuidado do idoso. São Paulo: Palavra ao Mundo; 2012. p.162-174. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cuidador_idosos_formacao.pdf.
- [18] Ravagni LAC. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: Born T. Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p.54-55. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cuidador_idosos_formacao.pdf.
- [19] Faht G, Sandri JVA. Cuidador de idosos: formação e perfil dos egressos de uma instituição de ensino. 2016 [acessos em 2019 jun 17]; 40(1):21-27. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/cuidador_idosos_formacao.pdf.
- [20] Groisman D. Formação de cuidadores de idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al (Org.). Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV; 2013 [acesso em 2017 out 18]; 391-419. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13867/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Formacao%20de%20Cuidadores%20de%20Idosos.pdf
- [21] Brasil. Ministério da Saúde. Proposta de Perfil de Competências Profissionais do Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência. Brasília; 2007 [acesso em 2017 out 18]; Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13867/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Formacao%20de%20Cuidadores%20de%20Idosos.pdf
- [22] Canuto WS, Figueiredo DSTO. Competências de cuidadores de idosos dependentes na atenção domiciliar: revisão sistemática. In: Anais do IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2015 [acesso em 2017 out 18]; Campina Grande - PB; 2015; 2(1). Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/trabalho_EV040_MD4_SA11_ID347_27072015122007.pdf
- Amarano AA. (Org.). Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010 [acesso em 2017 out 18]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13867/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Formacao%20de%20Cuidadores%20de%20Idosos.pdf
- [23] Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Revisão. [acesso em 2017 out 18]; 1-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715309019.pdf>
- [24] Espitia AZ, Martins JJ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina; 2006 [acesso em 2017 out 18]; 35(1):52-59. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/355.pdf>.
- [25] Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2012; 65(5):829-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>.

Capítulo 13

A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado: Uma revisão bibliográfica

Sofia Bezerra Santos

Danuza de Oliveira Silva

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Maysa Arlany de Oliveira

Rosana Alves de Melo

Maria Elda Alves de Lacerda Campos

Resumo: Introdução: A quantidade de idosos vem ampliando progressivamente, evidenciado pelo processo de transição demográfica e epidemiológica nas últimas duas décadas, com isso o surgimento e o aumento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), substituindo o papel familiar, decorrente das circunstâncias da vida moderna e socioeconômicas. Objetivo: conhecer os principais estudos sobre a qualidade do cuidado prestado ao idoso em Instituições de Longa Permanência. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de busca na base científica do Scielo, *Google Scholar* e livros a partir dos descritores Saúde do Idoso Institucionalizado, Idoso, Assistência a Idosos. Os artigos cujos resultados convergiram para o tema proposto foram utilizados. Quatro categorias foram criadas para apresentação dos resultados e discussão. Resultados e discussão: Os autores apontam um sentimento de abandono e uma deficiência prestada no cuidado da família e dos profissionais além das dificuldades relacionadas a estrutura física no cuidado prolongado. Conclusão: A assistência prestada aos idosos apresenta vantagens e desvantagens. Contudo, as desvantagens da institucionalização são mais evidentes nos aspectos da qualidade do cuidado ao idoso levando a um sentimento de abandono. O cuidado ao idoso institucionalizado ainda não é tratado de forma prioritária tanto por parte das famílias, quanto por parte das instituições e profissionais envolvidos. Revisar os conceitos sobre a humanização e a prestação de cuidados significa o real envolvimento no universo dos cuidados nas relações interpessoais. Neste sentido os cuidadores formais tornam-se os protagonistas no cenário da assistência integral aos idosos.

Palavra chave: Saúde do Idoso Institucionalizado, Idoso, Assistência a Idosos.

1. INTRODUÇÃO

Envelhecimento é uma tendência demográfica no mundo inteiro, evidenciada após o crescimento econômico e industrial¹. Esse crescimento implica problemas relacionados ao serviço de assistência social e saúde ao idoso e problemas familiares, levando o idoso às Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI), casas de repouso ou instituições geriátricas².

A dependência física do idoso relaciona-se com o empobrecimento, pois as despesas em geral e em saúde necessárias à manutenção do idoso são elevadas, implicando numa desestabilidade nos âmbitos econômico, psicológico e social. Tais circunstâncias contribuem de forma considerável para o processo de institucionalização¹.

Grande parte dessas instituições, possui um perfil assistencialista, onde prestar cuidados aos idosos, consiste em oferecer abrigo e alimentação, não levando a contratação de uma mão de obra habilitada legalmente e uma estrutura física adequada, podendo influenciar no desenvolvimento das atividades técnicas de saúde e do próprio idoso institucionalizado².

O isolamento social, ocasiona a perda de identidade, de liberdade, de autoestima, leva ao estado de solidão, justificando assim a prevalência de doenças mentais no asilo. Contudo, todos os problemas vivenciados pelo idoso, sobretudo quando institucionalizado, compromete de diferentes maneiras a sua qualidade de vida, levando destaque em discussões sobre envelhecimento².

Nesse contexto, o objetivo desse estudo consiste em conhecer os principais estudos sobre a qualidade do cuidado prestado ao idoso em Instituições de Longa Permanência.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica que segundo Santos, "é aquela que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos [...]"³. Realizou-se a pesquisa nos meses de setembro e outubro de 2014, com base na análise de informações colhidas em artigos relacionados ao tema proposto. Os descritores utilizados para a busca foram: saúde do idoso institucionalizado, idoso, assistência a idosos. Além dos artigos, foram utilizados como fonte de estudo, livros com acerca do tema proposto.

Os resultados foram apresentados em quatro categorias de análises a partir da convergência dos discursos e resultados apresentados pelos autores pesquisados. As categorias foram: a transferência do cuidado prestado ao idoso, espaços institucionais, práticas de cuidado ao idoso institucionalizado, a importância do enfermeiro em ILPI.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRESTADO AO IDOSO

A família exerce papel fundamental na vida do idoso, porém as circunstâncias da vida moderna e condições socioeconômicas impossibilitam a família de conseguir atender às necessidades de cuidado aos idosos. Associado a isso, existe uma grande demanda de pessoas inseridas no mercado de trabalho tornando inviável tal assistência. Esse ritmo de vida interfere diretamente na estrutura familiar e proporcionam a solidão na velhice. Vale ressaltar que não só a presença física de familiares e amigos é suficiente para suprir as necessidades psicossociais do idoso, mas o vínculo afetivo e a atenção dispensada no cuidado⁴.

Quando não existem possibilidades de manter o idoso junto dos seus familiares, os lares de idosos apresentam-se como alternativas com o objetivo de complementar o seu cuidado, mas não substituir a ação da família. Embora exista um grande aumento de abandono por parte das famílias em relação a seus idosos e familiares, cabendo então, às instituições de longa permanência encontrarem medidas e formas de intervenção que proporcione ao idoso uma prestação de cuidados integral, preservando sua individualidade e necessidade⁵. Dentre os principais motivos na busca do cuidado em ILPI, destacam-se a dependência e o desprezo, ficando distantes do convívio familiar. Parte das institucionalizações ocorrem contra a vontade do idoso, tornando para os mesmos, a instituição como uma espécie de "cativeiro"⁴.

Os familiares, em sua maioria não retornam a ILPI para visitá-los, entregando os cuidados de seu familiar a profissionais que, nem sempre estão aptos ao cuidado para com o idoso. Assim, é notória a importância de que a qualidade dos serviços prestados sejam adequados. O Estado deve financiar e fiscalizar estas

atividades, pois essa fiscalização é de caráter indispensável para que as instituições cumpram as normas mínimas exigidas para seu funcionamento. Este consiste em: oferecimento de atendimento seguro e digno que podem ser realizados por meios simples e pouco onerosos⁴.

4. ESPAÇOS INSTITUCIONAIS

Nota-se a importância que as ILPI têm na qualidade dos serviços prestados, sendo mantidas por órgãos governamentais ou não governamentais, tendo como objetivo oferecer abrigo e cuidados ao idoso institucional, zelando sempre pela sua autonomia e promoção do seu bem-estar e saúde⁶.

É necessário que as instituições possuam capacidade máxima para quarenta residentes por modalidade. Cada ILPI poderá oferecer uma ou mais modalidades. A Modalidade I: voltada a idosos independentes, até mesmo para aqueles que necessitem de equipamentos de auto-ajuda, ou seja, qualquer equipamento ou adaptação que possa compensar ou potencializar habilidades funcionais, como: bengala, óculos ou aparelho auditivo. A Modalidade II: voltada para idosos com alguma dependência funcional em quaisquer atividades do cotidiano e a Modalidade III: voltada a idosos que requeiram assistência total⁷.

As casas lar devem manter disponíveis normas e rotinas técnicas, devendo haver a limpeza e descontaminação dos alimentos, armazenamento adequado dos mesmos, bem como o acondicionamento dos resíduos e práticas que minimizem a presença de vetores e roedores. Deve-se também, haver o processamento de roupas, de uso pessoal ou coletivo, com práticas de lavagem, secagem e armazenamento correto dos mesmos. A guarda e administração de todos os medicamentos utilizados pelos idosos devem ficar sob a guarda do responsável técnico da ILPI, respeitando os regulamentos da vigilância. É também de grande importância que os prontuários sejam preenchidos de forma clara e objetiva, sendo assinados e datados pelo responsável por cada atendimento⁶.

É importante ressaltar a necessidade de uma adequada estrutura física, devendo haver adaptações de acordo com as necessidades dos idosos, como por exemplo, uso de rampas, corrimões e pisos antiderrapantes. É preciso também que haja espaços para o lazer e atividades ocupacionais⁶.

As ILPI eram conhecidas como asilos – locais isolados que promoviam um distanciamento da sociedade, sem perfil acolhedor para seres humanos¹. Porém não se deve ter somente um olhar negativo em relação as ILPI, pois estas também possuem pontos positivos. Dentre as vantagens podemos discorrer algumas como: poder interagir com indivíduos que estão em condições semelhantes, local destinado a idosos e suas limitações, fornecer auxílio, proteção e segurança, alimentação adequada levando em conta o quadro clínico do idoso bem como acompanhamento por uma equipe multiprofissional⁷.

Com relação as desvantagens de uma instituição podemos citar: não convívio com a sociedade em geral (família e amigos), dependência do idoso, psicológico afetado que interfere diretamente no estado físico, sentimento de abandono, perda do papel social e a falta de liberdade por parte do institucionalizado⁷.

É importante ressaltar que as ILPI podem fornecer todo conforto e aparato para o idoso, porém nada se compara ao aconchego familiar, convívio diário com amigos e comunidade em geral. Tal condição promove ao idoso uma vida mais autônoma e independente dentro de seus limites, favorecendo seu desempenho em seu envelhecimento⁴.

5. A QUALIDADE E A PRÁTICA DO CUIDADO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Espera-se que entre os idosos institucionalizados, ocorra o envelhecimento ativo como um objetivo e/ou uma consequência da qualidade dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional, pois o nível de independência física de tais idosos é diferente daqueles que vivem no convívio familiar¹.

Dentre a equipe de profissionais, o cuidador é a pessoa que se envolve no processo de cuidados com a outra pessoa, e é nesta relação que são revelados potenciais, muitas vezes não descobertos ainda, do idoso e do cuidador. A partir do momento que o idoso se sente capaz de cuidar de si mesmo, ele estará reconhecendo sua autonomia⁵.

É necessário que o cuidador tenha como um dos princípios básicos, a capacidade de ser o orientador ideal e preparado para a promoção do cuidado ao idoso, devendo saber e fazer o cuidado específico para as necessidades de cada um, para não haver uma limitação no processo do cuidado⁵.

São importantes alguns princípios necessários para que se tenha um respeito no cuidado com o idoso institucionalizado, como a atenção integral voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do

idoso, com um olhar direcionado para cada necessidade e prioridade. Deve-se ter atenção multidimensional e interprofissional, estando presente a valorização do trabalho em equipe, promoção e compartilhamento de saberes, permitindo a troca entre o saber técnico e o saber popular, proporcionar privacidade, autonomia, familiaridade e segurança em um ambiente adaptado às limitações do idoso⁵.

Por meio de uma assistência humanizada através dos profissionais de saúde pode-se proporcionar um equilíbrio físico e emocional ao idoso. O cuidado não deve se resumir somente a aspectos técnicos e organizacionais, que reflete no distanciamento entre os profissionais e usuários desvinculando suas relações⁸.

6.A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO EM ILPI

Dentro da equipe multiprofissional existe o profissional de enfermagem, que possui o papel de planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o serviço da Enfermagem. Deve-se ter um profissional de enfermagem com nível técnico para cada 10 idosos, cuidadores responsáveis por prestação de cuidados básicos, bem como um enfermeiro que possa liderar e coordenar o trabalho de tais profissionais, porém esta não é uma realidade encontrada em muitas das ILPI existentes⁹.

Para que o enfermeiro ocupe tal cargo é preciso conhecer o processo de envelhecimento humano para criação de estratégias e ações que atendam o idoso de forma integral, fortalecendo a autonomia, independência, autocuidado, atentando-se ao que os mesmos expressam, buscando ouvir e realizar seus desejos dentro dos limites existentes⁹.

É preciso que o enfermeiro também amplie tais ações a toda equipe responsável pelo cuidado do idoso. Esses cuidadores devem proporcionar ao idoso segurança e conforto, buscando amenizar o sentimento de desprezo existente pela nova condição. Os cuidadores de idosos, técnicos de enfermagem e enfermeiros compõem a equipe de enfermagem⁹.

As atividades complexas de uma ILPI são desempenhadas pelo enfermeiro, exercendo funções administrativas e de gerenciamento, cuidativa, educativa, de ensino e pesquisa além das citadas anteriormente. É perceptível o papel fundamental que o profissional de enfermagem desempenha na instituição e o quanto este deve estar vigilante quanto aos idosos e aos cuidados prestados. O olhar humanizado, as limitações, as adequações, e estadias dos idosos nas casas-lar tornam os dias de permanência menos árduos e monótonos, amenizando assim o sentimento de isolamento e possível depressão por parte do idoso⁹.

7.CONCLUSÃO

A assistência prestada aos idosos nas ILPI a partir da análise bibliográfica realizada apresenta vantagens e desvantagens. Contudo, as desvantagens da institucionalização são mais evidentes nos aspectos da qualidade do cuidado ao idoso levando a um sentimento de abandono.

Fatores que podem melhorar a atenção e a assistência aos idosos estão relacionados a fortalecimento de atividades alternativas como recreação, fisioterapia e outras atividades ocupacionais além do trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais que estão inseridas no contexto de vida dos idosos.

O cuidado ao idoso institucionalizado ainda não é tratado de forma prioritária tanto por parte das famílias, quanto por parte das instituições e profissionais envolvidos. Revisar os conceitos sobre a humanização e a prestação de cuidados significa o real envolvimento no universo dos cuidados nas relações interpessoais. Neste sentido os cuidadores formais tornam-se os protagonistas no cenário da assistência integral aos idosos.

Tais resultados fazem refletir sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados apontando para a necessidade de realização de novos estudos e programas que estimulem e/ou fortaleçam a qualidade da atenção prestada ao idoso sendo de fundamental importância a (re)inserção deste no convívio social e familiar. Assim acredita-se que este estudo contribua para uma construção de um novo modelo de vida nas instituições, voltada ao cuidado humanizado, individualizado e holístico.

REFERÊNCIAS

- [1] Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enferm em foco*. [Internet] 2012 [citado 26 sept 2014]; 3(1):22-4. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/215/136>
- [2] Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev bras geriatr gerontol*. [Internet] 2010 Dez [citado 24 sept 2014]; 13 (3): 395-401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000300006>.
- [3] Santos HH. Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde. João Pessoa: Editora Universitária; 2004.
- [4] Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev bras enferm*. [Internet] 2004 Jun [citado 15 oct 2014]; 57 (3): 332-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000300015>.
- [5] Fragoso V. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Rev IGT na Rede*. [Internet] 2008 [citado 20 oct 2014]; 5 (8): 51-61. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=178&layout=html>
- [6] Brasil. Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999. DOU, Consulta Pública nº 26, Brasília, 22 dez. 2000. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B7626-1-0%5D.PDF>
- [7] Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-41.
- [8] Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saude soc*. [Internet] 2010 Dez [citado 22 oct 2014]; 19 (4): 866-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400013>.
- [9] Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. O papel do enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev enferm UFPE*. [Internet] 2008 Jul/Set [citado 15 sept 2014]; 2 (3): 291-99. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/351/pdf_386

Capítulo 14

Estilo de vida dos idosos do nordeste do Brasil: Estudo comparativo

Rubenyta Martins Podmelle

Rogério Dubosselard Zimmermann

Resumo: Introdução: O envelhecimento populacional ocorre mais intensamente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Com isto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis começam a apresentar maior expressão, tendo o estilo de vida alta importância na prevenção e tratamento destas doenças. Atualmente, a população idosa do Nordeste apresenta proporção igualmente elevada se comparada ao percentual nacional, no entanto, a produção de dados sobre o estilo de vida na região é escassa. Objetivo: comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013). Material e Métodos: estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da PNS 2013. Resultados: houve diferença significativa entre os estados com relação a todos os indicadores alimentares estudados e em relação ao tabagismo. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os estados do Nordeste em relação ao uso excessivo de álcool nem em relação aos indicadores concernentes à atividade física. Considerações Finais: Maranhão foi o estado com mais resultados positivos quando comparado aos demais estados, enquanto Sergipe apresentou-se com mais resultados insatisfatórios. O estilo de vida dos idosos do Nordeste apresenta-se com valores considerados regulares entre os estados, pois as categorias apresentaram-se com prevalências frequentemente próximas da média regional. Os dados obtidos neste estudo fortalecem a importância de estratégias direcionadas aos idosos que oportunizem a adesão de um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estilo de Vida. Nível de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que ocorre em ritmo acelerado, acontecendo de maneira mais intensa nos países em desenvolvimento¹. Como consequência do envelhecimento, doenças próprias deste processo, as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), começaram a apresentar maior expressão².

Prevenção e tratamento de DCNT e incapacidades funcionais relacionadas ao envelhecimento dependem, em grande parte, do estilo de vida que o indivíduo apresenta^{3,4}. Inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool são fatores de risco que têm elevada relação com os quadros de morbimortalidade da população idosa^{5,6}.

O monitoramento destes fatores de risco apoiam políticas de promoção de saúde e combate às DCNT, uma vez que se torna possível conhecer as condições de saúde de uma população⁷. Neste sentido, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), um amplo inquérito nacional sobre a saúde da população brasileira.

Estima-se que, em 2025, o Brasil alcance o sexto lugar dentre os países com maior número de idosos no mundo⁸. Atualmente, a população idosa corresponde a 13% da população total do Brasil. No Nordeste, o percentual é de 12,4%⁹, o que denota uma proporção igualmente elevada de idosos nessas localidades. Mesmo assim, a produção de dados acerca do estilo de vida da população idosa do Nordeste é escassa, o que se opõe à pertinência do assunto, uma vez que há a possibilidade de serem alcançados importantes desdobramentos para a saúde desta população.

A partir disto, o objetivo do presente estudo foi comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo a partir dos dados da PNS 2013.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo analítico, descritivo e de corte transversal, elaborado a partir de dados secundários sobre estilo de vida da PNS 2013. A PNS 2013 foi idealizada para a determinação de indicadores de saúde com precisão e a garantia da continuidade no monitoramento destes indicadores no território nacional. Esta pesquisa, parte constituinte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, faz uso da amostra mestra deste sistema, com maior espalhamento geográfico e ganho de precisão para as estimativas específicas de saúde⁹.

A PNS 2013 teve sua população constituída por indivíduos acima dos 18 anos de idade moradores de cada domicílio particular do Brasil, selecionados por amostragem conglomerada em três estágios: setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios (unidades de segundo estágio) e moradores (unidades de terceiro estágio)⁹.

O trabalho de campo ocorreu sob responsabilidade do IBGE. Todos os envolvidos foram capacitados para compreender minuciosamente a pesquisa. As entrevistas foram feitas com a utilização de PDAs (*Personal Digital Assistance*), computadores de mão, programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. Inicialmente, foi feito contato com algum dos moradores do domicílio selecionado. O agente de coleta descreveu para o morador os objetivos, procedimentos e importância de sua participação na pesquisa, sendo, então, elaborada uma lista de todos os moradores acima dos 18 anos de idade daquele domicílio para seleção aleatória do morador encarregado de responder a entrevista individual⁹.

O tamanho amostral definiu-se a partir do nível de precisão desejado para estimativas de cada indicador de interesse, que são, basicamente, proporções de pessoas em categorias determinadas. As estimativas desejadas mantiveram-se em níveis altos, uma vez que, mesmo que não apresentassem níveis elevados de precisão, as faixas de coeficiente de variação foram sempre consideradas aceitáveis, o que proporcionou estimativas precisas⁹.

A sua amostra foi calculada em 81.767 domicílios e foram coletados dados em 62.986 deles (22% de não resposta), onde 205.546 adultos foram entrevistados, dentre os quais 23.815 eram idosos. As quatro faixas etárias utilizadas foram as de 18 a 24, 25 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos. Mais detalhes sobre a metodologia, plano amostral da PNS e fatores de ponderação podem ser obtidos em publicação anterior⁹.

O questionário sobre estilo de vida da PNS 2013 englobou as seguintes categorias: consumo alimentar, atividade física, hábito de assistir televisão, uso de álcool e tabagismo.

No que concerne ao consumo alimentar, alguns grupos de alimentos, como frutas e hortaliças, feijões e peixe, são aceitos como marcadores de um hábito alimentar saudável devido ao fato de apresentarem adequado perfil de nutrientes, baixo teor calórico e serem de fácil combinação com outros alimentos na composição de preparações e refeições saudáveis e balanceadas¹⁰⁻¹⁴.

Em relação à atividade física, para que o indivíduo idoso seja considerado suficientemente ativo, a meta semanal recomendada pela WHO ¹⁵ é de 150 minutos de atividade com intensidade moderada. O hábito de assistir televisão será considerado dentro do período de inatividade física, estando inserido, no presente estudo, à categoria atividade física.

No que diz respeito ao uso de álcool, a ingestão de 60 gramas (cerca de cinco doses) ou mais de álcool em uma única ocasião, ao menos uma vez por mês, caracteriza uso pesado episódico de álcool (*heavy episodic drinking* – HED). Geralmente, esse consumo provoca intoxicação alcoólica aguda, que é causa majoritária de problemas como envenenamento por álcool, violência e acidentes e pode ocasionar graves consequências, mesmo para aqueles que têm nível de consumo relativamente baixo^{16,17}.

Quanto ao tabagismo, independentemente da frequência, intensidade e idade de início, o indivíduo que tem o hábito de fumar está exposto a inúmeras substâncias altamente maléficas à saúde¹⁸.

A partir disto, foram averiguados os seguintes indicadores:

Consumo Alimentar: consumo regular de frutas e hortaliças (equivalente a cinco porções ou mais ao dia), consumo regular de feijão (consumo em cinco ou mais dias da semana) e consumo de peixe (consumo em, ao menos, uma vez por semana);

Atividade Física: prática suficiente de atividade física (equivalente a, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física, independentemente do número de dias de prática por semana, considerando-se o lazer, o trabalho, as atividades domésticas e o deslocamento);

Uso de álcool: consumo abusivo de bebidas alcoólicas (cinco ou mais doses para homens e quatro ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias);

Tabagismo: hábito de fumar (independente da frequência)⁹.

Dos participantes da PNS 2013, foram coletados apenas os dados de idosos do Nordeste que responderam às perguntas selecionadas sobre o estilo de vida. Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS versão 20 (*Statistical Package for Social Science*), sendo realizada a estatística descritiva, para determinação das frequências absolutas e relativas das categorias do estilo de vida, e a estatística analítica bivariada, para comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste, por meio do teste qui-quadrado. Foi utilizado como referência o nível de significância (p) de 5%. As estimativas das prevalências foram apresentadas em proporções (%).

O projeto da PNS 2013 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer de número 328.159, de 26 de junho de 2013^{7,9}.

É importante considerar algumas limitações. A metodologia utilizada na PNS 2013 trouxe restrições para a construção do presente estudo, como o questionário aplicado. Sendo de grande extensão, as chances de perda amostral elevam-se, o que requereu um maior alcance de entrevistados durante o trabalho de campo para que as perdas não interferissem no atendimento dos objetivos propostos. Apesar do reconhecimento de que os resultados obtidos poderiam ser mais amplos caso não houvesse alto valor de perda amostral, o atendimento ao objetivo do presente trabalho não foi afetado.

Ainda, os dados do estudo primário advêm de informações autorreferidas pelos entrevistados, sendo possível que haja viés de memória, diferença na compreensão dos participantes ou super/subestimação das informações referidas, como a tendência dos indivíduos relatarem comportamento mais saudável do que o habitual ou não informarem o comportamento inadequado que adota, além da impossibilidade do estabelecimento de relações de causalidade, que é uma restrição própria de estudos transversais.

3.RESULTADOS

A PNS 2013 envolveu 1055 idosos domiciliados em Pernambuco, 595 no Maranhão, 786 no Piauí, 1123 no Ceará, 748 no Rio Grande do Norte, 793 na Paraíba, 681 em Alagoas, 646 em Sergipe e 946 na Bahia, totalizando 7373 idosos domiciliados na região Nordeste.

As Tabelas 1 a 14 mostram as características relativas ao estilo de vida dos idosos respondentes da PNS 2013 segundo os estados do Nordeste. Verifica-se que houve diferença significativa entre os estados com relação a todos os indicadores alimentares estudados ($p=0,000$ para todos: consumo de feijão, peixe, salada, verdura ou legume cozido e fruta) e em relação ao tabagismo ($p=0,02$). Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre os estados do Nordeste em relação ao uso excessivo de álcool nem em relação aos indicadores concernentes à atividade física.

Especificamente em relação ao consumo de feijão, pode-se perceber na Tabela 1 que o consumo de feijão semanal em menor frequência está presente no estado do Maranhão, onde apenas 32,9% dos idosos relataram frequência de 5 ou mais vezes por semana. Para o consumo de feijão semanal com maior frequência, destaca-se o estado da Paraíba, seguido do Rio Grande do Norte (81,9% e 80,6%, respectivamente para consumo de 5 ou mais vezes por semana).

Tabela 1. Consumo de feijão dos idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Consumo de feijão por semana			Valor de p^1
	≤ 2 vezes % (n)	3 ou 4 vezes % (n)	≥ 5 vezes % (n)	
Maranhão	48,0 (121)	19,0 (48)	32,9 (83)	0,000
Piauí	12,9 (47)	11,5 (42)	75,5 (275)	
Ceará	15,7 (76)	13,0 (63)	71,3 (345)	
Rio Grande do Norte	10,5 (34)	8,9 (29)	80,6 (262)	
Paraíba	7,8 (29)	10,2 (38)	81,9 (304)	
Pernambuco	18,9 (96)	19,1 (97)	62,0 (315)	
Alagoas	15,6 (52)	12,6 (42)	71,9 (240)	
Sergipe	9,7 (28)	11,4 (33)	79,0 (229)	
Bahia	17,0 (79)	17,4 (81)	65,7 (306)	
Total (Nordeste)	16,6	13,9	69,5	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo de peixe (Tabela 2), houve diferença significativa entre idosos domiciliados no Maranhão e no Piauí. No Maranhão, verificou-se um relato de maior frequência semanal de consumo de peixe (27% de 3 ou 4 vezes e 9,1% de 5 ou mais vezes) comparado com os demais estados; no Piauí, relato de menor frequência (1,1% de 5 ou mais vezes).

Tabela 2. Consumo de peixe de idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Consumo de peixe por semana			Valor de p^1
	≤ 2 vezes % (n)	3 ou 4 vezes % (n)	≥ 5 vezes % (n)	
Maranhão	63,9 (161)	27,0 (68)	9,1 (23)	0,000
Piauí	86,8 (316)	12,1 (44)	1,1 (4)	
Ceará	83,7 (405)	10,7 (52)	5,6 (27)	
Rio Grande do Norte	80,3 (261)	14,2 (46)	5,5 (18)	
Paraíba	78,4 (291)	17,3 (64)	4,3 (16)	
Pernambuco	79,3 (403)	14,4 (73)	6,3 (32)	
Alagoas	78,4 (262)	15,9 (53)	5,7 (19)	
Sergipe	75,9 (220)	17,9 (52)	6,2 (18)	
Bahia	81,8 (381)	14,6 (68)	3,6 (17)	
Total (Nordeste)	79,6	15,3	5,1	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de salada (Tabela 3), destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o relato de consumir salada 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,1% e 20,7%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,4% e 3%, respectivamente).

Tabela 3. Consumo de salada de idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Consumo de salada por dia		Valor de p ¹
	1 vez % (n)	2 ou 3 vezes % (n)	
Maranhão	75,9 (129)	24,1 (41)	0,000
Piauí	81,4 (206)	18,6 (47)	
Ceará	79,3 (238)	20,7 (62)	
Rio Grande do Norte	93,2 (219)	6,8 (16)	
Paraíba	94,0 (281)	6,0 (18)	
Pernambuco	90,5 (370)	9,5 (39)	
Alagoas	97,0 (255)	3,0 (8)	
Sergipe	97,6 (242)	2,4 (6)	
Bahia	85,8 (356)	14,2 (59)	
Total (Nordeste)	88,6	11,4	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Em relação aos relatos em relação ao consumo de verdura ou legumes cozidos (Tabela 4), destacaram-se o Maranhão e o Ceará, onde o consumo de verdura ou legume cozido 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (24,9% e 24,1%, respectivamente), e os estados de Sergipe e Alagoas, onde esses relatos foram menos frequentes (2,7% e 4,9%, respectivamente).

Tabela 4. Consumo de verdura ou legume cozido de idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Consumo de verdura ou legume cozido por dia		Valor de p ¹
	1 vez % (n)	2 ou 3 vezes % (n)	
Maranhão	75,1 (145)	24,9 (48)	0,000
Piauí	79,5 (202)	20,5 (52)	
Ceará	75,9 (264)	24,1 (84)	
Rio Grande do Norte	89,3 (233)	10,7 (28)	
Paraíba	93,4 (295)	6,6 (21)	
Pernambuco	91,1 (367)	8,9 (36)	
Alagoas	95,1 (254)	4,9 (13)	
Sergipe	97,3 (253)	2,7 (7)	
Bahia	81,9 (343)	18,1 (76)	
Total (Nordeste)	86,3	13,4	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

No que diz respeito ao consumo diário de fruta (Tabela 5), destacaram-se o Maranhão, onde o relato de consumir fruta 2 ou 3 vezes por dia foi mais frequente (50,4%) e o estado de Sergipe, onde esse relato foi menos frequente (27,4%). Não houve dados expressivos de idosos que relataram consumo de cinco porções diárias ou mais de salada, verdura ou legume e fruta, o que impossibilitou sua análise estatística.

Tabela 5. Consumo de fruta de idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Consumo de fruta por dia		Valor de p ¹
	1 vez % (n)	2 ou 3 vezes % (n)	
Maranhão	49,6 (112)	50,4 (114)	0,000
Piauí	63,9 (198)	36,1 (112)	
Ceará	59,5 (261)	40,5 (178)	
Rio Grande do Norte	68,7 (206)	31,3 (94)	
Paraíba	70,7 (237)	29,3 (98)	
Pernambuco	64,5 (300)	35,5 (165)	
Alagoas	62,4 (189)	37,6 (114)	
Sergipe	72,6 (199)	27,4 (75)	
Bahia	59,1 (256)	40,9 (177)	
Total (Nordeste)	63,5	36,5	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Como citado anteriormente, o uso excessivo de álcool não difere significativamente entre os estados do Nordeste (Tabela 6).

Tabela 6. Uso excessivo de álcool pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Uso excessivo de álcool		Valor de p ¹
	Sim % (n)	Não % (n)	
Maranhão	44,0 (11)	56,0 (14)	0,21
Piauí	43,3 (13)	56,7 (17)	
Ceará	47,5 (29)	52,5 (32)	
Rio Grande do Norte	42,9 (15)	57,1 (20)	
Paraíba	64,3 (18)	35,7 (10)	
Pernambuco	32,9 (23)	67,1 (47)	
Alagoas	59,3 (16)	40,7 (12)	
Sergipe	45,5 (10)	54,5 (12)	
Bahia	45,0 (36)	55,0 (44)	
Total (Nordeste)	45,2	54,8	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Com relação ao tabagismo (Tabela 7), só houve diferença significativa na frequência de idosos domiciliados na Bahia em relação à frequência média dos demais estados do Nordeste, sendo que a frequência dos idosos domiciliados nesse estado que relataram fumar algum produto do tabaco foi menor (10,1%).

Tabela 7. Tabagismo entre idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Tabagismo		Valor de p ¹
	Sim % (n)	Não % (n)	
Maranhão	11,9 (30)	88,1 (222)	0,02
Piauí	14,3 (52)	85,7 (312)	
Ceará	16,5 (80)	83,5 (404)	
Rio Grande do Norte	12,3 (40)	87,7 (285)	
Paraíba	17,3 (64)	82,7 (307)	
Pernambuco	17,3 (88)	82,7 (420)	
Alagoas	14,1 (47)	85,9 (287)	
Sergipe	12,8 (37)	87,2 (253)	
Bahia	10,1 (47)	89,9 (419)	
Total (Nordeste)	14,3	85,7	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Como citado anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física, como pode ser visto nas Tabelas 8 a 14 a seguir.

Tabela 8. Prática de exercício ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Prática de exercício ou esporte por semana			Valor de p ¹
	≤ 2 vezes % (n)	3 ou 4 vezes % (n)	≥ 5 vezes % (n)	
Maranhão	30,0 (9)	40,0 (12)	30,0 (9)	0,41
Piauí	36,4 (24)	31,8 (21)	31,8 (21)	
Ceará	26,0 (27)	25,0 (26)	49,0 (51)	
Rio Grande do Norte	27,0 (17)	38,1 (24)	34,9 (22)	
Paraíba	20,0 (15)	38,7 (29)	41,3 (31)	
Pernambuco	24,2 (22)	33,0 (30)	42,9 (39)	
Alagoas	21,6 (11)	25,5 (13)	52,9 (27)	
Sergipe	27,7 (18)	29,2 (19)	43,1 (28)	
Bahia	29,7 (33)	27,0 (30)	43,2 (48)	
Total (Nordeste)	26,8	31,1	42,1	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 9. Horas gastas com exercício físico ou esporte por idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Horas de exercício físico ou esporte		Valor de p ¹
	0 % (n)	≥ 1 % (n)	
Maranhão	34,5 (10)	65,5 (19)	0,10
Piauí	46,8 (29)	53,2 (33)	
Ceará	49,5 (51)	50,5 (52)	
Rio Grande do Norte	44,4 (28)	55,6 (35)	
Paraíba	43,8 (32)	56,2 (41)	
Pernambuco	36,0 (32)	64,0 (57)	
Alagoas	33,3 (17)	66,7 (34)	
Sergipe	31,7 (20)	68,3 (43)	
Bahia	30,8 (33)	69,2 (74)	
Total (Nordeste)	39,4	60,6	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 10. Minutos gastos com exercício físico ou esporte pelos idosos de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Minutos de exercício físico ou esporte			Valor de p ¹
	0 % (n)	1 - 30 % (n)	> 30 % (n)	
Maranhão	62,1 (18)	24,1 (7)	13,8 (4)	0,20
Piauí	48,4 (30)	30,6 (19)	21,0 (13)	
Ceará	41,7 (43)	43,7 (45)	14,6 (15)	
Rio Grande do Norte	34,9 (22)	41,3 (26)	23,8 (15)	
Paraíba	46,6 (34)	37,0 (27)	16,4 (12)	
Pernambuco	51,7 (46)	29,2 (26)	19,1 (17)	
Alagoas	60,8 (31)	17,6 (9)	21,6 (11)	
Sergipe	52,4 (33)	28,6 (18)	19,0 (12)	
Bahia	52,3 (56)	31,8 (34)	15,9 (17)	
Total (Nordeste)	48,9	33,0	18,1	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 11. Horas gastas pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Horas para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta		Valor de p ¹
	0 % (n)	≥ 1 % (n)	
Maranhão	82,1 (23)	17,9 (5)	0,17
Piauí	75,9 (22)	24,1 (7)	
Ceará	66,7 (34)	33,3 (17)	
Rio Grande do Norte	62,5 (10)	37,5 (6)	
Paraíba	89,5 (17)	10,5 (2)	
Pernambuco	78,3 (47)	21,7 (13)	
Alagoas	90,5 (19)	9,5 (2)	
Sergipe	81,0 (17)	19,0 (4)	
Bahia	66,7 (34)	33,3 (17)	
Total (Nordeste)	75,3	24,7	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 12. Minutos gastos pelos idosos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta de acordo com os estados do Nordeste, 2013.

Estados	Minutos para ir e voltar do trabalho a pé ou de bicicleta			Valor de p ¹
	0 % (n)	1 - 19 % (n)	≥ 20 % (n)	
Maranhão	17,9 (5)	32,1 (9)	50,0 (14)	0,81
Piauí	13,8 (4)	37,9 (11)	48,3 (14)	
Ceará	27,5 (14)	37,3 (19)	35,3 (18)	
Rio Grande do Norte	25,0 (4)	25,0 (4)	50,0 (8)	
Paraíba	10,5 (2)	31,6 (6)	57,9 (11)	
Pernambuco	18,3 (11)	36,7 (22)	45,0 (27)	
Alagoas	4,8 (1)	42,9 (9)	52,4 (11)	
Sergipe	19,0 (4)	38,1 (8)	42,9 (9)	
Bahia	27,5 (14)	31,4 (16)	41,2 (21)	
Total (Nordeste)	19,9	35,1	44,9	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 13. Horas gastas pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com os estados do Nordeste, 2013.

Estados	Horas a pé ou de bicicleta em atividades habituais			Valor de p ¹
	0 % (n)	1 % (n)	≥ 2 % (n)	
Maranhão	67,5 (52)	16,9 (13)	15,6 (12)	0,14
Piauí	67,6 (69)	18,6 (19)	13,7 (14)	
Ceará	71,7 (132)	18,5 (34)	9,8 (18)	
Rio Grande do Norte	75,9 (88)	12,9 (15)	11,2 (13)	
Paraíba	78,8 (82)	13,5 (14)	7,7 (8)	
Pernambuco	66,5 (149)	20,1 (45)	13,4 (30)	
Alagoas	70,4 (81)	21,7 (25)	7,8 (9)	
Sergipe	73,4 (80)	15,6 (17)	11,0 (12)	
Bahia	64,5 (111)	27,3 (47)	8,1 (14)	
Total (Nordeste)	72,0	19,0	10,8	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

Tabela 14. Minutos gastos pelos idosos a pé ou de bicicleta em atividades habituais de acordo com o estado do Nordeste, 2013.

Estados	Minutos a pé ou de bicicleta em atividades habituais			Valor de p ¹
	0 % (n)	1 - 20 % (n)	> 20 % (n)	
Maranhão	27,3 (21)	31,2 (24)	41,6 (32)	0,64
Piauí	23,5 (24)	42,2 (43)	34,3 (35)	
Ceará	23,9 (44)	39,7 (73)	36,4 (67)	
Rio Grande do Norte	19,8 (23)	43,1 (50)	37,1 (43)	
Paraíba	16,3 (17)	40,4 (42)	43,3 (45)	
Pernambuco	29,9 (67)	35,7 (80)	34,4 (77)	
Alagoas	22,6 (26)	40,9 (47)	36,5 (42)	
Sergipe	22,9 (25)	38,5 (42)	38,5 (42)	
Bahia	26,7 (46)	34,3 (59)	39,0 (67)	
Total (Nordeste)	24,4	38,2	37,4	

¹ Nível de significância com o teste de qui-quadrado

4.DISSCUSSÃO

Em consequência à escassez de estudos sobre o estilo de vida dos idosos do Nordeste, houve dificuldade em comparar os resultados atuais com alguma referência passada. No entanto, a presente discussão baseou-se nas recomendações das principais organizações nacionais e internacionais, em levantamentos nacionais e em estudos realizados noutras localidades.

Verificou-se a existência de diferença significativa em todos os estados do Nordeste em relação aos indicadores alimentares analisados. Não foram encontrados estudos que abordassem especificamente o consumo de feijão por idosos da região Nordeste e seus estados, porém, em outros estudos que utilizaram dados da PNS 2013^{7,12}, a prevalência do consumo de feijão pela população geral da região Nordeste é de 73,7% e o consumo no Maranhão apresentou menor frequência (46,6%), enquanto Paraíba demonstrou o maior percentual (81,2%). Pernambuco manteve-se com frequência mediana em relação aos outros estados (70,7%). Mesmo sendo evidenciada queda na ingestão de feijão pelo brasileiro^{19,20}, é na região Nordeste que são verificadas as altas prevalências de consumo deste alimento.

Em relação ao peixe, não foram encontrados trabalhos que abordem especificamente seu consumo por idosos da região Nordeste e seus estados, todavia, os resultados do presente estudo apresentam semelhanças com o trabalho de Jaime et al.¹², que também aponta o Maranhão como o estado nordestino onde a população geral mais ingere peixe regularmente (79,1%). A influência cultural na formação dos hábitos alimentares da população parece ser a característica mais marcante no consumo de pescado. Segundo Botelho²¹, o peixe é tido como típico no Maranhão desde os tempos coloniais, o que pode justificar a grande prevalência de consumo no estado.

No tocante a fruta, salada e verduras ou legumes cozidos, Chaves et al.²² detectou em sua pesquisa que mais de 90% dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, relataram consumir fruta. No entanto, apenas 9,8% desses idosos consumiam cinco porções diárias ou mais de frutas e hortaliças, corroborando parcialmente com os achados do presente estudo.

Na pesquisa de Amado, Arruda e Ferreira²³, realizada em Recife, Pernambuco, verificou-se que o consumo de frutas, verduras e legumes esteve presente em, respectivamente, 66%, 61%, 53%, das idosas estudadas, no entanto, o estudo não referiu as porções diárias deste alimento, o que pode ser considerado viés ao não serem consideradas as recomendações para seu consumo. Percebe-se, a partir destes dados, que o consumo de frutas e hortaliças ainda encontra-se muito abaixo do preconizado por organizações nacionais e internacionais^{13,24} na região Nordeste, não sendo diferente entre os idosos da presente amostra.

A ingestão alimentar é complexa, uma vez que inúmeros determinantes sociais, ambientais e pessoais podem interagir e mudar com o passar do tempo. Ações de educação para a nutrição podem ser um meio de melhorar o consumo alimentar nesta população de maneira mais abrangente²⁵. É preciso criar e discutir espaços onde o idoso esteja centralizado e valorizado, que abranja a compreensão objetiva e subjetiva do seu cotidiano no que concerne aos seus hábitos alimentares.

Como dito anteriormente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os estados do Nordeste em relação às variáveis concernentes à atividade física. Dados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2008 (PNAD 2008) mostram que apenas 4,8% dos idosos nordestinos praticam atividade física no lazer, enquanto 44,7% o fazem no deslocamento²⁶. Compreender o contexto no qual as oportunidades para a prática de atividade física acontecem é de suma importância para desenvolver e implementar políticas atuantes na promoção de saúde e no enfrentamento a DCNT. De acordo com Mielke et al.²⁷, entre as categorias da atividade física, o lazer destaca-se devido ao seu maior potencial de intervenção.

O consumo excessivo de álcool não difere significativamente entre os estados do Nordeste. Não foram encontrados estudos que abordem especificamente o uso de álcool por idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, o estudo de Garcia e Freitas¹⁶ verificou que a Bahia apresentou maior uso excessivo de álcool, enquanto a Paraíba demonstrou o menor consumo. No VIGITEL 2014, o maior percentual deste comportamento foi encontrado no estado do Piauí, mas a Paraíba também apresentou menor consumo¹⁰.

Reduzir o consumo de álcool é prioridade na saúde pública, pois impacta diretamente na diminuição de DCNT, como câncer, doenças cardiovasculares e hepáticas¹⁶. Além disso, uso excessivo de álcool torna o idoso mais vulnerável ao desencadeamento de problemas psicossociais, que, muitas vezes, não são percebidos pelos profissionais de saúde. As frequências estimadas do consumo de álcool entre o coletivo idoso podem variar, mas as consequências vão sempre gerar grande impacto na saúde destes indivíduos²⁸.

Mais estudos, capacitações e conscientização por parte dos profissionais da área são de suma importância para maior reconhecimento e efetivação de intervenções de maneira adequada.

Em relação ao tabagismo, não foram encontrados estudos que abordem especificamente este comportamento entre idosos da região Nordeste e seus estados. Em relação à população geral, Malta et al.²⁹ apontaram o Piauí como o estado com maior frequência de tabagistas (16,8%) e o Sergipe com a menor frequência (12%). A PNAD 2008 refere que 16,5% dos idosos nordestinos são tabagistas²⁶, aproximando-se da prevalência do presente estudo. Pode-se afirmar que os percentuais entre os estados não apresentaram variabilidade considerável.

O tabagismo desfavorece a longevidade, caracterizando-se como fator de risco para diversas DCNT. Os benefícios da suspensão do fumo são evidenciados em todas as faixas etárias, principalmente no tocante a qualidade e expectativa de vida de idosos³⁰. Apesar do fatalismo e do ceticismo presentes na população em relação ao tabagismo entre idosos, quando são oferecidas estratégias adequadas para a cessação do tabagismo, a taxa de sucesso compara-se a dos jovens²⁸.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi comparar o estilo de vida entre os idosos dos estados do Nordeste de acordo com consumo alimentar, atividade física, uso de álcool e tabagismo a partir dos dados da PNS 2013.

O estilo de vida dos idosos do Nordeste apresenta-se com valores considerados regulares entre os estados, pois as categorias apresentaram-se com prevalências frequentemente próximas da média regional. De acordo com as recomendações nacionais e internacionais, Maranhão foi o estado com mais resultados positivos quando comparado aos demais estados, enquanto o Sergipe apresentou-se com mais resultados insatisfatórios. Os dados obtidos neste estudo fortalecem a importância de estratégias direcionadas aos idosos que oportunizem a adesão de um estilo de vida saudável, ou seja, que sejam proporcionadas práticas de promoção e manutenção de bons hábitos para cada categoria que o compõe, tendo em vista o envelhecimento bem sucedido e a supressão de incapacidades.

Envelhecer com estilo de vida satisfatório ainda é difícil, especialmente quando se verificam limitações ambientais alheias às escolhas do indivíduo. Para isto, são pertinentes novos estudos que analisem possíveis relações de causalidade e que objetivem compreender como acontecem as modificações de comportamento entre os idosos.

REFERÊNCIAS

- [1] Fazzio DMG. Envelhecimento e qualidade de vida - uma abordagem nutricional e alimentar. *Revista*. 2012;1(1): 76-88.
- [2] Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
- [3] Brito KQD. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/Paraíba [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, Mestrado em Saúde Pública, 2014.
- [4] Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.* 2009; 22(6):937-46.
- [5] Jobim FARC, Jobim EFC. Atividade Física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2015;17(4):298-308.
- [6] Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
- [7] Malta DC, Andrade SSC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Junrio JB et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2):217-26.
- [8] Bodestein A, Lima VVA, Barros Ama. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambiente & Sociedade*. 2014;XVII(2):157-74.
- [9] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014.
- [10] Brasil. Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2015.

- [11] Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; 2009.
- [12] Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malt DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2):267-76.
- [13] World Health Organization (WHO). Technical Report Series (916). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: 2003.
- [14] World Health Organization (WHO). World Health Report: Reducing risks, promoting healthy Life. Geneva; 2002.
- [15] World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: 2010.
- [16] Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2):227-37.
- [17] World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva: 2014.
- [18] World Health Organization (WHO). Report on the Global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: 2013.
- [19] Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4):530-40.
- [20] Wander AE, Chaves MO. Consumo *per capita* de feijão no Brasil de 1998 a 2010: uma comparação entre consumo aparente e consumo domiciliar. Congresso Nacional de Pesquisa de Feijão, 2011. Goiânia: Embrapa Arroz e Feijão, 2011.
- [21] Botelho RA. Culinária Regional: o Nordeste e a Alimentação Saudável [Tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Doutorado em Ciências da Saúde, 2006.
- [22] Chaves LR, Sousa CMM, Martins, MCC, Figueiredo, MLF, Ramos, CV, Santos, OFJ. Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE online*. 2013;7(12):6780-9.
- [23] Amado TCF, Arruda IKG, Ferreira RAR. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/2005. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 2007;57(4):366-72.
- [24] Brasil. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Editora do Ministério da Saúde; 2009.
- [25] Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):806-13.
- [26] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento; 2010.
- [27] Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2): 277-86.
- [28] Kano MY, Santos MA, Pillon SC. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):648-55.
- [29] Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(2):239-48.
- [30] Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Tabagismo em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2010;13(2):313-20.

Capítulo 15

Promoção da qualidade de vida do idoso em uma associação na cidade de Campina Grande/PB

Eliza Maria Silva Moreira

Maria das Graças Silva Moreira

Débora Juliana Ramos dos Santos

Adriano de Sousa Barros

Resumo: O modelo de saúde biomédico é inspirado na visão mecanicista do homem, com um olhar predominantemente biológico e com explicação unicausal da doença. Teve sua origem no século XIX, enxergando o homem como uma máquina e sua saúde como pleno funcionamento desta, caso houvesse alguma doença, seria reparado o dano para que a máquina voltasse a funcionar. Contrapondo-se a este paradigma surgiu o modelo biopsicossocial, afirmando que a doença não pode ser vista com uma explicação unicausal, ou o ser humano ser observado de forma mecânica. O modelo biopsicossocial enxerga o indivíduo de forma sistêmica, considerando não apenas o biológico, mas as esferas psíquica e social, buscando compreender as influências das emoções e das relações sociais no bem-estar do sujeito. A compreensão sobre saúde/doença de acordo com esta visão é processual, um contínuo que considera a qualidade de vida e a importância dos fatores sociais. Tal perspectiva, quando se trata de saúde do idoso, serve de base para intervir sobre a promoção da qualidade de vida do idoso, tendo em vista que a população do país vem em crescente índice de envelhecimento. Para a saúde do idoso ser atendida nas esferas biopsicossocial e espiritual não basta a realização dos tradicionais check-ups realizados médicos, mas faz-se necessário atividades que promovam a saúde integral, como no caso dos grupos de convivência com intervenções no campo subjetivo e intersubjetivo. Neste sentido, o presente trabalho visa apresentar um relato de caso baseado em uma experiência de promoção e prevenção em saúde desenvolvida com idosos no grupo de convivência da Associação Celebrando VIDA em parceria com a UNINASSAU Campina Grande. A partir de encontros semanais, tem sido aplicada uma metodologia baseada em Grupos Operativos, na qual se utilizam técnicas de grupo, exercícios de bioenergética e debates objetivando trabalhar temas como a dinâmica familiar, memória, autoestima, identidade, combate à violência doméstica dentre outros. Dos resultados atingidos até o momento temos o avanço nas habilidades sociais dos idosos com o fortalecimento de vínculos entre eles e com os organizadores do grupo, o melhoramento na autoestima dos mesmos sendo o resultado perceptível através da aparência e evolução na autoconfiança.

1. INTRODUÇÃO

Os estudos e avanços científicos têm contribuído para a melhoria das condições de vida da população mundial, o que reflete na longevidade de vida da população mundial.¹ No Brasil, nos últimos anos houve um aumento significativo da população acima dos 60 anos - idade a partir da qual, de acordo o Art.2º da Lei 8842, o sujeito é considerado idoso -, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)² revelam que entre os anos de 2005 e 2015 a população de idosos passou de 9,8% para 14,3%. Assim, é manifesta a necessidade de busca por intervenções que promovam a qualidade de vida. O modelo de saúde biomédico é inspirado na visão mecanicista do homem, com um olhar predominantemente biológico e com explicação unicausal da doença. Teve sua origem no século XIX, enxergando o homem como uma máquina e sua saúde como pleno funcionamento desta, caso houvesse alguma doença, seria reparado o dano para que a máquina voltasse a funcionar³. Contrapondo-se a este paradigma surgiu o modelo biopsicossocial, afirmando que a doença não pode ser vista com uma explicação unicausal, ou o ser humano ser observado de forma mecânica. O modelo biopsicossocial enxerga o indivíduo de forma sistêmica, considerando não apenas o biológico, mas as esferas psíquica e social, buscando compreender as influências das emoções e das relações sociais no bem-estar do sujeito⁴. A compreensão sobre saúde/doença de acordo com esta visão é processual, um contínuo que considera a qualidade de vida e a importância dos fatores sociais. Tal perspectiva, quando se trata de saúde do idoso, serve de base para intervir sobre a promoção da qualidade de vida, tendo em vista o crescente índice de envelhecimento.² Nesse sentido, para que a saúde do idoso seja atendida nas esferas biopsicossocial e espiritual não basta a realização dos tradicionais check-ups realizados médicos, mas faz-se necessário atividades que promovam a saúde integral, como no caso dos grupos de convivência com intervenções no campo subjetivo e intersubjetivo. De acordo com Wichmann, Couto e Areosa (2013)⁵, o grupo de convivência de idosos é uma oportunidade dos participantes externarem suas angústias, alegrias, histórias, sentimentos, afetos, medos, tornando-se também um ambiente propício para a criação novos laços de amizade. Assim, os participantes ganham a oportunidade de se perceberem enquanto sujeitos em sua totalidade, entendendo que, além das questões fisiológicas, as emoções, o contexto social e espiritual estão também compondo o seu eu e merecem atenção. A formação de grupos de idosos é uma excelente alternativa para a sua inclusão na sociedade, além de proporcionar prazer através do desenvolvimento individual e coletivo.⁶ O convívio em grupo e o apoio social conduzem o idoso a um senso de satisfação com a vida⁷, o que torna os grupos de convivência ambientes de promoção à qualidade de vida e prevenção de diversas patologias psicossociais, a exemplo dos transtornos depressivos e ansiosos. Nesse sentido, o presente trabalho visa descrever experiências de promoção e prevenção em saúde desenvolvida num grupo de convivência de idosos na Associação Celebrando VIDA em parceria com a UNINASSAU Campina Grande/PB.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de promoção e prevenção em saúde desenvolvidas por estagiários e uma profissional de psicologia, no período de março a agosto de 2017, por meio de encontros semanais com duração de três horas com um grupo operativo composto por, em média, 25 idosos, na Associação Celebrando VIDA em parceria com a UNINASSAU na cidade de Campina Grande/PB. A Associação Celebrando Vida é uma instituição sem fins lucrativos que tem como proposta a oferta de serviços à sociedade visando a ascensão da qualidade de vida. Especificamente o grupo de convivência de idosos tem por objetivo o desenvolvimento de pessoas na terceira idade através de palestras e técnicas dinâmicas de grupo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Baseando-se no modelo de biopsicossocial, a Associação Celebrando Vida, em Campina Grande - PB, iniciou em março de 2017, estando ainda em andamento, um grupo de convivência para pessoas da terceira idade. O grupo possui encontros semanais nas quartas-feiras focando na promoção e desenvolvimento biopsicossocial dos idosos. Através de palestras, técnicas de dinâmicas de grupo e discussões sobre alguns temas, são trabalhados aspectos como: memória, autoestima, autoconhecimento, expressividade emocional e habilidades sociais. O grupo é dirigido por uma psicóloga e estagiários de Psicologia da Uninassau, recebendo também a contribuição de profissionais de diversas áreas do conhecimento.

Os resultados observados nos idosos participantes do grupo começaram a surgir a partir do primeiro mês de participação dos mesmos, havendo melhora na autoestima, percebida através da diferença na

apresentação de suas autoimagens. O grupo também contribui para o desenvolvimento de expressividade emocional, por meio da acolhida feita pelos colaboradores do grupo, os idosos se sentem mais acolhidos e assim, desenvolvem uma maior autoconfiança, resultando em maior expressividade emocional deles, o que reflete em uma participação mais efetiva nas técnicas de dinâmica de grupo e discussões.

Dentre os diversos aspectos que englobam a saúde do sujeito humano, os processos cognitivos básicos, que sofrem declínio com o envelhecimento⁸, recebem estimulação com as intervenções praticadas no grupo. A memória vem sendo trabalhada por meio de técnicas de dinâmica, discussões e músicas que exige aos participantes evocarem lembranças de suas infâncias e juventude. A atenção também é abordada no grupo através de atividades com os idosos que exigem deles certa atenção, como a aplicação de Sudoku, mímicas e contação de história.

Uma das habilidades sociais mais trabalhadas é a comunicação. Em virtude de muitas vezes não serem ouvidos em suas residências, o grupo se torna para eles, um espaço em que eles podem interagir e se comunicar sabendo que serão ouvidos e bem acolhidos, as técnicas de dinâmica de grupo são voltadas para eles se expressarem e também ouvir o outro. A interação grupal também é um aspecto estimulado, tomando como base a ideia de que cada pessoa tem sempre o que contribuir para o outro, não descartando a perspectiva de que enquanto vida tivermos, estamos sempre em desenvolvimento, e essa construção está sempre envolvendo o outro, uma vez que somos seres sociais.

A recuperação e fortalecimento da identidade também tem sido um aspecto abordado no grupo. Muitos participantes são aposentados e por não exercerem sua profissão deslocam a atividade e currículo de suas identidades pessoais, com um discurso de “eu fui professora...”, por exemplo. O Grupo da Terceira Idade da Celebrando Vida, visa recuperar essa identidade nos participantes, mostrando que são profissionais, ainda que não estejam em exercício, agregando aos mesmos os seus méritos pessoais e reforçando a ideia de que a construção individual de cada um é válida para a construção do grupo como um todo. Diante de tudo que foi posto em pauta no grupo até o momento, os resultados têm sido os melhores possíveis, visto que as pessoas envolvidas têm sido trabalhadas em esperas emocionais e sociais. A criação de novos laços, o desenvolvimento pessoal de cada participante engajado e a satisfação unânime são percebidos através dos esforços, mudanças de comportamentos e de postura diante do grupo, e através dos relatos que enfatizam o apoio à existência e permanência dos encontros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de intervenções realizadas no grupo foi gratificante do ponto de vista pessoal e relevantes do ponto de vista profissional por permitir a vivência de um trabalho comprometido com a promoção e prevenção da saúde e qualidade de vida. Além disso, receber contribuição vindas diretamente dos idosos, visto que a ampla de experiência de vida que cada um deles carrega, a alegria de viver enfatizada pelo desejo de aproveitar o momento, torna o momento de interação grupal ainda mais significativa. Assim, entender o idoso como participante a atuante no grupo encoraja a continuar o trabalho com expectativa de alcançar resultados cada vez melhores, já que a o grupo de idosos é de suma importância na busca por qualidade de vida, dado aos seus benefícios.

REFERÊNCIAS

- [1] Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev. Bras. Geriatria E Gerontologia. 2006. [acesso 2017 set 07] 8(1); 9-20. 225. Disponível online em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a07v13n2.pdf>
- [2] Brasil. Portal Brasil: economia e emprego. 2016. [acesso 2017 set 07]. Disponível online em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-nobrasil>
- [3] Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Revista. Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2006. [acesso 2017 ago 26] Disponível online em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>
- [4] Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental [online]. 2011. [acesso 2017 ago 26]. vol.9, n.17, pp. 523-536. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272011000200002
- [5] Wichmann FMA, Couto Na, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia. Rio de Janeiro, 2013. [acesso 2017 set 07]; 16(4):821-832. Disponível online em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n4/1809-9823-rbagg-16-04-00821.pdf>
- [6] Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010 [acesso 2017 set 05]; 13(2): 225-33. Disponível online em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a07v13n2.pdf>
- [7] Silva I, Ribeiro JP, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Dias S, et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. Psic, Saúde & Doenças 2003;4(1):21-32.
- [8] Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Cosenza RM (org.). Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Capítulo 16

Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de hidroginástica no município de Ponta Grossa-PR e de Carambeí-PR

Mylene Aparecida Rodrigues Alves

Tamires Terezinha Gallo da Silva

Resumo: o presente trabalho teve como objetivo mensurar a qualidade de vida de praticantes de hidroginástica de duas cidades do interior do Paraná. Para isso, foi identificado o perfil dos idosos quanto à idade e sexo, e também, foi verificada a qualidade de vida dos praticantes de hidroginástica por meio do instrumento WHOQOL-bref e WHOQOL-old. A amostra constituiu de 93 idosos, destes 18 foram do município de Ponta Grossa-Pr e 75 foram do município de Carambeí-Pr. Em relação aos escores de cada domínio retornado do instrumento WHOQOL-bref o de maior escore foi Psicológico (73,8) e de menor escore foi Ambiente (66,9) para amostra de Carambeí-Pr, e, para a amostra de Ponta Grossa-Pr o de maior escore foi Relações Sociais (72,69) e de menor escore foi Físico (65,09). Já, em relação aos escores de cada domínio retornado do instrumento WHOQOL-old o de maior escore foi Morte e Morrer (76,1) e de menor escore foi Autonomia (66,3) para amostra de Carambeí-Pr, e, para a amostra de Ponta Grossa-Pr o de maior escore foi Intimidade (76,74) e de menor escore foi Autonomia (69,44). Em conclusão, a hidroginástica é uma ótima alternativa para melhorar a qualidade de vida entre a população idosa. Os presentes achados contribuem para futuras comparações em populações semelhantes a esta estudada, com a aplicação dos mesmos instrumentos.

Palavras-Chave: Qualidade de vida, WHOQOL-bref, WHOQOL-old, hidroginástica.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), a expectativa de vida no Brasil subiu de 75,5 anos em 2015 para 75,8 anos em 2016. No Paraná a população idosa apresenta índices de 8,52% e as projeções estimam que essa população em 2030 seja de 15,13% (IBGE, 2016). A expectativa de vida está aumentando e, assim, tornando necessária atenção exclusiva em estudos estratégicos que favoreçam saúde e qualidade de vida na população idosa.

Um dos fatores do aumento da expectativa de vida foi em função da contribuição da medicina hodierna na população geriátrica, devido ao controle das doenças acometidas nessa faixa etária (RIBEIRO *et al.*, 2018).

O envelhecimento é caracterizado pelo declínio global e progressivo das funções fisiológicas que podem ser manifestadas em diferentes formas no sistema biológico (MORRISON; NEWELL, 2012). Alterações como a perda anual de 1 a 2% de massa muscular a partir dos 50 anos e da força muscular, que diminui de maneira semelhante, cerca de 1,5%, apresentando decréscimo ainda maior, 3%, após os 60 anos, podem causar limitações na capacidade funcional do idoso (DAWSON; DENNISON, 2016).

O processo de envelhecimento para Nasri (2008), compromete a habilidade do sistema nervoso central, como os sinais vestibulares, visuais, proprioceptivos e modificações dos reflexos adaptativos.

Dentre os diversos transtornos supramencionados, a saúde mental, também, é um assunto indispensável quando se trata da saúde do idoso. A depressão e a demência têm atingindo a população da terceira idade em vários países (GORDILHO *et al.*, 2000). Segundo Abbott *et al.* (2004), em seu estudo prospectivo de coorte em uma amostra de idosos, concluíram que a promoção para um estilo de vida ativo em idosos é capaz de ajudar a função cognitiva no final da vida.

No estudo de Condello *et al.* (2017), concluíram que os níveis adequados de exercícios físicos podem afetar positivamente a eficiência cerebral e o controle da atenção e devem, portanto, ser promovidos por ações que apoiem a participação ao longo da vida e tenham impacto no ambiente construído para torná-lo mais propício.

Nesse contexto, a hidroginástica quanto à execução de outras propostas de exercícios físicos, são imprescindíveis para a população idosa, conforme suas condições de saúde e necessidades. Já foi reportado que a prática de exercícios físicos caracterizam um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, apresentando também relações com desempenho positivo em atividades de autocuidado, como a produtividade, realização de atividades de vida diária e mobilidade funcional (ESTIVALET; CORAZZA, 2017).

Diversos grupos de pesquisas em universidades vêm sendo desenvolvidos com esse foco. Buscando investigar características que permitam boa qualidade de vida na velhice humana.

2. HIDROGINÁSTICA PARA IDOSOS

Segundo Santana (2012), a qualidade de vida não está acompanhando a longevidade, isso é decorrente a diversas causas, sendo elas:

“estilo de vida, condições socioeconômicas, grau de instrução, priorização do atendimento emergencial em detrimento do investimento em uma política pública de prevenção de agravos aos idosos, falta de profissionais qualificados para trabalhar com esse grupo etário, entre outros”.

O meio líquido por muito tempo foi utilizado para limpeza do corpo terreno (de doenças) e o corpo espiritual (dos pecados), nas civilizações antigas, os quais acreditavam que o corpo limpo e a alma pura facilitavam a renovação eterna (ALMEIDA, 2001).

Segundo Bonachela (1994 apud ALMEIDA, 2001, p. 12), a hidroginástica surgiu na Alemanha em 1722, para oferecer assistência a um grupo de pessoas com mais idade que “precisavam praticar uma atividade física segura, sem causar riscos ou lesões às articulações e que lhes proporcionassem bem estar físico e mental”.

Vale salientar, que a hidroginástica segundo Campos (1991 apud ALMEIDA 2001, p. 13), é:

um programa de exercícios físicos adaptados ao meio líquido e organizado dentro de critérios, elaborados a partir de uma metodologia voltada as peculiaridades do meio, que tem como objetivo principal o desenvolvimento da aptidão física em qualquer indivíduo que apresente um mínimo de adaptação aquática.

Para Di Masi (2000), a hidroginástica é um programa de exercícios no meio aquático, o qual tem como objetivo de amenizar, facilitar e recuperar alguns distúrbios do organismo, com o intuito de melhorar o bemestar psicomotor do indivíduo.

De acordo com Aguiar e Gurgel (2009), a prática da hidroginástica deve ser estimulada na população idosa, além de apresentar ser uma atividade relaxante e de baixo impacto, proporciona qualidade de vida no que diz respeito ao domínio físico, flexibilidade e força, consequentemente prevenindo lesões e estimulando a independência dessa população.

A hidroginástica não é uma atividade exclusivamente para a população da terceira idade, mas encontra-se em maior número neste público, devido a atividade ser muito recomendada por médicos (PAULA; PAULA, 1998). Os mesmos autores salientam que para a população da terceira idade o foco da atividade “devem estar relacionados à melhoria da qualidade de vida envolvendo aspectos biopsicossociais. Em virtude da posição verticalizada, diferentemente da natação, pessoas que apresentam medo costumam adaptar-se bem à hidroginástica”.

Esta característica favorece também a melhoria da postura, da marcha e da percepção corporal, já que, imerso, o indivíduo deverá estar mais atento à autocorreção, contribuindo para maior autonomia. Aflexibilidade, o equilíbrio, a coordenação motora e a modificação da composição corporal são igualmente beneficiadas pela hidroginástica (SOVA, 1995 apud PAULA; PAULA, 1998).

A escolha do tipo de programa de exercício físico prescrito para o idoso deve levar em consideração aspectos como a saúde e a doença em termo populacional. Para tal, recomenda-se a participação regular do idoso em programas de exercícios físicos, como forma de reduzir e prevenir alguns declínios provenientes do envelhecimento (OYAMA; OLIVEIRA, 1997).

Em continuidade, segundo Ribeiro *et al.* (2018), salientam que tais programas devem desenvolver a independência funcional do indivíduo, a força muscular, o equilíbrio, a potência aeróbica e movimentos corporais de forma completa.

Dessa forma, é essencial adotar um estilo de vida ativo para que o idoso consiga manter-se independente para realizar seus afazeres, promovendo a saúde e a qualidade de vida durante o processo do envelhecimento. E, a prática da hidroginástica é considerada um meio de desenvolver a tal independência e a funcionalidade do idoso.

3.AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS (PROJETO WHOQOL-OLD)

A população brasileira está mais idosa e juntamente com esse envelhecimento pesquisadores de diversas áreas investigam se a qualidade de vida vem aumentando na mesma proporção.

Devido à carência da população idosa ser diferente da população adulta e jovem, em 1999 surgiu o Projeto WHOQOL-OLD, com o objetivo de desenvolver e testar um instrumento específico que avaliasse pessoas mais velhas (POWER *et al.*, 2005). Como resultado surgiu o questionário/instrumento WHOQOL-OLD, que é um instrumento específico que avalia a qualidade de vida em idosos. O processo de elaboração do instrumento seguiu as seguintes etapas:

Quadro 1 – etapas de elaboração do questionário WHOQOL-OLD

Etapas	Observações
a- Desenvolvimento inicial de questões (itens)	Relevantes sobre qualidade de vida e sua tradução: trabalho de grupo focal dentro dos centros colaboradores e processo da técnica iterativa Delphi entre os centros colaboradores para a geração de itens
b- Teste-piloto do questionário com modificação apropriada	Refinamento, redução de itens
c- Teste em campo do questionário	-
d- Análise final	Análise estatística, relatório do projeto e publicação do manual

Fonte: adaptado por (POWER *et al.*, 2005)

O instrumento WHOQOL-OLD findou em 24 questões autoavaliativas atribuídas a seis facetas (Habilidades sensoriais, Autonomia, Atividades passadas/presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e a Intimidade).

Vale salientar, que o instrumento WHOQOL-OLD pode ser aplicado numa ampla variedade de estudos, sendo eles: investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, desenvolvimento de serviços e estudos de intervenção clínica (POWER *et al.*, 2005). O WHOQOL-OLD, também é capaz de avaliar o impacto do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, principalmente identificar as possíveis consequências das políticas públicas sobre qualidade de vida e uma compreensão nas áreas de investimento para se obter melhores benefícios na qualidade de vida de adultos idosos (POWER *et al.*, 2005).

A combinação do questionário genérico (WHOQOL-BREF) com um questionário específico (WHOQOL-OLD) é uma das estratégias recomendadas para avaliar amplamente a qualidade de vida, a qual será adotada neste estudo (POWER *et al.*, 2005).

Portanto depreendemos diante destes fatos a relevância da hidroginástica na qualidade de vida na terceira idade. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas com mais de 60 anos, todos praticantes de hidroginástica nos municípios de Ponta Grossa-Pr e Carambeí-Pr.

4. METODOLOGIA

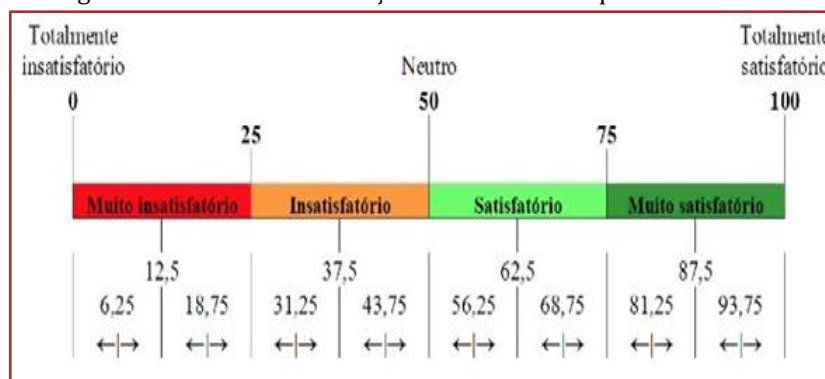
Segundo Gil (2002), em relação aos objetivos o presente estudo classificou como descritivo, pois envolver o uso de um questionário padronizado para coleta dos dados (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD). Sob o aspecto epidemiológico, foi classificado como transversal (GIL, 2002). Vale salientar, que apresentou caráter quanti-qualitativo, devido às análises serem por meio de dados que englobarem as variáveis do instrumento em questão e uma descrição dos dados assim retornados (GIL, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2003).

A amostra foi selecionada por conveniência e oriunda de duas escolas de hidroginásticas, uma localizada no município de Ponta Grossa-Pr e a outra no município de Carambeí-Pr, onde que o critério de exclusão foi o não preenchimento do mínimo de questões permitidas em cada questionário. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, praticantes de hidroginástica, que aceitaram participar da pesquisa e, estavam de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A hidroginástica era praticada duas vezes semanais, com sessão aproximadamente de 50 minutos de duração, independente da hora do dia, nos dois municípios supramencionados.

Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicado o instrumento WHOQOL-OLD juntamente com o instrumento WHOQOL-BREF, que é derivado do WHOQOL-100, constitui 26 questões, duas gerais e 24 abrangendo quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Ambiente (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

Os resultados foram classificados de acordo com a proposta de Timossi *et al.* (2009) para a qualidade de vida no trabalho e que também tem sido usado para estudos de qualidade de vida, na qual as respostas são avaliadas em termos de intensidade de satisfação, conforme pode ser verificado na Figura a seguir:

Figura 1: escala de classificação dos escores da qualidade de vida



Fonte: Timossi et al. (2009)

Para as análises dos dados, os cálculos dos resultados da aplicação dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD ocorreram por meio da ferramenta desenvolvida por Pedroso *et al.* (2010) e Pedroso *et al.* (2011), respectivamente, os quais seguem os parâmetros descritos pelo Grupo WHOQOL para a realização dos cálculos.

Convém salientar, que os instrumentos utilizados na presente pesquisa foram traduzidos, adaptados e validados para população brasileira. Proporcionando assim, uma alta confiabilidade para os respondentes. Trata-se de questionários com uma escala de resposta do tipo Likert, onde o indivíduo tem a liberdade de responder ou não as questões, que vai de 1 a 5, de forma voluntária. Nesse contexto, o presente tomou como verdade a necessidade da aprovação dos entrevistados em participar da presente pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra constituiu de 93 idosos, destes 18 foram do município de Ponta Grossa-Pr, sendo 15 mulheres e três homens, já a amostra do município de Carambeí-Pr, totalizou 75 idosos, sendo 62 mulheres e 13 homens, todos com mais de 60 anos de idade e obtendo aulas de hidroginástica no mínimo duas vezes semana.

Os resultados das aplicações dos instrumentos WHOQOL-bref e WHOQOL-old em idosos praticantes de hidroginástica no município de Ponta Grossa-Pr e de Carambeí foram demonstrados nas tabelas 1 e 2 a seguir:

Tabela 1: escore de cada domínio do instrumento WHOQOL-bref retornado pelos idosos praticantes de hidroginástica dos municípios de Carambeí e Ponta Grossa

DOMÍNIOS	CARAMBEÍ-PR	PONTA GROSSA
Físico	69,7	65,09
Psicológico	73,8	70,00
Relações Sociais	73,2	72,69
Ambiente	66,9	65,65
TOTAL	70,5	67,22

Fonte: autora própria

Nota-se que na tabela 1, em ordem crescente referente à amostra de Carambeí-Pr os escores dos domínios do instrumento WHOQOL-bref ficaram da seguinte forma: Ambiente com um escore de 66,9; Físico com um escore de 69,7; Relações Sociais com um escore de 73,2 e Psicológico com um escore de 73,8, totalizando com um escore Total de 70,5. Já referente à amostra de Ponta Grossa-Pr, em ordem crescente os escores dos domínios do instrumento WHOQOL-bref ficaram da seguinte forma: Físico com um escore de 65,09; Ambiente com um escore de 65,65; Psicológico com um escore de 70,00 e Relações Sociais com um escore de 72,69, totalizando com um escore Total de 67,22.

Segundo a classificação de Timossi et al. (2009), todos os escores estão classificados como satisfatórios, obtendo uma variação do maior escore com o menor escore de 6,9 pontos na amostra de Carambeí e 7,6

pontos na amostra de Ponta Grossa. Caracterizando assim, duas amostras semelhantes, mesmo serem praticantes de hidroginástica em municípios diferentes. Tais variações estão próximas das variações de estudos de Rocha, Klein e Pasqualotti (2014) e Vagetti et al.(2015), em que a variação do maior escore com o menor escore foi de 2,7 e 3,79, respectivamente.

Os domínios Psicológico e Relações Sociais foram os de maiores escores em ambas as amostras. Já os domínios Físico e Ambiente foram de menores escores em ambas as amostras. Achados interessantes, pois a amostra se trata de praticantes de hidroginástica, porém, tal pratica para esse tipo de população prova com os presentes resultados que favoreceu mais o convívio social (relações sócias) e o nível emocional (psicológico) entre os praticantes se comparado aos outros domínios (físico e ambiente).

Tabela 2: escore de cada domínio do instrumento WHOQOL-old retornado pelos idosos praticantes de hidroginástica dos municípios de Carambeí e Ponta Grossa

DOMÍNIOS	CARAMBEÍ	PONTA GROSSA
Funcionamento do Sensório	75	72,22
Autonomia	66,3	69,44
Atividades	75,1	74,65
Participação Social	74,2	75,74
Morte e Morrer	76,1	76,56
Intimidade	68,7	76,74
TOTAL	72,5	74,12

Fonte: autora própria

Em relação aos resultados do instrumento WHOQOL-old, os escores classificados como Satisfatórios, segundo Timossi et al. (2009), em ordem crescente foram: Intimidade (68,7); Autonomia (66,3); Funcionamento do Sensório (75) e Participação Social (74,2) em relação a amostra de Carambeí-Pr. Os domínios Atividade (75,1) e Morte e Morrer (76,1) foram classificados como Muito Satisfatórios, obtendo um escore Total de 72,5.

Já os escores classificados como Satisfatórios em relação à amostra de Ponta Grossa- Pr, segundo Timossi et al., 2009, em ordem crescente foram: Autonomia (69,44); Funcionamento do Sensório (72,22) e Atividades (74,65). Os domínios Participação Social (75,74); Morte e Morrer (76,56) e Intimidade (76,74) foram classificados como Muito Satisfatório, obtendo um escore Total de 74,12.

Em comparação com outros estudos, onde a amostra foi de idosos não praticantes de hidroginástica, segue a tabela 3 com o intuito de analisar de forma mais ampla os presentes resultados de ambas as amostras:

Tabela 3: escores de cada domínio avaliado pelo instrumento WHOQOL-old em outros estudos de idosos não praticantes de hidroginástica

DOMÍNIOS	Não praticantes de hidroginástica		Praticantes de hidroginástica	
	Varela et al. (2015)	Uyeno et al. (2016)	Carambeí-Pr	Ponta Grossa-Pr
Funcionamento do Sensório	61,3	58,8	75	72,22
Autonomia	47,9	37,9	66,3	69,44
Atividades	57,8	57,5	75,1	74,65
Participação Social	49,2	46,7	74,2	75,74
Morte e Morrer	68,4	85,0	76,1	76,56
Intimidade	61,0	60,0	68,7	76,74
TOTAL	57,6	57,6	72,5	74,12

Fonte: Varela et al. (2015) e Uyeno et al. (2016)

Em relação à tabela 3, vale salientar que o domínio Autonomia ganha destaque, pois foi o domínio de menor escore no estudo de Varela et al. (2015), Uyeno et al. (2016), Carambeí-Pr e Ponta Grossa-Pr.

Ao fazer a comparação dos não praticantes de hidroginástica com os praticantes de hidroginástica. Ocorreu que os praticantes de hidroginástica tiveram escores maiores no domínio da Autonomia em relação aos estudos de Varela et al. (2015) e Uyeno et al. (2016), os não praticantes de hidroginástica. Tais

achados demonstraram que a hidroginástica é uma alternativa para melhorar a autonomia em idosos.

Em relação ao domínio Participação Social, nota-se, também, que houve uma diferença nos não praticantes de hidroginástica com os praticantes de hidroginástica. No estudo de Varella et al. (2015) o escore foi de 49,2 e no estudo de Uyeno et al. (2016) o escore foi de 46,7, resultados classificados como Insatisfatórios. Já em praticantes de hidroginástica o mesmo domínio obteve um escore de 74,2 para a amostra de Carambei-Pr, resultado classificado como Satisfatório, e, um escore de 75,74 para a amostra de Ponta Grossa-Pr, resultados classificados como Muito Satisfatório.

Tais achados são de grande importância para o meio acadêmico, pois a hidroginástica para idosos pode ser uma alternativa em melhorar o convívio social entre os participantes.

Trazendo para os mesmos uma maior interação e trocas de informações. Pois, segundo Shephard (2003, p.313):

“há relativamente poucas informações sobre interações entre atividade física e o funcionamento social. Entretanto, é amplamente reconhecido que muitas pessoas idosas vivem muito solitárias e têm vidas isoladas. Uma razão para esse isolamento social é que os idosos frágeis não têm a força física necessária para dirigir-se à comunidade, encontrar as pessoas e participar de eventos. Uma melhoria na condição física poderia obviamente auxiliar a preencher essas necessidades e, se a atividade tomar a forma de um programa de grupo, ela também fornece uma fonte mais direta de apoio e interações social”.

Não obstante, o aumento na qualidade de vida pode também refletir no bem estar, na melhora da autoestima, sensações de autonomia, diminuição da ansiedade e da depressão (SHEPHARD, 2003).

No que tange ao escore Total, os praticantes de hidroginástica obtiveram escores de 72,5 e 74,12, em contrapartida, os não praticantes de hidroginástica ambos obtiveram escores de 57,6. Tais achados, conclui que a qualidade de vida em praticantes de hidroginástica é melhor em relação a não praticantes de hidroginástica, conforme o presente estudo.

Vale salientar que o presente está em conformidade com a literatura acadêmica, no que se refere ao aumento da qualidade de vida em idosos praticantes de um programa de exercício físico (ROSSI; SADER, 2002; CRESS et al., 1999; SHEPHARD, 2003).

6.CONCLUSÕES

O presente cumpriu com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos praticantes de hidroginástica. Ao fazer comparação, pode-se concluir que praticantes de hidroginástica (Presente Estudo) obtiveram uma melhor qualidade de vida em relação a não praticantes de hidroginástica, principalmente no que se trata dos domínios Relações Sociais e Autonomia.

Os resultados deste estudo indicam que a intensidade e a frequência de atividade física podem contribuir para o aumento da qualidade de vida, como apresentou na presente amostra. O incentivo de um programa de exercício físico, como a hidroginástica para idosos, é fundamental para alcançar os benefícios relacionados à saúde, à atividade física e a qualidade de vida. De fato, uma rotina de transporte ativo, como a caminhada, pode ser suficiente para induzir melhoras na percepção da qualidade de vida em domínios específicos, porém, juntamente com a prática da hidroginástica tal fato aumentaria a qualidade de vida de forma geral nos idosos.

Em conclusão, a hidroginástica é uma ótima alternativa para melhorar a qualidade de vida entre a população idosa. Os presentes achados contribuem para futuras comparações em populações semelhantes a esta estudada. Ressaltando que o conhecimento do perfil da qualidade de vida de idosos é, portanto, fundamental para o planejamento da atenção à saúde dessa população.

REFERENCIAS

- [1] Abbott, R. D. et al. Walking and dementia in physical capable elderly men. JAMA, v. 292, n. 12, p. 1447-1453, 2004.
- [2] Aguiar, J. B.; Gurgel, L. A. Investigação dos efeitos da hidroginástica sobre a qualidade de vida, a força de membros inferiores e a flexibilidade de idosos: um estudo no Serviço Social do Comércio – Fortaleza. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v.23, n.4, p.335-44, out./dez. 2009.
- [3] Almeida, M. S. Hidroginástica na terceira idade: problemática da indicação generalizada. Campinas, 2000.
- [4] Condello, G. et al. Steps to health in cognitive aging: effects of physical activity on spatial attention and executive control in the elderly. Frontiers in Human Neuroscience, v. 11, n. 1, p. 1-17, 2017.
- [5] Cress, M. E.; Buchner, D. M. E.; Questad, K. A. Exercise: effects on physical functional performance in independent older adults. Journal of Gerontology Advanced Biological Sciences Medical and Science, v.54, n.5, p.242-248, 1999.
- [6] Dawson, A.; Dennison, E. Measuring the musculoskeletal aging phenotype. Maturitas, v. 93, p. 13-17, 2016.
- [7] di Masi, F. Hidro: propriedades físicas e aspectos fisiológicos. Sprint, 2000.
- [8] Estivalet, K. M. Corazza, S. T. Desempenho ocupacional de idosos praticantes de hidroginástica. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 315-323, 2017.
- [9] Fleck, M. P.; Chachamovich, E.; Trentini, C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo Whoqol-OLD. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.
- [10] Gil, A. C. Como elaborar projeto de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002
- [11] Gordilho A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.
- [12] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE
- [13] Notícias. Estatísticas Sociais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos.html>> Acesso em: 28 jul. 2018.
- [14] Projeção da população, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>. Acesso em: 22 de maio de 2017.
- [15] Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- [16] Morrison, S.; Newell, K. M. Aging, Neuromuscular Decline, and the Change in Physiological and Behavioral Complexity of Upper-Limb Movement Dynamics. Journal of Aging Research, v. 2012, p. 1-14, 2012.
- [17] Nasri, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein, v. 6, supl. 1, p. s4-s6, 2008. Oyama, E. R.; Oliveira, J. G. Educação física e o idoso: implicações de gênero. Revista APEF, v. 12, p. 5-20, 1997.
- [18] Paula, K. C.; Paula, D.C. Hidroginástica na Terceira Idade. Revista Brasileira de Medicina Esporte, v. 4, n. 1, jan./fev., 1998.
- [19] Pedroso, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do Whoqol-bref através do Microsoft Excel. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.
- [20] Pedroso, B. et al. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. Conexões (UNICAMP), Campinas, v. 9, n. 1, p. 130-156, jan./abr. 2011.
- [21] Power, M. et al. Development of the Whoqol-old module. Quality of Life Research, v. 14, n. 10, p. 2197-214, 2005.
- [22] Ribeiro, L. S. O processo de envelhecimento e o equilíbrio: a contribuição do exercício físico na promoção da saúde em idosos. In: Zama, C. A. (Org.). Atividade física, saúde e qualidade de vida: experiências e relatos. Jundiaí: Paco Editora, 2018. p. 43-52.
- [23] Rossi, E. E.; Sader, C. S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: Freitas, E. V. (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.508- 514, 2002.
- [24] Rocha, J. P.; Klein, O. J.; Pasqualotti, A. Quality of life, depression and cognition based on gerontological education mediated by a pole radio in homes for the aged. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014.
- [25] Santana, J. A. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. Vértices, v. 14, n. 3, p. 85-101, 2012.

- [26] Shephard, R. J. Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo: Phorte, 2003.
- [27] Timossi, L. C. et al. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da qualidade de vida no trabalho. Revista de Educação Física/UEM, Maringá, v. 20, n. 3, p. 395-405, 2009.
- [28] Uyeno, D. Y. et al. Nível de qualidade de vida dos idosos em instituição de longa permanência: lar dos velhinhos, Maringá-PR. Cinergis, v. 17, n. 2, p. 119-124, 2016.
- [29] Varela, F. R. A. et al. Quality of Life evaluation of frail elderly in Campinas-SP. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 62, n. 5, p. 423-430, 2015.
- [30] Vagetti, G. C. et al. The Association Between Physical Activity and Quality of Life Domains Among Older Women. Journal of Aging and Physical Activity, v. 23, n. 1 p. 524- 533, 2015.

Capítulo 17

Levantamento dos fatores que levam ao envelhecimento ativo e bem-sucedido

Karine Gomes de Omena Lisboa

Maria da Glória Freitas

Resumo: O envelhecimento foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”¹
Objetivo: Analisar a produção científica que aborda a temática dos fatores que influenciam o envelhecimento ativo e bem-sucedido. **Descrição Metodológica:** Trata-se de uma revisão sistemática, que tem como características revisar pesquisas anteriores, possibilitando conclusões que mostram resultados obtidos em diferentes estudos científicos em bancos de base de dados. **Resultados:** Utilizou-se 15 artigos que atenderam ao critério de inclusão. No que se refere a mesma visão que para ter um envelhecimento ativo e bem-sucedido, deve ter uma boa alimentação, praticar atividade física, ter alguma ocupação, ter bem-estar físico, e mental e espiritual, ter convivência social. Obteve o maior número de produção relacionado ao estudo com total de 9 artigos (80%), em artigos que revelam que para um envelhecimento ativo e bem sucedido é necessário ter: baixa probabilidade de doenças, alta capacidade funcional e cognitiva, e engajamento com a vida, representa um total de 5 artigos (20%), em outros critérios para envelhecimento bem sucedido e ativo é necessário: possibilidade de liberdade, interação social, respeito religioso, e participação social que promova saúde que representam um total de 1 artigo (10%). **Conclusão:** Ao termino desta pesquisa, pode-se inferir que são inúmeros as definições sobre envelhecimento bem-sucedido e ativo, assim como os fatores que influenciam o envelhecimento saudável.

Palavras chave: Envelhecimento. Bem-sucedido. Ativo.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por envelhecimento ativo e bem-sucedido o declínio de funções biológicas e cognitivas, bem como ao aumento da dependência dos recursos sociais.⁷ O envelhecimento é um fenômeno complexo que, cada vez mais, exige estudos multidisciplinares para um melhor entendimento e compreensão. O envelhecimento foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Esse conceito, parte então da suposição de que o envelhecer significa oportunidades favoráveis para que os indivíduos possam escolher seus estilos de vida saudáveis, ter controle da sua própria saúde e assim melhorar sua qualidade de vida.¹ Dessa forma, a enfermagem tem ação importante no comprometimento da saúde do cliente e da coletividade, ressaltando-se sobre o conhecimento e didática do profissional conduzir a população que planeja ter um envelhecimento ativo e bem-sucedido. As questões que encaminhamos diante do exposto são: qual a percepção dos autores sobre o que é o envelhecimento ativo e bem-sucedido encontrado nas produções científicas? Diante da questão proposta, incitar uma discussão sobre as viabilidades de uma preparação adequada para o envelhecimento ativo e bem-sucedido, e apresentar os pensamentos dos autores sobre como subjetivam o envelhecimento.

2. OBJETIVO

Analisar a produção científica que aborda a temática dos fatores que influenciam o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, que tem como características revisar pesquisas anteriores, possibilitando conclusões que mostram resultados obtidos em diferentes estudos científicos em bancos de base de dados. Esta revisão seguiu as seguintes etapas: 1ª etapa: Foi selecionado o tema e as seguintes palavras-chave: envelhecimento and bem-sucedido, envelhecimento and ativo. 2ª etapa: foram definidos os seguintes sites de busca: Considerando a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontradas um total de 37 publicações com os temas relacionados a envelhecimento bem-sucedido, e 173 artigos relacionados ao envelhecimento ativo, 2 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e 6 artigos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO). 3ª etapa: foram estabelecidos os seguintes critérios para a seleção dos artigos: textos na forma de artigos, teses ou dissertações disponíveis na íntegra, idiomas: português e espanhol. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídas todas as publicações que não se encaixaram nos critérios de inclusão. 4ª etapa: identificação geral no quadro 1. 5ª etapa: Foram selecionados 15 estudos e sistematizados através de formulário com análise individual com os seguintes itens: referências (autor, periódico, ano), e objetivo central do artigo. 6ª etapa: foi realizada a leitura dos artigos selecionados na íntegra, sistematizadas e categorizadas a informações, com intuito de atender os objetivos da proposta. Após a coleta e análise, os dados foram armazenados em uma planilha do Excel®, onde posteriormente foram convertidos em gráfico e figura

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizou-se 15 artigos que atenderam ao critério de inclusão. No que se refere a mesma visão que para ter um envelhecimento ativo e bem-sucedido, deve ter uma boa alimentação, praticar atividade física, ter alguma ocupação, ter bem-estar físico e, mental e espiritual, ter convivência social. Obteve o maior número de produção relacionado ao estudo com total de 9 artigos (80%), em artigos que revelam que para um envelhecimento ativo e bem sucedido é necessário ter: baixa probabilidade de doenças, alta capacidade funcional e cognitiva, e engajamento com a vida, representa um total de 5 artigos (20%), em outros critérios para envelhecimento bem sucedido e ativo é necessário: possibilidade de liberdade, interação social, respeito religioso, e participação social que promova saúde que representa um total de 1 artigo (10%).

Relacionado aos objetivos aplicados nos artigos estudados neste trabalho percebeu-se que seis artigos se propõem discutir o que é o envelhecimento bem sucedido ou ativo, outros seis artigos abordam os fatores que contribuem para o envelhecimento, um apresenta reflexões para ações educativas com idosos, um reflete sobre a institucionalização e suas particularidades no processo de envelhecer, um observar a multiplicidade de produções que, frequentemente, contrastam com a realidade objetiva da saúde do idoso

no Brasil. Quanto aos temas abordados, todos os artigos tratam sobre o envelhecimento e fatores relacionados ao mesmo. Dentre eles 5 abordam o envelhecimento bem-sucedido, 5 aborda o envelhecimento ativo, 5 artigos aborda os fatores de um envelhecimento saudável. Pode-se verificar na figura 1 seguir, as produções integrantes deste estudo, apresentando-se a base de dados, título dos artigos, autores, periódicas (vol, pag, ano) e o objetivo adotado.

Figura 1. - Distribuição dos estudos segundo, base de dados, autor (es), periódico (vol, pag, ano) e objetivo.

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol,pág,ano)	Objetivo
1. SCIELO	Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.	FERREIRA OGL	Texto Contexto Enferm.;21(3): 516-8, 2012	Analisar os fatores determinantes de um envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional.
2. LILACS	Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida	TEIXEIRA LAO; NERI AL	PSICOL.USP, 19(1),81-94, 2008	Discutir o significado de envelhecimento bem-sucedido, enfatizando que a subjetividade do conceito está relacionada à individualidade e às diferenças socioculturais.
3. SCIELO	Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexo para as ações educativas com idosos	ASSIS M	Rev.APS.;8(1):15-24, 2005	Apresentar uma reflexão para as ações educativas com idosos, à luz de princípios da Educação Popular em Saúde.
4. SCIELO	Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras	LIMA AMM; SILVA HS; GALHARDONI R	Interface: comun. Saúde educação.; 12(27)795-807, 2008	Discutir diferentes concepções do envelhecimento bem-sucedido, enfatizando o processo de envelhecimento como uma experiência heterogênea, que implica diferentes estratégias para a obtenção de bem-estar e qualidade de vida.
5. BVS	O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema	MARI FR; ALVES GG; AERTS DRGC; CAMARA S	Rev. bras. geriatr. gerontol; 19(1): 35-44,2016	Conhecer a percepção dos adultos de meia-idade sobre o processo de envelhecimento e a saúde.
6. LILACS	Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem	ILHA S; CEZAR-VAZ MR; ARGENTA C; PELZER MT; BACKES DS; SILVA MRS	Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 8(2):4231-4242, 2016	Refletir acerca dos possíveis fatores que contribuem para o envelhecimento ativo, bem como sobre estratégias que podem ser utilizadas por enfermeiros e demais profissionais da saúde na promoção do envelhecimento ativo.
7. LILACS	Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões	GONÇALVES CD	Estud. Interdiscipl. Envelhec.;20(2):645-657, 2015	Refletir sobre a questão do envelhecimento. Diversos termos têm surgido, nas últimas décadas, correspondendo a diferentes modelos de envelhecimento.
8. BVS	O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos	VALER DB; BIERHALS CCBK; AIRES M; PASKULIN LMG	Rev. Bras. Geriatr. gerontol;18(4):809-819	Descrever o significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas que participam de grupos de educação em saúde de uma Unidade Básica de Porto Alegre-RS.
9. LILACS	O cotidiano de enfermagem do programa de saúde da família na promoção do envelhecimento ativo	DIAS KCA; BARA VMF; SALIMENA AMO	HU Revista -dez;38(3):143-149, 2012	Compreender a atuação do enfermeiro na sua prática cotidiana, relacionada às ações de promoção da saúde para o envelhecimento ativo.
10. LILACS	Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde	CAVALCANTE AD	Rev. Kairós Geront. 2013 16(4):159-174	Refletir sobre a institucionalização e suas particularidades no processo de envelhecer.
11. SCIELO	Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido	MOREIRA IPS	ISSSP - Instituto Superior de Serviço Social do Porto.; 1-83, 2013	O objetivo geral é o seguinte prevenir o isolamento e o envelhecimento de forma a promover o envelhecimento ativo e bem-sucedido
12. LILACS	Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado	VITORINO SS; MIRANDA MLJ; WITTER C	Rev. Kairós Geront;15(3):29-42, 2012	Observar a multiplicidade de produções que, frequentemente, contrastam com a realidade objetiva da saúde do idoso no Brasil.
13. LILACS	Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas	SILVA HS; LIMA AMM; GALHARDONI R	Interface comun. Saúde educ;14(35):867-877, 2010.	Promover uma discussão sobre o que vem a ser envelhecer de forma bem-sucedida mesmo na presença de vulnerabilidades.
14. SCIELO	Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico	BATTINII E; MACIEL EM; FINATO MSS	Estud. psicol. (Campinas);23(4), 2006	Identificar e analisar as variáveis que influenciam a adaptação do indivíduo ao processo de envelhecimento.
15. SCIELO	Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos	FABRINO AP; CUPERTINO B; ROSA FHM; RIBEIRO PCC	Psicol. Reflex. Crit. vol.20 no.1 Porto Alegre 2007	Examinar a definição de envelhecimento saudável em uma amostra de idosos da comunidade buscando identificar as multidimensões percebidas pelos mesmos.

A análise dos 15 estudos da amostra possibilitou sintetizar o conhecimento da literatura nacional e internacional sobre o que é envelhecimento bem-sucedido e ativo, assim como os fatores que influenciam para um envelhecimento saudável. No que se refere ao envelhecimento ativo, o artigo 1 refere que a prática de qualquer atividade e não apenas a física constitui um meio de manter e/ ou melhorar a capacidade funcional. Além disso, é capaz de possibilitar uma maior inserção na comunidade, através do fortalecimento de vínculos familiares, de amizade, de lazer e sociais, promovendo mudanças na vida cotidiana, como busca de melhoria da qualidade de vida. No que concerne ao artigo 3, a autora enfatiza sobre a promoção da saúde do envelhecimento a uma perspectiva para as ações educativas com idosos, uma vez que projetos e ações educativas estimulam os idosos a pensar a relação entre corpo e vida. O artigo 6 corrobora com a visão dos artigos 1,3, onde os autores referem que o envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais, físicas e a obtenção dos objetivos que desejam por meio de estratégias propostas pelos profissionais da saúde em parceria com a pessoa idosa, a família e a comunidade, incentivando assim a prática da promoção e prevenção de complicações provenientes do envelhecimento. Nos artigos 7, 9, 14 e 15, as autoras referem

que o processo do envelhecimento depende de fatores de natureza endógena e exógena, que interagem com a herança genética, ainda relata que fatores de natureza física, psicológica e social, cita também que condições de rendimento econômico e acessibilidade a serviços de saúde são aspectos que nosso corpo e mente sente com o passar do tempo, podendo afirmar que o envelhecimento é revestido de uma “marca individual.” Voltando ao contexto com relação ao envelhecimento bem-sucedido, no artigo 2, a autora menciona que a prática de atividades físicas, frequência alta nos contatos sociais, ausência de depressão e déficit cognitivo, menor número de condições médicas e melhor auto relato de saúde são variáveis que dispõe para um envelhecimento bem-sucedido. No artigo 4, os autores discutem que o processo é dividido em duas esferas, a primeira considera o processo do envelhecimento como plano individual, múltiplas trajetórias de vida e plano coletivo, a segunda esfera se refere ao acesso a oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde, e realização de ações que acompanham o curso da vida e se entendem às fases tardias da vida, como a velhice. No artigo 5, as autoras relatam que os estudos sobre o envelhecimento são fundamentais para o planejamento de políticas públicas, pois o comportamento das pessoas está relacionado com a percepção e aos valores que é dado a elas. No artigo 8, as autoras expõem que estimular os hábitos de prevenção de agravos e promoção da saúde fortalece a interação dos profissionais com os idosos, as mesmas autoras ainda citam que o indivíduo mais adequado para definir o que é envelhecimento saudável são os próprios idosos. Nos artigos 12 e 13, os autores citam que as condições sociais e de saúde que, empiricamente, podem estar envolvidas no contexto da vulnerabilidade em saúde no processo de envelhecimento, entre elas: a capacidade funcional na velhice, a distribuição das doenças crônico-degenerativas, a disponibilidade de programas e serviços, a posição social que os indivíduos ocupam e os recursos sociais disponíveis. No artigo 15, os autores citam que a definição de envelhecimento saudável é destacada pela saúde física, pois sabe-se que o envelhecimento físico acarreta modificações anatômicas- fisiológicas, que implicam a necessidade de adaptações e compensações para um menor desequilíbrio entre ganhos e perdas. Os mesmos autores esclarecem que os idosos que mantem uma espiritualidade jovem, não se preocupam efetivamente com fatores externos, nem mesmo manutenção da saúde.

5.CONCLUSÃO

Ao termino desta pesquisa, pode-se inferir que são inúmeros as definições sobre envelhecimento bem-sucedido e ativo, assim como os fatores que influenciam o envelhecimento saudável. Para aumentar os fatores para um envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável é recomendado medidas preventivas antes da terceira idade, destacando alimentação saudável, prática de exercícios físicos, interação social, ter alguma ocupação, tratar doenças que possam comprometer o processo adequado do envelhecimento. Outra medida importante é o investimento na educação permanente em saúde, tendo assim papel protetor para saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- [1] Assis M, Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Rev APS 2005 Jan-Jun; 8(1): 15-24.
- [2] Cavalcanti AD. Envelhecimento e institucionalização: uma revisão bibliográfica à luz da promoção da saúde. Rev Kairós Gerontol, 16(4), 159-174.
- [3] Costa NP, Polaro SHI, Vahl EAC, Gonçalves LHT. Contação de história cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. Rev. Bras de Enferm 2016 Nov-Dez; 69(6):1132-9.
- [4] Dias KCA, Bara VMF, Salimena Amo. O cotidiano de enfermeiras do programa de saúde da família na promoção do envelhecimento ativo. HU Rev 2012 jul-Dez; 38(3 e 4):143-149.
- [5] Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e suas relações com a independência funcional. Tex Cont Enferm 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8.
- [6] Gonçalves CD. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. Estud Interdiscipl Envelhec 2015; 20(2): 645-657.
- [7] Ilha S, Argenta C, Silva MRS, Vaz MRC, Pelzer MT, Backes DS. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. Rev Pesq Cuid Fundam (online) 2016 Abr-Jun; 8(2): 4231-4242. URL: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/search/search?simpleQuery=Envelhecimento+ativo%3A+reflex%C3%A3o+necess%C3%A1ria+aos+profissionais+de+enfermagem%2F+sa%C3%BAde&searchField=query>

- [8] Lima AMM, Silva HS, Galhardoni. Envelhecimento bem-sucedido: trajetória de um constructo e novas fronteiras. *Interface* 2008 Out-Dez;12(27): 795-807.
- [9] Mari FR, Alves GG, Aerts DRGC, Camara S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(1):35-44.
- [10] Myrrha1 LJD, Turra CM, Wajnman S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Rev. Latinoamericana de Población* 2017 Jan- Jun 11(20): 37-54.
- [11] Moreira IPS. Envelhecimento Activo e Bem-sucedido. *RCAAP* 2013 Dez, 11-61.
- [12] .Nunes MI, Santos M, Ferretti REL. *Enfermagem em geriatria e gerontologia*. 46ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2012.
- [13] .Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF, 2005.
- [14] Teixeira Inao, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. 2008 Jan- Mar, 19(1): 81-94.
- [15] Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin LMG. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4): 809-819.

Capítulo 18

Desafios e determinantes para um envelhecimento ativo e bem-sucedido: Uma revisão bibliográfica

Maysa Arlany de Oliveira

Carla Maria Lopes dos Santos

Nadja Maria dos Santos

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Rosana Alves de Melo

Resumo: Introdução: compreende-se que em todo o processo da vida existem fatores que determinam a saúde de indivíduos de todas as idades. Portanto, para um envelhecimento bem-sucedido são considerados os seguintes fatores: determinantes comportamentais, pessoais, físicos, sociais e econômicos. Estes vão determinar o tipo de envelhecimento dos indivíduos e das populações. Objetivo: identificar quais desafios e determinantes implicam na busca do envelhecimento populacional ativo e bem-sucedido. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de busca na base científica do Scielo, Bireme, e Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano a partir dos descritores envelhecimento, longevidade, saúde, idoso. Os artigos cujos resultados convergiram para o tema proposto foram utilizados. Três categorias foram criadas para apresentação dos resultados e discussão. Resultados e discussão: O envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade para todas as pessoas que estão em processo de envelhecimento, inclusive as que estão em situação de fragilidade física, incapacitadas e que requerem cuidados. Os determinantes e desafios vivenciados pela pessoa idosa são diversos, e vale ressaltar que os determinantes não se aplicam somente para a população idosa, mas para indivíduos de todas as idades. Conclusão: Os determinantes para um envelhecimento ativo devem ser vistos como metas a serem alcançadas em toda trajetória da vida de todos os indivíduos, com objetivo de oportunizar uma velhice regada de independência, autonomia e participação social, buscando também sanar os inúmeros desafios vivenciados pela população idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento, longevidade, saúde, idoso.

1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é considerado um processo natural da vida, que acontece de forma dinâmica e progressiva, resultando em alterações morfofisiológicas, bioquímicas e psicológicas no organismo humano. Como consequência inerente a esse processo o indivíduo tende a perder sua adaptação com o meio, tornando-se vulnerável a processos patológicos, podendo ocasionar a morte ^{1,2,3,4,5}.

No entanto, o envelhecimento não acontece de forma similar para todos. Para que se obtenha uma velhice positiva, é necessária a inserção da pessoa idosa nas políticas e programas de saúde, de forma a suprir as necessidades, preferências e habilidades dos mesmos, garantindo assim um envelhecimento ativo e saudável, visto que a idade avançada não implica em dependência ^{2,5,6,7}.

Considerado como uma ideologia com aplicabilidade tanto individual, quanto coletiva, o envelhecimento ativo é o processo que busca oportunidades de saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos, cuja meta está em garantir que a expectativa de vida aumente e aconteça de forma saudável, mesmo que o indivíduo possua fragilidades, ou limitações físicas ^{1,8}.

Compreende-se que em todo o processo da vida existem fatores que determinam a saúde de indivíduos de todas as idades. Portanto, para um envelhecimento bem-sucedido são considerados os seguintes fatores: determinantes comportamentais, pessoais, físicos, sociais e econômicos. Todos estes, bem como suas interações vão determinar o tipo de envelhecimento dos indivíduos e das populações ⁴.

É importante enfatizar que o envelhecimento ativo não deve ser apenas aplicado aos idosos saudáveis e ativos, mas também aqueles que são frágeis, que portam alguma deficiência ou que necessitam de algum cuidado especial, pois, um dos objetivos em promover o envelhecimento ativo está em proporcionar a pessoa idosa, autonomia, independência, bem como a interdependência (a troca recíproca, entre indivíduos) ¹.

É preciso trabalhar com a população idosa o fato de que envelhecer não é sinônimo de morrer, mas, que pode ser vivenciado como uma fase de aprendizado e crescimento, de forma a gozar plenamente dos seus direitos e deveres, buscando cada vez mais inserção na sociedade, de tal maneira a transformar os estigmas e preconceitos vivenciados na atualidade ⁹.

Na atualidade tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde que estejam voltados para a preservação da independência e da autonomia da pessoa idosa, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade. Esse investimento busca uma melhor qualidade de vida, um envelhecimento saudável, ativo e com maior participação social. Uma das estratégias desenvolvidas para superar os desafios e alcançar os determinantes da velhice é o Programa de Saúde da Família, presente nas Unidades de Saúde da Família, que tem se mostrado eficiente, com medidas específicas de promoção de saúde e prevenção de doenças ⁵.

Estudos recentes revelam que a pessoa idosa tem enfrentado diversos desafios, estando

condicionados a múltiplos determinantes ^{4,10,11}. Sendo necessário, portanto categorizá-los de forma que ações sejam desenvolvidas na busca de auxiliar esta população a vivenciar o processo de envelhecer com maior aceitação e participação.

Com isto o estudo tem como objetivo identificar quais desafios e determinantes implicam na busca do envelhecimento ativo e bem-sucedido.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica. Realizou-se a pesquisa entre os meses de Abril a Setembro de 2017, com base na análise de informações colhidas em artigos relacionados ao tema proposto, disponibilizados nas bases de dados do Bireme, Scielo e Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento (CIEH). Os descritores utilizados para a busca foram: envelhecimento, longevidade, saúde e idoso.

Os resultados foram apresentados em três categorias a partir da análise dos resultados e discussões das pesquisas revisadas. As categorias foram: Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido; Determinantes para o Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido; Desafios no Envelhecimento Ativo e Bem-sucedido.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1.ENVELHECIMENTO ATIVO E BEM-SUCEDIDO

Atualmente atingir muitos anos de vida não significa viver da melhor forma. O processo de envelhecimento pode estar associado ao sofrimento, dependência física ou aumento da mesma, déficit funcional, o que pode acarretar isolamento social com posterior depressão, entre outros fatores negativos⁵.

É necessário que a população adote e pratique hábitos de vida saudáveis, com autonomia e independência para desempenhar o autocuidado em todos os estágios da vida. Essas atitudes irão determinar o tipo de envelhecimento do indivíduo, sendo associados a isso fatores genéticos e ambientais, podendo assim o indivíduo alcançar um envelhecimento ativo e bem-sucedido^{1,5,11}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento ativo e bem-sucedido é definido como um processo que otimiza oportunidades que promovam saúde, segurança e participação social, com objetivo de melhorar o estilo de vida, de forma que a qualidade permaneça à medida que se envelhece¹¹.

O termo “ativo” destina-se a idosos que participam continuamente em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, ou seja, não está associado somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho¹¹.

Envelhecer com saúde vai muito além do que apenas ausência de patologias, devendo, portanto haver uma mudança no modelo de prestação de cuidados, que está voltado ao curativismo, para um modelo de assistência integral e centrada as necessidades da pessoa idosa, promovendo assim um envelhecer com maior conforto e segurança^{2,3,5}.

O envelhecimento ativo proporciona à pessoa idosa ser útil dentro do meio social, uma vez que a responsabilidade de envelhecer com qualidade de vida cabe a si próprio, à sua família, à sociedade e ao Estado, onde este por sua vez deve criar e promover condições de prevenção e melhoria da saúde, propiciando para tal, serviços públicos adequados à garantia dos direitos desses indivíduos^{2,12,13}.

Em pesquisa recente quando questionados sobre significados relacionados ao envelhecimento ativo os idosos demonstraram que o termo é associado a conotações positivas do envelhecer, relevando os termos “trabalha”, “independência”, “lazer”, “alegre” e “atividade física”, apresentando o idoso ativo como alguém independente funcionalmente, que possui autonomia e bem-estar¹².

A palavra “ativo” está relacionada à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. O envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade para todas as pessoas que estão em processo de envelhecimento, inclusive as que estão em situação de fragilidade física, incapacitadas e que requerem cuidados^{4,11}.

O envelhecer de forma ativa está atrelado a ações voltadas para um estilo de vida diferente. A partir do instante que o idoso embarca nesse novo estilo, o envelhecer torna-se adaptável e não apenas uma espera para o fim da vida. Nessa mudança o idoso passa a vivenciar uma qualidade de vida relacionada a práticas saudáveis^{10,12}.

Pesquisa realizada em São Paulo demonstrou que os idosos participantes possuem um bom estilo de vida, visto que, há presença de apoio social, comportamento preventivo, controle do estresse e qualidade da alimentação, sendo esse perfil um fator determinante para uma vida longa, tornando-se, o indivíduo, portanto um idoso ativo e bem-sucedido, com independência, autonomia e qualidade de vida¹³.

4.DETERMINANTES PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E BEM-SUCEDIDO

Diversos fatores são determinantes para que a pessoa idosa alcance um envelhecimento ativo e bem-sucedido, sendo eles: 1- gênero e cultura; 2- sistemas de saúde e serviço social; 3-determinantes comportamentais; 4- relacionados aos aspectos pessoais; 5- relacionados ao ambiente físico; 6-relacionados ao ambiente social; 7- determinantes econômicos. Vale ressaltar que tais fatores não se aplicam somente para a população idosa, mas para indivíduos de todas as idades, pois têm o potencial de afetar a saúde e a qualidade de vida de qualquer indivíduo^{4,11}.

Autores apontam a cultura e o gênero como determinantes transversais, pois influenciam todos os outros determinantes do envelhecimento ativo^{4,7,11}. A cultura de uma população determina como a sociedade encara a pessoa idosa e seu processo de envelhecimento, de forma que à medida que se acredita em uma

velhice regada por doenças, os investimentos em prevenção e no tratamento das mesmas serão mínimos ¹¹.

O gênero está associado à cultura, visto que pode influenciar comportamentos característicos de homens ou mulheres em determinadas populações, podendo então influenciar o envelhecimento, tornando-o ativo, saudável e com maior qualidade de vida, permitindo assim, que a pessoa idosa tenha maior longevidade ¹⁰.

Na política de envelhecimento ativo os sistemas de saúde e o apoio social também ganham destaque, pois os mesmos devem buscar a promoção da saúde, prevenção de doenças e garantir que o acesso à saúde seja equitativo, tanto em instância primária quanto terciária, sendo necessário para tal uma integralização, coordenação e eficácia dos mesmos ^{4,11}. O mau funcionamento desses serviços pode acarretar para os idosos um aumento da morbimortalidade, problemas psicológicos, redução do bem-estar, resultando assim em isolamento social, causando declínio na saúde física e mental ⁴.

Outro fator a ser considerado para o alcance do envelhecimento ativo e bem-sucedido são os aspectos comportamentais da pessoa idosa, caracterizando-se como o mais significativo, visto que são passíveis de mudanças em qualquer estágio da vida ^{4,11}. Estudos comprovam que envolvimento em atividades físicas, alimentação saudável, abster-se do fumo e álcool, utilizar medicações de forma correta podem contribuir na prevenção de doenças e do próprio declínio funcional, aumentando a qualidade de vida, e a longevidade do indivíduo ^{4,10,11}.

O envelhecimento é um conjunto de processos genéticos, sendo também definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, que resulta em declínio da resposta adaptativa às situações vivenciadas e um aumento dos riscos de doenças inerentes a essa fase da vida ¹¹. Com isso vemos que os fatores relacionados aos aspectos pessoais, tornam-se determinantes para o envelhecimento, e estão ligadas ao estilo de vida que a pessoa idosa adotará, ou seja, como vivenciará o seu determinante comportamental ^{4,7,11}.

O grau de dependência da pessoa idosa pode também ser representado pelo ambiente físico, outro determinante nesse processo ¹¹. O saneamento básico, o ar puro, segurança e alimentação, são considerados como aspectos importantes e de grande influência para uma velhice bem-sucedida, o que não depende somente do idoso, mas das condições que os governantes, cuidadores e a sociedade promovem para o mesmo. Desta forma, tanto a deficiência como ausência de um desses elementos podem acarretar piores condições de vida, resultando em uma velhice de maior risco ^{4,7}.

Os determinantes sociais então relacionados à escolaridade, situações de violência e maus-tratos em geral, convívio domiciliar e redes de apoio social, classificados como essenciais no ambiente de inserção da pessoa idosa, que ao serem ofertados estimulam a saúde e participação social, amenizando os riscos de deficiências e morte precoce ^{4,7,11}. Estudo revela que a participação de idosos em grupos é baixa, e que as redes sociais dos mesmos são compostas mais por familiares e associações religiosas, tal participação deve ser estimulada visando tornar a pessoa idosa um ser crítico, autônomo, sendo capaz de tomar suas próprias decisões ⁶.

Com relação ao determinante econômico, três aspectos são considerados: a renda, o trabalho e a proteção social. Idosos aposentados e de baixa renda, estão mais expostos a situações de risco, tornando-se propensos a desenvolverem doenças crônicas e outras patologias. Em países em desenvolvimento como o Brasil, a aposentadoria de muitos idosos é insuficiente para cobrir as despesas dos mesmos, sendo necessário em alguns casos trabalhos fora do domicílio, de curto tempo, com pouca remuneração, e sem nenhuma segurança. Desta forma tanto a baixa renda como o trabalho em idade avançada contribuem para a vivência de um envelhecimento negativo, visto que o grau de dependência tem ligação com a renda ^{4,11}.

5. DESAFIOS NO ENVELHECIMENTO ATIVO E BEM-SUCEDIDO

Os inúmeros desafios vivenciados pelas populações idosas são de caráter mundial, nacional e regional, sendo necessário planejar estratégias e reformas políticas tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, pois são esses os que enfrentam maiores desafios ¹¹.

A dupla carga de doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis é considerada um grande desafio para o alcance do envelhecimento ativo e bem-sucedido. O grande crescimento principalmente das patologias relacionadas ao aparelho cardiorrespiratório e ao sistema nervoso central, tem causado invalidez e mortes ^{5,11}.

As deficiências físicas caracterizam-se como limitações para uma vida com maior independência e saúde, seja as deficiências congênitas, seja as adquiridas ao longo da vida, ou as inerentes a fase da velhice, como a diminuição da acuidade visual e auditiva, portanto as políticas de saúde a pessoa idosa devem estar centrada nas necessidades dos mesmos, e buscar a participação dos serviços de saúde, família e comunidade ¹¹.

A Organização Mundial da Saúde ainda descreve outros desafios, e entre eles está: 1-equilíbrio do apoio ao autocuidado, 2- feminização do envelhecimento, 3- ética e iniquidade relacionadas a questões de discriminação pela idade e morte, 4- economia da população no processo de envelhecimento; 5- criação de um novo paradigma, desassociando a terceira idade a aposentadoria, doenças e dependência ¹¹. Quando o idoso convive com esses desafios em sua velhice à tendência é viver em sofrimento, ter aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e até mesmo morte precoce ⁵.

O desafio de manter o bem-estar e lidar com o adoecimento é constates na vida dos que enfrentam o processo de envelhecimento, o que torna necessário a promoção da saúde e estímulo de comportamentos adequados que visem a manutenção da autonomia e independência, alcançando assim um envelhecimento ativo e bem-sucedido ⁵.

6.CONCLUSÕES

O aumento da população idosa demonstra a necessidade de desenvolver meios que melhor atendam suas necessidades, e mesmo com as perdas durante todo o processo de envelhecimento, envelhecer de forma ativa deve ser o objetivo de toda pessoa idosa, e estimulado por todos de sua convivência, pois significa viver plenamente e com qualidade.

Envelhecimento ativo e bem-sucedido corresponde ao alcance de equilíbrio biopsicossocial, a estar integralizado em um contexto social, e a potencialmente desenvolver suas capacidades, por isso faz-se necessário o apoio das políticas públicas, dos serviços de saúde, da família, da sociedade, dos amigos e de grupos de interesses em comum.

Os determinantes para um envelhecimento ativo devem ser vistos como metas a serem alcançadas em toda trajetória da vida de todos os indivíduos, visto que não estão voltados somente para a população idosa, com objetivo de oportunizar uma velhice regada de independência, autonomia e participação social, buscando também sanar os inúmeros desafios vivenciados pela população idosa.

REFERÊNCIAS

- [1] Costa Nadia Pinheiro, Polaro Sandra Helena Isse, Caliari Eloá Aparecida Vahl, Takase Lucia Hisako Gonçalves. Contação de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. Rev Bras Enferm [internet]. 2016 nov-dez [citado 2017 abr 15]; 69 (6): 1132-9. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267048565017>.
- [2] Organização Mundial da Saúde (OMS).Relatório mundial de envelhecimento e saúde; 2015. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- [3] Santos Jozemar Pereira dos, Paes Neir Antunes. Associação entre condições de vida e vulnerabilidade com a mortalidade por doenças cardiovasculares de homens idosos do nordeste. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Sep 10] ; 17(2): 407-420. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200407&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020010ENG>.
- [4] Vicente Fernanda Regina, Santos Silvia Maria Azevedo dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 abr 09] ; 22(2): 370-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200013&lng=pt.
- [5] Ferreira Olívia Galvão Lucena, Maciel Silvana Carneiro, Costa Sônia Maria Gusmão, Silva Antonia Oliveira, Moreira Maria Adelaide Silva Paredes. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 Set [citado 2017 abr 07] ; 21(3): 513-518. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=pt.
- [6] Almeida Fabiana Soares, Pinheiro Davis Halen Araújo. Envelhecimento ativo e intergeracionalidade: desafios e possibilidades. Anais CIEH. [internet]. 2015 [citado 2017 maio 05];2 (1). Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA8_ID1133_27072015164208.pdf.

- [7] Farias Rosimeri Geremias, Santos Silvia Maria Azevedo dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 Mar [citado 2017 abr 07] ; 21(1): 167-176. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=pt.
- [8] Galli Rosangela, Moriguchi Emílio Hideyuki, Bruscatto Neide Maria, Horta Rogerio Lessa, Pattussi Marcos Pascoal. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 abr 09] ; 19(2): 307-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200307&lng=pt.
- [9] Sousa Elsa Maria da Silva, Oliveira Maria Clara Costa. Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 abr 10] ; 18(2): 405-415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200405&lng=pt.
- [10] Campos Ana Cristina Viana, Ferreira Efigenia Ferreira e, Vargas Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Jul [citado 2017 Jun 02] ; 20(7): 2221-2237. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702221&lng=pt.
- [11] Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília
- [12] (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em 01 jun. 2017.
- [13] Marinho Vilyane Trigueiro, Nascimento Lais Chaves do, Brito Fabiana Medeiros de, Santos Kamyla Félix Oliveira dos, Barbosa Keylla Talitha Fernandes. Enfrentamento do envelhecimento ativo na percepção de Idosos. *Anais CIEH* [internet] 2015 set. [citado 2017 ago 15] vol.2, N.1, ISSN 2318-0854. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Trabalho_EV040_MD2_SA8_ID1649_27072015222429.pdf f54.
- [14] Souza Marilza Amaral Henrique de, Porto Elias Ferreira, Souza Eduardo Luiz de, Silva Kathleen Ingrid da. Profile of lifestyle of older elderly persons. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 Out [citado 2017 Jul 13] ; 19(5): 819-826. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500819&lng=pt.

Capítulo 19

O cidade Madura/PB sob a perspectiva de seus moradores

Marina Holanda Kunst

José de Souza Brandão Neto

Vilma Maria Villarouco Santos

Resumo: O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno observado mundialmente e que teve início nos países ainda no começo do século XX. Nos países em desenvolvimento, pode ser observado somente a partir de 1950, porém num ritmo bem mais acelerado. Além disso, no Brasil, vem aumentando o grau de urbanização da população de idosos, onde três quartos da população brasileira vivem em áreas urbanas, o que acarreta problemas sociais ainda mais graves para os idosos e para toda a população. Assim, é importante que as cidades, com seus espaços públicos e privados, estejam preparadas para este público com todo suporte, pois o ambiente urbano e o espaço residencial, em particular, compõem um papel fundamental na qualidade de vida e no bem-estar desta parcela populacional. Este ambiente é muitas vezes construído sem considerar o conceito de design universal, segundo o qual pessoas de todas as idades e em qualquer estado funcional podem utilizá-lo plenamente. Foi pensando nisto e na falta de moradia adequada para esta população que o estado da Paraíba desenvolveu o Programa Habitacional Cidade Madura. Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa é apresentar o nível de satisfação dos moradores do supracitado Programa. Para tanto, foi aplicado um questionário que além de abordar a questão da satisfação, foi questionado sobre seu nível socioeconômico. Em sua avaliação foi importante perceber o alto nível de satisfação dessas pessoas com o atual local de moradia ofertado pelo governo da Paraíba, contudo, ainda é preciso um olhar mais cuidadoso quanto a esse público.

Palavras-chave: Idoso, Moradia, Satisfação.

1. INTRODUÇÃO

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida têm levado ao envelhecimento da população. O que era antes um fenômeno ligado a países e regiões desenvolvidas como Japão, Europa Ocidental e América do Norte, hoje ocorre também nos países do terceiro mundo, e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá na maioria dos países em desenvolvimento (PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2006). Assim, esse fato que vem ocorrendo no Brasil e em outros países em desenvolvimento, desde a Segunda Guerra Mundial, é o que se convencionou chamar de “transição demográfica” (CAMARANO, 2006; BELTRÃO, CAMARANO e KANSO, 2004).

O que se busca ao envelhecer é uma condição de vida boa, com o carinho e respeito da família, com a permanência das amizades adquiridas ao longo da vida, entre outros. O que se deseja é um envelhecimento saudável, repleto de boas lembranças e com um espaço para morar e ser bem aceito. No entanto, o envelhecimento acarreta várias condições inerentes à velhice, dentre elas a baixa de visão, redução auditiva, condição física mais debilitada, gerando várias limitações e consequências como, por exemplo, a utilização de muletas, andador, cadeira de rodas e outros.

Essa longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social (PASCHOAL, 2006). Com o envelhecimento, os aspectos fisiológicos do nosso organismo sofrem um processo de desgaste natural, e cada parte do corpo desacelera, desde a fala até o ritmo cardíaco, da velocidade do caminhar à rapidez de pensamento, do tempo de reação ao tempo de leitura (HAZIN, 2012; BERGER, 2003).

As alterações enfrentadas variam com intensidades de fraca (gosto, olfato e cinestesia), forte (tato, conforto térmico e dor), chegando a muito forte (visão, audição e equilíbrio) e prejudicam na interação do idoso com o ambiente construído (PAIVA, 2012). Assim os lugares passam a fornecer ao idoso, um sentido de pertencimento e identidade, onde eles se reconhecem e dominam o espaço. Todas as referências vão se concentrar nesse lugar (HAZIN, 2012).

O envelhecimento cada vez maior da população brasileira somada a grande lacuna de inserção do idoso no trabalho, na moradia, na família, no transporte, enfim nas cidades, tem sido tópico de grande preocupação entre os gestores públicos de todo o país. Na Paraíba, mais especificamente no bairro de Cidade Verde, em João Pessoa, esse tema despertou o interesse da Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP) e da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH), que construíram um conjunto habitacional específico para essa população crescente. Composto por 40 unidades residenciais, com infraestrutura adaptada às necessidades das pessoas idosas, esse conjunto foi concebido integralmente dentro das normas de acessibilidade (CEHAP, 2012; PARAÍBA, 2014b).

Para tanto, deve-se ter em mente que o ambiente tem um papel fundamental na nossa qualidade de vida e no nosso bem-estar, podendo ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia a dia e do qual fazemos parte. Nesse sentido podemos destacar o ambiente de moradia como um dos mais importantes para a nossa qualidade de vida. Ambiente este, que é muitas vezes construído sem considerar o conceito do design universal, segundo o qual todas as pessoas de todas as idades e em qualquer estado funcional possam utilizá-lo plenamente (PERRACINI, 2006).

Foi pensando nisso e na falta de moradia para essa população que a Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP) e a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH) desenvolveram o Programa Habitacional Cidade Madura, em João Pessoa. Localizado no bairro de Cidade Verde, esse Programa tem como objetivo produzir moradia digna e áreas de convivência social, e lazer, adequadas às necessidades das pessoas idosas, e está sendo implementado em cumprimento às diretrizes da Política Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2014a). O Mangabeira VIII, como também é conhecido, é um projeto concebido a partir dos princípios da acessibilidade e de uso exclusivo de idosos de baixa renda (PARAÍBA, 2014a; CEHAP, s./d.; PARAÍBA, 2014b).

Assim, o Programa destina-se ao atendimento de pessoas idosas e independentes para realização de atividades diárias, com 60 anos ou mais, sós ou com seus companheiros, com renda mensal de até cinco salários mínimos e residentes no município de João Pessoa há pelo menos dois anos. Além de ser uma forma de fortalecimento da rede de proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas, o Programa pretende inserir a moradia como um componente da atenção integral à população idosa (PARAÍBA, 2014a). Para tanto, não basta apenas construir casas adaptadas para idosos, é necessário que haja

incorporação dos princípios da acessibilidade em todos os espaços de fluxos do idoso (espaços públicos, equipamentos urbanos, entre outros).

Diante do exposto e sabendo que os idosos possuem aspectos físicos, cognitivos e biológicos específicos, fez-se necessário a análise do espaço arquitetônico e urbano, proposto pela CEHAP e a SEDH, pelos moradores. Portanto, o objetivo geral da pesquisa é apresentar o nível de satisfação dos moradores do supracitado Programa, parte dos achados da dissertação de Kunst (2016).

2.METODOLOGIA

Em qualquer processo de análise do ambiente construído deve-se levar em conta o ponto de vista do usuário e as inter-relações que ele estabelece com seu entorno, considerando a importância desta variável para a produção dos espaços, satisfação com o quadro de vida e compreensão das condutas ambientais (HAZIN, 2012).

Assim, a pesquisa foi baseada em um questionário semiestruturado junto aos idosos, composto por duas partes: a primeira se refere ao perfil socioeconômico do idoso, apresentando sete questões fechadas; a segunda é constituída pela opinião do idoso-morador do Cidade Madura e tem o intuito de saber seus anseios sobre o conjunto habitacional, com 10 questões fechadas – porém com margem para observações – elaboradas pela autora.

Para a realização do estudo com os idosos residentes do Programa, a escolha do local de pesquisa foi fundamental para a aquisição das respostas, pois o conjunto residencial é destinado exclusivamente a idosos e construído a partir das normas de acessibilidade vigentes (CEHAP, 2012; PARAÍBA, 2014b), além da direção ter se mostrado interessado nos resultados que esta pesquisa poderia trazer para a instituição, no sentido de subsidiar melhorias de novas instalações de unidades semelhantes.

Dessa forma, a amostra foi classificada como intencional, contemplando indivíduos de ambos os sexos, sem distinção de grau de escolaridade, nem estado civil, realizado no mês de setembro de 2015, onde foram aplicados 20 questionários (SANTOS, s./d.).

Para este estudo foi adotada a definição de pessoa idosa, segundo o Decreto Estadual da Paraíba nº 35.072, de 10 de junho de 2014, a Política Nacional do Idoso (PNI) e Estatuto do Idoso que definem como corte etário a idade igual ou maior que 60 anos (BRASIL, 1994 e BRASIL, 2003).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como o objetivo do trabalho é apresentar a satisfação dos moradores idosos, aqui não se tecerá muito detalhes sobre o perfil socioeconômico, no entanto, será mostrado brevemente os achados para melhor compreensão das pessoas que serão apresentadas. Sendo assim, na aplicação do questionário, notou-se que os moradores têm idade entre 65 e 80 anos, com significativa presença de idosos, a maior parte dos entrevistados professaram fé no catolicismo, a escolaridade predominante foi a fundamental II incompleta e renda de um salário mínimo.

Agora será, aqui descrito, a satisfação dos residentes com suas casas, primeiramente, e com o habitacional, a posteriori. O primeiro ponto a ser destacado serão as portas e janelas presentes na casa, que foram apontadas como fáceis de abrir e fechar e com espaço para abertura da porta, além de terem altura adequada aos idosos. Contudo, três residentes (1 idosa e 2 idosos) relataram que as portas e janelas não possuem bom manuseio (maçaneta e material ruim) e nem espaço adequado para abertura da porta.

Apesar dos relatos desses três moradores, as portas e janelas são adequados e seguem as normas da NBR 9050 (2004), onde reza que as portas devem ter um vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m, devem ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca. As janelas devem ser instaladas a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m, cada folha ou módulo de janela deve poder ser operado com um único movimento, utilizando apenas uma das mãos. Mesmo tendo encontrado três respostas, afirmando que as portas e as janelas não estão adequadas, observou-se que uma possível razão para tanto é a quantidade de mobília, que dificulta seu uso.

No que diz respeito ao revestimento do piso, de modo geral, segundo a opinião dos usuários, ele se mostrou bom em todos os espaços da casa (sala, quarto, banheiro, cozinha e lavanderia). Mas como relatado, ao molhar, o piso se torna escorregadio, o que o torna derrapante. Contudo, a NBR 9050 (2004) diz que os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante, sob qualquer condição e que

não provoque trepidação em dispositivos com rodas (cadeiras de rodas ou carrinhos de bebê), o que pode provocar acidentes.

Quanto às tomadas e interruptores, foram apontados como fáceis de manipular e com altura adequada, além de apresentarem um bom nível de conservação. Porém, duas idosas, relataram que esses dispositivos no quarto e na cozinha não são fáceis de manipular, e que na cozinha e na sala não possuem altura adequada, o que, segundo a NBR 9050 (2004), precisam ter no mínimo 0,60 m e no máximo 1,00 m e no mínimo 0,40 m a um máximo de 1,00 m para interruptores e tomadas, respectivamente.

Na observação da pesquisadora, notou-se que as tomadas e interruptores estão segundo a NBR 9050 (2004), o que leva a pensar que houve a preocupação da inclusão de dados antropométricos de pessoas idosas no momento de concepção do projeto, mas talvez não foram considerados os aspectos acarretados do envelhecimento, como a diminuição de força e doenças decorrentes da idade.

A cozinha foi considerada, pelos residentes, boa e com espaço suficiente para abertura de portas (geladeira, forno e gavetas), com espaço para trabalhar sentado; espaço suficiente para guardar e alcançar materiais de uso em uma altura satisfatória, sendo a mesma da pia, por 5 idosas e 6 idosos. Enquanto que os outros 9 mostraram algumas distorções, como por exemplo, de não conseguir trabalhar sentado, por que o espaço físico da cozinha é pequeno (5 idosas e 4 idosos); o espaço é insuficiente para guardar e alcançar os materiais de uso na cozinha (1 idosa e 2 idosos); e espaço insuficiente para aberturas de gavetas (1 idosa e 2 idosos).

De fato, a cozinha não possui espaço para o trabalho sentado, aspecto muito importante para essa faixa etária visto que se cansam mais rápido. Quanto à questão espaço para guardar e alcançar os utensílios é muito particular, pois são os próprios moradores que a mobíliam.

Dessa forma Cambiaghi (2014) afirma que a cozinha deve ter uma área de circulação livre de qualquer obstáculo de 1,20 m x 1,50 m para facilitar a circulação das pessoas. Mas não foi observado e o espaço ainda se mostrou pequeno para a distribuição mínima de mobiliário.

No banheiro, o arranjo físico (figura 1) foi considerado seguro, amplo e conveniente, assim como a altura do vaso sanitário, os cabides para pendurar as toalhas e a papeleira. Os registros e as torneiras são fáceis de manipular, a barra de apoio é segura, não arranha e tem altura boa, apontado por uma residente apenas, que afirmou que os registros e torneiras não são fáceis de manipular, sendo necessária outra forma para abrir. O que também é confirmado pela pesquisadora no momento de observação.

Figura 1. Arranjo físico do banheiro



Fonte: autora

As barras de apoio devem estar fixadas firmemente nas paredes, com distância destas de 0,04 m da face interna da barra e extremidades com desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação com formato recurvado e quando perto do vaso sanitário, estava instalada na lateral e fundo, com a bacia sanitária a uma altura de 0,46 m do piso acabado.

O chuveiro, tem seu registro ou misturador, que não é do tipo alavanca, o que pode ocasionar alguns problemas para sua manipulação, mas é instalado a 0,45 m da parede de fixação do banco e a uma altura de 1,00 m do piso acabado, além de ter barras de apoio do tipo verticais e horizontais. Enquanto que na parede de fixação do banco é instalada uma barra vertical com altura de 0,75 m do piso acabado e comprimento de 0,70 m.

Especificamente, no Habitacional, a horta representa um local onde o fluxo inicial de pessoas era grande, mas com a falta de diálogo e companheirismo foi perdendo seu “encanto” pelo cultivo coletivo. Isso foi revelado por 11 moradores (7 idosos e 4 idosas) que disseram preferir as suas hortas individuais, de “fundo de quintal”. Contudo, os que frequentam o local afirmam que a horta está bem localizada (2 idosos e 7 idosas), que a altura de cada espaço de plantio é adequada, que a distância entre eles é boa e que seus tamanhos são suficientes, apontadas por 2 idosos e 7 idosas.

Por fim, foi questionado a necessidade de rampas e corrimões para facilitar o acesso ao local. Apenas 2 moradores (1 idoso e 1 idosa) consideraram necessário e 7 consideraram dispensáveis. Isso é claramente justificável, pois a horta se encontra em local basicamente plano, não precisando, portanto, o uso de rampa ou corrimões de apoio para acessá-la.

Dessa forma vale ressaltar a importância das hortas comunitárias para a socialização dos idosos. Segundo Silva et al. (2011), a frequência nesses espaços coletivos favorece a troca de conhecimento entre idosos, o que aumenta sua autoestima, por se sentirem valorizados.

Dessa forma, não basta apenas ser em um local adequado (Figura 2), com espaço para plantio relativamente bom, se não existe pessoas usando-o, por isso é necessário um incentivo das organizações envolvidas para estimular a convivência e companheirismo entre os moradores.

Figura 2. Horta



Fonte: autora

No espaço de convivência, que é um lugar amplo e que poderia ser utilizado para diversas atividades com os idosos, e não somente o encontro dos moradores para reuniões com a SEDH e a realização de festas comemorativas, as perguntas se mostraram mais restritas à atividade realizada lá, onde foi apontado uma boa altura para a televisão por 5 idosos e 6 idosas, mesmo sendo apontada por 4 idosas e 1 idoso como não adequada, e por ser amplo, foi apontado como espaço que acomoda a todos quando necessário. Quanto a rampa de acesso ao espaço de convivência, 6 idosas e 5 idosos a considerarem ruim, o que é intrigante já que a rampa é baixa, o que fez com que 5 idosas e 4 idosos apontarem a existência de corrimão, pois mesmo baixa é larga, o que pede a instalação de corrimão a fim de evitar acidentes e também a colocação de piso antiderrapante.

Quanto à praça, ela não teve nenhum ponto negativo, por ser o local de encontro dos idosos para conversar ao final da tarde, por ter bancos e pista de caminhada. Sobre os bancos, foi perguntado se são confortáveis, em virtude de não terem encostos e serem duros, mas para nossa surpresa, os bancos foram considerados confortáveis e apenas 1 idoso mencionou que o encosto precisa ser instalado.

Contudo, observou-se que na praça é necessário o plantio de árvores para minimizar a sensação térmica durante o dia, que os bancos necessitam de encosto e sua altura seja mais baixa para não afetar a circulação sanguínea dos membros inferiores dos idosos enquanto sentados.

Sobre o redário (Figura 3), foi frustrante saber que quase ninguém usa esse espaço (apenas 4 idosas e 1 idoso) pois, segundo os moradores, as redes são guardadas pelos funcionários e só são disponibilizadas em dia de festa. No entanto, como foi observado pela pesquisadora, ele se encontra bem localizado, a altura para pendurar rede é cômoda e a distância entre elas também é boa.

Figura 3. Redário



Fonte: autora

Já a academia, foi decepcionante ver que esse espaço é subutilizado (apenas usado como local para conversar ou como um espaço de passagem) (5 idosos e 6 idosas não usam o local). Pois, como foi mencionado, a ausência de um acompanhamento por um professor de educação física no local faz com que os idosos não usem os equipamentos, por terem medo de que haja algum acidente, mesmo que estes digam que não necessitam de acompanhamento profissional. Mas, ela foi apontada como bem localizada (2 idosos e 5 idosas) e faz com que tenha um fluxo de pessoas circulando e tornando-o um espaço para conversar.

Enfim, foram notadas algumas incongruências no que o projeto arquitetônico propôs trazer ao que foi encontrado nas respostas dos idosos. Um deles, e bem importante é referente à casa, o nível de insatisfação quanto as dimensões da cozinha e da lavanderia. E quanto ao habitacional, quanto ao uso de determinados espaços, como a horta e o redário.

Portanto, é imprescindível uma conversa entre os órgãos envolvidos e os moradores (pós-ocupação) a fim de minimizar as insatisfações, como por exemplo, a construção de um templo ecumênico visto que todos os moradores são religiosos e no habitacional não contempla um espaço para atender essa necessidade.

4.CONCLUSÕES

Logo, o incremento na habitação e principalmente a inclusão dos princípios da acessibilidade são de fundamental importância, primeiro por facilitar a vida de seus familiares e cuidadores e segundo porque estes idosos estão cada vez mais independentes, buscando assim, morar sozinhos.

A construção de um questionário, que foi respondido pelos idosos, foi fundamental para verificar, na prática, a aplicação das normas de acessibilidade, entendendo que um idoso não é deficiente, mas uma pessoa que pode vir a apresentar limitações ou restrições. Pois apenas o uso do checklist, de forma isolada, só possibilita a visualização daquilo que já se sabe a partir da norma, sem que se avalie como os moradores usufruem do mesmo.

Dessa forma, já se mostrou evidente o crescente aumento da população idosa, necessitando assim de novas políticas públicas para proporcionar conforto a essa população. Além disso, notou-se, também, o incremento da população idosa mais velha; neste caso, os idosos com mais de 80 anos, que necessitam ainda mais de atenção e cuidados.

Esse aumento é ainda maior na cidade que no meio rural, como apontam Prado, Rodrigues e Almeida (2010) ao afirmarem que os idosos vivem preferencialmente nas cidades, mais especificamente nos grandes aglomerados urbanos (regiões metropolitanas).

Diante dos resultados obtidos pelo questionário com os idosos, notou-se que é necessário um estudo na disposição dos espaços comuns para melhor proporcionar um uso contínuo e a não subutilização dos mesmos, como acontece com a horta e o redário, principalmente.

Tendo como referência as seguintes necessidades espaciais específicas de idosos, naturalmente presentes com o avançar da idade: modificações do corpo, como as dimensões que, após os 50 anos a estatura física diminui; acentuada diminuição do alcance; da flexibilidade e da força muscular; os movimentos do corpo se tornam lentos; os órgãos sensoriais gradativamente vão perdendo sua eficiência; a memória curta é mantida por pouco tempo e suas informações sofrem influência com facilidade. No entanto, a autora ainda adverte que um idoso inserido num contexto ao qual tem constantes atividades preservará por mais tempo a sua capacidade física, psicomotora e mental (PINHEIRO, 2006).

Observou-se, quanto a divisão da casa, que ela atende as necessidades espaciais específicas de idosos acima citadas, a saber: o terraço, apesar de ser um espaço de passagem, possui corrimão; a sala comporta os móveis de forma a não dificultar a circulação dos moradores; a cozinha, mesmo não sendo espaçosa e não possibilitando o trabalho sentado, é ventilada e iluminada; o banheiro é amplo e possui barras de segurança adequadamente instaladas; por fim, a lavanderia, um espaço transitório, mas com espaço satisfatório. Contudo, vale salientar, que a casa foi projetada para abrigar duas pessoas, no máximo.

Entretanto, essas mesmas necessidades espaciais específicas dos idosos, não foram tão consideradas na disposição dos espaços públicos. Referimo-nos aos vários pontos negativos constatados nesses espaços, principalmente, a horta, que pode ser um exemplo de subutilização de espaço, constatados nos resultados obtidos com o *checklist*.

Mesmo percebendo a preocupação com os idosos para o investimento e concretização do Cidade Madura, é preciso estar atento as preocupações acarretadas pela idade e a aplicação das normas da NBR 9050 (2004), visando dessa forma conforto, segurança e acessibilidade, mesmo ponderando que a interação dos mesmos com o Habitacional é satisfatória, concluída a partir do questionário aplicado aos moradores, bem como as observações da pesquisadora, *in loco*. Serve como exemplo, o carinho com o espaço e o convívio entre eles, principalmente, no início da noite quando o fluxo dos idosos é intenso.

Vale destacar, ainda que, como os idosos mobíliam/decoram suas residências, sugere-se que os órgãos responsáveis envolvidos com o Habitacional, propiciem uma orientação para a aquisição e uso de móveis e utensílios, com o objetivo de evitar acidentes domésticos. Tal sugestão surgiu pela observação da pesquisadora, no momento da pesquisa de campo, onde algumas casas possibilitavam tropeços, quedas, lesões e outros.

Nesta avaliação, identificou-se que um fator a ser também considerado é o conforto ambiental; o aspecto acústico não será mencionado aqui, pois o habitacional está em área tranquila, sem barulhos perturbadores; mas sim o lumínico, principalmente na casa, pois alguns cômodos se mostraram escuros no período do dia, e o térmico tanto na casa, quanto em alguns espaços do Habitacional, como os equipamentos da academia, a praça e a horta por não terem arborização.

REFERÊNCIAS

- [1] Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050. Rio de Janeiro, 2004, 97p.
- [2] Beltrão, KI; Camarano, AA; Kanso, S. Dinâmica Populacional Brasileira na Virada do Século XX. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para discussão nº 1.034).
- [3] Berger, KS. O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade. 5ª ed. Tradução Dalton Conde de Alencar. Rio de Janeiro: LTC – livros técnicos e científicos editora S.A, 2003. 570p.
- [4] Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

- [5] ____ Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- [6] Camarano, AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- [7] Cambiaghi, S. Acessibilidade: projeto arquitetônico deve atender todo tipo de usuário. 2014. Disponível em: http://www.aecweb.com.br/cont/m/rev/acessibilidade-projeto-arquitetonico-deve-atender-todo-tipo-de-usuario_6307_0_1
- [8] Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP. Cidade Madura. s./d. Disponível em: <http://www.cephap.pb.gov.br/programa/cidade+madura-3>.
- [9] ____ Governador lança Cidade Madura e autoriza 2 mil habitações. 2012. Disponível em: <http://www.cephap.pb.gov.br/noticia/governador+lanca+cidade+madura+e+autoriza+2+mil+habitacoes-5>.
- [10] Hazin, MMV. Os espaços residenciais na percepção dos idosos. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Pós-graduação em Design, 2012. 143 p.
- [11] Kunst, MH. Avaliação da acessibilidade do idoso em conjuntos habitacionais: o caso do Cidade Madura. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Pós-graduação em Desenvolvimento Urbano, 2016. 193 p.
- [12] Paiva, MMB. Ergonomia no ambiente construído de instituições para idosos – estudo de caso em instituição brasileira e portuguesa. Dissertação (Mestrado). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Pós-graduação em Design, 2012. 225 p.
- [13] Paraíba. Prefeitura da Paraíba. Decreto estadual nº 35.072 de 10 de junho de 2014. Institui o Programa Habitacional Cidade Madura, e dá outras providências. Paraíba, 2014a.
- [14] ____ Prefeitura da Paraíba. Governo do Estado entrega Residencial Cidade Madura na capital. 2014b. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/91022/governo-do-estado-entrega-residencial-cidade-madura-em-joao-pessoa-na-terca-feira.html>.
- [15] Paschoal, SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, Elizabete Viana et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2006.
- [16] Paschoal, SMP; Salles, RFN; Franco, RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Filho, ETC; Netto, MP. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- [17] Perracini, MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2006.
- [18] Pinheiro, AKS. Ergonomia aplicada à anatomia e à fisiologia do trabalhador. Coleção Saúde e Segurança do Trabalhador. Goiânia: AB, 2006. 192 p.
- [19] Prado, Ara; Rodrigues, JMT; Almeida, VLV. Cidade e velhice – desafios e possibilidades. In: Ornstein, SW; Prado, Ara; Lopes, ME. Desenho Universal: caminhos da acessibilidade no Brasil. São Paulo: Annablume, 2010. 306p.
- [20] Santos, Geo. Cálculo amostral: calculadora on-line. s./d. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>.
- [21] Silva, LB; Assis, EB; Júnior, SS; Pizano, RE; Benevides, Em; Magalhães, J. 2011. Projeto Comunidade Feliz: horta comunitária e atividades interdisciplinares com idosos. Hort. Bras., v.29, n. 2 (Suplemento - CD ROM), julho, 2011, p. 445-450.

Capítulo 20

Análise das digressões da política de saúde da pessoa idosa no Brasil

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Joacely Carneiro Figueiredo

Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira

Mirian Alves da Silva

Patrícia Barreto Cavalcanti

Resumo: O objetivo desta análise é levantar subsídios teóricos acerca da importância das ações intersetoriais nos programas de proteção social à velhice, tendo em vista a natureza que o processo de envelhecimento impõe, principalmente no que se refere à assistência à saúde. Para tanto, coloca-se em análise a Política Nacional do Idoso (PNI) e, vinculada a esta, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), enquanto políticas que deveriam travar um diálogo gerencial mais próximo com as políticas de corte social em suas implementações. Trata-se dos resultados preliminares do projeto de pesquisa iniciado em 2015, financiado pelo CNPQ e implementado pelo Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social, nomeado “Aproximações e Distanciamentos entre a PNSPI e as Políticas de proteção social à velhice: a intersetorialidade em questão”. O artigo reflete a etapa da pesquisa bibliográfica realizada junto às bases de periódicos das Ciências Sociais Aplicadas, SciELO e Lilacs, com a utilização de descritores combinados relacionados à temática investigada. O recorte temporal compreendeu uma consulta às produções de 2000 a 2015 considerando o período de implantação e implementação da PNI no Brasil, cujo tratamento dos dados consistiu no uso da técnica de leitura que envolve quatro etapas, quais sejam: leitura de reconhecimento; leitura seletiva; leitura crítica-reflexiva e por fim leitura interpretativa. Ao final desta etapa da pesquisa, constatou-se que a literatura indica um ligeiro distanciamento gerencial entre a PNSPI e as demais políticas sociais (notadamente as que compõem o tripé da Seguridade Social), provocado dentre outros aspectos pela falta de materialidade da estratégia da intersetorialidade.

Palavras-Chave: Proteção Social; Velhice; Intersetorialidade.

1. INTRODUÇÃO

Nas investigações levadas a curso no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social, identificamos que a política de saúde em suas várias expressões necessita urgentemente romper com as iniciativas endógenas e transitar por áreas e setores correlatos com intuito de obter um maior nível de resolutividade. Tal necessidade insurge como vital em se tratando das ações de saúde voltadas para os idosos, já que a velhice incorpora um vasto leque de demandas (no escopo da previdência, assistência social e habitação), sendo a mais frequente a demanda em saúde notadamente, vinculada ao tratamento, reabilitação e cura de patologias próprias do processo de envelhecimento. No entanto, apesar do crescente número de idosos presentes junto à população brasileira, percebe-se nitidamente um alto grau de inacessibilidade e descumprimento dos direitos sociais que os mesmos possuem constitucionalmente, dentre estes o direito à saúde.

Tal contexto nos leva a refletir a situação do envelhecimento no país a partir de duas vias: os instrumentos de formulação e implementação das políticas setoriais que atravessam e dão suporte à própria Política Nacional do Idoso (PNI), particularmente o mecanismo da intersetorialidade, e a notória inacessibilidade que maioria dos idosos enfrentam quando tentam acessar os direitos sociais que foram garantidos através do Estatuto dos Idosos. Assim, a presente análise objetiva pôr em evidência os conflitos que permeiam a gestão da Política Nacional do Idoso no Brasil com foco para a Política Nacional de Saúde dos Idosos (PNSI) sob a perspectiva do uso da estratégia da intersetorialidade.

2. METODOLOGIA

O procedimento metodológico constou do uso da pesquisa bibliográfica junto às bases de periódicos das Ciências Sociais Aplicadas e da saúde nomeadamente, o SciELO (Scientific Electronic Library Online) e o Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde), observando-se particularmente os periódicos qualificados pela CAPES com extratos A1; A2 e B1.

Inicialmente, mapeamos a produção científica sobre os temas relacionados à análise através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos constantes nas citadas bases de dados, utilizando descritores combinados, tais como: Política Pública e Velhice; intersetorialidade e velhice; arranjos intersetoriais e envelhecimento. O recorte temporal compreendeu uma consulta às produções de 2000 a 2015 considerando o período de implantação e implementação da PNI no Brasil.

Na etapa subsequente e já com o material a ser lido selecionado, passamos ao tratamento dos dados que consistiu no uso da técnica de leitura proposta por Lima e Miotto (2007) que envolve quatro etapas, quais sejam: leitura de reconhecimento; leitura seletiva; leitura crítica-reflexiva e por fim leitura interpretativa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

A Seguridade Social Brasileira compreende as políticas da saúde, previdência e assistência social que, em conjunto, representam o produto histórico das lutas da classe trabalhadora frente ao reconhecimento pelo Estado, de suas necessidades sociais decorrentes da reprodução da força de trabalho inerente da relação capital-trabalho. Mas, conforme se observa a consolidação da seguridade social não se deu de forma desarticulada dos processos sócio-históricos, uma vez que cada política constitutiva da seguridade foi perpassada por conflitos e negociações no entorno dos divergentes interesses da classe trabalhadora e do patronato, tendo como pano de fundo o Estado regulador das relações político-econômicas.

Somente com a Constituição de 1988 (CF/88) foi possível apreender a Seguridade Social de forma a condensar três importantes políticas sociais: saúde, previdência e assistência social, que possuem traços diferenciados quanto a sua forma de provisão e acesso. A primeira está pautada no princípio da universalidade, na perspectiva do direito à saúde, superando assim o modelo securitário da medicina previdenciária; a segunda política tem base contributiva, ou seja, está atrelada fundamentalmente à lógica do seguro para que seja garantida a sua sustentabilidade, através das contribuições dos trabalhadores e empregadores e a terceira, por sua vez, está para todos aqueles que dela venham a necessitar, rompendo, ainda que de forma tímida, com o clientelismo e assistencialismo historicamente reproduzidos.

Para tanto, é com a promulgação da Constituição de 1988 que se inaugura um novo momento político-institucional, sendo reafirmado o Estado Democrático de direito ensejando, dessa forma, uma política de proteção social ampla. Nesta perspectiva, a partir da CF/88 as políticas sociais brasileiras seguem um

modelo de gestão pautado em mecanismos intersetoriais, com vistas à confluência entre as políticas, vislumbrando um maior nível de resolutividade e efetividade das mesmas sobre as demandas sociais.

Ao tratar Seguridade Social dentro do veio da intersectorialidade, torna-se pertinente realçar que embora tenha sido formatada e idealizada com a propositura de um comando único, incorre-se a análise de que as três políticas constitutivas tiveram trajetórias diferentes, bem como, base política e institucional peculiares. Advém deste importante aspecto, o enorme desafio da implantação e efetivação da Seguridade Social.

As produções bibliográficas recentes situam a intersectorialidade como uma estratégia que surge para superar a fragmentação e fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. Trazem também a ideia de que possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante. Neste sentido, a intersectorialidade no debate atual, vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, numa importante “ferramenta” para superação da setorialização das demandas sociais.

Retomando o conceito, estamos definindo intersectorialidade ou transectorialidade como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a ideia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

A temática parte de uma inquietação que advém do atual cenário em que as políticas sociais atravessam de complexificação da “questão social”, no tocante ao seu enfrentamento que ganha contornos de resolução via ações setorializadas e parcializadas. Neste cenário se percebe uma recorrente busca pela construção de um conceito mais abrangente sobre intersectorialidade que, de fato, revele as potencialidades que as políticas sociais guardam entre si (quando utilizadas de modo sistêmico), notadamente as da saúde, assistência social e previdência.

Assim é importante inicialmente sinalizar que a intersectorialidade vem sendo articulada não só ao trato das políticas públicas. Consta-se que seu uso percorre atualmente desde as agendas político-partidárias, grassando as análises sobre os processos de trabalho e particularmente no contexto de planejamento e gestão das políticas públicas sua utilização insurge como tentativa de superar as contradições inerentes ao modelo injusto de desenvolvimento.

Apesar da polissemia que o tema provoca, duas grandes perspectivas são sinalizadas pelo campo teórico no que concerne a esta estratégia de gestão que por vezes também é confundida como aspecto de planejamento e execução. A primeira delas se vincula à matriz modernizante que relaciona a intersectorialidade às inovações tecnológicas leves, ou seja, nesse caso, as ações entre os setores funcionam como desdobramentos do modo como o homem processa a absorção dos saberes dispostos e de como o produto desse processo entra na gestão, por exemplo, das políticas públicas. A segunda apresenta um mix de elementos próprios da modernidade e aspectos com veios mais críticos, arrolando nas análises o impacto que o desenho estrutural provoca no modo como tais políticas ganham concretude.

Assim, torna-se necessário realizar estudos que não se limitem a fetichizar o tema intersectorial, mas sim provocar o debate arrolando categorias que estão intrinsecamente vinculadas à implementação e, portanto, à gestão de tais políticas. É justamente durante o processo de gestão que os problemas estruturais relativos a tais políticas ganham visibilidade, como por exemplo, as formas de financiamento, os modelos de gestão seguidos, os diversos modos de organização dos processos de trabalho, parâmetros legais e a própria estrutura de rede que as políticas encontram para se materializarem (CAVALCANTI, 2015).

Dentre as ações que carecem da materialidade intersectorial destaca-se o atendimento aos idosos em termos de proteção social, particularmente o atendimento à saúde via PNSI. Segundo a Política Nacional do Idoso, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços de saúde e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, lançou mão da Política Nacional de Saúde (Lei N.º 8.080/90) e considerando a necessidade do setor saúde passou a dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso. O processo de elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso se deu de forma compartilhada, com espaço para amplas discussões entre os redatores desta e os vários segmentos envolvidos, entre eles estavam representantes do meio gerontológico brasileiro, num processo extremamente democrático, inclusivo e participativo, o que certamente conferiu credibilidade a esta política. Para a conclusão do processo de elaboração desta política foram realizadas consultas a diferentes segmentos envolvidos direta e indiretamente com o tema; e ocorre então a aprovação da proposta da Política Nacional de Saúde do Idoso pela Comissão de Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (GORDILHO et al., 2000).

Após percorrer um longo caminho até a sua versão final e aprovação, finalmente a Política Nacional do Idoso “[...] foi promulgada pelo Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Serra (Portaria nº. 1.395, em 9/dezembro/1999, pelo Ministro da Saúde e publicada no DOU nº. 237-E, seção 1, páginas 20 a 24 de 13/dezembro/1999)” (GORDILHO et al., 2000, p. 08). É importante atentar para o fato da especificidade das necessidades de saúde da população idosa e da necessidade que esta tem de um atendimento especializado, com isto minorando e evitando os altos custos para o Sistema de Saúde.

No entanto os movimentos nacionais não ocorrem dissociados dos movimentos internacionais, ou ainda ocorrem sob a influência e vinculação aos interesses também de agências internacionais e obedecem a diretrizes gerais através da sua inclusão nas agendas nacionais (MOREIRA, 1998, p. 27).

À semelhança de outros países latino-americanos, no Brasil o envelhecimento como fenômeno urbano tem se afirmado nas últimas décadas, as projeções para o século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul que ainda oferecem melhores e maiores ofertas de emprego, além de maior disponibilidade de serviços públicos, alimentação, moradia e assistência médica e social, serão detentoras de um maior número de idosos de idade elevada. Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna dos últimos 60 anos como: assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros, favoreceram a prevenção ou cura de muitas doenças que eram fatais, isto levou a uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, a um aumento da expectativa de vida dos indivíduos.

Associada às determinações legais, deve-se também considerar que a população idosa brasileira sofreu uma rápida ampliação em menos de 40 anos. Assim, o Brasil assumiu um perfil de morbimortalidade não mais de um país jovem, mas sim, de um país cuja população de idosos se sobressai caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados. Essa mudança no perfil epidemiológico de certa forma eleva as despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema, ou seja, requer que esta fatia da população seja alvo de políticas de saúde especiais e específicas.

A saúde na sua acepção mais ampla perpassa as várias áreas e deve ser concebida de forma a construir um entorno favorável, e a permitir aos idosos o desenvolvimento de suas potencialidades (adquiridas durante a vida) e para que possam colaborar com o desenvolvimento e crescimento da sociedade.

Neste sentido, desde 1997 por recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) os programas destinados ao envelhecimento e à saúde devem considerar o envelhecimento como mais uma das fases do ciclo vital, o que implica em considerar o idoso como um grupo dinâmico e que participa de uma sociedade e não como um grupo em separado isolado da população. Partindo dessas considerações, pode-se dizer que a PNSI tem como metas o favorecimento de um envelhecimento saudável, através de ações que permitam a sua autonomia física e preserve a saúde mental; assistência especializada às suas necessidades de saúde; reabilitação em caso de capacidade funcional debilitada ou perdida; capacitação e especialização de recursos humanos; apoio a estudos e pesquisas na área; e apoio ao desenvolvimento das pessoas que prestam cuidados informais (cuidadores informais), sejam eles familiares ou não.

4.A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS IDOSOS: INDUTORES, TRANSVERSALIDADES E AÇÕES INTERSETORIAIS

No âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da PNI ficam a cargo do Conselho Nacional de Seguridade Social e dos Conselhos Setoriais, uma vez respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas, além do respectivo Plano de Ação Governamental, o qual foi estabelecido em 1994 através da Lei 8.842 que criou normas para garantir os direitos sociais dos idosos, assegurando assim a autonomia, integração e participação efetiva destes como instrumento de cidadania (MOREIRA, 1998).

Quanto ao plano governamental, observa-se que se tratou de um conjunto de ações setoriais integradas, que teve por finalidade dar subsídios à PNI. Segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), este plano tratou de ações de abrangência preventiva, curativa e promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Como já foi mencionado, a Política Nacional do Idoso guarda inúmeras peculiaridades já que é uma política atravessada fundamentalmente pelas políticas que encerram a seguridade social brasileira, portanto analisar a PNI pressupõe refletir tanto os avanços, quanto os recuos que tais políticas vêm sofrendo. Pressupõe ainda observar sua organização estabelecida em níveis de complexidade sistêmicos aos níveis de complexidade das políticas de saúde e assistência. Como acrescenta Ferreira (2003, p. 23);

Um duplo desafio se coloca para a implementação da PNI. Se por um lado há amplo consenso construído em torno das ideias e propostas de intersectorialidade, por outro sua execução é permeada pela imprevisibilidade, pressão das agências e de grupos com interesses divergentes, eventos externos, falta de recursos.

Ancoradas no avanço de garantias de direitos verificado na Constituição de 1988, as políticas que compõem a seguridade social, notadamente a saúde, experimentaram inovações em termos de gestão com a estratégia da descentralização, organização dos serviços e participação da sociedade civil com a criação dos fóruns de controle social.

Efetivamente, a implementação da PNI depende, em grande medida, da integração bem-sucedida entre diversos setores. Quer dizer, pressupõe inúmeras vinculações entre partes distintas que, se não se efetivam, podem afetar o êxito de todo o empreendimento. Na realidade, os formuladores partiram de premissas que são difíceis de alcançar na prática, dado a tradição de as burocracias públicas, e as da área social em particular de não trabalharem em conjunto; ao contrário, predomina a disputa por recursos sempre escassos, fazendo com que a concorrência e não a cooperação seja a regra. (FERREIRA, 2003, p. 118).

Ao tempo em que a PNI possui tais características, a PNSI as apresenta de modo mais visível, revestida tanto das singularidades que a proteção social pública ao idoso carrega, quanto das peculiaridades que a política de saúde produziu nos vinte e seis anos de implementação do Sistema Único de Saúde que em seu princípio maior (a universalidade) assegura que nenhum indivíduo deve estar fora dos níveis de atendimento possibilitando acesso igualitário de acordo com as necessidades demandadas. Cabe agregar ainda os princípios constitucionais relativos ao acesso integral e equânime na prestação dos cuidados em saúde, sejam aqueles de proteção, promoção e recuperação em saúde.

5.CONCLUSÃO

Em relação ao atendimento prestado pelo SUS (PNSI) aos idosos, percebe-se claramente a não utilização dos princípios da universalidade, equidade e integralidade o que poderia ser minorado se as ações fossem executadas a partir da lógica intersectorial. No entanto, intersectorialidade pressupõe mudanças endógenas das políticas de proteção social e exógenas, destas entre si.

Ademais, poucos idosos brasileiros conseguem percorrer o itinerário terapêutico próprio da senescência sem esbarrar na inacessibilidade. Sobretudo os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, vulnerabilizados pela situação socioeconômica.

Assim, ao tratar especificamente as conexões necessárias para que a PNSI provoque o impacto desejado é necessário analisar sua permeabilidade, ou seja, por quais caminhos a referida política teria que percorrer, se articular e quais as dificuldades observadas atualmente.

Para além das questões estruturais que o sistema de proteção social brasileiro apresenta, vale lembrar que a preocupação com a saúde dos idosos é recente no país. No cenário do Sistema Único de Saúde as ações ainda se ressentem de consolidação e sobretudo de ampliação de sua base de financiamento.

REFERÊNCIAS

- [1] Cavalcanti, Patricia Barreto. Projeto Integrado de Pesquisa “Aproximações e Distanciamentos entre a PNSPI e as Políticas de proteção social à velhice: a intersectorialidade em questão”, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, CNPQ, 2015.
- [2] Ferreira, Mirna Luz Costa. Intersectorialidade: um desafio na Implementação da Política Nacional do Idoso no estado do Rio de Janeiro. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- [3] Gordilho, Adriano et. al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.
- [4] Inojosa, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.
- [5] Lima, Telma Cristiane Sasso de; Mito, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Katálisis, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.
- [6] Moreira, Marilda Maria da Silva. Políticas Sociais para a Terceira Idade no Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

Autores

ADRIANA AMORIM DE FARIAS LEAL

Farmacêutica (UEPB). Doutoranda em Saúde Coletiva (PPGSCOL/UFRN). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com ênfase no estudo das Doenças Crônicas na infância e adolescência. Especialista em Farmácia Hospitalar e Clínica (CCE Cursos-PE). Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (SP), com ênfase na formação contínua para preceptores da Atenção Básica. Atua como pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com foco na Assistência Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância, Farmácia Clínica e Serviços Farmacêuticos. Atualmente é docente dos componentes curriculares Saúde Coletiva, Estágio Supervisionado I e Assistência Farmacêutica, nos cursos de Farmácia e Medicina da UNIFACISA, em Campina Grande - PB, e membro desde abril de 2016 do Núcleo Docente Estruturante do curso de Farmácia da UNIFACISA.

ADRIANO DE SOUSA BARROS

Psicólogo Clínico e Organizacional CRP 13/3782 (UEPB); Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, linha de pesquisa Práticas Psicológicas Clínicas em Instituições, desenvolvendo tese sobre Os dispositivos da Clínica Ampliada; Mestre em Sociologia (UFPB); Especialista em Psicologia Clínica - Foco em Análise Bioenergética; Professor de Psicologia em Saúde nos cursos de Saúde da UNIFACISA, onde atua como Professor colaborador da Liga Acadêmica em Saúde Mental, do curso de Enfermagem, e como Coordenador do Projeto de Extensão Clínica Ampliada na Atenção Básica.

ALINE MARIA FATEL DA SILVA PIRES

Acadêmica de medicina do 7º período da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

AMANDA GILVANI CORDEIRO MATIAS

Doutora em Medicina e Saúde Humana (EBMSP). Mestre em Meio Ambiente e saúde (UESC). Bacharel em Fisioterapia (UAM-SP), Licenciatura em Biologia (FTC). Especializações: Saúde Pública (IBPEX-PR), Acupuntura (UNISANTANA-SP), Biotecnologia e Bioprocessos. Docente efetiva na UFBA. Unidades atuais: Bioética Biossegurança, Gestão em Biotecnologia e Nutrição, Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual, Fundamentos de nanotecnologia. Experiência em Gestão e coordenação acadêmica na Graduação e Ensino com neurociências, epidemiologia; laserterapia, algologia, educação em saúde e qualidade de vida. Estive consultora para Ministério da Saúde na Pesquisa de identificação de fatores de riscos e diagnóstico de agravos ocupacionais.

ANA LAURA DE CABRAL SOBREIRA

Doutoranda em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos, pelo programa de ampla associação das universidades UFPB/UFRN/UFC/UFRPE. Mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba, Campus I, na área de concentração farmacoquímica. Farmacêutica pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, ano de 2016. Cursa Especialização em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Foi monitora de Físico-química e Farmacobotânica. Realizou iniciação científica buscando isolamento, purificação e identificação de metabólitos secundários. Fez estágio na Universidade Estadual Paulista nas dependências do Laboratório de Bioprospecção de Produtos Naturais (LBPN) do Instituto de Biociências, Campus do Litoral Paulista. Estágios nas áreas de Farmácia Hospitalar (Hospital Universitário Alcides Carneiro, Campina Grande-PB), Análises Clínicas (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, Campina Grande-PB), Farmácia de Manipulação (Pharmapele, Campina Grande-PB) e Drogeria (Redepharma, Campina Grande-PB).

ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA

Professora Adjunto III da Universidade Federal da Paraíba. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2002), especialização em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2004), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2006) e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2011). Desde 2005 integra e atua como pesquisadora no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSASS). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Fundamentos do Trabalho Profissional e em Saúde Pública, atuando principalmente com os seguintes temas: Serviço Social, trabalho, instrumentalidade, política de saúde, Sistema Único de Saúde, drogas, família, envelhecimento e gestão de recursos humanos.

ANDREZZA DUARTE FARIAS

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com Habilitação em Análises Clínicas. É mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente é Professora Adjunta - C1 do curso de Farmácia do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campus Cuité. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Assistência Farmacêutica no serviço público de saúde.

ANDRIELLY SILVA DOS SANTOS

Enfermeira Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT - AL, Pós-Graduada em Cardiologia e Hemodinâmica, participação em diversos Congressos Nacionais e Internacionais, tanto como ouvinte como na apresentação de trabalhos, possui curso de Urgência e Emergência em APH e Especialização em PICC.

BRUNA KAJELINE ASSIS GOMES

Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT - AL (2018). Pós-Graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pelo grupo CEFAPP de Maceió - AL.

CARLA MARIA LOPES DOS SANTOS

Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual das Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL (2016). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Hospital Dom Malan-IMIP (2019). Atuando na assistência ao parto e nascimento na Sala de parto do Hospital Luiz Arruda-AL (atualmente)

CLENISE LILIANE SCHMIDT

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves (2008) com Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária de Chapecó (2014). 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. Trabalhou com 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.

CLÉSIA OLIVEIRA PACHÚ

Graduada em Farmácia (1991), habilitação em Análises Clínicas (1992) e Industrial (2009), bacharela em Direito (2007) pela Universidade Estadual da Paraíba, mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos (Psicofarmacologia e Química) pela Universidade Federal da Paraíba (1994) e Doutora em Engenharia de Processos (Desenvolvimento de Processos) pela Universidade Federal de Campina Grande/PB (2007). Especialização em Gestão de Organizações Públicas na UEPB (2014). MBA em Coaching Executive e Liderança (2017). Docente da Universidade Estadual da Paraíba. Coordena o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba

(NEAS-UEPB) e o Programa Educação e Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas da Universidade Estadual da Paraíba (PEPAD-UEPB). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde/Doença e Direitos Sociais da Universidade Estadual da Paraíba (GEPSADDS-UEPB). Experiência na área de Fisiopatologia, Dependência Química e Processamento de Plantas Medicinais.

DANILLO ALENCAR ROSENO

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN); Especialização em andamento em Análises Clínicas pela Faculdade Santa Maria (FSM); Graduado em Bacharelado em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Educação e Saúde, Campus Cuité/PB; Participou de projetos junto à comunidade por três anos consecutivos e foi monitor das disciplinas Micologia e Virologia Clínica e Tecnologia Farmacêutica. Farmacêutico da Farmácia Básica Municipal de Bernardino Batista/PB. Tem interesse nas áreas da assistência farmacêutica e farmácia industrial.

DANUZA DE OLIVEIRA SILVA

Enfermeira graduada pela Universidade de Pernambuco- UPE, em 2017. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas- INESP, em 2019. Atualmente Enfermeira assistencialista no CAPS infantil, em Petrolina-PE.

DÉBORA DE CERQUEIRA SANTANA

Terapeuta Ocupacional, graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL (2016). Especialista em Saúde da Família pela UNCISAL, através do Programa de Residência Multiprofissional do Ministério da Saúde (2017-2019). Tutora no Projeto de Extensão Sorriso de Plantão da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), desde 2014.

DÉBORA JULIANA RAMOS DOS SANTOS

Possui graduação em Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2012) e especialização em Psicopedagogia Institucional pela FIP - Faculdades Integradas de Patos (2014). Graduada em Psicologia pela UNINASSAU (2016) e pós-graduanda em Neuropsicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2018). Atua principalmente nas áreas de psicologia clínica (CRP 13/7530), avaliação psicológica e envelhecimento humano. Participa como voluntária do Grupo da Terceira Idade da Associação Celebrando Vida, na cidade de Campina Grande - PB.

ELIZA MARIA SILVA MOREIRA

Psicóloga Clínica CRP 13/8453, graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, pós-graduanda em Psicopedagogia pela Faculdade Única, pós-graduanda em Neuropsicologia pela Unicorp. Vice-presidente da Associação Celebrando Vida, atua como coordenadora do Grupo da Terceira Idade da Associação Celebrando Vida.

EVANI MARQUES PEREIRA

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Maringá (1993), mestrado (2000) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003). Atualmente é professora efetiva, Associada RT40 - TIDE, da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO . Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do adulto e do Idoso, qualidade de vida e cuidado de enfermagem no ciclo vital.

FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

Doutora em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Gestão e Economia da Saúde pela UFPE. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) Campus Petrolina.

GEILDA LOURENÇO DA SILVA SANTOS

Graduanda de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT)

GENILSON BENTO DOS SANTOS

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. Membro extensionista do Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS-UEPB).

HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA

Mestrado acadêmico em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2018), pós-graduação a nível de especialização em Saúde Pública pela IESP Faculdades (2011) e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2008). Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Fundamentos do Trabalho Profissional, Política Social da Saúde e Saúde Coletiva, atuando principalmente com os seguintes temas: Serviço Social, exercício profissional, instrumentalidade, política de saúde, Sistema Único de Saúde, família, criança e adolescentes, envelhecimento, HIV/AIDS, drogas.

JEFFERSON RODRIGUES NÓBREGA

Possui curso de graduação em Bacharelado em Farmácia pela Universidade Federal de Campina Grande (2016). Atualmente mestrando no Programa Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba, na área de Farmacologia (2017). Especializando em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Tem experiência na área de farmácia comercial. Trabalha com ênfase em pesquisas, atuando principalmente nos seguintes temas: fungos, antifúngicos, plantas medicinais e seus produtos com propriedade antifúngicas.

JOACELY CARNEIRO FIGUEIREDO

Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2010), Especialização em Serviço Social e Políticas de Proteção Social, pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa - CINTEP e à Faculdade Nossa Senhora de Lourdes (2011) e Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2017). Tem experiência na área de Serviço Social e Política Social, atuando principalmente nos seguintes temas: idoso, direitos sociais, produção do conhecimento, serviço social, prática profissional e políticas de proteção social.

JOSÉ DE SOUZA BRANDÃO NETO

Arquiteto e urbanista, PhD pela Architectural Association School of Architecture (AA School/London), Professor Associado da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Urbano (MDU). São de sua autoria os livros *The Role of Urban Design in Strategic Planning: the case of Rio de Janeiro* (2009) e *Núcleo Técnico de Operações Urbanas: estudos 2007-2010* (2012).

JOSÉ ISMAIR DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Acadêmico de medicina do 7º período da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

JOSÉ JAILSON DE ALMEIDA JÚNIOR

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2004), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2008) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2013). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Extensão Universitária em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: cidadania em saúde, formação em saúde nos espaços extramuros, práticas educativas.

KARINE GOMES DE OMENA LISBOA

Graduanda em enfermagem do Centro Universitário Cesmac

KARLA MEDEIROS BELÉM

Fisioterapeuta, graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL(2012-2016). Pós-Graduada em Terapia Intensiva e Suporte Ventilatório pelo Centro Universitário Augusto Motta-UNISUAM(2017-2018). Integrante do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa.

KEYSSE SUELEN FIDELIS MESQUITA

Enfermeira graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2010). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2016). Especialista pela Residência Saúde Mental e Psiquiatria pela Universidade Estadual de Pernambuco (2012). Especialista em Saúde Coletiva pelo grupo Cefapp de Recife (2012). Atualmente, é professora auxiliar do curso de Enfermagem na Faculdade Estácio de Alagoas e preceptora de estágio na UNIT- AL. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (GPESAM) e do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes UNIT-AL.

LUCAS SILVEIRA SAMPAIO

Doutorando em Ciências da Saúde pelo PPGES com área de concentração em Saúde Pública, da UESB. Mestre em Ciências da Saúde pelo PPGES-UESB. Especialista em Saúde Coletiva e Sociedade pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão (2008). Atualmente é Professor Titular da Faculdade Independente do Nordeste Fainor ; Professor Titular da Faculdade Maurício de Nassau-Vitória da Conquista-Ba, Membro do Núcleo de estudos em Epidemiologia do Envelhecimento (NEPE-UESB); Membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento Humano (NIEPEH).Tem experiência na área de Fisioterapia (RPG, Pilates, Ginástica Laboral). Atua principalmente nas seguintes linhas de pesquisa: Vigilância em Saúde; Epidemiologia do envelhecimento; Saúde Pública.

MARCOS ALMEIDA MATOS

Possui graduação em Medicina pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (1992), Mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo (2000) e Doutorado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo (2003). Atualmente é Coordenador do Curso de Mestrado em Tecnologias em Saúde, Professor Adjunto do Curso de Graduação em Medicina e Professor do Corpo Docente Permanente e Membro do Colegiado do Mestrado e Doutorado em Medicina e Saúde Humana da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Professor adjunto do Curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Coordenador da Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia - Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

MARCUS VINICIUS DE ACEVEDO GARCIA GOMES

Médico pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e residente em clínica médica pelo Hospital Santa Marcelina.

MARIA DA GLÓRIA FREITAS

Enfermeira com mestrado em Ciências da Educação - Universidad Tecnológica Intercontinental (2014), revalidado pela UFAL. Atualmente é professor do Centro de Estudos Superiores de Maceió, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, vacinação, acolhimento, atenção básica e Biossegurança.

MARIA DAS GRAÇAS SILVA MOREIRA

Psicóloga clínica (CRP 13/7298), bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, graduada em Recursos Humanos pela UMESP (Universidade Metodista de São Paulo), MBA em Gestão de Recursos Humanos pela Faculdade Anglo Americano. Pós-graduanda em Neuropsicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Bacharel em Teologia pelo CETEO (Centro de Estudos Teológicos Brasileiro). Presidente da Associação Celebrando Vida.

MARIA ELDA ALVES DE LACERDA CAMPOS

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (1983). Professora assistente da Universidade de Pernambuco.UPE. Integrante do Núcleo Docente Estruturante - NDE. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Mestre em Vigilância sobre Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas - UPE (2009). Concentra atividades voltadas para as áreas: Saúde coletiva e pública. Desenvolvendo atividades de pesquisa e extensão sobre educação em saúde, imunização, relações de violência e implicação na saúde de idosos, política de atenção, mobilidade e constituição de sujeitos. Doutoranda do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE - UFRGS - 2018-2021.

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 LAURA MEDEIROS BLEINROTH

Psicóloga, graduada pela Universidade Federal de Alagoas (2019). Mestranda em Processos Psicossociais no instituto de psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Integrante do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa.

MARIA ROSA DA SILVA

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Mestre Ensino na Saúde na Faculdade de Medicina FAMED/UFAL. Doutoranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) 2019. Professora efetiva da UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS (UNCISAL). Coordenadora do Projeto de extensão Sorriso de Plantão/UFAL desde 2003. Professora no Centro Universitário Tiradentes (UNIT).

MARIANA REIS PRADO

Neurologista pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia (ABN/AMB), Título de Especialista em Neurologia pela Sociedade Brasileira de Neurologia/AMB. Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialização em Neurofisiologia, com subáreas de atuação em Eletroneuromiografia (Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE e Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ) e Monitorização Neurofisiológica Intraoperatória (CENEC). Professora Auxiliar da disciplina de Neurologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Preceptora do Internato de Medicina da UNCISAL.

MARIANGELA 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. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná, campus de Palmas-PR. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do Trabalhador, Sistematização da Assistência de Enfermagem e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

MARILIA DE ANDRADE FONSECA

Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Mestrado em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco (RJ), Especialização em Fisioterapia Pneumofuncional pela Universidade Castelo Branco (RJ). Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ministra as disciplinas de estágio supervisionado em fisioterapia I e II, na área Cardiovascular e UTI. Experiência na área de Fisioterapia hospitalar, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do adulto e idoso, fisioterapia, promoção à saúde, força muscular respiratória, doenças crônicas e respiratórias.

MARÍLIA DE OLIVEIRA MINEIRO

Técnica de Enfermagem do Trabalho. Graduanda de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT)

MARINA HOLANDA KUNST

Bacharel em Economia Doméstica pela UFRPE, com ênfase em acessibilidade e idoso. Mestre em Desenvolvimento Urbano pela UFPE, com ênfase em edificação, acessibilidade e idoso. Participou do Grupo de pesquisa PLURAL - Moda e Vestuário, em parceria com o Grupo de pesquisa Vestuário no Contexto Socioeconômico e Cultural da UFV. Participou do Programa Institucional de Iniciação Científica- PIC/UFRPE, sobre Indicadores de consumo para empresas de moda vestuário. Com formação multi e interdisciplinar em Economia Doméstica também desenvolveu atividades relacionadas a área de Alimentos relacionado a rótulos alimentares, Desenvolvimento Humano no que se refere qualificação de donas de casa e empregadas domésticas.

MAYSA ARLANY DE OLIVEIRA

Enfermeira Graduada pela Universidade de Pernambuco- UPE, em 2017. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas- INESP, em 2019. Atuando na assistência de enfermagem do Hospital Municipal Gilza Macedo Coelho de Melo (HMGCM), Santa Filomena-PE.

MILTON VIEIRA COSTA

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), com experiência clínica em Fisioterapia Respiratória e Equoterapia. A vivência como docente abrange anatomia, fisiologia, histologia e embriologia, tanto na graduação como em programas de pós-graduação. Mestre em Biologia Humana e Experimental - BHEX (Laboratório de Morfometria e Metabolismo Cardiovascular) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ - Doutor pelo programa do BHEX, executado no Laboratório de Ultraestrutura e Biologia Tecidual, UERJ. Professor de Fisiologia Humana - Universidade de Ciência da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Centro Universitário Cesmac (FEJAL). Desenvolve pesquisas nas áreas de cardiologia ultraestrutural, biologia tecidual, hipertensão arterial sistêmica, síndrome metabólica e estresse oxidativo.

MIRIAN ALVES DA SILVA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (1985); pós-graduada em Serviço Social (Mestrado) pela Universidade Federal da Paraíba (2006) e em Enfermagem (Doutorado) pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - Turma Pioneira (2014); Pós Graduação em Acupuntura (2017). Atualmente é professora Adjunto III da UFPB. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social da Saúde. Atua como Pesquisadora Voluntária no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social - SEPSASS/PPGSS/UFPB, atuando com as temáticas: Políticas de atenção ao idoso, políticas públicas e controle social. Atualmente é membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Feridas - GEPEFE, onde vem desenvolvendo atividades de pesquisas envolvendo as temáticas feridas e idosos.

MYLENA APARECIDA RODRIGUES ALVES

Bacharel em Educação Física, UEPG. Mestre em Ciências da Saúde, UEPG. Doutorando em Educação Física, UFPR

MYRNA LINS TENÓRIO

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas.

NADJA MARIA DOS SANTOS

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) Campus Petrolina. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - GPESC.

NUBIA CRISTINA AMORIM GOMES

Graduanda de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT)

PATRÍCIA BARRETO CAVALCANTI (ORIENTADORA)

Possui Graduação Em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1985), Especialização em pesquisa educacional pela UFPB (1989) Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1991) e Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Atualmente é professora Titular da Universidade Federal da Paraíba. Coordena o Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social. Atuou como preceptora de Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no Núcleo de Saúde Coletiva da UFPB. Tem experiência na área de Serviço Social, Políticas Públicas com ênfase em Política da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, SUS, serviço social, Gestão da política de saúde Humanização e Qualidade do atendimento, Saúde Mental, Seguridade Social e políticas de proteção social e atenção aos idosos. Integra a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde.

PAULA GABRIELLE DE ALMEIDA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL (2019). Monitora no Projeto de Extensão Sorriso de Plantão da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) entre 2015 e 2018.

RAFAELLA MARIA BEZERRA PINHEIRO CUSTÓDIO

Acadêmica de medicina do 7º período da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

RAQUEL FERREIRA LOPES

Graduação em ENFERMAGEM pela Faculdade Estácio de Alagoas (2014) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2016). Atualmente é docente da Faculdade de Tecnologia de Alagoas, nas disciplinas de semiologia, saúde da criança e noções de segurança do trabalho.

RENILDA BENEDITA DOS SANTOS

Graduanda de Enfermagem na Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT)

ROGERIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em 1985. Professor do Departamento de Medicina Social (DMS) desde 1991. Mestrado em Endodontia pela UFPE (1997) e doutorado em Odontologia Legal e Deontologia, pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - SP (2002). Experiência na área de Deontologia e Odontologia Legal, com ênfase em identificação humana, perícias cíveis, conselhos de fiscalização profissional e legislação em saúde. Professor do Programa de Mestrado em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco e integra o Grupo de Pesquisa: Saúde do Idoso que tem como linhas de pesquisa: Epidemiologia do Envelhecimento, Planejamento e gestão dos serviços de atenção à saúde do idoso, Saúde Pública e Envelhecimento.

ROSANA ALVES DE MELO

Enfermeira, especialista em urgência/emergência e em didática Pedagógica para Educação em Enfermagem; Mestre em Enfermagem; Doutora em Inovação Terapêutica. Professora adjunta do colegiado de enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco, nas disciplinas de Paciente Crítico e Cuidar de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso. Ministra aulas nas disciplinas de práticas e bioética na Residência Multiprofissional em Intensivismo e urgência/emergência do HU/Univasf. Atualmente pesquisa na área de violência doméstica e violência no namoro.

RUBENYTA MARTINS PODMELLE

Docente e Orientadora de Estágio no Centro Universitário São Miguel e Docente no Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA). Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduada em Saúde do Idoso e Gerontologia pela Universidade Candido Mendes (MG). Fisioterapeuta pelo Centro Universitário São Miguel. Professora de Educação Física (Bacharelado) pela Escola Superior de Educação Física/ Universidade de Pernambuco (ESEF/UPE).

SARA CAMILA TOMEN

Possui ensino-medio-segundo-graupela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2011). Tem experiência na área de Enfermagem.

SAULO EMANUEL GOMES SILVA

Acadêmico de Medicina desde 2016 na Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, Membro da Academia Brasileira de Neurologia, presidente e fundador da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia da UNCISAL, Membro do Projeto Pense Bem - AL

SHIRLEÍZE MARIANE PEREIRA SANTOS E GOMES

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN / Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí - FACISA (2017). Pós-graduada em Enfermagem em Geriatria e Gerontologia pela Faculdade Futura, Votuporanga - SP (2018).

SOFIA BEZERRA SANTOS

Enfermeira graduada pela Universidade de Pernambuco-UPE (2012-2017). Atuando atualmente como Enfermeira Assistencial.

TAMIRES TEREZINHA GALLO DA SILVA

Profissional de Educação Física; Especialista em Gerontologia, UEPG; Mestranda em Educação Física, UFPR.

VANESSA DA SILVA CORRALO

Possui graduação em Farmácia pela Universidade de Cruz Alta (2000), mestrado (2002) e doutorado (2007) em Bioquímica Toxicológica (Ciências Biológicas) pela Universidade Federal de Santa Maria. Além disso, concluiu o Pós-Doutorado na Universidade Federal de Santa Maria, atuando principalmente nos seguintes temas: toxicologia e farmacologia de organocalcogênios, antioxidantes, sistema glutamatérgico, metais pesados e plaquetas. Atua como revisor de artigos da revista Toxicology In Vitro, Revista Andaluza de Medicina Del Deporte, Chemico-Biological Interactions, Acta Ambiental Catarinense e FisiSenectus. Tutora do Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde- PET- Redes de Atenção à Saúde Indígena- 2013/2015. Docente da Área de Ciências da Saúde nas disciplinas de fisiologia e toxicologia e do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, Vice-líder do Grupo de Pesquisa Vita. Atua na área de Saúde e Meio ambiente, com ênfase em Toxicologia e Farmacologia de produtos naturais, avaliação toxicológica dos efeitos de agrotóxicos, bem como na área de Envelhecimento.

VILMA VILLAROUCO

Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Pernambuco (1983), especialização em Engenharia de Transportes pela Universidade de Pernambuco - POLI/UPE (1988), mestrado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal da Paraíba (1997), doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001) e Estágio Pós Doutoral em Engenharia e Gestão do Conhecimento na Universidade Federal de Santa Catarina (2011/2012). Aposentada como professora Titular na UFPE (2019), permanece nos Programas de Pós Graduação em Design e no de Ergonomia, coordenando o Laboratório ErgoAmbiente. Atualmente é professor/pesquisador Visitante na Universidade Federal do Ceará, no Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo e Design. É professor/pesquisador atuante no grupo de pesquisa em Ergonomia Aplicada ao Ambiente Construído-CNPQ, do qual é líder. Tem experiência nas áreas de ergonomia, com ênfase na sua aplicação ao ambiente construído, atuando principalmente nos seguintes temas: estudos dos ambientes para pessoas idosas, acessibilidade predial e urbana, espaços para escritório e de educação, neuroergonomia aplicada a avaliação de ambientes e da acessibilidade.

VIVIANE VANESSA RODRIGUES DA SILVA SANTANA

Enfermeira. Docente na UFAL. Mestra em Ciências da Saúde pela UFAL. Linha de pesquisa: doenças infecciosas, parasitárias e negligenciadas e Epidemiologia.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7042-106-7

