

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 5



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 5

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

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas

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 5/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-7042-127-2

DOI: 10.5935/978-85-7042-127-2

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: Atitudes de estudantes universitários Brasileiros e Uruguaios frente ao aborto provocado..... 7

Iria Raquel Borges Wiese, Lidianny Braga de Souza, Elís Amanda Atanázio da Silva, Pollyana Ludmilla Batista Pimentel, Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Capítulo 2: Rezas, Cuidados e saúde: Relato de experiência do encontro de estudantes de medicina com uma parteira tradicional..... 13

Maylon Wellik dos Santos Carvalho, Ariane da Hora, Áurea Beatriz Paula Silva, Fernanda Siqueira Lima, Wellen Zane Nunes Andrade, Lorena Carvalho de Moraes Sandes, Márlon Vinícius Gama Almeida

Capítulo 3: A concepção de saúde e percepção de qualidade de vida por residentes na capital Paraibana..... 17

Raquel Medeiros dos Santos, Elis Amanda Atanázio Silva, Michael Augusto Souza de Lima, Pollyana Ludmilla Batista Pimentel, Íria Raquel Borges Wiese, Ana Alayde Werba Saldanha

Capítulo 4: Práticas alimentares adequadas e Câncer de Cólon 25

Adolfo Pinheiro de Oliveira, Analha Dyalla Feitosa Lins, Maria Suiane de Moraes, Dannaya Julliethy Gomes Quirino, Iraildo Francisco Soares, Michelly da Silva Pinheiro, Nara Vanessa dos Anjos Barros, Regina Márcia Soares Cavalcante

Capítulo 5: Conhecimento de adolescentes estudantes sobre HPV: Prevenção em discussão..... 31

Lidianny Braga de Souza, Lilianny do Nascimento Gonçalves Braga, Elís Amanda Atanázio Silva, Íria Raquel Borges Wiese, Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Capítulo 6: Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em uma região do Semiárido Nordestino 37

Akeme Laíssa Novais Coutinho, Guilherme Ribeiro Menezes, Daniele Fernanda Siqueira Souza, Luiz Felipe Ferreira de Lima, Pedro Pereira Tenório, Adirlene Pontes de Oliveira Tenório

Capítulo 7: Estudo do perfil Epidemiológico da febre Chikungunya em Alagoas e no Nordeste Brasileiro como forma preventiva do desenvolvimento de doenças reumáticas crônicas 41

Carlos Henrique Silva de Melo, Cristiane Monteiro da Cruz

Capítulo 8: Cuidadores de idosos no cenário jornalístico 46

Aline da Rocha Kallas Fernandes, Meiriele Tavares Araújo, Yasmim Oliveira de Windsor Silva, Isabela Silva Cândia Velloso

Capítulo 9: Qualificação profissional do(a) enfermeiro(a) para Assistência ao Idoso na atenção primária à saúde 59

Gabrielle Manguiera Lacerda, José Augusto de Sousa Rodrigues, Joyce de Souza, Maria Joyce Tavares Alves, Gerlane Cristinne Bertino Vêras

SUMÁRIO

Capítulo 10: Percepção do(a) enfermeiro(a) quanto a sua assistência ao idoso com Demência 66

Maria Joyce Tavares Alves, Gabrielle Manguiera Lacerda, Joyce de Souza, José Augusto de Sousa Rodrigues, Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Capítulo 11: A atuação da enfermagem frente à violência contra o Idoso: Revisão de literatura..... 73

Rafaella Grazielle de Melo Silva Lima, Suziany de Melo, Shirleysiana Joyciellem Barros Ferreira, Flávia Gymena Silva de Andrade, Jony Marcos Silva Santos, Gleyciane Lindinalva da Silva

Capítulo 12: Ações educativas e oficinas culinárias na melhoria da qualidade de vida de idosos 77

Larissa Alves da Costa, José Lucas Santos, Lenyelle do Nascimento Fernandes

Capítulo 13: Educação em saúde para idosos: A sala de espera como local de construção de hábitos de vida saudável 83

Lívia Maria Zacarias Claudino, Larissa Alves do Nascimento, Larissa Dandara Lima dos Santos, Amanda Cavalcante de Macêdo

Capítulo 14: A realização de grupos de promoção à saúde (GPS) na efetividade de um envelhecimento ativo 87

Gerônimo Vicente dos Santos Júnior, Erika Aparecida Santos Duarte, Emanuelle Soraya Pereira da Silva, Augusto César Alves de Oliveira

Capítulo 15: Análise da autopercepção positiva da saúde de idosos Brasileiros..... 91

Ana Flávia Leal de Assis, Isabel Rodrigues Ferreira, Milene Oliveira de Souza, Giselle Santana Dosea, Fábio Luiz Oliveira de Carvalho

Capítulo 16: O projeto de extensão universitária como contributo para a saúde de idosos em uma comunidade: Relato de experiência..... 95

FrancycleAlves da Paixão Nobre, Charles Maurício Barros dos Santos, Chirsllayne Carla Cavalcante Nascimento, Manoela Joseane dos Santos, Monteiro Pires Bastos Júnior, Tânia Maria Alves Bento

Capítulo 17: A visita domiciliar como Tecnologia para o cuidado à saúde da pessoa idosa: Relato de experiência 98

Pedro Miguel de Araujo Collado, Maísa Isabella Faustino Santos, Danyella Claudino Gonçalves Braga, Mayara Krystina de Lima Freitas, Amanda Cavalcante de Macêdo

SUMÁRIO

Capítulo 18: Promoção da saúde da pessoa idosa em um contexto de envelhecimento populacional: Relato de experiência..... 102

Edja Mayra Ferreira de Castro, Larissa Melo Coêlho Barros, Maria Laura Medeiros Bleinroth, Maysa Lanne Vieira Damasceno, Thaise Marques da Silva, Elizabeth Moura Soares de Souza

Capítulo 19: Sistematização da assistência de enfermagem a pessoa idosa portadora de Hiperplasia Prostática benigna: Relato de experiência..... 107

Francyele Alves da Paixão Nobre, Charles Maurício Barros dos Santos, Monteiro Pires Bastos Júnior, Manoela Joseane dos Santos, Chrisllayne Carla Cavalcante Nascimento, Fabiani Tenório Xavier Póvoas

Capítulo 20: Relação entre aptidão motora, atividade física e institucionalização em idosos da cidade de Maceió –AL 111

Felipe Lima Rebêlo, Laerte Firmino Júnior, Henrique Cerqueira Lima de Carvalho, Alessandra Myrella Braz da Silva, Meiry Lannuze Santos Silva, Brenda Karolyne dos Santos Souza

Capítulo 21: Efeito de diferentes ambientes de exercício físico sobre a associação entre força de prensão palmar e força muscular respiratória em idosas 118

Mariel Dias Rodrigues, Gustavo Carrijo Barbosa, Karla Silva Souto, Leandra Aparecida Leal, Marcela Ramos Crucio, Patrícia Leão da Silva Agostinho

Capítulo 22: Perfil clínico-Epidemiológico de pacientes Oncológicos: Um olhar para o processo de envelhecimento humano 122

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves, Ana Karine Laranjeira de Sá, Valdirene Pereira da Silva Carvalho, João Victor da Silva Rodrigues, Julliany Larissa Correia Santos, Jesse Leite de Almeida

Capítulo 23: A perda da identidade em pacientes com Alzheimer, Qual o impacto para o paciente e a família?..... 129

Ana Paula Ribeiro dos Santos, Mikaele da Costa Gomes Monteiro, Jéssica Michelle dos Santos Silva, Andressa César Bomfim Ferreira, Luciana Carla Lopes de Andrade

Capítulo 24: Uso do aconselhamento genético como ferramenta de melhoria no diagnóstico e cuidados do paciente portador da doença de Alzheimer..... 133

Hérica Tavares Milhomem, Débora Kathuly da Silva Oliveira, Déborah Tavares Milhomem, Fernanda Chini Alves, Maria Eduarda dos Santos, Maria Carolina de Albuquerque Wanderley, Roberta Luciana do Nascimento Godone

Autores:..... 138

Capítulo 1

Atitudes de estudantes universitários Brasileiros e Uruguaios frente ao aborto provocado

Iria Raquel Borges Wiese

Lidianny Braga de Souza

Elís Amanda Atanázio da Silva

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Resumo: Pode-se dizer que a legislação de um país é, de certo modo, reflexo dos valores, crenças e atitudes de um povo específico, sobre um objeto, num determinado período histórico. Dessa forma, a legislação deve assimilar os valores positivos que um povo, em determinada época, estima e vive, sendo o direito o responsável pela instrumentalização destes. Tem-se a hipótese de que os contextos de legalidade e ilegalidade são precedidos por atitudes pró ou contra determinado fenômeno. Com base nisso é que se propõe conhecer as atitudes frente ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevideú) e ilegalidade (Brasil – Paraíba). Para tanto, participaram 398 estudantes universitários brasileiros acessados em universidades públicas e privadas do estado da Paraíba e 384 estudantes uruguaios acessados em universidades públicas na cidade de Montevideú, os quais responderam três itens da subescala denominada Aborto do Gender Attitude Inventory (GAI) já adaptada e validada para os dois contextos em questão. Os resultados confirmaram a hipótese deste artigo em relação a esse fenômeno, a de que as atitudes refletiriam o contexto legislativo. Nesse sentido, os participantes uruguaios tiveram atitudes favoráveis ao aborto, enquanto os brasileiros tiveram atitudes contrárias. Não foram encontradas diferenças em relação às atitudes frente ao aborto provocado entre os sexos. Entretanto, em função da religião, esta diferença se destaca. As atitudes de uma sociedade, as quais precedem seu contexto legislativo, implicam na possibilidade ou não da formulação de políticas públicas nessa seara. O fim dos impeditivos legais poderiam subsidiar programas multidisciplinares, auxiliando, inclusive, no processo anterior à tomada de decisão pelo aborto, para uma atenção mais especializada à saúde da mulher que pretende não levar uma gestação indesejada adiante, diminuindo os danos e riscos, tanto físicos quanto psicológicos, causados pelo aborto praticado na clandestinidade.

Palavras-chave: Aborto induzido. Atitudes. Brasil. Uruguai.

1. INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que a legislação de um país é, de certo modo, reflexo dos valores, crenças e atitudes de um povo específico, sobre um objeto, num determinado período histórico. A sociedade elabora o direito a fim de formular as bases da justiça e segurança, fundado na vontade social. Dessa forma, a legislação deve assimilar os valores positivos que um povo, em determinada época, estima e vive, sendo o direito o responsável pela instrumentalização destes. (BAR-TAL, 2000; NADER, 2016). Tem-se a hipótese de que os contextos de legalidade e ilegalidade são precedidos por atitudes pró ou contra determinado fenômeno. Com base nisso é que se propõe conhecer as atitudes frente ao aborto provocado em um contexto de legalidade (Uruguai – Montevidéu) e ilegalidade (Brasil – Paraíba).

A redemocratização do Brasil e do Uruguai na década de 1980, depois de um período de ditadura militar, configurou como importante fator para expandir o debate sobre o aborto, através dos seus diversos atores (sociedade civil organizada, movimento feminista, profissionais de saúde, Igreja, etc.), como também as discussões no parlamento e no poder judiciário, tendo sido apresentados diversos projetos de lei sobre a matéria (ROCHA; ROSTAGNOL; GUTIÉRREZ, 2009). Entretanto, embora constatados alguns avanços no Brasil, como os serviços de aborto legal e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005), seu rumo, em termos legislativos, foi distinto do que se seguiu no Uruguai. Portanto, é a partir desses dois contextos que este estudo se circunscreve.

No Brasil, o aborto é considerado crime contra a vida quando provocado pela própria gestante (autoaborto) ou por terceiros desde o Código Penal de 1940. A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2016 com mulheres brasileiras através do método da urna apontou que, a partir das taxas de aborto das mulheres alfabetizadas urbanas (13%), o número de abortos realizados no Brasil em 2015 foi de 503 mil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016). Vale salientar que a média de 503 mil abortos anuais desconsidera as mulheres que abortam na zona rural e/ou são analfabetas.

Em contrapartida, o Uruguai foi o terceiro país da América do Sul a legalizar o aborto. Seu senado aprovou uma lei que possibilita essa prática até a 12ª semana de gestação no ano de 2012. O período se amplia para 14 semanas em caso de estupro e não há restrições nos casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina ou risco de morte para a mãe. A mulher que decide realizar o aborto deve ser cidadã uruguaia e passar por uma equipe multiprofissional formada por um ginecologista, um psicólogo e um assistente social, os quais informam os riscos e as alternativas ao aborto, como, por exemplo, colocar o nascituro para adoção. Posteriormente, é dado cinco dias para a reflexão e, caso a vontade permaneça, é feito o aborto farmacológico, utilizando-se o misoprostol, seguindo os critérios recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde), de acordo com a Lei nº 18.987 (*Interrupción voluntaria del embarazo*), promulgada em 2012.

Em entrevista à BBC Mundo, o ex-presidente uruguaio José Mujica alegou que a descriminalização do aborto permite salvar vidas, pois coíbe a sua prática de maneira clandestina e insegura, o que tem sido confirmado pelas pesquisas. No início do ano de 2013, o vice-ministro de Saúde Pública do Uruguai, Leonel Briozzo, afirmou que o país tem realizado cerca de 400 abortos legais por mês desde a promulgação da lei que descriminalizou a sua prática e, se mantida essa taxa, o Uruguai terá em média 4 mil abortos anualmente, uma quantidade bastante inferior a de 33 mil, estimada antes da mudança legislativa. Desse modo, segundo o vice-ministro, essa lei vem tornando os abortos mais seguros e reduzindo mortalidade e morbidade maternas (LISSARDY, 2012).

O aborto inseguro, definido como um procedimento utilizado para finalizar uma gravidez indesejada, realizado por pessoas ou profissional que carecem de habilidades técnicas necessárias ou em ambiente sem condições sanitárias adequadas, ou ambos (WHO, 2003), comumente praticado em países com legislação restritiva, foi qualificado pela comunidade internacional como um grave problema de saúde pública a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing 1995. Desse modo, recomendou-se aos governos a revisão das leis que punem as mulheres que tenham se submetido a abortos ilegais, garantindo a elas, em quaisquer casos, o acesso a serviços de qualidade para tratar de complicações decorrentes dessa prática (BRASIL, 2005; PIMENTEL; PANDJLARJLAN; PIOVESAN, 2000; VENTURA, 2009).

No entanto, observa-se que os países da América Latina e do Caribe estão no rol dos que têm legislações mais restritivas em relação ao aborto (VERARDO, 1987), excetuando-se apenas Cuba, Guianas, Porto Rico e Uruguai o aborto é legalizado. Nos demais países dessa região, as taxas de aborto inseguro são mais elevadas, e, conseqüentemente, a mortalidade materna. De acordo com Alan Guttmacher Institute (1997), a probabilidade de morrer em decorrência de um aborto na América Latina é cem vezes maior do que nos países desenvolvidos.

Frente ao exposto, o presente artigo teve como objetivo analisar as atitudes de estudantes universitários brasileiros, do estado da Paraíba, e estudantes universitários uruguaios, da cidade de Montevidéu, frente ao aborto provocado. Segundo Rokeach (1981), a atitude pode ser definida como uma predisposição geral aprendida para responder, de modo consistente, favorável ou desfavoravelmente em direção a determinado objeto.

2. METODOLOGIA

2.1. CARACTERÍSTICA DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, cujo design permitiu investigar as atitudes dos participantes brasileiros e uruguaios frente ao aborto provocado.

3. PARTICIPANTES

A amostra caracterizou-se como sendo não probabilística por conveniência, composta por estudantes universitários, acessados em universidades públicas e privadas, em ambos os países. Foram aplicados 800 questionários ao todo, sendo 400 no Brasil (Paraíba) e 400 no Uruguai (Montevidéu). Entretanto, alguns participantes foram excluídos da amostra por se apresentarem como *outliers* ou por deixarem muitos itens em branco. Desse modo, a amostra final consistiu em 398 estudantes universitários brasileiros, acessados em universidades públicas e privadas do estado da Paraíba (nas cidades de João Pessoa, Campinha Grande, Cajazeiras e Patos), sendo 50,8% do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino, 39,4% estudantes da área de exatas, 33,2% de humanas e 27,4% de saúde, com média de idade de 24,7 anos (DP = 6,8), os quais se declararam pardos (47,1%), brancos (41,8%) e negros (9,1%), majoritariamente solteiros (78,6%), sem filhos (83,1%), católicos (47,6%), evangélicos (29,3%) e, com menor frequência, sem religião (17%). Em relação à religiosidade, numa escala de 0 a 10, a média dos participantes foi de 5,7 (DP = 2,8). Apenas 50,8% da amostra respondeu a pergunta sobre a renda familiar. Destes, a grande maioria (73,8%) afirmou ter renda familiar de até três salários mínimos. Por último, três mulheres responderam ter provocado aborto e 15 terem sofrido um aborto espontâneo.

No Uruguai, a amostra final foi composta por 384 estudantes acessados em universidades públicas na cidade de Montevidéu. Os estudantes eram provenientes de várias cidades de todo o país (interior e capital), sendo 46,1% do sexo masculino e 53,9% do sexo feminino, 44% da área de humanas, 41,9% de exatas e 14,1% de saúde, com média de idade de 22,71 anos (DP = 4,6). A maioria se declarou branco (85,8%) e pardo (10,5%), solteiro (91,1%), sem filhos (95,8%), sem religião (59,9%) e, com menor frequência, de religião católica (34,7%), cuja média de religiosidade foi de 2,96 (DP = 3,23). Apenas 31,5% dos participantes uruguaios responderam a pergunta acerca da renda familiar. Destes, 53,7% afirmou ganhar até três salários mínimos e 19% entre três e cinco. Quatro estudantes alegaram ter interrompido a gestação e duas ter tido um aborto de forma espontânea.

4. INSTRUMENTOS

Para medir as atitudes dos participantes em relação a aborto provocado foram utilizados três itens da subescala denominada Aborto, que se encontra no nível societal de análise do Gender Attitude Inventory (ASHMORE; DEL BOCA; BILDER, 1995), já traduzida, adaptada e validada para o Brasil e Uruguai, para medir as atitudes dos participantes frente ao aborto provocado. Os itens escolhidos foram aqueles que fazem alusão apenas ao aborto provocado (O aborto deve ser acessível para todas as mulheres/Toda mulher tem o direito de decidir se quer ou não fazer um aborto/ Os hospitais públicos devem oferecer o aborto a qualquer mulher que o solicite), com escala de resposta do tipo Likert de 10 pontos, variando entre “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (10). Desse modo, os itens que podem levar ao entendimento das demais modalidades do aborto foram descartados nesta análise.

5. PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, para o contexto brasileiro, e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pereira Rossell, para o contexto uruguaio, foi iniciada a fase de coleta de dados. Os participantes foram contatados nas universidades da Paraíba e Montevidéu. A aplicação dos instrumentos foi coletiva e teve duração média de

20 minutos. Ressalta-se que todos os procedimentos éticos que preconizam a Resolução 466/2012 foram assegurados e cumpridos.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através de estatística descritiva (média e desvio padrão) e estatística inferencial (test t e ANOVA)

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estabeleceu-se o número 5,5 como ponto de corte, ou seja, as médias abaixo deste valor caracterizam atitudes contrárias ao aborto provocado. Por outro lado, as médias acima de 5,5 denotam atitudes favoráveis. A tabela 1 e tabela 2 abaixo mostram os resultados.

Verificou-se, de forma geral, que os participantes uruguaios desta pesquisa posicionaram-se favoravelmente ao aborto provocado ($M=8,07$), enquanto que os participantes brasileiros estudados apresentaram atitudes contrárias ($M=5,12$), diferença essa estatisticamente significativa [$t(780) = -16,66$; $p = 0,001$]. Em relação aos participantes uruguaios, não foi observada diferenças significativas entre as médias dos sexos.

Por outro lado, observou-se que, embora os participantes com religião tenham obtido média que indicam atitudes favoráveis, os estudantes sem religião são mais favoráveis do que estes. Por fim, o teste Post Hoc também apontou diferenças entre as médias dos estudantes da área de humanas e exatas [$F(2, 381) = 8,64$, $p < 0,001$], sendo aqueles mais favoráveis ao aborto provocado. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os alunos de humanas e saúde no que diz respeito às suas atitudes, conforme se pode averiguar na tabela 1.

Tabela 1. Atitudes dos participantes uruguaios frente ao aborto provocado.

	Variáveis						
	Sexo		Religião		Cursos		
	Masculino (n=177)	Feminino (n=207)	Com religião (n=151)	Sem religião (n=226)	Exatas (n=161)	Humanas (n=54)	Saúde (n=169)
Atitudes	8,0	8,12	6,90	8,87*	7,53	8,50*	8,30

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,01$

**** $p < 0,05$

Dentre os participantes brasileiros não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas em função do sexo e do curso. Quanto à filiação religiosa, apenas os participantes sem religião foram favoráveis ao direito da mulher abortar. Comparando-se os grupos em função da religião, pode-se dizer que os declarados sem religião têm atitudes mais favoráveis que os demais grupos e os católicos mais que os evangélicos [$F(2, 366) = 39,60$, $p < 0,001$]. Os resultados encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 2. Atitudes dos participantes brasileiros frente ao aborto provocado.

	Variáveis							
	Sexo		Religião			Cursos		
	Mas cn=202	Fem=196	Sem Religião n=67	Católica n=187	Evangélica n=115	Exatas n=157	Humanas n=132	Saúde n=109
Atitudes	5,07	5,16	7,28*	5,10*	3,91	5,40	4,85	5,04

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,01$

Estudo realizado em 2007 com 20 mil participantes de 18 países da América Latina, no qual se pergunta “o quanto você acredita que o aborto pode ser sempre ou nunca justificado” (onde 1 é “nunca se justifica” e 10 corresponde a “sempre se justifica”), apontou que o Uruguai é o país onde mais se justifica o aborto, com média de 4,13. O Brasil encontra-se em quinto lugar, com média de 2,27 (ROSSI; TRIUNFO, 2012). Observa-se que as atitudes dos participantes deste artigo, tanto no Uruguai (M=8,07), como no Brasil (M=5,12), estão numa direção mais favorável, embora os estudantes do Brasil ainda sejam contrários (tendo em vista a média 5,5 como ponto de corte). Ressalva-se, entretanto, que a referida pesquisa foi feita antes da legalização do aborto no Uruguai no ano de 2012 e que se tratam de estudos com amostras distintas, população geral e estudantes universitários, respectivamente.

No contexto brasileiro, apenas aqueles que se declararam sem religião tiveram atitudes favoráveis ao aborto, sendo os católicos mais liberais do que os evangélicos. Por outro lado, no Uruguai, tanto os participantes que responderam não ter como aqueles que afirmaram ter filiação religiosa possuem atitudes favoráveis ao aborto. Conforme a literatura (YEN; ZAMPELLI, 2017; DILLON, 2014; DUARTE; OSIS; FAÚNDES; SOUSA, 2010; PORTO, 2008), já é sabido que a religião e religiosidade são importantes preditores de tais atitudes. Entretanto, no contexto uruguaio parece que outras variáveis estão implicadas nessa análise.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, em ambos os contextos, no que diz respeito às suas atitudes frente ao aborto, contrariando outras pesquisas (ROSSI; TRIUNFO, 2012; PATEL; JOHNS, 2009; ADAMCZYK, 2013). O estudo anteriormente referido apontou que no Uruguai as mulheres justificam o aborto em maior medida do que os homens (ROSSI; TRIUNFO, 2012). Nessa mesma direção, Patel e Johns (2009) verificou que as estudantes universitárias do sexo feminino na África do Sul são mais positivas nas questões que envolvem a autonomia da mulher no processo de decisão pelo aborto do que a amostra masculina.

Em relação ao curso, verificou-se que os participantes uruguaio estudantes de humanas e saúde são mais favoráveis ao aborto provocado. Isso pode ser explicado pelo fato de que, de maneira geral, predomina a ideia de que a área de exatas é um ambiente “masculino”, na qual características e práticas nomeadas próprias do homem são requeridas. Desse modo, espaço para pensar outras formas de subjetivação do ser humano e a assistência são muitas vezes preteridas ou negligenciadas em sua formação acadêmica, o que pode apontar para algumas direções na compreensão desse resultado.

8. CONCLUSÃO

No que diz respeito às atitudes frente ao aborto provocado, os resultados confirmaram a hipótese deste artigo em relação a esse fenômeno, a de que as atitudes refletiriam o contexto legislativo. Nesse sentido, os participantes uruguaio tiveram atitudes favoráveis ao aborto, enquanto os brasileiros tiveram atitudes contrárias. Não foram encontradas diferenças em relação às atitudes frente ao aborto provocado entre os sexos. Entretanto, em função da religião, esta diferença se destaca.

Ao longo da história, uma oposição estruturada ao aborto começa a delinear-se efetivamente com o judaísmo e, mais tarde com o cristianismo, a partir da Idade Antiga tardia (cerca de 300 –600 d.C.), sendo entendido como prática que interrompe a obra criadora de Deus ou que suprime uma vida humana. O cristianismo passou a considerar o problema a partir da perspectiva do feto, comparando o aborto ao homicídio (GALEOTTI, 2007; ROSADO; SOARES, 1999).

Atualmente, a Igreja Católica condena veementemente todas as formas de aborto, inclusive o terapêutico e o decorrente de estupro, argumentando que somente Deus tem o poder de vida e morte sobre as criaturas. Observa-se que a posição da Igreja tem forte poder de influência sobre a concepção do aborto nas sociedades onde as leis são restritivas à sua prática (GALEOTTI, 2007; PAPAEO, 2000).

As atitudes de uma sociedade que precedem seu contexto legislativo implicam na possibilidade ou não da formulação de políticas públicas nessa seara. O fim dos impeditivos legais poderiam subsidiar programas multidisciplinares, auxiliando, inclusive, no processo anterior à tomada de decisão pelo aborto, para uma atenção mais especializada à saúde da mulher que pretende não levar uma gestação indesejada adiante, diminuindo os danos e riscos, tanto físicos quanto psicológicos, causados pelo aborto praticado na clandestinidade.

Por fim, destaca-se que por se tratar de um estudo de metodologia quantitativa, o presente trabalho apresenta algumas limitações que se refere à compreensão de como são formadas e de como se expressam tais atitudes no cotidiano dos jovens pesquisados. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que os resultados

encontrados não podem ser generalizados para a população geral, visto que se trata de uma amostra específica de estudantes universitários.

REFERÊNCIAS

- [1] Adamczyk, A. The Effect of Personal Religiosity on Attitudes toward Abortion, Divorce, and Gender Equality: Does Cultural Context Make a Difference? *EurAmerica: A Journal of European and American Studies*, 243: 213-253, 2013.
- [2] Alan Guttmacher Institute. *Issues in brief: the role of contraception in reduction abortion*. Nova York: AGI, 1997.
- [3] Ashmore, R. D.; Del Boca, F. K.; Bilder, S. M. Construction and Validation of the Gender Attitude Inventory, a Structured Inventory to Assess Multiple Dimensions of Gender Attitudes. *Sex Roles*, 32 (11/12), p. 753-785, 1995.
- [4] Bar-Tal, D. *Shared beliefs in a society: Social Psychological Analysis*. Sage Publication Inc., 2000.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005.
- [6] Dillon, M. Asynchrony in attitudes toward abortion and gay rights: The challenge to values alignment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 53(1):1-16, 2014.
- [7] Diniz, D.; Medeiros, M.; Madeiro, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.22, n.2, pp.653-660, 2017.
- [8] Duarte, G. A.; OSIS, M. J. D.; Faúndes, A.; Sousa, M. H. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 44 (3), 2010.
- [9] Galeotti, G. *História do aborto*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2007.
- [10] Lissardy, G. Com lei sobre aborto, Uruguai caminha para ser o 'mais liberal' da América do Sul. *BBC Mundo*, 2012 Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/10/121017_uruguai_liberal_pai. Acesso em 14 de maio de 2017.
- [11] Nader, P. *Introdução ao estudo do Direito*. 38. ed., São Paulo: Forense, 2016.
- [12] Papaleo, C. C. *Aborto e contracepção: Atualidade e complexidade da questão*. São Paulo: Renovar, 2000.
- [13] Patel, C.; Johns, L. Gender Role Attitudes and Attitudes to Abortion: Are There Gender Differences? *The Social Science Journal*, 46:493-505, 2009.
- [14] Porto, R. M. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2), p. 661-666, 2008.
- [15] Pimentel, S.; Pandjarlan, V. F. Aborto: discriminar para não discriminar. *Jornal da Rede Saúde*, n. 21, 2000.
- [16] Rocha, M.; Rostagnol, S.; Gutierrez, M. A. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 219-236. 2009.
- [17] Rokeach, M. *Crenças, atitudes e valores: Uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.
- [18] Rosado, M. J.; Soares, R. Aborto: um tema em discussão na Igreja Católica. In: Scavone, L. *Género y salud reproductiva en América Latina*. Costa Rica: Editora LUR, p. 257-304, 1999.
- [19] Verardo, M. T. *Aborto: um direito ou um crime?* (14ª ed.). São Paulo: Editora Moderna, 1987.
- [20] Ventura, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. Brasília-DF: Edição do Autor, 2009.
- [21] Rossi, M.; Triunfo, P. Aborto em Uruguay y America Latina: el posicionamiento de los ciudadanos. *Equidad & Desarrollo*. N. 18:9-21, 2012.
- [22] Uruguay, Republica Oriental Del. *Ley Nº 18.987 - Interrupción Voluntaria Del Embarazo*. 30 de oct de 2012. Disponível em: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>> Acesso em: 14 de maio de 2017.
- [23] World Health Organization. *World health report 2005: make every mother and child count*. Genebra: WHO, 2005.
- [24] Yen, S.; Zampelli, E. Religiosity, political conservatism, and support for legalized abortion: A bivariate ordered probit model with endogenous regressors. *Social Science Journal*, March, p. 39-50, 2017.

Capítulo 2

Rezas, Cuidados e saúde: Relato de experiência do encontro de estudantes de medicina com uma parteira tradicional

Maylon Wellik dos Santos Carvalho

Ariane da Hora

Áurea Beatriz Paula Silva

Fernanda Siqueira Lima

Wellen Zane Nunes Andrade

Lorena Carvalho de Moraes Sandes

Márlon Vinícius Gama Almeida

Resumo: Zefa da Guia é parteira, benzedeira e líder comunitária de uma comunidade rural sergipana. Sua sabedoria, adquirida ao longo dos anos, traduz-se na influência quanto ao cuidado das pessoas que a procuram diariamente. Nessa perspectiva, a Liga Acadêmica de Produção de Cuidados e Sensibilidades da Univasf propôs uma roda de conversa, na qual os conhecimentos populares sobre o cuidado fossem aproximados dos saberes adquiridos na universidade. Deste modo, o presente trabalho tem por objetivo relatar o encontro, as trocas e significações de um grupo de estudantes de medicina com uma parteira tradicional. Tal visita resultou em uma sensibilização dos participantes para a importância dos diferentes agires que compõem a construção social da saúde, uma vez que a grandeza de Zefa mobiliza e estimula a percepção ampliada do cuidado. Enfim, é crucial a valorização das múltiplas vivências na formação, principalmente quando se pensa uma graduação humanística e integral dos trabalhadores da saúde.

Palavras-Chave: Práticas populares de cuidado; Saber popular; Universidade.

1.CONTEXTO

Serra da Guia é um povoado sergipano localizado no município de Poço Redondo, no qual vivem, aproximadamente, duzentas famílias. Território de múltiplas lendas e histórias, esta comunidade de tradição e reconhecimento quilombola é também a residência de Dona Zefa da Guia, líder comunitária, benzedeira e parteira tradicional. Dona Zefa realizou seu primeiro parto aos 11 anos de idade e, atualmente, aos 73 anos contabiliza mais de 5.000 (SERGIPE, 2016). Neste contexto, no dia 23 de setembro de 2017, a Liga Acadêmica de Produção de Cuidados e Sensibilidades (LAPCS), da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), campus Paulo Afonso, BA, desenvolveu nesta localidade uma visita técnica de caráter extensionista. Em consonância com os temas abordados durante as reuniões quinzenais da liga, sobretudo no que diz respeito às propostas populares de cuidado em saúde, dando ênfase às discussões sobre parto, maternidade, cuidado e vida, observou-se a necessidade de uma vivência que pudesse aproximar, de maneira prática, tais elementos da academia e ultrapassasse os muros da universidade. Tal atividade transbordou as expectativas almejadas inicialmente, com destaque para a percepção de papéis sociais desempenhados por figuras centrais, como a da própria Zefa da Guia, e a aproximação dos modos de edificação, nos microespaços, do desenvolvimento rural, a exemplo da dinâmica de organização dos trabalhadores e suas famílias no contexto em que se inserem. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo relatar o encontro, as trocas e significações, de um grupo de estudantes de medicina com uma parteira tradicional.

2.DESCRICÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo consiste em um relato de experiência construído a partir das observações e vivências de um grupo de discentes do curso de graduação em medicina da Univasf, campus de Paulo Afonso, Bahia, na visita realizada ao povoado de Serra da Guia, Sergipe.

No que se refere à sistematização do processo, inicialmente, foi proposto pela coordenação da liga a realização de um café da manhã, seguido por uma roda de conversas com a parteira tradicional Zefa da Guia. Liderança local, Dona Zefa está sempre presente nas lutas locais e regionais por reivindicações de terra, demarcação de territórios tradicionais, acesso à educação, melhorias para a comunidade e a propagação do sentimento de pertencimento e valorização à terra natal.

Neste cenário, destaca-se a importância do momento para que os envolvidos na ação se sintam sensibilizados e responsabilizados, principalmente no que tange a ideia de humanização dos cuidados na área da saúde e a necessidade de valorização e respeito às diversidades de saberes para uma maior aproximação entre profissionais e usuários dos serviços.

Ademais, durante o diálogo, buscou-se conhecer elementos principais sobre a vida e ações dessa mulher. A fala lúcida e empoderada com relação à importância do ofício de parteira, as ações sociais e sobre sua espiritualidade, chamou a atenção dos estudantes para o agir militante presente na líder comunitária, ao mesmo tempo em que, refletiu, também, o respeito às singularidades de cada indivíduo; valorização da equipe de saúde multiprofissional e do saber popular.

Eu já fiz mais de 4.000 partos. Nunca, nem mulher, nem criança, morreu em minhas mãos. A gente chega cedo, dá carinho, conversa, anima a mulher, e isso ajuda muito. O cuidado (SERGIPE, 2016, p. 2).

Conhecer a Dona Zefa da Guia gera um grande impacto. Antes de tudo, constrói-se uma impressão pautada naquilo que se ouve ou mesmo se lê sobre a sua pessoa. Monta-se um estereótipo repleto de preconceitos, uma vez que ela foi moldada por sua religiosidade, pela ausência de educação formal e pelo meio rural; elementos que quase sempre vão de encontro ao mundo universitário. Porém, ao deparar-se com a sua presença e energia, torna-se inevitável não perceber que ela transmite uma sensação de bem-estar e grandiosidade. Dona Zefa representa, com sua postura e sensatez, uma quebra de paradigmas, que são desconstruídos ao longo de cada frase que essa sábia mulher diz.

O que se percebe é que o saber popular de Dona Zefa da Guia não apenas conquista os ouvintes, visto que é capaz de gerar uma sensação de empatia tamanha que não é mais possível aceitar apenas o modelo biomédico como único saber legítimo e eficaz. Os saberes diferentes se somam, nesta seara de experiências, demarcando que o lugar de sabido é apenas um ponto de vista.

Além disso, Dona Zefa traz uma visão interessante acerca da sua religiosidade. Seja em seu ofício de parteira, de militante, de benzedeira ou líder comunitária, sua conduta como cidadã é pautada no voluntariado e na ajuda ao próximo, sem nada receber em troca.

Tal atitude é justificada por a mesma acreditar ter recebido o dom da cura e não poder usá-lo em benefício próprio.

Deus deixou o curador, mas condenou se ganhar dinheiro com a ação (SERGIPE, 2016, p. 3).

Outro ponto importante, que se adiciona a sabedoria de Zefa e reforça o seu lugar de cuidadora, é o de ela entender, a partir de sua sensibilidade, que não são todos os partos que, em seu ofício, a mesma consegue realizar. Ao perceber a necessidade de uma intervenção cirúrgica ou cooperação de um profissional de saúde ela encaminha a parturiente para assistência médica. Em contrapartida, o respeito aos saberes de Dona Zefa deve ser estimulado, uma vez que “ela orienta, comunica, ensina, procura os pacientes” e junta esforços na corrente por uma melhor qualidade de vida para a população (LINO, 2016, p. 29).

Figura 1 - Zefa da Guia



Fonte: Arquivo pessoal dos autores

Figura 2 - Visitantes.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores

3.RESULTADOS

A visita à comunidade de Serra da Guia trouxe inúmeros acréscimos intelectuais, sociais, pessoais e morais aos participantes. Ela pode mostrar não apenas ao estudante de medicina, como aos demais presentes, outra perspectiva de vida, que vai além da religiosidade, da fé, do saber popular, da militância, que se complementa com a ciência e transcende o cuidado em saúde, por meio do respeito ao próximo e suas singularidades.

A partir desse pressuposto, é esperado que o legado de uma guardiã do saber popular, como é o caso de Zefa da Guia, aponte para um redirecionamento do estudante ou profissional de saúde, para que este se perceba enquanto sujeito promotor da saúde. Tal papel é solidificado através das trocas de saberes e sensibilizações que permeiam o conhecimento dos povos tradicionais, em consenso com o que o meio acadêmico pode proporcionar. É preciso que o diálogo horizontal entre a comunidade e o meio acadêmico seja estimulado cada vez mais. Ademais, é evidente que não se deve construir conhecimento pautado na lógica de um poder enraizado e verticalizado. A roda de conversa com Zefa da Guia deixa claro que existem novos modos de se fazer saúde, sobretudo no que tange a promoção e prevenção, que perpassam a valorização da cultura e dos ensinamentos tradicionais.

Enfim, é importante apropriar-se do saber popular para que o estudante de medicina saiba lidar com questões socioculturais das mais diversas possíveis e que fogem a dinâmica estritamente técnica-científica. Reconhecer que existem saberes diferentes, mas que se somam e se interseccionam, é um passo importante na construção de uma clínica ampliada, na qual o sujeito é o centro do cuidado e sua família e comunidade são elementos importantes no processo terapêutico e na efetivação de uma prática integral.

REFERÊNCIAS

- [1] Lino, A. O médico e a rezadeira. São Paulo: Rede Unida, 2016. (Série Branco Vivo).
- [2] Sergipe. O legado de uma guardiã do saber popular. IV Encontro Nacional de Agricultoras e Agricultores Experimentadores. Boletim de Sistematização de Experiências, Poço Redondo, 2016.

Capítulo 3

A concepção de saúde e percepção de qualidade de vida por residentes na capital Paraibana

Raquel Medeiros dos Santos

Elis Amanda Atanázio Silva

Michael Augusto Souza de Lima

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Íria Raquel Borges Wiese

Ana Alayde Werba Saldanha

Resumo: A saúde não se caracteriza apenas como um estado de ausência de doenças, mas como um estado geral de equilíbrio nos diferentes aspectos e sistemas que caracterizam o homem. Seu conceito não possui único significado, variando entre época, local e valores. O termo qualidade de vida abrange diversos significados, partindo de uma natureza multifatorial é possível referir-se a este conceito a partir de cinco dimensões, tratando-se, assim, de uma visão global. Este trabalho teve como principal objetivo analisar a concepção de saúde e qualidade de vida dos residentes na capital paraibana, identificando aspectos prejudiciais, bem como possíveis melhorias nesses aspectos. Participaram deste estudo 316 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (56%), com idades variando de 17 a 83 anos ($M = 33,2$; $DP = 12,9$). A maioria apresentou nível superior de escolaridade (40%), com renda entre 1 a 2 salários mínimos (25%). Utilizou-se um questionário estruturado, aberto, onde inicialmente foi solicitado que as pessoas enunciassem o que lhes vinha à mente quando ouviam as palavras “saúde” e “qualidade de vida”, seguido de questões sobre quais as necessidades para melhorar sua condição de saúde e qualidade de vida. Os resultados obtidos apontam que a saúde é considerada como um direito que deve ser garantido em todos os aspectos. Observa-se, também, que referente à qualidade de vida, a percepção populacional engloba desde estado de saúde a uma variedade de domínios, a exemplo de meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos e lazer.

Palavras-chave: Saúde, qualidade de vida, capital paraibana.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde reflete a conjuntura dos aspectos biológico, psicológico, social, emocional, mental e intelectual, o que faz com que a saúde não represente a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas e etc. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças, aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007).

Variando entre épocas e povos, foi no ano de 1948 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A amplitude deste conceito (SCLIAR, 2007) acarretou críticas, algumas de natureza técnica e outras de natureza política, libertária: onde o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Contraopondo-se à perfeição desta definição de saúde apresentada pela OMS, Canguilhem (2009) afirma que a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo de ideal. O referido autor apresenta, também, que a partir da medicina grega surge uma concepção dinâmica da doença, onde esta deixa de ser localizante e passa a ser totalizante. A doença caracteriza-se como a perturbação do equilíbrio e harmonia que constituem a natureza dentro e fora do homem. Desta maneira, a doença não encontra-se em uma parte do homem, ela toda o é.

Não se pode negar que a discussão entre saúde x doença, normal x patológico, está emaranhada no modelo biomédico, o qual tem como ponto de confluência a promoção da saúde. Ao contrário do modelo biomédico, a promoção da saúde parte do conceito ampliado e positivo de saúde, tendo como foco o processo social de sua produção, elegendo como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano, superando o modelo de intervenção, passando para práticas intersectoriais e conhecimentos interdisciplinares (CAMPOS & NETO, 2008). Assim, as estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida.

O termo qualidade de vida abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências, valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes (MINAYO, 2000). Uma tentativa de definição engloba desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como meio-ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo para trabalho e lazer (CAMPOS & NETO, 2008).

Nesse sentido, a OMS, propondo uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio ambiente. Trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo (CORRÊA, 2001).

Para promover a qualidade de vida, a promoção de saúde tem como objetivo reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”. Ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. (CAMPOS & NETO, 2008).

O Brasil, a partir da Constituição de 1988, assumiu o compromisso de reorganizar seu modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas. Tem como princípios norteadores garantir o acesso universal, equânime e o atendimento integral e descentralizado da saúde (SOUZA & CARVALHO, 2003). Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade, não podendo ser asseguradas apenas pelo setor sanitário.

O discurso sanitário com enfoque na saúde ainda é recente. A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986. A Carta de Ottawa considera a saúde como um conceito positivo para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física. (BACKES et al, 2009).

A partir do conceito de História Natural da Doença (HND), Hugh Leavell e Edwin Clark demonstraram que a prevenção deve estar presente em todos os momentos em que seja possível algum tipo de intervenção que evite adoecimento ou suas consequências, compondo diferentes níveis de prevenção, desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento dos agravos até a redução dos seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram (AYRES & PAIVA, 2012).

Desde então, (AYRES & PAIVA, 2012) a promoção da saúde deixou de ser entendida como um dos momentos de organização técnica das ações de prevenção primária e passou a ser entendida como uma proposta política, buscando reconstruir suas bases e seus métodos. Tinha-se como objetivo, a partir desta reconstrução, a politização e busca de intensificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana.

Assim, no final do século XX desenvolveu-se o conceito de vulnerabilidade dentro do âmbito das abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos (AYRES & PAIVA, 2012). A partir dos estudos destes teóricos, compreende-se vulnerabilidade como um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e menor disponibilidade de recursos para sua proteção. Seu conceito alinha-se em diversos aspectos com a nova promoção de saúde, na medida em que ambos buscam compreender e transformar desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos de história natural da doença.

Partindo dos pressupostos versados aqui, este estudo teve como objetivo geral analisar a concepção de saúde e qualidade de vida dos residentes na capital paraibana, identificando aspectos prejudiciais, bem como possíveis melhorias nesses aspectos. Para tanto, teve como metas identificar o estilo de vida dos residentes na capital paraibana; analisar a concepção de Saúde e a percepção de Qualidade de vida para os residentes.

2.MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se como exploratória, descritiva e analítica de caráter transversal.

Participaram deste estudo 316 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (56%), com as idades variando de 17 a 83 anos ($M = 33,2$; $DP = 12,9$), predominado a faixa etária de 17 a 29 anos (49%). A maioria se apresentou com nível superior de escolaridade (40%) e no que se refere à situação laboral a maioria (37%) está empregado, sendo o tipo de atividade mais desempenhada, o *emprego formal* (35%). Porém, 31,4% apresentam-se desempregados. Quanto à atividade desempenhada, a maioria é *estudante* (22%), seguidos de *Prestador de serviços gerais* (13%). 260 (72%) participantes alegaram não receber nenhum benefício. Acerca da renda mensal, a maioria (25%) recebe de 1 a 2 salários mínimos.

Quanto ao estado civil, a maioria é *solteiro* (50%), seguido de *casado/mora junto* (31%). Quanto à religiosidade, maior parte da amostra afirmou ser *religiosa* (48%), sendo 42% católicos. Quanto à orientação sexual, a maioria é *heterossexual* 78%, seguidos de 6% *homossexual*.

Foi utilizado como instrumento um questionário estruturado, com alguns itens abertos, com módulos temáticos que variam em número de perguntas, construído a partir dos estudos de RIBEIRO (2012), SALDANHA (2011), SALDANHA et al (2008) e SALDANHA et al (2012).

O banco de dados foi construído a partir de digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS for Windows, versão 18.

Os dados coletados por meio das questões fechadas foram analisados por estatística e relacional (qui-quadrado e correlação). A análise dos conteúdos dos itens abertos ocorreu com base em categorias determinados a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993) acerca da análise categorial temática.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estilo de Vida

Do total da amostra desta pesquisa, 105 (60%) pessoas na faixa etária de 17 a 29 anos ingerem bebida alcoólica, tendo esses assinalado os níveis *às vezes* e *sempre*. Através do teste de associação *qui-quadrado*, aponta-se que ao nível de significância de .022, há diferença estatisticamente significativa entre o consumo de bebida alcoólica e a faixa etária dos participantes, conforme descrito a Tab. 1.

É cada vez mais precoce o consumo de drogas psicotrópicas, sobretudo do álcool entre os jovens. Em pesquisa realizada (ATANÁZIO et al) com adolescentes escolares em todo o estado da Paraíba, foi indicado que, entre todas as substâncias utilizadas nessa fase, o álcool apresentou a menor média de idade para o início do consumo, sendo essa pouco mais de 12 anos.

Tabela 1 – Associação referente ao consumo de álcool e a faixa etária dos indivíduos

Consome álcool	Faixa Etária							
	17-29		30-49		50-59		Acima de 60	
	F	%	f	%	f	%	F	%
Nunca	69	40	55	53	11	50	12	86
Às vezes	91	52	42	41	10	46	1	7
Sempre	14	8	6	6	1	5	1	7

Qui-quadrado = 14,8; gl = 6; p = ,022.

Alguns estudos realizados em diferentes contextos socioculturais demonstram que, em populações de estudantes adolescentes e jovens verifica-se a associação entre não ter religião (ou pertencer a denominações mais liberais), ter pouca religiosidade, não frequentar igrejas e cultos e maior uso de álcool e drogas (DALGALARRONDO, SOLDERA, FILHO & SILVA, 2004).

Com base nos resultados da Tab. 2 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa (p=.02.) apontando que 64% dos que se afirmaram *nunca* ter consumido álcool, se afirmaram *muito religiosos*. Porém, vale observar que os dados desse estudo se contrapõem ao considerado no estudo citado anteriormente, pois percebe-se que os participantes que indicaram *pouca religiosidade* ou *média religiosidade* apresentaram baixa porcentagem referente ao consumo frequente de álcool, *sempre*.

Tabela 2 – Associação referente entre álcool e religiosidade

Religiosidade	Consumo de álcool					
	Nunca		Às vezes		Sempre	
	f	%	F	%	f	%
Pouco religioso	19	13	28	20	6	29
Médio religioso	32	22	48	34	4	19
Muito religioso	92	64	67	47	11	52

Qui quadrado = 11,1 gl = 4; p = ,02.

A Tab. 3 apresentou através do teste *qui-quadrado*, que não há uma diferença estatisticamente significativa (p = .2,6) entre as variáveis sexo e consumo de álcool. Através do teste T de Student, comparou-se as médias dos dois grupos (homens e mulheres) e também não foi perceptível uma considerável discrepância entre os resultados obtidos, considerando-se que na capital paraibana o consumo de álcool não difere entre os sexos (Teste t: p = .63).

Tabela 3 – Associação referente ao consumo do álcool e o sexo dos indivíduos

Álcool	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	F	%	F	%
Nunca	49	43	98	49
Às vezes	59	52	85	43
Sempre	6	5	16	8

Qui quadrado = 2,7; gl = 2; p = .26.

Baseando-se na Tab. 4 constata-se que 253 participantes, entre 17 e 83 anos de idade, não fazem uso do tabaco. Numa frequência de 27 participantes (18%), observa-se o consumo de tabaco sendo equitativamente distribuído entre homens e mulheres. O nível de significância obtido (p = .58) através do teste de associação demonstrou que não há diferenças entre as variáveis analisadas.

Tabela 4 – Associação referente ao uso do tabaco e a faixa etária dos indivíduos

Usa do tabaco	Faixa Etária							
	17-29		30-49		50-59		Acima de 60	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Não	164	93	55	88	20	91	14	93
Sim	12	7	12	12	2	9	1	7

Qui quadrado = 2,2; gl = 3; p = .58.

Ao correlacionar as variáveis *prática de atividade física* e *faixa etária*, foi verificado, conforme se vê na Tab. 5, que 217 participantes *não* praticam atividade física ou o fazem apenas *algumas vezes*. Os que responderam *sim* para a prática de atividade física somam-se 98 participantes. Dentre as atividades mais praticadas destacam-se academia de ginástica, com frequência de 73 (20%) e caminhada, com 16% dos participantes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis.

O exercício, após superado o período inicial, é uma atividade usualmente agradável e que traz inúmeros benefícios ao praticante, que vão desde a melhora do perfil lipídico até a melhora da autoestima (SILVA et al, 2010).

Tabela 5 – Associação referente à faixa etária e a prática de atividade física

Atividade física	Faixa Etária							
	17-29		30-49		50-59		Acima de 60	
Não	F	%	f	%	f	%	f	%
	65	37	51	50	8	38	7	47
Algumas vezes	49	28	28	27	8	38	1	7
Sim	62	35	24	23	5	24	7	47

Qui quadrado = 10,4; gl = 6; p = .10.

Ainda dentro do questionamento sobre o estilo de vida, os participantes foram questionados se já sofreram algum tipo de violência. Dos que alegaram ter sofrido, a maioria é 45 (62%) do sexo feminino. Não foi apresentada diferença significativa entre àqueles que vivenciaram ou não algum tipo de violência (qui quadrado =,08; gl = 1; p = .77). Os tipos de agressão relatados que apresentaram maior frequência foram física (4,7%) seguido de assalto (4,2%).

Estipula-se violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. Em estudo realizado em 2012 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), constatou-se que o Brasil tem o sétimo maior índice de homicídios entre mulheres, geralmente ocorrendo nas relações domésticas, familiares e afetivas (MAGALHÃES, 2014). Ainda segundo a referida autora, apesar do conhecimento da Lei Maria da Penha, o Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) registrou que não houve impacto sobre a taxa de homicídios.

Categorias de Saúde

Baseado nas respostas dadas pelos participantes acerca do que consideram “saúde”, foram elaboradas 17 categorias com base nas respostas dadas, conforme a Tab. 6. Tais categorias dividem-se entre três Classes maiores: *Saúde enquanto direito (SUS)*, *Modelo biomédico* e *Saúde enquanto bem-estar geral (OMS)*. 124 participantes (35%) concentraram suas respostas na Classe *saúde enquanto bem-estar geral*.

Este dado corrobora com o conceito de saúde proposto pela OMS, onde saúde caracteriza-se não apenas como a ausência de doença, e sim como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Sendo um conceito avançado para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral, uma vez que preconiza a saúde enquanto um estado de plena perfeição. (SOUZA & CARVALHO, 2003).

Tabela 6 – Categorias de Saúde

CLASSES	CATEGORIAS	Frequência <i>f</i>	Porcentagem %
Saúde enquanto direito (SUS)	Prioridade/Bom	28	8%
	Acesso aos serviços	4	1%
	Alimentação adequada	27	8%
	Atividade física	12	3%
	Condições de vida	10	3%
	Precariedade	17	5%
Modelo Biomédico	Ausência de doença	19	5%
	Acesso a medicamentos	3	0,8%
	Bom Atendimento	2	0,6%
	Cuidado	25	7%
	Assistência médica	2	0,6%
Saúde enquanto bem-estar geral (OMS)	Bem-Estar	96	27%
	Alegria/Disposição	9	3%
	Aparência saudável	10	3%
	Bem-estar físico	8	2%
	Deus	1	0,3%
	Outros	43	12%

Melhoria da saúde

Os dados referentes ao questionamento sobre “o que poderia melhorar a própria saúde do participante” dividiram-se em três classes categóricas, são elas: *Conceito ampliado de saúde, Contexto biomédico e Responsabilidade individual*. Dentre estas categorias, as respostas dos participantes apontaram maior frequência na primeira classe, 58%.

Destaca-se que mesmo sendo apontado atividade física (28%) como a principal possibilidade para melhoria da saúde (Tab. 7), o percentual de participantes que praticam algum tipo de atividade segue baixo ($f = 96$; 27%).

Tabela 7 – Melhoria de Saúde

CLASSES	CATEGORIAS	Frequência <i>f</i>	Porcentagem %
Conceito Ampliado de Saúde	Atividade física	96	28%
	Alimentação adequada	82	23%
	Melhor qualidade/condições de vida	26	7%
Contexto Biomédico	Médico	6	2%
	Hospital	1	0,3%
	Melhorar de algum agravo	8	2%
	Ambulância na cidade	3	0,8%
	Melhor atendimento	19	5%
	Outros profissionais de saúde	6	2%
	Acesso a serviços de saúde	9	3%
	Acesso Medicamentos	1	0,3%
Responsabilidade Individual	Comportamentos Individuais	26	7%
	Outros	26	7%

Categorias de Qualidade de vida (QV)

A partir das respostas obtidas pelos participantes quando questionados sobre o que é qualidade de vida, foram criadas três classes categóricas (Tab. 8), a citar: Bem-estar; Condições estruturais e Saúde. Dentro dessas classes, as categorias mais citadas pelos participantes foram *Melhores hábitos em saúde, Melhor trabalho e Melhor condição financeira*. Tais dados corroboram com o que MINAYO (2000) fala sobre a noção de qualidade de vida, que transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida; de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No âmbito da saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção

coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Tabela 8 – Categorias de Qualidade de vida

CLASSES	CATEGORIAS	Frequência <i>f</i>	Porcentagem %
Bem-estar	Empoderamento	23	6%
	Melhor relação familiar	5	1%
	Momentos de lazer	27	8%
	Maior religiosidade	4	1%
	Estar em relacionamento amoroso	2	0,6%
Condições Estruturais	Melhor condição financeira	45	13%
	Melhor trabalho	50	14%
	Maior suporte do Estado	20	6%
Saúde	Melhores hábitos em saúde	84	24%

Melhoria da Qualidade de vida

As respostas obtidas quanto ao que melhoraria a QV agruparam-se em 10 categorias (Tab. 9). As categorias mais relatadas foram Ausência de preocupação (16%) seguida de Saúde (14%). No contexto brasileiro, onde os serviços de saúde enfrentam dificuldades básicas de provisão (atendimento médico, exames, equipamentos, materiais, medicamentos, entre outros), a preocupação com a qualidade de vida e a busca da felicidade pode parecer comprometida com a retração de investimentos em políticas públicas (MARCONDES, 2004).

Tabela 9 – Melhoria de Qualidade de vida

CATEGORIAS	Frequência <i>f</i>	Porcentagem %
Segurança/tranquilidade/paz	47	13%
Saúde	52	14%
Melhor condição financeira	26	7%
Trabalho	40	11%
Boa alimentação	22	6%
Relações sócio-familiares	10	3%
Lazer	14	4%
Casa própria	6	2%
Tempo para família	7	2%
Ausência de preocupação	57	16%

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos a partir desta pesquisa apontam que para os residentes da capital paraibana a saúde é tida como um direito que deve ser garantido em todos os aspectos, desde um bom atendimento num hospital ou posto de saúde, a possuir melhores hábitos no dia-a-dia.

É possível observar que referente à qualidade de vida, a percepção populacional engloba desde estado de saúde a uma variedade de domínios, a exemplo de meio ambiente, recursos econômicos, relacionamentos e lazer.

Assim, o estudo aponta que se faz necessária a promoção de todos os tipos de saúde, através de programas e serviços capazes de conceder o bem-estar e evitar riscos, tanto para indivíduos quanto grupos sociais. Para isso, se faz de grande importância o envolvimento de todos os setores sociais e econômicos, evitando assim vulnerabilidades nas esferas sociais e programáticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Araujo, Claudio Gil Soares de; Araujo, Denise Sardinha Mendes Soares de. Flexiteste: utilização inapropriada de versões condensadas. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 10, n. 5, p. 381-384, Oct. 2004.
- [2] Atanázio, Elís Amanda et al. Vulnerabilidade ao uso do álcool: um estudo com adolescentes das redes pública e privada de ensino. SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), [S.l.], v. 9, n. 1, p. 11-17, abr. 2013. ISSN 1806-6976. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77409/81265>>. Acesso em: 29 Ago. 2015.
- [3] Backes, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. mar; 17(1): 111-7, 2009.

- [4] Borges, L.O.; Argolo, J.C.T.; Pereira, A.L.S.; Machado, E.A.P. & Silva, W.S.A. (2002) Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *PsicolReflexCrit*; 45(1):189-200.
- [5] Corrêa, A. L. Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos. Belém: Unama. 2001.
- [6] Canguilhem, Georges. (2009). O normal e o patológico. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- [7] Campos, Maryane Oliveira & NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida, um instrumento para promoção da saúde. *Rev Baiana Saude Publica*. ago; 32(2): 232-40, 2008.
- [8] Dalgalarondo, Paulo et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, June 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200004>.
- [9] Magalhães, Ellen Rodrigues. Violência contra a mulher. JusBrasil, 2014. Disponível em <http://ellenrm.jusbrasil.com.br/artigos/113692756/violencia-contra-a-mulher>. Acessado em 02 de maio de 2016.
- [10] De Marco, P. F et al.. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183. 2008.
- [11] Marcondes, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.1, p.5-13, 2004.
- [12] Minayo, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- [13] Ribeiro, K.C.S. Intervenção psicoeducativa dirigida à prevenção de DSTs e gravidez não planejada para adolescentes jovens. - Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. João Pessoa, Paraíba. Em andamento. 2012.
- [14] Saldanha, A.A.W et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*; 20(1):36-44, 2008.
- [15] Saldanha, A.A.W. et al. Acessibilidade Masculina aos Serviços de Saúde: implicações para a vulnerabilidade à Aids. Relatório Final de Iniciação Científica. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba. 2012.
- [16] Saldanha, A.A.W. Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas. Relatório Final, Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0, Edital nº 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba. 2011.
- [17] Souza, R. A & Carvalho, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*. v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
- [18] Silva, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 115-120, 2010.
- [19] Scliar, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41, 2007.
- [20] Safatle, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Sci. stud.* [online]. Vol.9, n.1, pp. 11-27. ISSN 1678-3166, 2011.

Capítulo 4

Práticas alimentares adequadas e Câncer de Cólon

Adolfo Pinheiro de Oliveira

Analha Dyalla Feitosa Lins

Maria Suiane de Moraes

Dannaya Julliethy Gomes Quirino

Iraildo Francisco Soares

Michelly da Silva Pinheiro

Nara Vanessa dos Anjos Barros

Regina Márcia Soares Cavalcante

Resumo: As neoplasias malignas representam um grave problema de Saúde Pública e diversos estudos têm associado o aparecimento do câncer a hábitos e estilos de vida não saudáveis, destacando-se o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, dieta rica em gorduras *trans* e saturadas, nitratos e nitritos, e a baixa ingestão de fibras. O trabalho pressupõe a utilização do método descritivo e analítico comparativo através de uma revisão bibliográfica, com a intenção de avaliar as contribuições e influências construídas ao longo dos anos relacionando alimentação ao câncer de cólon, fazendo uso da literatura no período entre os anos de 1997 a 2014. Os dados que relacionaram dieta e câncer de cólon sofreram vieses de variáveis de confusão, inúmeros erros referentes às pesquisas, com um aspecto decaído de confiabilidade, entretanto nota-se corroboração de resultados referentes aos efeitos inibitórios de hortaliças e frutas no controle e prevenção do câncer de cólon. É válido destacar também a importância dos probióticos, que de acordo com a literatura estudada, atuam de maneira positiva na proteção contra o câncer de cólon. Suscita-se incentivo a novos estudos quanto à associação do câncer de cólon com fibras alimentares e gorduras, estas últimas fazem-se necessário estudar de maneira específica e individual, respeitando as diferenças dos variados tipos de composição para que sejam esclarecidos os mecanismos de ação dessas substâncias na carcinogênese. Foram constatadas evidências de que o alto consumo de aditivos alimentares, carnes vermelhas e processadas possivelmente aumentam o risco de câncer de cólon, especialmente se preparadas em altas temperaturas. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas relacionadas à alimentação e o câncer de cólon, a propósito de esclarecer os reais benefícios e malefícios dos nutrientes, bem como aumentar as possibilidades de prevenção e proporcionar melhorias de vida às pessoas portadoras desta patologia.

Palavras-chave: alimentação saudável, benefícios, saúde humana.

1. INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas representam um grave problema de Saúde Pública e diversos estudos têm associado o aparecimento do câncer a hábitos e estilos de vida não saudáveis, destacando-se o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, dieta rica em gorduras trans e saturadas, nitratos e nitritos, e a baixa ingestão de fibras (GARAFOLO, 2004; RESENDE, 2006; SANTOS, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer atinge pelo menos 9 milhões de pessoas e mata cerca de 5 milhões a cada ano, sendo hoje a segunda causa de morte por doença nos países desenvolvidos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (KLIGERMAN, 2002).

A neoplasia de cólon e de reto é a terceira causa mais comum de câncer no mundo em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos. Possui índice de sobrevivência de 5 anos em 63% dos casos, reduzindo a 10% naqueles com diagnóstico de metástases (GOLDBERG, 2005; INCA, 2007).

A incidência do câncer colo retal apresenta padrões bastante diferenciados entre as distintas regiões mundiais, o que sugere uma forte influência de fatores locais. Essa distinção pode ser observada de forma semelhante no Brasil, onde as regiões Sul e Sudeste apresentam elevada incidência dessa neoplasia em relação às regiões Norte e Nordeste, possivelmente em consequência de diferenças nos padrões dietéticos e no desenvolvimento socioeconômico (PINHO, 2009).

Entre as mortes por câncer atribuídas a fatores ambientais, a dieta contribui com cerca de 35%, seguida pelo fumo (30%) e outros, como condições e tipo de trabalho, alcoolismo, tabagismo, obesidade, inatividade física, poluição, aditivos alimentares, exposição a determinados agentes viróticos, bacterianos e parasitários, além do contato frequente com algumas substâncias carcinogênicas, os quais contribuem com menos do que 5%. Estima-se que uma dieta adequada seria capaz de prevenir de três a quatro milhões de casos novos de câncer a cada ano (GARÓFOLO, 2004).

2. METODOLOGIA

O trabalho pressupôs a utilização do método descritivo e analítico comparativo através de uma revisão bibliográfica, com a intenção de avaliar as contribuições e influências construídas ao longo dos anos relacionando alimentação ao câncer de cólon, fazendo uso da literatura no período entre os anos de 1997 a 2014. Buscou-se embasamento científico por meio de artigos, livros, monografias, dissertações e teses que foram pesquisados nas seguintes bases de dados: PUBMED, SCIELO, LILACS, MEDLINE e periódicos CAPES.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vários estudos epidemiológicos têm sido realizados com o objetivo de verificar a influência dos hábitos alimentares no câncer de cólon. Alguns alimentos se sobressaem como “heróis” no contexto de prevenção e tratamento do câncer de cólon, assim como outros são vistos como “vilões” que contribuem ao aparecimento e progressão desta neoplasia. Esta análise de estudos epidemiológicos demonstrou uma estreita relação existente entre fatores dietéticos e câncer de cólon. Pesquisadores enfatizam que as diferenças nos casos de câncer de cólon estão mais relacionadas a fatores ambientais e dietéticos, do que a eventuais predisposições genéticas. A diante são descritas as observações dos resultados das pesquisas científicas analisadas sobre a alimentação e o câncer de cólon.

Ao analisar diversas investigações, assumiram posição de destaque na prevenção do câncer as frutas e hortaliças. Mais de 200 estudos epidemiológicos foram realizados em todo o mundo para investigar o papel das hortaliças no risco de desenvolvimento de câncer. Na maior parte destes estudos, o consumo de uma ampla variedade de hortaliças é um denominador comum entre grupos de baixo risco (POTTER, 2000).

Van Duyn & Pivonka (2000) destacaram as evidências epidemiológicas de que o consumo de frutas e hortaliças tem um efeito protetor contra diversas formas de câncer. Foi demonstrado que mesmo o aumento moderado na ingestão de frutas e hortaliças apresenta proteção significativa contra o câncer de cólon e reto, particularmente em indivíduos com consumo inferior a duas porções por dia (WCFRI, 2002).

O consumo de legumes e frutas apresentou, no estudo de Neves (2006), uma correlação positiva com as taxas de mortalidade por câncer de cólon/reto. Essa correlação positiva poderia, em parte, ser devida à colinearidade entre a renda do chefe de família e o variável consumo de legumes e frutas do Brasil.

Apesar da dificuldade de identificar a importância relativa de cada constituinte das frutas e hortaliças, a associação positiva tem sido atribuída aos efeitos benéficos da combinação de determinados compostos contidos nesses alimentos, como as vitaminas e minerais, que possuem poder inibitório da carcinogênese (SHILS, 2002).

No estudo de Sichieri e colaboradores (1996), realizado no Brasil, foi observada correlação direta, estatisticamente significativa, entre o câncer de cólon e o consumo elevado de vegetais. Através da análise

de estudos foi constatado que as hortaliças e frutas possuem importante papel protetor contra o câncer de cólon.

Pressupõe-se em alguns estudos a possibilidade das fibras alimentares atuarem no controle e prevenção do câncer de cólon. Há mais de 4 décadas tem sido enfatizado o efeito protetor da fibra alimentar contra o câncer de cólon e reto, sugerido por Burkitt (1971) que relacionou a elevada ingestão de fibras com a baixa incidência desse tipo de câncer entre a população do leste da África.

Muitos estudos epidemiológicos e estudos de caso controle tendem a mostrar um efeito protetor das fibras contra o câncer colorretal, enquanto estudos de corte prospectivos agrupados não mostram essa associação (GUERREIRO et al., 2007; RODRIGO E RUESTRA, 2007; SCHATZKIN et al., 2007).

Em dois estudos longitudinais envolvendo populações de vários países, obtiveram-se resultados controversos. O de Jansen (1999) demonstrou que as fibras alimentares reduziram em 33% o risco de mortalidade por câncer de cólon e reto, enquanto que na pesquisa de Fuchs (1999) não foi observada a mesma associação.

A dificuldade em avaliar a relação entre fibra da dieta e câncer pode estar relacionada aos diversos tipos de fibras encontrados na composição dos alimentos (BOSTICK, 2000; GREENWALD, 2001). São incertas as razões para a disparidade de resultados das pesquisas, podendo ser consequência da presença de algum viés dos estudos, como duração, a seleção de pacientes, diferenças na composição das fibras ingeridas, quantidade, entre outros.

Fazem-se necessárias maiores investigações sobre os motivos pelos quais diferenciam tanto os resultados de pesquisas científicas com fibras alimentares no controle do câncer. Muitas perguntas devem ser discutidas entre a relação das fibras com o câncer de cólon como mecanismo de ação e efeitos protetores dos componentes presentes nas mesmas.

Os probióticos são microrganismos vivos, que administrados em quantidades adequadas conferem benefícios à saúde do hospedeiro (FAO/WHO, 2001). Várias observações experimentais têm apontado para o potencial efeito protetor das bactérias ácido-láticas, que são consideradas probióticos, contra o desenvolvimento de tumor no cólon (SALMINEN, 1998).

De acordo com a FAO/WHO (2002), dentro da complexa microbiota intestinal as bactérias ácido-láticas exercem papel importante no retardamento da carcinogênese do colón pela possibilidade de influenciar funções metabólicas, imunológicas e protetoras nesse seguimento do intestino. Segundo Denipote (2010), os possíveis mecanismos pelos quais os probióticos e prebióticos atuam no câncer de cólon englobam: aumento da resposta imune, redução da resposta inflamatória, inibição de formação de células tumorais e da conversão de substâncias pré-carcinogênicas em carcinogênicas.

Foram observadas muitas divergências quanto à relação das gorduras com o câncer de cólon. Alguns dos estudos analisados sobre o papel das gorduras na carcinogênese não apresentaram correlações, não existindo afirmações convincentes de que as gorduras possuam associações com o câncer de cólon. Porém outros apresentaram relações positivas do consumo de gorduras com o risco aumentado para câncer de cólon.

Devido a uma variedade de funções fisiológicas, algumas gorduras podem contribuir para reduzir os riscos de canceres, enquanto outras podem ser associadas a um risco aumentado (NKONDJOCK et al., 2003). Resultados de pesquisas realizadas por Beresford et al. (2006), Jennifer Lin et al. (2004) e Paul Terry et al. (2001), mostraram que não houveram evidências de risco de câncer de cólon associadas às gorduras estudadas. Porém, observou-se uma associação positiva entre a ingestão de alimentos fritos e o risco de câncer de cólon (JENNIFER et al., 2004).

Estudo realizado por Neves (2006) encontrou uma associação direta entre o consumo de óleos/gorduras e carnes e as taxas de mortalidade por câncer de cólon/reto. Leser e Soares (2001) acreditam que a influência das gorduras na etiologia do câncer de cólon seja mediada pelos sais biliares, que exercem função detergente bem caracterizada, podendo gerar danos ao tecido, associando-se ao aumento da proliferação celular. A elevada temperatura a que as gorduras são submetidas no preparo de alimentos produzem hidrocarbonetos aromáticos heterocíclicos, que são potentes mutagênicos e podem induzir a formação de tumores colorretais.

É suposto que os pesquisadores tenham analisado o consumo de gorduras e óleos com as quantidades ingeridas, em vez de qualidade nutricional. Diante dessa perspectiva, se fazem necessárias investigações individuais dos diferentes tipos de gorduras para que sejam caracterizados melhor os efeitos dos óleos no câncer de cólon. É preocupante a crescente alimentação moderna com produtos industrializados e modificados, devido aos danos que causam à saúde se consumidos em excesso e em longo prazo. A substituição de alimentos in natura por alimentos processados vem contribuindo de forma contundente para o empobrecimento da dieta, o que potencializa o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis, principalmente, pelas doenças do aparelho circulatório, diabetes e

neoplasias, resultado das modificações no padrão de adoecimento global na segunda metade do século XX (SANDHI, 2005).

Diversos estudos apontam reações adversas aos aditivos, quer seja aguda ou crônica, tais como reações tóxicas no metabolismo desencadeantes de alergias, de alterações no comportamento, em geral, e carcinogenicidade observada em longo prazo (EVANGELISTA, 2000; POULSEN, 1993; POLLOCK, 1991; SCHILDERMAN, 1995; SUGIMURA, 2003; WILLET, 2003).

Segundo Moutinho (2007), as substâncias químicas sintéticas podem desencadear o câncer, estando presentes nos alimentos como aditivos ou contaminantes ambientais de uso na agricultura como, por exemplo, os agrotóxicos, além de novas substâncias poderem se formar durante a cocção ou através do processo de conservação de alimentos a partir do emprego de técnicas como a defumação e a salmoura.

Observações de estudos caso-controle e de coorte verificaram uma associação positiva entre o elevado consumo de carne e o câncer de cólon (SCOTT-STUMP E MAHAN, 2002) Estudo realizado por Sinha (2005) não encontrou associação de adenomas com o consumo total de carnes vermelhas, porém o cozimento em altas temperaturas associou-se ao risco elevado de adenomas no cólon, mas não no reto. Outra investigação realizada por estes pesquisadores encontrou relação positiva entre nitratos e nitritos utilizados em carnes processadas com adenomas colorretais.

Estudos realizados por diversos pesquisadores em 2005 e 2007 apresentaram uma associação positiva entre a ingestão elevada de carnes vermelhas e alimentos processados ao câncer de cólon e uma associação inversa entre o consumo elevado de peixes e o câncer de cólon (WARD et al. 2007, CHAO et al. 2005, CROSS et al, 2007, NORAT 2005).

De acordo com Scott-Stump e Mahan (2002), o cozimento de carnes em altas temperaturas podem causar contaminação por substâncias cancerígenas, especialmente hidrocarbonos aromáticos policíclicos, que comumente são formadas durante cozimento no carvão, frituras e defumação. Além disso, o nitrato e o nitrito são substâncias cancerígenas utilizadas em carnes processadas. As evidências mostrando alta ingestão de carnes vermelhas e processadas possivelmente aumenta o risco de câncer de cólon.

4. CONCLUSÕES

Os dados que relacionaram dieta e câncer de cólon sofreram vieses de variáveis de confusão, inúmeros erros referentes às pesquisas, com um aspecto decaído de confiabilidade, entretanto nota-se corroboração de resultados referentes aos efeitos inibitórios de hortaliças e frutas no controle e prevenção do câncer de cólon. É válido destacar também a importância dos probióticos, que de acordo com a literatura estudada, atuam de maneira positiva na proteção contra o câncer de cólon.

Suscita-se incentivo a novos estudos quanto à associação do câncer de cólon com fibras alimentares e gorduras, estas últimas fazem-se necessário estudar de maneira específica e individual, respeitando as diferenças dos variados tipos de composição para que sejam esclarecidos os mecanismos de ação dessas substâncias na carcinogênese.

Foram constatadas evidências de que o alto consumo de aditivos alimentares, carnes vermelhas e processadas possivelmente aumentam o risco de câncer de cólon, especialmente se preparadas em altas temperaturas.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas relacionadas à alimentação e o câncer de cólon, a propósito de esclarecer os reais benefícios e malefícios dos nutrientes, bem como aumentar as possibilidades de prevenção e proporcionar melhorias de vida às pessoas portadoras desta patologia.

REFERÊNCIAS

- [1] Beresford, S. et al. Low-fat dietary pattern and risk of colorectal cancer. *Jama*, v.295, n.6, p. 643-654, 2006.
- [2] Bostick RM. Nutrition and colon cancer prevention. In: Mason JB, Nitenberg G. *Cancer & nutrition: Prevention and treatment*. New York: Karger. Nestlé Nutrition Workshop Series of Clinical & Performance Program, n.4, p.67-86, 2000.
- [3] Burkitt DP. Epidemiology of cancer of the colon and rectum. *Cancer*. v.28, n.7, p.3-13, 1971.
- [4] Chao, A. et al. Meat consumption and risk of colorectal cancer. *Jama*, v.293, n.2, p. 172- 182, 2005.
- [5] Cross, A. et al. A prospective study of red and processed meat intake in relation to cancer risk. *plos medicine*. *Plos Med*, v. 4, n.12, p.325-337, 2007.
- [6] Denipote FG, Trindade EBSM, Burini RC. Probióticos e prebióticos na atenção primária ao câncer de cólon. *Arq Gastroenterol* v. 47, n. 1, 2010.
- [7] Evangelista J. Definição e normas regulamentares. In: Evangelista J, organizador.
- [8] Tecnologia de alimentos. 2a Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 433-45.

- [9] FAO/WHO. Working group report on Drafting guidelines for the evaluation of probiotics in food. London, Ontario, Canada, april 30 and may 1, 2002.
- [10] Fuchs, C. et al. Dietary fiber and the risk of colorectal cancer and adenoma in women. *N Engl J Med*, v. 340, n. 3, p. 169-76, 1999.
- [11] Garófolo, A. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Revista de Nutrição*.
- [12] Campinas, v.17, n.4, out./dez., 2004.
- [13] Goldberg RM. Advances in the treatment of metastatic colorectal cancer. *Oncologist*. n. 10, p. 40-8, 2005.
- [14] Greenwald P, Clifford CK, Milner JA. Diet and cancer prevention. *Eur J Cancer*, v. 37, n. 8, p. 948-65, 2001.
- [15] Guerreiro, Catarina S. et al. The D1822V APC polymorphism interacts with fat, calcium, and fiber intakes in modulating the risk of colorectal cancer in Portuguese persons. *Am J Clin Nutr*, v. 85, p. 1592-1597, 2007.
- [16] Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007.
- [17] Jansen, M. et al. Dietary fiber and plant foods in relation to colorectal cancer mortality: The Seven Countries Study. *Int J Cancer*, v. 81, n.2, p. 174-9, 1999.
- [18] Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol*, v. 48, n. 2, p. 175-9, 2002.
- [19] Leser, S. M.; Soares, E. A. Aspectos nutricionais e atividade física na prevenção do câncer colorretal. *Ver. Da sociedade brasileira de alimentação e nutrição*. São Paulo, v. 21, p. 121-145, 2001.
- [20] Lin, J. et al. Dietary fat and fatty acids and risk of colorectal cancer in women. *American journal of epidemiology*. USA, v. 160, n.10, p. 1011-1022, 2004.
- [21] Moutinho ILS, Bertges LC, Assis RVC. Prolonged use of food dye tartrazine (FD&C yellow nº5) and its effects on the gastric mucosa of Wistar rats. *Braz J Biol*, v. 67, p. 141-5, 2007.
- [22] Neves, F.J. et al. Mortalidade por câncer de cólon e reto e consumo alimentar em capitais brasileiras selecionadas. *Rev Bras Epidemiol*, v. 9, n. 1, p. 112-20, 2006.
- [23] Nkondjock, A. et al. Assessment of risk associated with specific fatty acids and colorectal cancer among French-Canadians in Montreal: A casecontrol study. *International Journal of epidemiology*, v.32, p.200-209, 2003.
- [24] Norat, T et al. Meat, fish, and colorectal cancer risk: The European prospective investigation into cancer and nutrition. *Journal of the national cancer institute*, v. 97, n.12, p. 906-917, 2005.
- [25] Pinho, M. et al. Incidência do câncer colorretal na região de saúde de Joinville (SC). *Rev Bras*. 2005.
- [26] Pollock I. Hyperactivity and food additives. *Bibl Nutr Dieta*, n. 48, p. 81-9, 1991.
- [27] Potter JD. Your mother was right: eat your vegetables. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, n. 9, p. 10-12(Suppl.), 2000.
- [28] Poulsen E. Case study: erythrosine. *Food Addit Contam* 1993; 10:315-23. Gastro- intestinal epithelium in relation to prostaglandin H synthase-mediated metabolism of butylated hydroxyanisole. *Food Chem Toxicol*, n. 33, p. 99-109, 1995.
- [29] Resende ALS, Mattos IE, Koifman S. Dieta e câncer gástrico: aspectos históricos associados ao padrão de consumo alimentar no Estado do Pará. *Rev Nutr*, n. 19, p. 511-9, 2006.
- [30] Rodrigo, J.; Riestra, S. Diet and colon cancer. *Revista española de enfermedad digestivas*, v.99, n.3, p.183-189, 2007.
- [31] Salminen S. et al. Functional food Science of gastrointestinal physiology and function. *Br J Nutr*, n. 80, p. 147S-171S, 1998.
- [32] Sandhi, M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*, n. 14, p. 41-68, 2005.
- [33] Santos JR. JC. Câncer ano-retó-cólico: aspectos atuais IV - câncer de cólon - fatores clínicos, epidemiológicos e preventivos. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, n. 28, p. 378-85, 2007.
- [34] Schatzkin, A. et al. Dietary fiber and whole-grain consumption in relation to colorectal cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Clin Nutr*, v.85, p.1353-1360, 2007.
- [35] Schilderma, P. et al. Induction of oxidative DNA damage and early lesions in Scott-Stump, S.; Mahan, L. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: roca. 2002.
- [36] Shils, M. et al. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 9ª ed. São Paulo: Manole; 2003. p. 1329-40.
- [37] Sichieri R, Everhart JE, Mendonça Gas. Diet and Mortality from Common Cancers in Brazil: an Ecological Study. *Cad Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 53-9, 1996.
- [38] Sinha, R. Meat cooking methods and preservation, and risk for colorectal adenoma.
- [39] American association for cancer research, v.65, n 17, p. 8034-8040, 2005.

- [40] Sugimura T, Wakabayashi K. Carcinogênicos nos alimentos. In: Shills ME, Olson JA, Moshi S, Rossi C, organizadores. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. v. II. 9a Ed. Barueri: Editora Manole; 2003. p. 1343-5.
- [41] Terry, P. et al. no association between fat and fatty acids intake and risk of colorectal cancer. *Cancer epidemiology*. v.10,p.913-914, 2001.
- [42] Van Duyn MA, Pivonka E. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: Selected literature. *J Am Diet Assoc*, v. 100, n. 12, p. 1511-21, 2000.
- [43] Ward, M. et al. Processed meat intake, CYP2A6 activity and risk of colorectal adenoma. *Carcinogenesis*, v. 28, n.6, p. 1210-1216, 2007.
- [44] Willett WC. Dieta, nutrição e câncer. In: Shills ME, Olson JA, Moshi S, Rossi C, organizadores. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. v. II. 9a Ed. Barueri: Editora Manole; 2003. p. 336-40.
- [45] World Cancer Research Fund International. The fat factor. Newsletter - on diet, nutrition and cancer. *Science News*, n. 34, p. 1, 2002.

Capítulo 5

Conhecimento de adolescentes estudantes sobre HPV: Prevenção em discussão

Lidianny Braga de Souza

Lilianny do Nascimento Gonçalves Braga

Elís Amanda Atanázio Silva

Íria Raquel Borges Wiese

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Resumo: O HPV (Papiloma Vírus Humano) é um condiloma acuminado, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista, sendo considerada uma DST (Doença Sexualmente Transmissível). Dados globais mostram que quase todas as pessoas entrarão em contato com o HPV em algum momento da vida, sendo os adolescentes considerada a população mais vulnerável. Diante do exposto objetivou-se verificar o conhecimento acerca da prevenção do HPV de estudantes adolescentes de uma escola pública da cidade de João Pessoa-PB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo utilizado um questionário estruturado com 10 (dez) questões, o qual foi aplicado com 22 alunos do 8º ano, na faixa etária de 12 a 15 anos, sendo a maioria do sexo feminino (N=15). Os dados mostraram que 55% dos alunos entrevistados em nenhum momento estudaram sobre o vírus HPV; 95% já ouviram falar sobre a vacina HPV, sendo 46% através da escola; 95% consideram a vacina contra o HPV importante. Sobre esta, 62% informaram que trata-se de uma prevenção para o futuro, 19% uma prevenção contra o câncer do colo do útero e 19% que ajuda as pessoas. Cerca de 73% já conversaram entre eles sobre a importância da vacina contra o HPV; 82% sabiam da sua distribuição gratuita, mas apenas 64% tomaram a mesma. Verificou-se que 73% dos pais acham que estão incentivando os filhos a iniciarem sua vida sexual ao tomarem a vacina contra o HPV e 73% relatam que foram incentivados pela escola a tomar. Diante do exposto, ressalta-se que a escola e tem papel fundamental na orientação sexual, sendo fundamental que os gestores colaborem com o trabalho do professor através da realização de ações voltadas para a educação sexual em todos os níveis escolares, juntamente com a participação da família, contribuindo juntos para a promoção da saúde.

Palavras-chave: HPV, adolescentes, escola.

1. INTRODUÇÃO

O HPV (Papiloma Vírus Humano) é um condiloma acuminado, conhecido também como verruga genital, crista de galo, figueira ou cavalo de crista. É uma DST (Doença Sexualmente Transmissível) causado pelo vírus HPV, que infecta a pele e o revestimento interno dos órgãos de mulheres e homens (BRASIL, 2013). Existem diferentes tipos de HPV, que podem ser divididos em dois grandes grupos, um relacionado ao desenvolvimento de verrugas e outro mais perigoso, que pode causar cânceres (colo do útero, ânus, vagina, vulva, pênis, boca e garganta).

Dados globais mostram que quase todas as pessoas entrarão em contato com o HPV em algum momento da vida. Porém, os adolescentes representam a população mais vulnerável ao HPV, sendo o período indicado para a construção do conhecimento no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis e portanto o público alvo para o esquema vacinal (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010). Os jovens são, de fato, a população com maior taxa de prevalência de infecção por HPV sendo por isso necessário avaliar os seus conhecimentos nesta temática com vista à adequação das medidas de promoção e proteção da saúde sexual e reprodutiva, evitando desta forma a propagação do vírus (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010; BRASIL, 2013).

A vacina contra o HPV foi lançada em 2006 e está sendo incluída em programas nacionais de imunizações em todo o mundo. Existem duas vacinas profiláticas contra HPV aprovadas e registradas pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e que estão comercialmente disponíveis: a vacina quadrivalente, da empresa Merck Sharp & Dohme (nome comercial Gardasil), que confere proteção contra HPV 6, 11, 16 e 18; e a vacina bivalente, da empresa GlaxoSmithKline (nome comercial Cervarix), que confere proteção contra HPV 16 e 18. As vacinas são preventivas, tendo como objetivo evitar a infecção pelos tipos de HPV nelas contidos.

Em 2014 no Brasil, o Ministério da Saúde iniciou a implementação no SUS (Sistema Único de Saúde) da vacinação gratuita contra o HPV em meninas de 9 a 13 anos de idade, com a vacina quadrivalente. Esta faixa etária é a mais indicada, pois apresenta maior benefício pela grande produção de anticorpos e por ter sido menos exposta ao vírus através de relações sexuais. Neste ano (2017), foram incluídos para o esquema vacinal meninas de 14 anos e meninos de 12 e 13 anos.

Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 12 e 13 anos podem tomar a vacina gratuitamente no SUS obedecendo o calendário de vacinação de duas doses sendo a segunda dose seis meses após a primeira dose. As mulheres e homens entre 9 e 26 anos com HIV devem receber três doses no intervalo de (0, 2 e 6 meses). É fundamental que os profissionais orientem os pacientes e familiares para incluir a vacina HPV no calendário de vacinação da mesma forma que orientam sobre qualquer outra vacina.

Ressalta-se que, mediante a companhia do Governo Federal, o Ministério da Saúde e o SUS (Sistema Único de Saúde) durante os últimos anos, sobre a importância da vacinação contra o HPV e o papel dos pais e dos responsáveis na proteção do futuro dos seus filhos, tornou-se importante investigar qual o conhecimento dos estudantes acerca da prevenção deste agravo (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, objetivou-se verificar o conhecimento acerca da prevenção do HPV de estudantes adolescentes de uma escola pública da cidade de João Pessoa-PB. Desta forma, pode-se ter um panorama de como esse conhecimento está chegando até essas crianças e adolescentes e, conseqüentemente, ampliar a cobertura das ações de prevenção no âmbito da saúde pública articulada com os espaços educativos, potencializando a efetividade das campanhas preventivas e uma maior adesão à vacina contra o HPV.

Como objetivos específicos, foram propostos:

- Analisar o conhecimento dos estudantes sobre o vírus HPV;
- Identificar o conhecimento dos estudantes sobre a prevenção e as campanhas de vacinação contra o HPV;
- Verificar a adesão dos estudantes à vacina contra o vírus HPV.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de caráter transversal, a qual foi realizada em uma escola pública localizada na cidade de João Pessoa-PB, tendo como participantes os discentes do 8º ano do Ensino Fundamental II.

Tendo em vista que o alvo populacional da vacina contra o HPV são crianças e adolescentes de 9 a 14 anos, foram selecionados para compor a amostra desse estudo os adolescentes que estavam cursando a série do

8º ano do ensino fundamental da escola. Apesar de nessa série ter alunos com idades mais avançadas, para composição final da amostra, limitou-se a considerar apenas aqueles que estivessem com idade máxima de 15 anos.

Assim, a amostra final foi composta por 22 alunos, sendo 15 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 15 anos, do 8º ano, todos residindo na zona urbana da cidade de João Pessoa-PB.

A coleta de dados da pesquisa se deu através da aplicação de um questionário com 10 questões objetivas e subjetivas (ver no anexo), referentes ao conhecimento que os estudantes possuem acerca do HPV, sua transmissão, prevenção, meios de informação e a vacinação, bem como questões sócio demográficas, permitindo a caracterização da amostra.

Para o desenvolvimento desta investigação, no primeiro momento foi feito o contato com a escola e sua direção, apresentando os objetivos deste estudo e a importância do local para o desenvolvimento do mesmo. Em seguida, a aplicação do questionário foi realizada na sala de aula referente à série escolar participante. Após uma breve explanação sobre a pesquisa e explicações sobre a importância de respostas individuais as mais sinceras possíveis, os questionários foram distribuídos entre os alunos. A pesquisadora se manteve no local, para o caso de haver qualquer dúvida. Todos foram informados sobre o anonimato das respostas, visando a preservação da confidencialidade.

Os dados obtidos nos questionários aplicados foram representados através de quadros e gráficos se utilizando o Excel, permitindo melhor análise e discussão dos dados a partir do referencial teórico.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

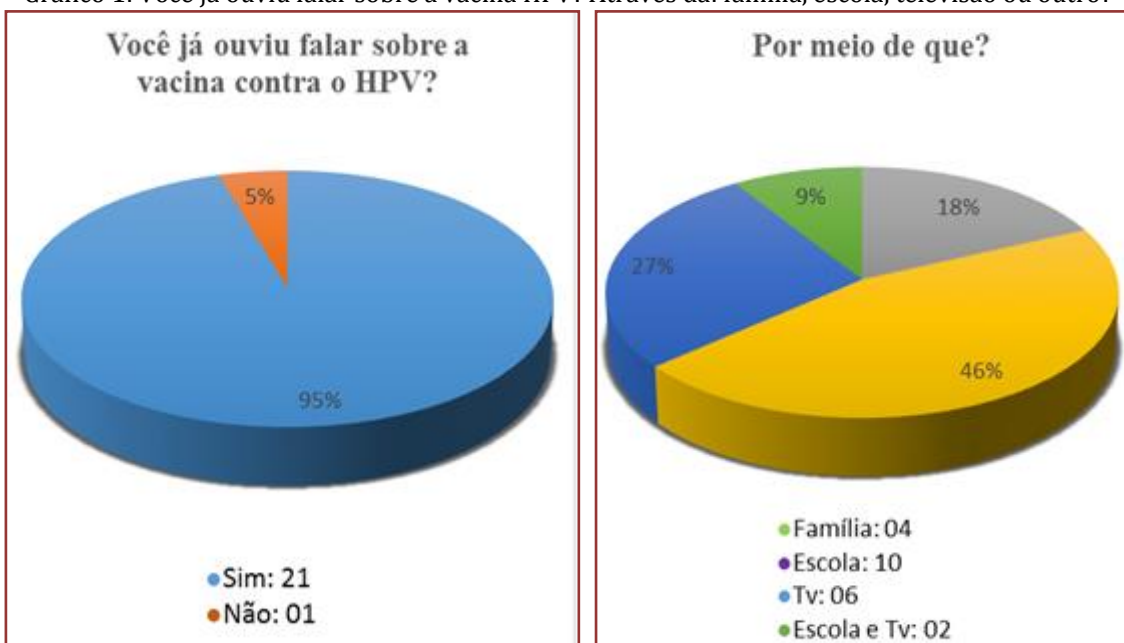
Acerca dos dados sócio demográficos dos participantes, aponta-se que a maioria era do sexo feminino (N=15), enquanto os demais eram do sexo masculino (N=7). Também verificou-se que a maioria dos alunos participantes da pesquisa (95%) estão na faixa etária entre 12 a 14 anos de idade, apenas 1 estando na faixa etária de 15 anos. Isso demonstra que a escola organiza as salas pelas faixas etárias, de acordo com o que manda a média nacional, embora apresente um aluno fora da faixa etária referente à série.

Contemplando os objetivos do estudo, os dados mostram que 55% dos alunos participantes em nenhum momento estudaram sobre o vírus HPV, enquanto que 36% já estudaram e 9% não souberam responder. A orientação sexual na adolescência é de fundamental importância tanto em casa quanto na escola. A informação precisa ter qualidade e reflexão para obter-se bons resultados no futuro.

Já os dados obtidos no Gráfico 1 mostram que 95% dos alunos já ouviram falar sobre a vacina HPV, sendo 46% através da escola, 27% da televisão, 18% da família e 9% através da escola e da televisão. Apenas 5% não ouviu falar sobre a vacina.

Ressalta-se que a vacina contra HPV foi lançada em 2006 e está sendo lançada em programas nacionais de imunizações em todo o mundo, sendo o Brasil um dos países pioneiros. Apesar disso, ainda há pouca informação e divulgação sobre esse processo de imunização, sendo necessário investir na propagação do conhecimento a fim de alcançar uma maior adesão por parte da população.

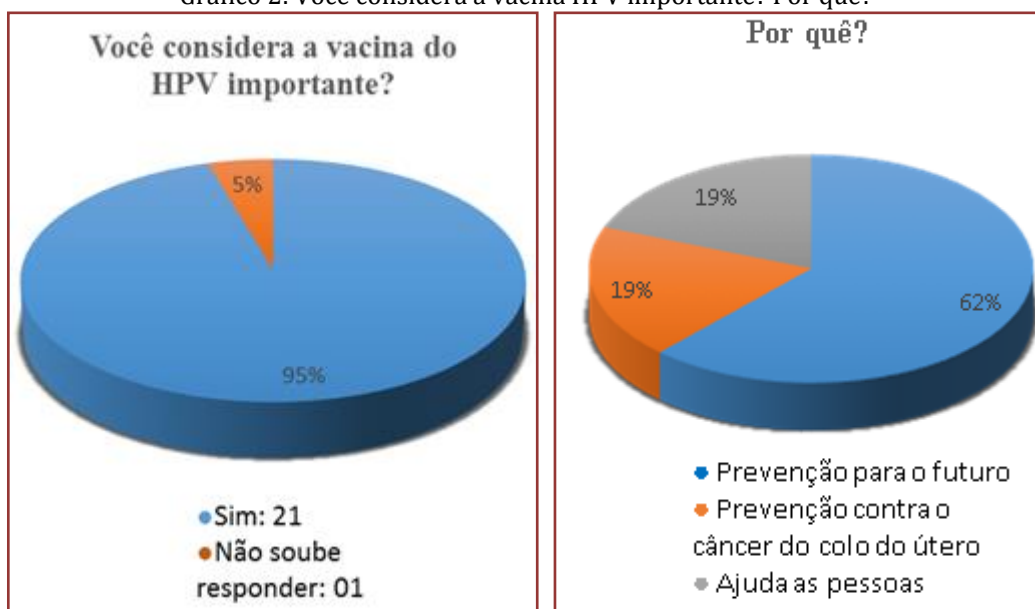
Gráfico 1: Você já ouviu falar sobre a vacina HPV? Através da: família, escola, televisão ou outro?



Os dados obtidos no Gráfico 2, observa-se que 95% dos alunos consideram a vacina contra o HPV importante, dos quais, 62% informaram que é uma prevenção para o futuro, 19% prevenção contra o câncer do colo do útero e 19% informaram que ajuda as pessoas. Apenas 1 aluno não soube responder essa questão.

A vacinação é uma prevenção primária contra várias doenças relacionadas ao HPV que afetam tanto homens quanto mulheres. Assim, aponta-se que a vacinação contra o HPV deve ser orientada como qualquer outra vacina para os adolescentes, desvinculando-a da atividade sexual, pois mais do que um cuidado preventivo individual, a vacina é uma questão de saúde pública, responsável por diminuir (ou erradicar) a circulação de vírus, diminuir os gastos públicos com tratamentos de diversas doenças e aumentar a qualidade de vida da população em geral.

Gráfico 2: Você considera a vacina HPV importante? Por quê?



Os dados também mostram que 73% dos alunos já conversaram entre eles sobre a importância contra o HPV e 27% não. É interessante esta interação entre os alunos, pois acabam esclarecendo dúvidas. Também é importante destacar que o diálogo entre os pares acaba fortalecendo as informações comunicadas, sendo um espaço potente para se criar parcerias no que se refere à discussão de temas como sexualidade e prevenção.

Ao serem perguntados se tinham conhecimento que o Ministério da Saúde disponibilizou a vacina contra o vírus HPV gratuitamente em todos os postos de vacinação do Brasil, para meninas de 9 a 14 anos e para meninos de 12 e 13 anos, 82% dos alunos sabiam desta informação e 18% não.

A vacinação contra o HPV é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). A vacina faz parte do calendário público de imunizações desde 2014 para meninas de 11 a 13 anos, em 2015 de 9 a 11 anos e neste ano de 2017 para meninos da faixa etária de 12 a 13 anos.

Porém, quando indagados sobre ter tomado a vacina, os dados mostram que 64% dos alunos tomaram a vacina e 36% não tomaram, podendo-se considerar uma adesão razoável por parte da amostra desse estudo.

É importante que os adolescentes não percam a oportunidade de se vacinarem, visto que todas as vacinas são fundamentais para uma vida mais saudável, prevenindo o aparecimento de doenças.

Sobre a opinião dos pais quanto à vacina contra o HPV, a partir da percepção dos adolescentes participantes da pesquisa, os dados mostram que 73% dos pais acham que estão incentivando os filhos a iniciarem sua vida sexual ao tomarem a vacina contra o HPV e 27% não pensam assim. Independentemente do uso de qualquer vacina é necessário que as famílias orientem as crianças para o início da atividade sexual, garantindo assim a saúde e a prevenção de vários tipos de infecções.

Ao serem indagados sobre o incentivo a tomarem a vacina, os dados mostram que 73% dos alunos foram incentivados pela escola e 27% não ouviram ou visualizaram nenhuma divulgação.

Vale destacar que a educação sobre a imunização e o conhecimento sobre o vírus HPV é essencial para lidar com os questionamentos e preocupações tanto dos alunos quanto dos pais. É a partir desse diálogo que dúvidas podem ser sanadas, permitindo uma maior compreensão da importância da vacina e, conseqüentemente uma maior adesão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi de extrema relevância para identificar o conhecimento dos estudantes de uma escola pública na cidade de João Pessoa-PB sobre a prevenção do HPV e a adesão ao esquema vacinal, conseguindo cumprir com o objetivo proposto.

Em cumprimento aos objetivos específicos, os quais também foram alcançados, aponta-se que, quanto ao primeiro objetivo, os estudantes demonstraram ter conhecimento sobre o HPV, apesar de muitos não terem estudado sobre a temática, o que revela a necessidade dos professores ainda inserirem essa temática, bem como outras referentes à saúde sexual como um todo, em seu conteúdo programático, discutindo temas atuais e relevantes do contexto educativo.

Acerca do segundo objetivo, os resultados também revelaram que a maioria dos estudantes conhecem sobre a prevenção, especificamente sobre a vacina HPV, bem como a sua importância para prevenção de infecções. Também observou-se que a escola é a principal fonte de conhecimento sobre esse assunto para os estudantes, sendo a família ainda um espaço que precisa ser fortalecido quanto ao diálogo de assuntos como este, sobretudo que envolvam a sexualidade.

E sobre o terceiro objetivo, apesar da maioria saberem sobre a distribuição gratuita da vacina contra o HPV, ainda não há uma adesão por parte de muitos, talvez pela dificuldade dos pais e/ou responsáveis ainda não terem segurança em leva-los para serem imunizados ou considerarem desnecessário, visto que a maioria ainda não possui vida sexual ativa. Também tem aqueles que não querem leva-los por considerar que estarão influenciando estes a iniciarem essa vida sexual, o que acaba sendo um pensamento que impede esses adolescentes de se prevenirem de futuros agravos.

Foi visto que a escola foi citada como principal fonte de informações sobre esse assunto, demonstrando ter também um papel fundamental na educação sexual desses adolescentes, por isso a necessidade de analisar

e se discutir esta temática, reforçando este como sendo um espaço potente na educação em saúde de crianças, adolescentes e jovens.

Destacar a sala de aula e o papel do professor nesse processo é uma estratégia que também ajuda a diminuir os preconceitos sobre as DST, tanto dos alunos quanto dos pais, principalmente no caso do vírus HPV, cuja melhor idade para a vacinação é na pré-adolescência devido às melhores respostas imunológicas, uma vez que o nível de anticorpos nesta fase é quase o dobro do que em idades mais avançadas.

Portanto, é fundamental que os gestores colaborem com o trabalho do professor através da realização de ações voltadas para a educação sexual em todos os níveis escolares, juntamente com a participação da família e de outras instituições, como os serviços de saúde, garantindo a prevenção de agravos e a promoção da saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Guia prático sobre HPV: perguntas e respostas. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Guia%20Pr%C3%A1tico%20HPV%20Perguntas%20e%20Respostas_0.pdf

[2] Cirino, F. M. S. B; Nichiata, L. Y. I; Borges, A. L. L. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 126-134, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100019&lng=en&nrm=iso>.

Capítulo 6

Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em uma região do Semiárido Nordeste

Akeme Laíssa Novais Coutinho

Guilherme Ribeiro Menezes

Daniele Fernanda Siqueira Souza

Luiz Felipe Ferreira de Lima

Pedro Pereira Tenório

Adirlene Pontes de Oliveira Tenório

Resumo: A doença renal crônica é uma epidemia progressiva e irreversível que exige, em estágios avançados, uma terapia de substituição renal, sobretudo a hemodialítica. Tais fatores causam severas implicações pessoais, familiares e sociais. Dessa forma é factual uma redução na qualidade de vida desses indivíduos. Mediante o exposto, esse trabalho objetivou a partir da aplicação do questionário KDQOL SF-36, já validado e adaptado para o Brasil, mensurar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos, provenientes da zona rural e submetidos à hemodiálise em um serviço localizado na cidade de Paulo Afonso, Bahia. Como resultado foi evidenciado maior comprometimento dos aspectos físicos, emocionais e vitalidade. Com esses dados é possível auxiliar a assistência à saúde nessa população e inferir que para melhorar a qualidade de vida desses pacientes uma abordagem multidisciplinar que valorize os aspectos emocionais e físicos de forma individualizada se faz necessária.

Palavras-chave: Qualidade de vida em saúde; insuficiência renal crônica; área rural.

1. INTRODUÇÃO

A OMS define qualidade de vida desde 1995 como a percepção do sujeito quanto à sua inserção na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹. A investigação sobre o tema tem se destacado como importante campo de pesquisa². Nessas, o objetivo consiste em estimar a saúde de uma determinada população a partir dos impactos de alguma entidade nosológica ou seu tratamento. A doença renal crônica (DRC), definida como a presença de anormalidades na estrutura ou função dos rins por um período maior que três meses e com severas implicações para a saúde, apesar de constituir uma afecção de característica irreversível e progressiva pode ser controlada³. Para isso, faz-se uso das terapias renais substitutivas, como a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal. O número de pacientes dialíticos aumentou expressivamente no Brasil, de forma que entre 1994 e 2013 passou de 24.000 para 100.000⁴. Embora seja um tratamento necessário para o aumento da sobrevida, a realização da hemodiálise exige mudanças bruscas na dinâmica da vida dos pacientes². Isso decorre do fato dessa modalidade de tratamento demandar não somente obrigatoriedade de comparecimento às sessões várias vezes durante a semana, mas também limitações alimentares e a utilização de vários medicamentos⁵. Soma-se a isso o sentimento de desesperança para realização do transplante, devido a baixa disponibilidade do órgão, o convívio com a perda frequente de companheiros em hemodiálise, já que a taxa de mortalidade é alta, e o medo frequente de infecções^{1,6}. Esses fatores contribuem para uma redução significativa da qualidade de vida dessa clientela. É válido explicitar que o conhecimento acerca desse tema, sobretudo na população com DRC, é importante porque ao permitir conhecer os aspectos inerentes à qualidade de vida, fornece subsídios para direcionar o planejamento da assistência prestada pelos profissionais de saúde, a fim de promover uma melhor adaptação ao novo estilo de vida e garantir a adesão à terapia proposta, com isso é possível prevenir e diminuir a progressão da doença renal, das comorbidades associadas e, conseqüentemente, das hospitalizações¹. O questionário Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF-36) pode ser um instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, pois além de possuir caráter genérico, já foi traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil¹. O recurso de avaliação supracitado aborda parâmetros referentes à capacidade funcional, aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; emocionais e saúde mental. O interesse para a realização desse estudo surgiu pela evidência da carência na literatura no que se refere ao levantamento de dados regionais que possam fornecer informações sobre a qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. Sendo assim, essa pesquisa teve como objetivo mensurar a qualidade de vida em uma amostra representativa de pacientes da zona rural submetidos à hemodiálise em um serviço localizado na cidade de Paulo Afonso, Bahia, para que assim se possa direcionar estratégias de intervenção integrada e a perspectiva da promoção de saúde aos aspectos de vida mais comprometidos desses pacientes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal do qual participou 86 pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos e com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise procedentes da zona rural em uma região do Vale do São Francisco. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o propósito do projeto e seu caráter metodológico, sendo convidados a participar voluntariamente do trabalho. Após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2017 na Clínica de Doenças Renais do Vale do São Francisco, localizada em Paulo Afonso – BA. A qualidade de vida foi avaliada mediante aplicação do questionário KDQOL-SF-36. Após a coleta foi criado um banco de dados a fim de permitir a leitura e análise de cada variável categórica pelo programa GraphPad Prism 5.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 explicita em frequência e percentual as características gerais do grupo estudado.

Tabela 1. Características do grupo estudado.

Sexo	n(%)
Feminino	32 (37,2)
Masculino	54 (62,8)
Idade (anos)	
Mediana (Intervalo Interquartil-IQ)	59,5 (64-45)
Mínimo-Máximo	(23-91)
Tempo de hemodiálise (anos)	
Menos ou igual a 1 ano	31 (36)
Mais que 1 ano	55 (64)
Etnia	
Pardo	49 (57)
Preto	19 (22)
Branco	18 (21)
Escolaridade*	
Analfabeto	16 (18,8)
EF incompleto	32 (37,2)
EF completo	13 (15)
EM incompleto	12 (14)
EM completo	6 (7)
ES incompleto	5 (6)
ES completo	2 (2,3)
Comorbidades	
Hipertensão Arterial	63 (73,2)
Diabetes Mellitus	39 (45,3)
Obesidade	20 (23,3)

*Ensino fundamental (EF), Ensino médio (EM), Ensino superior (ES)

Em conformidade com os dados da literatura sobre os pacientes com doença renal crônica, a amostra foi composta predominantemente por pacientes do sexo masculino (62,8%), não brancos (79%) e com idade média em torno da quinta década de vida¹. É importante atentar para a presença de outras comorbidades além da doença renal, sobretudo diabetes e hipertensão. A obesidade, segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia passou a ser considerada um fator de risco independente para doença renal crônica, e foi evidenciada em mais de 20% dos pacientes desse trabalho⁷. O tempo de hemodiálise superou um ano em mais de 60% dos pacientes avaliados, pode-se inferir com isso um significativo comprometimento da qualidade de vida. Porém, com a finalidade de uma maior compreensão sobre os impactos do comprometimento renal e da terapia hemodialítica na qualidade de vida desses pacientes, foi aplicado o questionário KDQOL SF-36. Os resultados variaram de 0 a 100, quanto maior o valor atribuído melhor a avaliação do parâmetro pesquisado. Esses dados, com seus valores médios e desvio padrão estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos resultados obtidos em cada parâmetro avaliado pelo KDQOL SF-36.

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	58,4	±18,43	10	100
Aspectos Físicos	36,5	±32,15	22	100
Dor	60,9	±22,61	15	100
Estado Geral de Saúde	62,8	±16,57	0	97
Vitalidade	47,9	±18,88	20	100
Aspectos Sociais	52,7	±28,93	0	100
Aspectos Emocionais	44,2	±39,63	0	100
Saúde Mental	63,1	±19,63	12	100

Os menores valores foram atribuídos a estas variáveis: aspectos físicos, aspectos emocionais e vitalidade, respectivamente. Esse achado vai ao encontro daqueles descritos em outros trabalhos sobre o tema⁸. Nesses parâmetros os pacientes são indagados quanto ao impacto da saúde física e das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais, bem como sobre a disposição em realizar as tarefas do cotidiano. É importante frisar que esse comprometimento pode estar relacionado ao

próprio tratamento da doença, no qual pela dependência de uma máquina, demanda um período significativo de tempo, que pode chegar até quatro horas três vezes por semana². Esse ciclo torna seu cotidiano monótono e restrito, além de comprometer a oportunidade desse sujeito exercer algum tipo de atividade remunerada. Sobre isso é válido pontuar o resultado de um trabalho que evidenciou um relação direta entre a realização de alguma atividade laboral e qualidade de vida, nos pacientes com DRC¹ Outro fator que ratifica os achados referentes ao comprometimento da vitalidade nos pacientes com DRC é a própria progressão da doença renal, com o tempo esses indivíduos passam a apresentar a chamada síndrome urêmica e manifestam sintomas como fadiga e cansaço, os quais limitam a realização das atividades diárias⁹. Diferente de um trabalho publicado em 2012 na Revista Brasileira de Clínica Médica⁶ que avaliou a qualidade de vida de 62 pacientes submetidos à hemodiálise, também pela aplicação do questionário KDQOL SF-36, no qual os aspectos emocionais não se mostraram prejudicados, nesta pesquisa esse parâmetro obteve um dos índices de avaliação mais baixos, resultado esse similar ao de outros trabalhos já publicados^{2;9}. Pode-se inferir a partir disso que não se tem consolidado na literatura o grau de comprometimento emocional desse público, sendo essa variável dependente de vários fatores individuais, familiares e sociais⁵. Um trabalho avaliou que as limitações referentes aos aspectos emocionais nessa clientela se correlacionou positivamente com os anos de estudo, isto é, pacientes com maior grau de escolaridade possuem mecanismos intelectuais capazes de promover uma melhor adaptação emocional as alterações clínicas promovidas pela doença e pelo tratamento⁹. Dessa forma, é compreensível o resultado encontrado nesta pesquisa, já que a maioria dos pacientes são da zona rural e apresentam um baixo grau de escolaridade. Uma informação pertinente de se ressaltar é o tempo de hemodiálise, modalidade de tratamento que de forma isolada já agrava a qualidade de vida dos indivíduos e que nesse trabalho foi maior que um ano para maioria dos pacientes.

4. CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise, como demonstrado nesse estudo, é bastante prejudicada tanto em aspectos físicos quanto emocionais. Para mudar essa realidade urge como instrumento ações multidisciplinares que deem suporte a esses pacientes de forma holística, priorizando as particularidades de cada indivíduo, sobretudo as psíquicas, e não somente o controle das manifestações físicas da doença. Assim ter-se-á melhorias referentes à qualidade de vida e outros aspectos relacionados como adesão ao tratamento medicamentoso e melhor evolução clínica da doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira, Araiê Prado Berger et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 38, n. 4, p. 411-420, Dez. 2016.
- [2] Joshi, U. et al. Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using whoqol-bref questionnaire: a multicenter study.. Int j nephrol renovasc dis.,[S.L.], v. 10, p. 195-203, jul. 2017.
- [3] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney Int Suppl. 2017;7:1-59.
- [4] Ramos, Elizabeth Cristina Carpena et al. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 37, n. 3, p. 297- 305, Set. 2015.
- [5] Castro, Mônica de et al . Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 49, n. 3, p. 245-249, Set. 2003.
- [6] Grasselli, C. da S. M. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. Rev bras clin med., São paulo, v. 10, n. 6, p. 503- 507, nov./dez. 2012.
- [7] EE, C. et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of u.s. adults. N engl j med., [S.L.], v. 348, n. 17, p. 1625-1638, abr. 2003.
- [8] Cattai, G. B. P. et al. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica - sf-36. Cienc cuid saude, Paraná, v. 6 (Suplem. 2), p. 460-467, 2007.
- [9] Martins, Marielza R. Ismael; Cesarino, Claudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev latino-am enfermagem, São paulo, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out. 2005.

Capítulo 7

Estudo do perfil Epidemiológico da febre Chikungunya em Alagoas e no Nordeste Brasileiro como forma preventiva do desenvolvimento de doenças reumáticas crônicas

Carlos Henrique Silva de Melo

Cristiane Monteiro da Cruz

Resumo: Introdução: A variedade de modificações fisiológicas celulares presentes no organismo humano ao longo dos anos denomina-se senescência. Fatores como a involução tímica, estresse oxidativo celular, alterações epigenéticas e, primordialmente, o aumento de processos inflamatórios promovem aos indivíduos maior suscetibilidade ao desenvolvimento de inúmeras patologias, dentre elas, as doenças reumáticas. A febre chikungunya é uma doença febril com fases aguda, subaguda e crônica. Apresenta manifestações atípicas graves: neurológicas; cardíacas; renais; dérmicas e oculares, em alguns casos. Além disso, alterações como as histopatológicas sinoviais são evidenciadas pós-infecção pelo vírus chikungunya (CHIKV), ocasionando manifestações articulares crônicas prevalentes nos indivíduos que a adquiriram. No Brasil, há relatos de casos importados desde 2010 e os primeiros casos autóctones em 2014 em Oiapoque (AP) e Feira de Santana (BA). **Objetivo:** O presente estudo tem o fito de analisar os boletins epidemiológicos (BE) a fim de construir um perfil diagnóstico da situação epidemiológica de Alagoas (AL) e do Nordeste (NE) como forma preventiva do desenvolvimento de doenças reumáticas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal retrospectivo com a análise dos bancos de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, considerando as semanas epidemiológicas (SE) de 47 de 2015 a 7 de 2017. Resgatou-se 73 BE, dos quais 66 foram específicos para febre Chikungunya (90,41% do total). Baseado no descritor de casos prováveis e incidência para febre Chikungunya em AL e região NE, foram utilizados 29 (39,72%) e excluídos 37 (50,68%) do total de boletins específicos de febre chikungunya. **Resultados:** Com base nos BE, verificou-se, na SE 47 de 2015, o início das notificações de casos prováveis (160) em AL por, apenas, 2 municípios (Major Isidoro e Maribondo - 1,96% do total de municípios de AL). Em 2016, até a SE 49, houve um aumento nítido do número de casos notificados no NE que atingiu 229.157 dos quais 16.945 (7,39% do total de casos do NE) correspondiam a AL. Em 2017, notou-se um decaimento, até a SE 7, no número de casos notificados no NE (5.703) dos quais 25 (0,44% do total de casos no NE) eram de AL. **Conclusão:** O presente trabalho é um instrumento epidemiológico sobre os casos de febre chikungunya na região NE, em especial, no estado de AL à medida que vem mediar a adoção de prevenção e promoção de saúde às doenças reumáticas pós - infecção por CHIKV.

Palavras-chave: Doenças Reumáticas. Febre Chikungunya. Alagoas. Perfil epidemiológico.

1. INTRODUÇÃO

A variedade de modificações fisiológicas celulares presentes no organismo humano durante a idade denomina-se senescência. Fatores como a involução tímica, estresse oxidativo celular, alterações epigenéticas e, primordialmente, o aumento de processos inflamatórios promovem aos indivíduos maior suscetibilidade ao desenvolvimento de inúmeras patologias, dentre elas, as doenças reumáticas (PONNAPPAN; PONNAPPAN, 2011).

Considerada uma doença febril aguda, a febre chikungunya tornou-se um importante problema de saúde pública. Tem como fatores preponderantes ao seu surgimento as modificações ambientais ocasionadas pelo amplo processo de urbanização, o desenvolvimento industrial e tecnológico exacerbado e o aumento de viagens internacionais (MARQUES et al., 2017).

Desde a descoberta do chikungunya vírus (CHIKV) em 1952 na Tanzânia, a patologia tem causado importantes epidemias emergentes em diversos países de clima tropical e temperado (FARIA et al., 2016). No Brasil, há relatos de casos importados desde 2010 e os primeiros casos autóctones foram confirmados em 2014 em Oiapoque (AP) e Feira de Santana (BA). Até a semana epidemiológica 37 de 2016, 236.287 casos prováveis de infecção pelo CHIKV foram notificados, sendo 116.523 confirmados sorologicamente (MARQUES et al., 2017).

A febre chikungunya é transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, acometendo de forma persistente e com casos clínicos agravados, mulheres, idosos e imunocomprometidos. A doença possui um período de incubação de três a sete dias e pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica (FARIA et al., 2016).

A fase aguda é sintomática em 80 a 97% dos pacientes com febre chikungunya. Os sintomas preponderantes são febre de início súbito e artralgia e/ou artrite comumente de padrão simétrico e poliarticular. Na fase subaguda, predominam os sintomas articulares (astenia, rigidez matinal, artralgia/artrite, bursite, tenossinovite) que ocorrem em até 50% dos pacientes infectados pelo CHIKV (QUEYRIAUX et al., 2008; CHOPRA et al., 2012).

A fase crônica apresenta manifestações atípicas graves: neurológicas; cardíacas; renais; dérmicas e oculares, em alguns casos (CASTRO; LIMA; NASCIMENTO, 2016). Além disso, alterações como as histopatológicas sinoviais são evidenciadas pós- infecção pelo CHIKV, ocasionando manifestações articulares crônicas com prevalência que varia de 14,4 a 87,2% nos indivíduos que a adquiriram (HOARAU et al., 2010; CHOPRA et al., 2012; DUPUIS-MAGUIRAGA et al., 2012; MANIMUNDA et al., 2010; BORGHERINI et al., 2008; CHAATHANYA et al., 2014; GERARDIN et al., 2013; JAVELLE et al., 2015; WIN et al., 2010).

Dados relatados em estudos observacionais estabeleceram que 47,6% dos pacientes acometidos pela febre chikungunya, na América Latina, irão desenvolver manifestações articulares crônicas. Alguns fatores contribuintes para tal aspecto são sexo feminino, idade acima de 40 anos, comorbidades como Diabetes mellitus, sinais e sintomas como edema, tenossinovite e poliartrite durante a fase aguda da doença (RODRIGUEZ-MORALES ET AL., 2016; SCHILTE et al., 2013; ESSACKJEE et al., 2013; COUTURIER et al., 2012; THIBERVILLE et al., 2013; GENDEREN et al., 2016; RODRIGUEZ-MORALES et al., 2016; SISSOKO et al., 2009; MALVY et al., 2009; YASEEN et al., 2014).

A função imunológica de um indivíduo é coordenada através da interação de variados tipos celulares, primordialmente, pela sincronização entre células T auxiliares e células B / células T (TOUBI; VADASZ, 2019). Anormalidades neste mecanismo regulatório imunológico podem desencadear autoimunidade e consequentemente promover o desenvolvimento de doenças autoimunes. A influência epigenética, por ação do estado de metilação do DNA, está diretamente relacionada ao desenvolvimento de doenças autoimunes. Inúmeras variantes, tais como drogas, miRNAs, fatores genéticos e ambientais (vírus, bactérias, álcool, tabaco, dentre outros) são condições necessárias para este desequilíbrio (MAZZONE et al., 2019).

A superprodução de células T auxiliares foliculares (T_{fh}) correlaciona-se à autoimunidade sistêmica. Esta mediada por citocinas (IL-1, IL-4, IL-6, IL-12, IL-21), das quais a IL-12 é a principal promotora da proliferação de T_{fh} em humanos. A ação de antígenos persistentes e a suscetibilidade do indivíduo favorecem a diferenciação e manutenção de células T_{fh}, caracterizando condições autoimunes crônicas. Estruturas linfoides terciárias são, comumente, encontradas em tecidos com processo inflamatório crônico (PETERSON et al., 2018)

Séries de casos publicadas corroboram que alguns pacientes em fase crônica preenchem critérios para artrite reumatóide (AR) e espondiloartrites (MANIMUNDA et al., 2010; JAVELLE, 2015). Há relatos de exacerbação de psoríase cutânea e de seu início após a resolutividade da doença (INAMADAR et al., 2008; SEETHARAM et al., 2011).

A AR é uma doença de caráter inflamatório mediada por um estímulo autoimune ou infeccioso como o CHIKV. Ensaios genéticos correlacionam a presença de genes (HLA-DRB, HLA-B, HLA-DPB1, JAK-STAT, NF- κ B) envolvidos neste processo. Sua fisiopatologia está vinculada à destruição articular irreversível devido à proliferação de fibroblastos e macrófagos na membrana sinovial (BRASIL, 2019).

Apesar da patogênese da artropatia gerada pelo CHIKV ainda ser idiopática (PONNAPPAN; PONNAPPAN, 2011), existe a associação da capacidade de replicação do CHIKV mediar lesão tissular na articulação a depender da resposta imunológica do hospedeiro (RULLI et al., 2007). Estudos realizados em outros vírus artritogênicos, como o alfavírus, evidenciaram que a patogênese ocorre de maneira direta e indireta. A direta, devido ao dano tecidual e celular relacionado ao processo de replicação viral; a indireta, por meio da ativação do sistema imune nos tecidos-alvos. Não obstante, o mecanismo primordial ressaltado está veiculado à modificação no controle dos processos inflamatórios promovida pela interiorização do RNA viral nas células ou mesmo pela permanência da infecção viral em macrófagos teciduais (CHIRATHAWORN et al., 2010; GOUPIL et al., 2016).

Diante dos aspectos ressaltados, o presente estudo visa mapear os casos de febre chikungunya registrados em áreas específicas de Alagoas como forma de prevenção para o desenvolvimento de doenças reumáticas a longo prazo, utilizando boletins epidemiológicos (BE) da SE 47 de 2015 a 7 de 2017 a fim de construir um perfil diagnóstico da situação epidemiológica de Alagoas (AL) e do Nordeste (NE) brasileiro.

2.METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo com a análise dos bancos de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, considerando as semanas epidemiológicas (SE) de 47 de 2015 a 7 de 2017. Resgatou-se 73 BE, dos quais 66 foram específicos para febre chikungunya (90,41% do total). Baseado no descritor de casos prováveis e incidência para febre chikungunya em AL e região NE, foram utilizados 29 (39,72%) e excluídos 37 (50,68%) do total de boletins específicos de febre chikungunya.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos BE, verificou-se, na SE 47 de 2015, o início das notificações de casos prováveis (246) em AL por, apenas, 2 municípios (Major Isidoro e Maribondo - 1,96% do total de municípios de AL), desses 42 foram confirmados laboratorialmente. Em 2016, até a SE 49, houve um aumento nítido do número de casos notificados no NE que atingiu 229.157 dos quais 16.945 (7,39% do total de casos do NE) correspondiam a AL. Em 2017, notou-se um decaimento, até a SE 7, no número de casos notificados no NE (5.703) dos quais 25 (0,44% do total de casos no NE) eram de AL (Graf.1).

Gráfico 1. Perfil epidemiológico comparativo dos casos prováveis de Febre Chickungunya em Alagoas e Nordeste no período de 2015 e 2017.

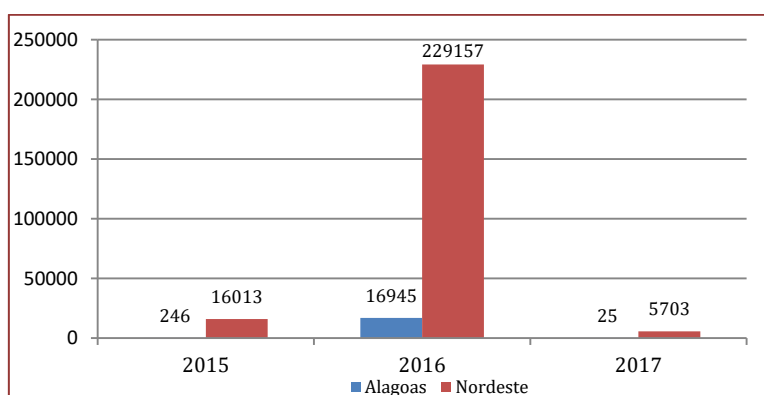
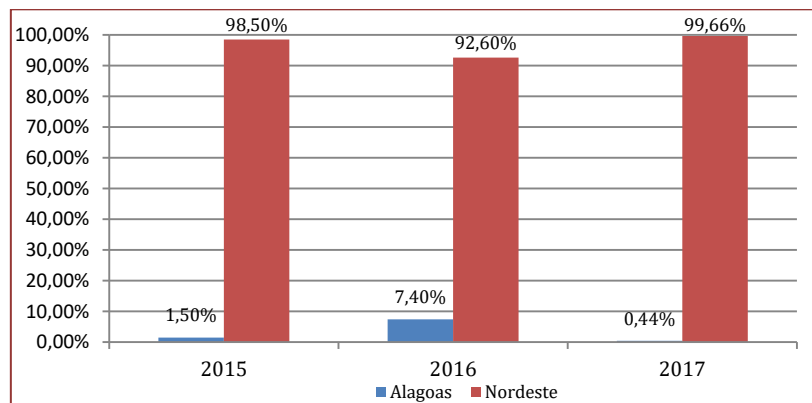


Gráfico 2. Perfil epidemiológico comparativo em porcentagem dos casos prováveis de febre chikungunya em Alagoas e Nordeste no período de 2015 e 2017.



4.CONCLUSÃO

O presente trabalho é um instrumento epidemiológico dos casos de febre chikungunya na região NE, em especial, no estado de AL. A adoção de um plano de saúde pública direcionado à prevenção e promoção de saúde para as doenças reumáticas crônicas mediadas pós infecção por CHIKV se faz necessário visto que o CHIKV é um fator predisponente para o desenvolvimento dessas comorbidades.

REFERÊNCIAS

- [1] BORGHERINI, G. et al. Persistent arthralgia associated with chikungunya virus: a study of 88 adult patients on reunion island. *Clin Infect Dis*, p. 469-75, 2008.
- [2] CASTRO, A. P.C. R.; LIMA, R. A.; NASCIMENTO, J. S. Chikungunya: vision of the pain clinician. *Rev Dor*, n 17, v. 4, p. 299-302, 2016.
- [3] CHAATHANYA, I. K. et al. Chronic inflammatory arthritis with persisting bony erosions in patients following chikungunya infection. *Indian J Med Res.*, n.140, p. 142-5, 2014.
- [4] CHIRATHAWORN, C. et al. Serum IL-18 and IL-18BP levels in patients with chikungunya virus infection. *Viral Immunol.* p.113-7, 2010.
- [5] CHOPRA, A. et al. Acute chikungunya and persistent musculoskeletal pain following the 2006 Indian epidemic: a 2-year prospective rural community study. *Epidemiol Infect*, p. 842-50, 2012.
- [6] COUTURIER, E. Impaired quality of life after chikungunya virus infection: a 2-year follow-up study. *Rheumatology (Oxford)*, n. 51, p. 1315-22, 2012.
- [7] DUPUIS-MAGUIRAGA, L. et al. Chikungunya disease: infection-associated markers from the acute to the chronic phase of a flavivirus-induced arthralgia. *PLoS Negl Trop Dis*, n. 6, 2012.
- [8] ESSACKJEE, K. et al. Prevalence of and risk factors for chronic arthralgia and rheumatoid-like polyarthritis more than 2 years after infection with chikungunya virus. *Postgrad Med J*, n. 89, p. 440-7, 2013.
- [9] FARIA, N. R. et al. Epidemiology of chikungunya virus in Bahia, Brazil, 2014-2015. *PLoS Curr*, 2016.
- [10] GENDEREN, F. T. V. et al. First chikungunya outbreak in Suriname: clinical and epidemiological features. *PLoS Negl Trop Dis*, n. 10, 2016.
- [11] GERARDIN, P. et al. Predictors of chikungunya rheumatism: a prognostic survey ancillary to the Telechik cohort study. *Arthritis Res Ther*, n. 15, 2013.
- [12] GOUPIL, B. A. et al. Novel lesions of bones and joints associated with chikungunya virus infection in two mouse models of disease: new insights into disease pathogenesis. *PLoS One*, 2016.
- [13] HOARAU, J. J. et al. Persistent chronic inflammation and infection by chikungunya arthritogenic alphavirus in spite of a robust host immune response. *J Immunol*, p. 5914-27, 2010.
- [14] INAMADAR, A. C. et al. Manifestations of chikungunya fever: observations made during a recent outbreak in south India. *Int J Dermatol*, 2008.
- [15] JAVELLE, E. Management of post-chikungunya rheumatic disorders: a retrospective study of 159 cases in Reunion Island from 2006-2012. *PLoS Negl Trop Dis*, 2015.

- [16] MANIMUNDA, S. P. et al. Clinical progression of chikungunya fever during acute and chronic arthritic stages and the changes in joint morphology as revealed by imaging. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, p. 392-9, 2010.
- [17] MARQUES, C. D. L. et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya. Parte 1 – Diagnóstico e situações especiais. *Rev. Bras. Reumatol*, n. 57, v. 2, 2017.
- [18] MAZZONE, R. et al. The emerging role of epigenetics in human autoimmune disorders. *Clinical Epigenetics*, 2019.
- [19] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite Reumatóide. 2019.
- [20] PETERSONE, L. et al. T Cell/B Cell Collaboration and Autoimmunity: an Intimate Relationship. *Frontiers in Immunology*, v. 9, 2018.
- [21] PONNAPPAN, S.; PONNAPPAN, U. Aging and Immune Function: molecular mechanisms to interventions. *Antioxid Redox Signal*, n. 14, v. 8, p. 1551-85, 2011.
- [22] QUEYRIAUX, B. et al. Clinical burden of chikungunya virus infection. *Lancet. Infect Dis*, p. 2008.
- [23] RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. Post-chikungunya chronic inflammatory rheumatism: results from a retrospective follow-up study of 283 adult and child cases in La Virginia, Risaralda. *F1000Research*, 2016.
- [24] RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. Prevalence of post-chikungunya chronic inflammatory rheumatism: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, n. 68, p. 1849-58, 2016.
- [25] RULLI, N. E. et al. The molecular and cellular aspects of arthritis due to alphavirus infections: lesson learned from Ross River virus. *Ann NY Acad Sci*, p. 1102:96-108, 2007.
- [26] SCHILTE, C. et al. Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study. *PLoS Negl Trop Dis*, n. 7, 2013.
- [27] SEETHARAM, K. A.; SRIDEVI, K. Chikungunya infection: a new trigger for psoriasis. *J Dermatol*, 2011.
- [28] SISSOKO, D. et al. Post-epidemic chikungunya disease on Reunion Island: course of rheumatic manifestations and associated factors over a 15-month period. *PLoS Negl Trop Dis*, 2009.
- [29] THIBERVILLE, S. D. et al. Chikungunya fever: a clinical and virological investigation of outpatients on Reunion Island south-west Indian ocean. *PLoS Negl Trop Dis*, 2013.
- [30] TOUBI, E.; VADASZ, Z. Innate immune-responses and their role in driving autoimmunity. *Autoimmun Rev.*, n. 3, v. 18, p. 306-311, 2019.
- [31] WIN, M. K. et al. Chikungunya fever in Singapore: acute clinical and laboratory features, and factors associated with persistent arthralgia. *J. Clin Virol*, p. 111-4, 2010.
- [32] YASEEN, H. M. et al. Identification of initial severity determinants to predict arthritis after chikungunya infection in a cohort of French gendarmes. *BMC Musculoskelet Disord*, n. 15, 2014.

Capítulo 8

Cuidadores de idosos no cenário jornalístico

Aline da Rocha Kallas Fernandes

Meiriele Tavares Araújo

Yasmim Oliveira de Windsor Silva

Isabela Silva Câncio Velloso

Resumo: A temática cuidadores de idosos tem sido desvelada pela mídia, apresentado tendências e mudanças nos arranjos sociais do cuidado. O estudo teve como objetivo analisar como os cuidadores formais de idosos foram representados em dois jornais brasileiros no período de 2006 a 2016. Trata-se de uma pesquisa documental realizada nos acervos eletrônicos do jornal “Folha de São Paulo” e “O Globo” utilizando como indicador a expressão “cuidador de idosos”. O corpus final foi de 69 reportagens submetidas à análise de conteúdo. Após leitura minuciosa das reportagens selecionadas, criaram-se duas categorias: “Formação e regulamentação do cuidador de idosos como profissão” e “Mercado de Trabalho: apresentação e necessidades”. Nota-se aumento na oferta de cursos de formação de cuidador de idosos, recorrente discussão acerca da regulamentação da profissão e sobre inclusão do cuidador como empregado doméstico. Há preocupação com jornada de trabalho desses profissionais, bem como custos advindos da contratação. Com relação ao mercado de trabalho, este é bem favorável para o cuidador, inúmeras vagas de emprego têm sido publicadas. Poucas reportagens abordam a ocorrência de violência contra idosos. Em contrapartida, muitas matérias chamam atenção para o aparecimento de doenças como estresse e depressão em cuidadores. O mercado de trabalho para cuidadores de idosos vêm se expandindo e consequentemente tem fomentado discussões acerca do trabalho desses profissionais. Vista como profissão do futuro, é fundamental que se alcance regulamentação, estabelecimento de definições profissionais e padronização nos cursos de formação.

Palavras-chave: Idoso, Cuidadores, Jornalismo, Emprego.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade que acarreta mudanças do perfil demográfico, epidemiológico e de morbimortalidade da população mundial¹. Marcado pela perda gradativa da capacidade funcional, necessidade de cuidados permanentes e aumento dos custos em saúde, o envelhecer demanda transformações no sistema de saúde, sobretudo no que tange à formulação de políticas públicas e disponibilização de serviços assistenciais^{2,3}.

A evolução da legislação desse tema contribuiu significativamente para a instituição, com a portaria nº 2.528/2006, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que assegura a assistência à saúde do idoso, focando nas suas incapacidades de realização de atividades da vida diária e na sua dependência⁴.

Nesse contexto, a atenção domiciliar surge como uma estratégia que confere a redução dos custos em saúde, já que promove a maior rotatividade de leitos hospitalares e a desospitalização. Ademais, ao estimular a permanência do idoso em sua residência, a atenção domiciliar demanda maior proximidade e participação do cuidado do idoso pela família^{5,6}.

Apesar da PNSPI propor a atualização da PNI, enfrentando as fragilidades do SUS e promovendo o envelhecimento ativo⁴, existe uma precariedade de políticas públicas e programas voltados para o envelhecimento e o cuidado formal domiciliar, além de uma baixa participação do Estado na legislação e legitimação desse cuidado⁷.

Assim, a responsabilidade pelo cuidado recai sobre as famílias, que podem não ter recebido treinamento, conhecimento e suporte para desempenhar tal função⁸. Somam-se a esse fato as mudanças sociais, econômicas e políticas, que contribuem para modificações do núcleo familiar contemporâneo e, em consequência, para a transferência do cuidado do idoso para terceiros^{9,7}.

Frente a esse cenário, surge o cuidador formal de idosos, uma alternativa para as famílias que lidam com o envelhecimento atrelado a doenças incapacitantes e à dependência, demandando assistência e cuidado contínuos¹⁰.

Contudo, a inserção do cuidador de idosos no contexto socioeconômico brasileiro vem acompanhada pela inexistência do reconhecimento social e legal dessa classe, bem como pela carência de políticas públicas que formalizam a profissão e de ações de capacitação por instituições validadas, fato que pode acarretar em uma prática baseada em vivências sobre o envelhecimento e experiências adquiridas ao longo da trajetória de vida do cuidador^{11,12,13}.

Segundo estudos⁷, as indefinições em relação às atribuições do cuidador também são geradoras de discussões e debates, sobretudo no que tange aos tênues limites entre a ação do cuidador, do familiar, dos demais profissionais do cuidado e do empregado doméstico.

Nesse sentido, o estabelecimento de limites da atuação de cada um desses entes torna-se um desafio, na medida em que pode despertar conflitos relacionados ao significado e ao status atribuídos a cada profissão na sociedade.

Ao se apresentar como um instrumento de análise do cotidiano, o jornalismo permite a análise do olhar da sociedade e do mercado sobre o cuidador de idosos, considerando a necessidade desse profissional no quadro socioeconômico brasileiro, bem como a falta de regulamentação e de definição de atribuições destinadas à profissão de cuidador.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer como se configura a profissão de cuidador de idosos em dois jornais brasileiros.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental na qual os dados foram coletados nos acervos eletrônicos do jornal “Folha de São Paulo” e “O Globo”, dois jornais pagos de grande circulação nacional e relevância no cenário jornalístico brasileiro, segundo dados da Associação Nacional de Jornais (ANJ) referentes ao ano de 2015¹⁶. Os jornais foram acessados na página on-line após assinatura, sendo levantadas as reportagens neles publicadas, utilizando o descritor “cuidador de idosos” no campo de busca com o marcador de “expressão ou frase exata”.

Foram compreendidos dados no período de 2006 a 2016, não sendo consideradas as reportagens classificadas na seção “Cadernos e suplementos” do jornal O Globo, por apresentarem informações mais locais sobre os bairros do Rio de Janeiro. As legislações e outros documentos oficiais foram utilizados para

discussão dos dados encontrados, sendo esse arcabouço legal fundamental para a análise do lugar de atuação dos cuidadores formais de idosos.

A seleção das reportagens foi feita com base na leitura minuciosa do seu conteúdo que contemplava questões referentes aos cuidadores de idosos. Em sequência, os dados foram organizados em data, caderno de publicação e uso de recursos, tais como: linguagem, título, seção do jornal em que a reportagem estava contida. Essa forma de organização teve o intuito de revelar as formas de percepção do trabalho do cuidador formal ao longo do tempo.

Para análise das reportagens, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que consiste na classificação do material em categorias que ajudam a compreender o sentido implícito no discurso jornalístico¹⁷. Nessa técnica, os materiais brutos são convertidos em dados susceptíveis ao tratamento científico, de modo a substituir as impressões do pesquisador em dados padronizados, sistematizados e objetivos¹⁸.

As etapas da análise de conteúdo organizam-se em torno de três fases: a pré-análise, a exploração do material e, por último, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise as ideias preliminares são sistematizadas mediante a escolha dos documentos, a elaboração de hipóteses e a formação de indicadores que embasam a conclusão de uma interpretação. A exploração do material se dá pela criação de categorias e identificação das unidades de registro e de contexto que possibilitam a realização de inferências e interpretações, com base em hipóteses e referenciais teóricos. No tratamento dos dados, os resultados, as inferências e a interpretação são aprimorados de forma reflexiva e crítica¹⁹.

2.1.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das reportagens encontradas nos jornais Folha de São Paulo (107) e O Globo (169), foram selecionadas, respectivamente, 41 e 28, totalizando 69 reportagens no corpus final. Após a seleção, as reportagens foram agrupadas e identificadas por título, data de publicação e nome da seção de publicação no jornal. Não foram encontradas reportagens pertinentes ao tema nos anos de 2006 e 2009 na “Folha de São Paulo”, e nos anos 2006 e 2014, no “O Globo”.

Por outro lado, notou-se que o ano de 2013 foi marcado pelo aumento de publicações com a temática “cuidador de idosos” em ambos os jornais analisados. Esse fato deve-se, provavelmente, à aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 72/2012, que inseriu a ocupação de cuidador de idosos na categoria de empregados domésticos, assegurando aos profissionais direitos trabalhistas como Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), limite de carga horária e horário de descanso²¹. A aprovação da PEC propiciou maior visibilidade à ocupação de Cuidador de idosos, bem como a tornou mais atrativa pela garantia dos direitos trabalhistas. Entretanto, essa emenda também contribuiu para o aumento do custo de contratação desse profissional e para a busca por uma formação profissional.

Em uma reportagem do Globo de 16/04/2013, de autoria da jornalista Nice de Paula, no caderno de Economia, intitulada “Decisão do TST prevê jornada mais flexível para cuidadores do que prevê PEC das domésticas: ministro entende que podem ser feitos acordos bilaterais para estabelecer jornada de 12 horas”, traz questões importantes sobre essa regulamentação para o processo de trabalho dos cuidadores, destacando o mérito e reconhecendo a importância desse profissional no cenário atual de cuidados domiciliares²², como pode ser observado abaixo.

“Para o ministro do TST a questão dos cuidadores merece ser destacada “porque a família, nesta relação doméstica de caráter assistencial e de seguridade social, agrega ou até mesmo substitui função e dever do Estado”. No texto, ele destacou também que a própria Constituição Federal afirma que o idoso deve ser preferencialmente tratado na família e que é preciso agir em conformidade com isso.”²².

Tal trecho reafirma a importância dos cuidadores no cenário atual ao passo que legitima seu devido lugar “na assistência e na seguridade social” assim como seu papel de substituto da família e do estado²². Nesse sentido, cabe destacar o papel dos jornais de noticiarem acontecimentos atuais e trabalharem na construção do conhecimento do cotidiano, seja para impulsionar a economia, a política, a cultura ou para disseminar ideologias implícitas de jornalistas, editores e entidades de classes. Esse papel pauta-se nas interpretações feitas pelo jornalismo dos diversos meios lógicos de percepção da realidade cotidiana, dando, conseqüentemente, origem e disseminando certos conhecimentos²³.

O discurso proferido pelos jornais pode influenciar o modo como a sociedade compreende os fatos e acontecimentos atuais, bem como propaga e contribui diretamente para a sua construção²⁴. Logo,

opiniões e alegações são reproduzidas do mesmo modo que os sujeitos que as ditam, sendo eles parte de uma estrutura social que os regulam. O jornalismo é, então, dispositivo de poder intrinsecamente conectado à produção de saberes que colabora para a compreensão social do real. Entretanto, esse saber pode ser dissimulado por pressão de anunciantes e por interesses econômicos e políticos. Porém, essa ferramenta não está impossibilitada de produzir verdades. O lugar institucional e as práticas cotidianas amparam a legitimidade e a credibilidade do discurso jornalístico ²⁵.

As reportagens selecionadas foram elencadas por temáticas centrais, formando um corpus constituído de 14 temas mais frequentes no jornal Folha de São Paulo e 6 no O Globo, sendo que 3 temas foram retratados em ambos os veículos, como pode ser observado na Figura 1, a seguir, e selecionados para guiarem a discussão.

Figura 1- Principais temas abordados nos jornais relacionados ao cuidador



O tema 'Questões trabalhistas' foi retratado em virtude dos debates e dúvidas com relação às mudanças na legislação e dos regimes de trabalho envolvendo a categoria dos cuidadores de idosos como profissão. O tema 'Mercado de Trabalho' apontava para a existência de um mercado com particularidades para esses profissionais. Já o tema 'Formação do cuidador' reafirma a importância da formação e capacitação profissional na preparação para o mercado de trabalho. Nesse contexto, estudos ²⁶ afirmam que o papel do cuidador tem sido retomado em virtude do envelhecimento populacional e, para que esse papel seja exercido com excelência, é fundamental o preparo e aprendizado, que fornecem um trabalho profissional e que atendem às necessidades do idoso.

As oportunidades de trabalho destinadas a cuidadores de idosos estão presentes nos anúncios e contém informações acerca do número de vagas, escolaridade exigida, região onde a vaga está sendo ofertada e salário. Ao analisar a quantidade e frequência das oportunidades de emprego anunciadas ao longo dos anos, ressalta-se que, no ano de 2013, houve um significativo aumento de oferta de vagas para cuidadores de idosos quando comparado aos demais anos, possivelmente devido às discussões acerca da PEC das domésticas supracitada, que ao fomentar a temática do cuidador de idosos, conferiu-lhes maior visibilidade no mercado de trabalho associada às questões divulgadas pelos meios de comunicação e pela mídia.

Para ocupação das vagas, são solicitados alguns pré requisitos quanto à escolaridade, que varia do 1º grau incompleto ao 2º grau completo, e ao tempo de experiência, sendo exigido um mínimo de seis meses na maioria dos anúncios. Algumas ofertas trazem, ainda, preferência pelo sexo masculino ou feminino, e informações sobre o turno de trabalho ao qual as vagas são destinadas, como pode ser observado na figura 2.

Figura 2 – Anúncios de oferta de vagas

<p>CUIDADOR DE IDOSOS 30 vagas, 2º grau comp, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZC-CENTRO</p>	<p>CUIDADOR DE IDOSOS 1 vaga, 2º grau comp, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZL-PENHA DE FRANCA</p>
<p>CUIDADOR DE IDOSOS 5 vagas, 2º grau comp, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZL-VILA CARMOSINA</p>	<p>CUIDADOR DE IDOSOS DOMICILIAR 1 vaga, 2º grau comp, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZC-SANTA CECILIA</p>
<p>CUIDADOR DE IDOSOS DOMICILIAR 5 vagas, 2º grau inc, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZS-PARAÍSO</p>	<p>CUIDADOR DE IDOSOS DOMICILIAR 1 vaga, 2º grau comp, 6 meses exp., sal. a combinar, local SPZL-VILA FORMOSA</p>
<p>Fonte: Folha de São Paulo</p>	<p>Fonte: Folha de São Paulo</p>

Ao observar os requisitos divulgados nas oportunidades de emprego, destaca-se a busca por um cuidador com referência profissional, não sendo exigido curso ou formação na área.

Na seção ‘Classificados Negócios e Carreiras’ - ‘Profissionais oferecem-se’, encontram-se cuidadores de idosos que oferecem serviços em fins de semana e feriados, bem como empresas de recrutamento e seleção que disponibilizam profissionais de ambos os sexos, com ou sem formação em enfermagem, porém capacitados para exercício do cuidado domiciliar ou em hospital, conforme ilustrado na figura 3.

Figura 3 – Oferta de profissionais

<p>PROFISSIONAIS OFERECEM-SE</p> <p>CUIDADORA DE IDOSOS P/fins de semana/feriados. Ivaneete. 11-97262-3066/9.6230-9991</p> <p>Fonte: Folha de São Paulo</p>	<p>PROFISSIONAIS OFERECEM-SE</p> <p>CUIDADORES DE IDOSOS OFERECO PATRÕES: OFERECEMOS CUIDADORES DE IDOSOS com ou sem Enfermagem. Masc/Femin. treinados para cuidar. Residência ou Hospital. 20 anos cuidando com carinho e respeito. Menor taxa. Confira! 11-96446-4951 Tim / www.familycuidadoras.com.br</p> <p>Fonte: Folha de São Paulo</p>
---	--

Além do anúncio de vagas de emprego, há divulgação de cursos para cuidador de idosos realizados por rede de ensino técnico e profissional, que também oferecem cursos da área de saúde. No anúncio desses cursos são encontradas apenas informações sobre o local de oferta, telefones e endereços eletrônicos para contato e, em alguns, a duração do curso de seis meses, não sendo mencionado o conteúdo programático desses cursos.

A análise das reportagens resultou no delineamento de duas categorias temáticas: Formação e regulamentação da profissão cuidador de idosos; e O trabalho do cuidador: das necessidades do mercado para as necessidades do profissional.

3.FORMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO CUIDADOR DE IDOSOS

A formação dos cuidadores de idosos não é destacada como exigência pelos empregadores que anunciam vagas nos classificados, mas é considerado um diferencial, uma vez que há uma busca por cuidadores de idosos preparados tecnicamente. Entretanto, também é desejável que esses possuam como características pessoais: proatividade, calma, afeição e boa vontade. Destaca-se que essa formação defendida apresenta-se genérica, ampla e baseada em características pessoais e estereótipos esperados.

“[...] recomendam que o profissional reúna conhecimentos em terapia ocupacional, geriatria e fisiologia, já que essas informações podem auxiliar no tratamento do paciente.” (R1 Folha de SP)

“[...] disposição, boa vontade e carinho jamais vão se sobrepor ao preparo técnico para ajudar alguém.” (R7 Folha de SP)

Tais considerações sobre o perfil de profissionais influencia sobremaneira o conteúdo para sua formação. Essas competências profissionais e pessoais exigidas são balizadas e reforçadas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no campo “Relatório Tabela de Atividades”, que destaca aptidões como: respeitar a privacidade do idoso; demonstrar paciência; manter a calma em situações críticas; demonstrar disciplina; demonstrar criatividade; transmitir valores a partir do próprio exemplo e pela fala; e demonstrar honestidade²⁷.

Corroborando com essas competências, o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa, criado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) com a participação de profissionais de várias áreas, cuidadores e idosos, descreve como requisitos inerentes ao profissional cuidador: a saúde física e condições de avaliar e tomar decisões em momentos de emergência; capacidade de ser tolerante e paciente; capacidade de observação de sintomas e alterações emocionais do idoso; qualidades éticas e morais; responsabilidade; motivação; bom senso e boa apresentação²⁸.

Entretanto, o cuidador formal é considerado instrumento de apoio para o idoso na realização de atividades cotidianas, tais como: tomar medicamentos por via oral, deambular, participar de atividades lúdicas e sociais, bem como se relacionar com outras pessoas²⁶. Tamanha disparidade de entendimentos sobre as atribuições e o papel do cuidador de idosos reforçam e são reforçadas pela falta de um curso de formação legitimado, com carga horária e conteúdo padronizados. Ao profissional são delegadas funções que não condizem com sua formação profissional e que ultrapassam o seu fazer, como responsabilizar-se pela reintegração social do idoso e resgate da autonomia no cumprimento das atividades básicas de vida diária.

“Categoria cada vez mais popular no mundo: a de cuidador – profissional cuja tarefa é impedir que as limitações físicas do idoso o afastem do convívio social.” (R1 Folha de SP)

“Cuidadores são profissionais que acompanham, ministram medicação e ajudam na alimentação e na higiene.” (R11 Folha de SP)

“O projeto de lei prevê que, além das funções de auxílio (na higiene pessoal e alimentação; cuidados preventivos de saúde e mobilidade), os profissionais precisam dar “apoio emocional.” (R14 Folha de SP)

As páginas dos classificados confirmam o notório aumento na oferta de cursos de formação profissionais, que podem ser gratuitos - oferecidos por cooperativas médicas, hospitais, associações laicas ou religiosas e organizações não governamentais - ou pagos - oferecidos por escolas técnicas.

Entretanto, esses cursos apresentam-se com cargas horárias e conteúdos disformes.

“A Prefeitura de São Paulo abre na segunda-feira as inscrições para oito cursos gratuitos de capacitação profissional. Serão 1.635 vagas para pessoas acima de 16 anos [...]. Os cursos de cuidador de idosos e garçons têm 90 vagas cada [...]. Os cursos têm carga de 80 horas.” (R2 Folha de SP)

“Obra Social da Cidade oferece cursos gratuitos de formação de cuidadores de idosos, com 60 vagas, destinado aos moradores do Rio de Janeiro acima de 16 anos.” (R1 O Globo)

“Escolas dão cursos para aprimorar técnicas de atendimento a idosos; para a entidade, formação garante mais segurança.” (R10 Folha de SP)

Por não ser uma exigência legal para que os cuidadores consigam oportunidade de emprego, o curso de cuidador de idosos é colocado como um fator que confere um diferencial ao trabalho. Esse fato faz com que os profissionais busquem tais cursos, mas não avaliem sua qualidade e certificação. Da mesma forma, a demanda pelo curso faz com que muitas instituições invistam nessa área a fim de se manterem no mercado de ensino e formação profissionalizante. O órgão brasileiro de regulamentação do ensino profissionalizante não possui, no momento, proposta para regulamentação desses cursos, contribuindo para sua disseminação ao longo do país, seja de forma predatória ou não.

Os anúncios dos cursos divulgados, apresentam carga horária variando de 8 a 200 horas e os custos entre R\$ 60 e R\$ 110, existindo também cursos gratuitos. Os conteúdos ministrados são voltados para conhecimento das doenças mais comuns em idosos, realização de cuidados básicos, preparação para o mercado de trabalho e orientações sobre como elaborar um currículo. O corpo docente é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, sendo o enfermeiro o mais presente na formação dos cuidadores, uma vez que alguns dos cuidados ensinados aproximam-se da prática cotidiana da enfermagem.

“[...] as indefinições na formação são as maiores barreiras para que a atividade se torne “mais profissional.” (R1 Folha de SP)

“Especialistas, no entanto, recomendam que o profissional reúna conhecimentos em terapia ocupacional, geriatria e fisiologia, já que essas informações podem auxiliar no tratamento do paciente.” (R1 Folha de SP)

“Cuidados de enfermagem e aspectos psicológicos do envelhecimento são alguns dos temas abordados.” (R8 O Globo)

Nesse sentido, destaca-se recente legislação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que veda a participação do enfermeiro no ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico-científicos em atividades de formação de Cuidadores de Idosos²⁹. Estudos declaram que enfermeiros, juntamente com médicos e familiares do idoso, são os sujeitos procurados pelo cuidador em caso de dúvidas acerca do cuidado, com destaque para a preocupação dos cuidadores em relação ao agravamento das doenças crônicas do idoso, sendo que essa procura se deve à falta de segurança do cuidador ou de seu conhecimento em saúde³⁰.

Pesquisas afirmam que a inexistência de uma política que unifique uma ementa no Brasil impede que os cursos de cuidador de idosos adotem de um padrão, levando à organização de programas a partir de um método próprio de cada instituição⁸. Ademais, a não regulamentação de tais cursos está relacionada ao fato de a categoria de cuidador ser considerada uma ocupação, não uma profissão³¹. Evidencia-se, também, que a falta do curso não é uma barreira para a contratação do profissional, visto que aqueles que não possuem o curso se inserem no mercado de trabalho devido a sua experiência no cuidado em saúde ou outras vivências afins.

“Existe cuidador que é contratado sem curso. Tem gente que trabalha com pacientes com Alzheimer sem ter o conhecimento específico.” (R11 Folha de SP)

“Quem já exerce a função há dois anos não precisa fazer o curso.” (R12 Folha de SP)

Estudos destacam que em uma sociedade cuja formação escolar constitui a base tanto de socialização quanto de hierarquização, tornando os certificados acadêmicos um importante instrumento de diferenciação dentro e entre as categorias profissionais, há que se questionar o status das empregadas domésticas, e por conseguinte dos cuidadores de idosos. O não investimento em sua formação pode ser

concebido como uma das formas de manutenção de sua posição na informalidade, dentro desse contexto de trabalho doméstico e do cuidado. Destaca-se ainda que desde os primórdios, o trabalho doméstico é considerado um trabalho feminino, para o qual não se exige nenhuma escolaridade, manual, que sendo realizado no espaço da casa, lugar privado, isso já o reduz dentro da sociedade, além de inicialmente ser realizado como troca de favores - comida e lugar para abrigar, uma relação patriarcal³².

Percebe-se um investimento no saber profissional dado por instituições de ensino concomitantemente ao aumento da demanda no mercado, devido ao envelhecimento populacional. Sendo esse um nicho de mercado para as escolas empresas.

O Projeto de Lei nº 4.702/12, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de cuidador de idosos, aprovado pelo Senado e em tramitação na Câmara, apresenta alguns pré-requisitos para o desempenho da função de cuidador, sendo um deles possuir o curso. Assim, tornam-se urgentes as discussões e definições das questões acerca da regulamentação da profissão³³. Outro projeto de lei que tramita na Câmara, o Projeto de Lei nº 7216/17, cria a profissão de cuidador e a caracteriza como um serviço prestado nos domicílios, fora das instituições de saúde, tendo como objetivo melhorar a condição física de indivíduos que estejam com a saúde debilitada, que sejam idosos ou apresentem alguma limitação que dificulte a realização das atividades cotidianas inserir no convívio familiar e social³⁴. Percebe-se que esforços têm sido alvitados para essa regulamentação da ocupação do cuidador. Contudo, existem barreiras que tornam esse processo moroso, indo na velocidade contrária da demanda de mercado, bem como das taxas de envelhecimento populacional.- Anúncios de oferta de vagas

“Há um projeto de lei que determina que o cuidador é quem acompanha e assiste apenas a pessoa idosa. Para exercer, será preciso ter mais de 18 anos e ter completado um curso de qualificação específico, a ser ministrado por instituições reconhecidas por órgãos públicos.” (R12 Folha de SP)

“A profissão não é regulamentada, mas algumas regras norteiam o trabalho.” (R10 Folha de SP)

Apesar desses projetos de lei estarem em tramitação, não há resposta para uma regulamentação da profissão de cuidador, que passou a ser norteadada pela PEC nº 66/2012, aprovada pelo congresso em 2013²¹. A PEC das domésticas responde, em parte, as demandas dos cuidadores de idosos formais domiciliares, mas suscita outras discussões pelo governo, empregadores e cuidadores, uma vez que a atuação dos cuidadores possui particularidades que a diferenciam do empregado doméstico.

“Acompanhante de idoso é contratado como empregado doméstico. [...] As novas regras do trabalho doméstico devem aumentar cerca de 30% os gastos de quem precisa de acompanhantes de idosos. Como a atividade não é regulamentada, os profissionais são contratados como domésticos e passarão a ter jornada máxima de 44 horas semanais, adicional noturno e horas extras.” (R15 O Globo)

“Muitos profissionais acabam registrados como domésticos, o que pode desvirtuar suas funções originais [...]. “Muitas vezes ele acaba ficando com tarefas de diarista, como a faxina. [...] dois grandes problemas são a falta de um piso salarial e as jornadas de trabalho excessivas.” (R11 Folha de SP)

A PEC nº 66/2012, inseriu cuidadores de idosos que atuam em domicílio na categoria de empregados domésticos, assegurando-lhes os mesmos direitos dessa classe, embora não possam exercer tarefas domésticas²¹. Porém, ainda se debate a opção de um regime de trabalho diferenciado para os cuidadores quanto a sua carga horária, de modo que possa ser cumprida em escala de plantão e conferindo àqueles que trabalham à noite o adicional noturno. Ressalta-se que pequena parcela de cuidadores são registrados em carteira.

“Jucá [senador] irá propor um regime de 12 horas trabalhadas por 36 horas de folga, que, segundo o relator, garante uma jornada inferior a 44 horas semanais. [...] O tipo de trabalho de um cuidador ou de uma babá é bem diferente do que uma doméstica faz. Estas diferenças têm de ser cobertas pela legislação para não dar margem a interpretações – disse o parlamentar.” (R23 O Globo)

“[...] no Brasil existem mais de 200 mil cuidadores de idosos, sendo apenas 10 mil com carteira assinada”. (R12 Folha de SP)

Quando contratados como empregados domésticos, os cuidadores devem cumprir uma jornada de trabalho de 8 horas diárias, 44 horas semanais, conforme previsto em lei. Contudo, essa carga horária pode ser flexibilizada mediante acordos entre empregadores e empregados. Essa flexibilidade é coerente, já que as especificidades do trabalho do cuidador o diferenciam das demais ocupações inseridas categorizadas como empregados domésticos.

“Mesmo após a nova lei das domésticas, os patrões podem fazer acordos para estabelecer jornada de 12 horas de trabalho com 36 horas de descanso com empregados que trabalhem como cuidadores de idosos ou doentes.” (R 22 O Globo)

“É ideal que seja respeitado um período mínimo de 11 horas de efetivo descanso entre uma jornada e outra, o que é considerado norma de saúde do trabalhador”. (R32 Folha de SP).

A profissionalização do cuidador de idosos e as questões trabalhistas preocupam o empregador quanto aos custos e jornada de trabalho. Nesse cenário, destacam-se as famílias, que comumente contratam os serviços informalmente, através de acordo verbal ou contrato e sem registro de informações acerca da carga horária de trabalho e salário. O custo da manutenção do cuidador dentro das exigências previstas em lei fez com que algumas famílias assumissem o cuidado do idoso ou buscassem auxílio em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Assim, as ILPIs se tornam uma possibilidade de transferência da responsabilidade do cuidado para famílias que não possuem apoio econômico e social.

“As famílias vão ter que se adequar. Algumas vão aumentar o número de profissionais. Aquelas que não puderem arcar com o aumento do custo vão ter que dividir o trabalho entre os cuidadores e os membros da família.” (R15 O Globo)

“Lei obriga familiares a deixar emprego para cuidar de idosos ou encaminhá-los a instituições. [...] Com a nova lei dos domésticos, o custo do serviço de cuidador ultrapassará o salário da filha que é auxiliar administrativo. “Pagamos R\$ 1000 para a cuidadora da minha mãe. Eu ganho R\$ 1200”. “Alta de custo com cuidadores muda rotina de famílias.” (R26 Folha de SP)

4. O TRABALHO DO CUIDADOR: DAS NECESSIDADES DO MERCADO PARA AS NECESSIDADES DO PROFISSIONAL

As discussões sobre a profissão do cuidador, no Brasil, tiveram início com a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994, seguida da primeira redação da Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999³⁵. O cuidador foi então, definido como um membro familiar ou não, remunerado ou não, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das atividades diárias, sendo excluídas de suas funções, técnicas e procedimentos pertinentes a outras profissões, especialmente da enfermagem³⁶. Tal afirmação também aparece no Guia prático do cuidador, que expõe algumas das atividades que esse poderá desenvolver. Entretanto, os limites da atuação do cuidador e de outros profissionais não são bem estabelecidas, como já apresentado acerca da sua regulamentação e formação são pontos críticos em sua atuação.

Quanto ao mercado de trabalho, observa-se que essa área tem se tornado promissora, com crescente demanda de cuidadores de idosos em cenários diversos. Associam-se a esse quadro a relevância do trabalho do cuidador e a luta pela formalização dessa ocupação.

Estudos³⁷ afirmam que, antigamente, o cuidado do idoso era realizado por membros na família, sobretudo mulheres, que aprenderam a realizá-lo por instinto. Logo, o cuidado não se apresentava de forma profissionalizada e não era e nem poderia ser terceirizado.

Conhecer quem cuidará do idoso é uma questão preocupante, devido às mudanças gradativas do núcleo familiar e com a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Nesse contexto, o cuidador profissional passa a ser absorvido pelo mercado de trabalho podendo atuar no domicílio do idoso ou instituições de saúde (ILPis e hospitais) ⁷. As reportagens tratam sobre isso:

“Idosos abrem mercado a cuidador. [...] Até 2025, deve haver cerca de 34 milhões de pessoas com mais de 60 anos no país [...]. O Brasil está envelhecendo, o que aumenta a procura por profissionais especializados em cuidar dos idosos.” (R1 Folha de SP)

“A procura por cuidadores dobrou nos últimos três anos. [...] Procura por profissionais cresce e deixa atividade menos informal.” (R10 Folha de SP)

“Hoje é grande o número de pessoas que não puderam ou não quiseram ter filhos, as famílias estão menores, os filhos estão distantes, as mulheres, antes cuidadoras naturais, estão no mercado de trabalho [...]” (R41 Folha de SP)

Quanto à oferta de vagas, a maioria destina-se ao trabalho em domicílio. Através da criação de programas e políticas públicas de atenção domiciliar, o governo busca manter o idoso preferencialmente na sua residência. Os idosos e seus familiares têm como meta envelhecer em seus lares, onde são desenvolvidas atividades do processo de envelhecimento e onde se estabelecem relacionamentos, atividades diárias, sentidos, características físicas, afetivas e espirituais ³⁷.

“[Ministra da Secretaria de Direitos Humanos] O que defendemos é que, cada vez menos, tenhamos instituições de longa permanência do tipo asilo e que as famílias mantenham seus idosos no meio familiar.” (R13 Folha de SP)

“[...] apenas 1% dos idosos brasileiros vive em instituições de longa permanência (ILPis). A maioria (65,2%) dessas casas é filantrópica.” (R40 Folha de SP)

Em decorrência do envelhecimento, empreendedores têm investido em instituições de recrutamento, ensino, oferta de serviços e profissionais no âmbito dos cuidadores de idosos, objetivando atender as necessidades do mercado, o nível de exigência de idosos e familiares, além de lucrarem e se destacarem no cenário econômico.

“[...] negócios voltados para pessoas com mais de 60 anos ganham força no mercado.” (R8 O Globo)

“O crescimento recorde da expectativa de vida dos brasileiros tem feito com que a demanda por serviços voltados para a Terceira Idade siga aumentando.” (R11 O Globo)

Observa-se que a escolha por se tornar cuidador de idosos pode estar relacionada às experiências vivenciadas (como cuidar de um familiar ou conhecido) ou aos sentimentos atribuídos à atividade, visto que parte dos indivíduos ocuparam outros cargos anteriormente e mantêm-se na profissão de cuidador por gostarem do ato de cuidar.

“[...] começou a atuar como cuidadora após cuidar de uma tia e de uma vizinha. Depois, passou a trabalhar com isso.” (R10 Folha de SP)

“Já trabalhei em banco, com gastronomia, escola, mas sempre gostei de cuidar. Agora quero trabalhar com isso até o fim.” (R10 Folha de SP)

A agressão física é uma realidade abordada nas reportagens que preocupa e exige medidas emergenciais de contenção. Os casos de violência contra os idosos estão associados à falta de formação adequada e a não regulamentação da profissão, bem como ao perfil e a procedência dos cuidadores.

“[...] cuidadora de idosas acusada de agredir uma mulher de 87 anos.” (R2 O Globo)

“A idosa foi agredida e tratada com desleixo pela cuidadora e pela cozinheira.” (R14 O Globo)

Reportagens também salientaram o adoecimento relacionado ao trabalho e a necessidade do cuidado da sua saúde. O lidar com o cuidado do outro geralmente impede que os profissionais cuidem de si. Ademais, sentimentos de sobrecarga, tensão, receio e insegurança atrelam-se à atividade do cuidado, pois o cuidador presta um serviço contínuo permeado de atividades cotidianas consideradas desgastantes, como auxiliar o idoso no cumprimento das atividades básicas de vida diária, transferências e mudanças de

decúbito³⁸. Essa sobrecarga também relaciona-se com o nível de dependência do idoso de maneira diretamente proporcional.

Nesse contexto, o profissional, ao ter sua saúde, física ou mental, fragilizada, busca afastar-se do idoso, mostrando indiferença, que pode acarretar no abandono do trabalho³⁹.

“Quanto mais tempo a pessoa dedicava à tarefa, mais estresse sentia. [...] O estresse dos cuidadores também aumentava quanto maior era o grau de dependência do idosos.” (R7 Folha de SP)

A oferta de serviços de suporte educacional, psicológico e social a esses cuidadores é fundamental, minimizando possíveis consequências oriundas do ato de cuidar e contribuindo para a recuperação e manutenção do bem-estar e autoestima, bem como para o enfrentamento de conflitos.

“A preocupação dos especialistas é que muitos cuidadores idosos também precisam de atenção à saúde, mas estão desassistidos pelas famílias e pelo poder público [...] No Brasil, o que a gente vê muitas vezes é o cuidador morrer antes do idoso cuidado. [...] Eles vão deixando de ser o que são, descuidam da própria saúde e se tornam o único responsável pela vida do outro. Também se tornam mais vulneráveis à depressão, à redução de convívio social e à diminuição da autoestima [...] A sobrecarga física e emocional também gera sentimentos de raiva, ressentimento e amargura.” (R38 Folha de SP)

As reportagens permitem perceber que devido ao envelhecimento populacional, o cuidador de idosos tornou-se um profissional com visibilidade social, explicitada através da mídia e seus veículos de informação, pelo fato de ser uma “mão de obra necessária”. Sendo requisitado pelo mercado de trabalho, mesmo diante de indefinições, da ausência de padronização e diretrizes quanto à sua formação além desse ofício não ser considerado uma profissão, mas sim uma ocupação dentre as profissões domésticas.

Nota-se que nos últimos dez anos houve maior demanda pelos cuidadores com melhor conhecimento e preparo técnico. Entretanto, esses mesmos empregadores, mediante as mudanças nas legislações trabalhistas com relação à inserção do cuidador de idosos como empregado doméstico, demonstram preocupação diante o aumento do custo para a contratação de um cuidador. Assim como no caso das domésticas, em que muitas famílias deixaram de ter a profissional mensalista para manter a diarista ou mesmo se organizar para não depender desse serviço, há um temor de que esse custo dos cuidadores propicie que as famílias reestruturem sua rotina e abdicuem do emprego para se dedicarem ao cuidado idoso. O mercado necessita de cuidadores formais cada vez mais capacitados e os cuidadores necessitam de regulamentação, formação e condições de trabalho.

5. CONCLUSÃO

A configuração da profissão de cuidador de idosos nos dois jornais brasileiros assemelha-se a realidade observada no cotidiano de trabalho desses profissionais. Os jornais, nos últimos 10 anos, acompanharam as tendências do mercado de trabalho do cuidador, de modo a lhe conferir visibilidade, bem como as discussões sobre os arranjos sociais para o cuidado do idoso.

O cuidador de idosos vem ganhando espaço no mercado e modificando a conjuntura dos modelos de cuidados tradicionais, promovendo discussões trabalhistas, enquanto permanecem incertezas quanto à sua formação, regulamentação, atribuições e limites profissionais.

Essas indefinições influenciam a falta de padronização dos cursos voltados para a formação dos cuidadores de idosos, ofertados por diversas instituições e conseqüentemente, no fazer desse, dificultando sua profissionalização.

Nesse cenário, a ausência de força política faz com que a luta pela definição dos direitos e deveres dessa categoria profissional seja tratada com morosidade nos processos de decisão em tramitação nas instâncias do governo.

A necessidade da regulamentação da profissão de cuidador de idosos no território brasileiro é vista e reconhecida uma vez que o mesmo já se encontra no mercado de trabalho, tendo relevância social e, geralmente, sendo protagonista do cuidado e integrante da equipe de cuidados, seja no domicílio ou nas ILPIs.

Ainda que exista toda uma problemática envolvendo a ocupação cuidador de idosos, essa é uma das profissões do futuro, tendo em vista o aumento da expectativa de vida do brasileiro, as transformações no núcleo familiar, e a ausência do estado nessa conformação, que torna a existência do cuidador uma demanda social. É imprescindível que a sociedade e as esferas governamentais reflitam e entendam a importância desse profissional no contexto da assistência ao idoso.

Para a sociedade e o mercado neoliberal é interessante e desejável que o cuidador seja mantido na informalidade, não havendo a profissionalização dessa ocupação, uma vez que se faz viável que esse profissional receba pouco em relação às suas atribuições, realize múltiplas funções gerando assim pouco gasto. Para o mercado, esse é o profissional ideal, que é capaz de substituir um familiar do idoso, atuar como um profissional de saúde e como empregado doméstico. Desse modo, caso não haja mobilização social por parte da classe, ou das outras profissões que tem apresentado conflitos de limites profissionais, esse profissional será mantido na periferia, enfrentando obstáculos e conflitos presentes no seu cotidiano acerca do seu fazer profissional, permanecendo na incansável e invisível busca pelo reconhecimento profissional.

REFERÊNCIAS

- [1] Araújo DD, Azevedo RS, Chianca TCM. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. *Rev Enferm Cent O Min.* 2011; 1(4):462-9.
- [2] Oliveira JLC, Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Costa AMR, Matsuda LM. Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem* 2011; 15(3):348-55.
- [3] Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo. Genebra, 2015.
- [4] Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. (accessed on 12/Out/2016).
- [5] Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos* 2011; 10(2):388-98.
- [6] Silva LK, Sena RR, Silva PM, Braga PP, Souza CG. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(3):408-14.
- [7] Debert GG, Oliveira AM. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política* 2015; 18:7-41.
- [8] Faht G, Sandri JVA. Cuidador de idosos: formação e perfil dos egressos de uma instituição de ensino. *Mundo da Saúde* 2016; 40(1):21-27.
- [9] Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Northeast Network Nursing Journal* 2016; 17(1).
- [10] Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2014; 17(2):339-52.
- [11] Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(6): 2941-48.
- [12] Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados Lilacs. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008; 61(4):514-517.
- [13] Ribeiro MTF, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1285-92.
- [14] Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2010.
- [15] Certeau M. A invenção do cotidiano 1: as artes do fazer. 22 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- [16] anj.org.br [internet]. Brasília: Associação Nacional de Jornais; c2015. Available from: <<http://www.anj.org.br/maiores-jornais-do-brasil/>>. (accessed on 15/Out/2017).
- [17] Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica* 2015; 16(1).
- [18] Colbari A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. In: Souza EM.(Org.). Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual. Edufes 2014. p.241-72.
- [19] Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

- [20] Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, 2012. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. (accessed on 10/Out/2016).
- [21] Senado Federal. *Proposta de Emenda à Constituição nº 66, de 2012*. Altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e demais trabalhadores urbanos e rurais, 2012. Available from: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/109761>>. (accessed on 11/Ago/2017).
- [22] Paula N. Decisão do TST prevê jornada mais flexível para cuidadores do que prevê PEC das domésticas. O Globo [internet], 2013 abr [cited on 15 abr 2013]. Available from: <https://oglobo.globo.com/economia/decisao-do-tst-preve-jornada-mais-flexivel-para-cuidadores-do-que-preve-pec-das-domesticas-8117956>. (accessed on 02/Jan/2019).
- [23] Berger C, Tavares FMB. Leituras do cotidiano e as interseções entre o Jornalismo e as Ciências Sociais. *Contemporânea - Revista de Comunicação e Cultura* 2014; 12(1):8-26.
- [24] Moraes AT. *Jornalismo e Educação: (des)encontros discursivos*. Goiânia: PUC Goiás, 2013.
- [25] Franzoni S, Ribeiro DB, Lisboa SSM. A verdade no jornalismo: relações entre prática e discurso. Verso e Reverso 2011; 25(58):45-52.
- [26] Conceição, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev. Med. Minas Gerais* 2010; 1(20):81-91.
- [27] Classificação Brasileira De Ocupações (CBO). Available from: <<http://www.mtecbo.gov.br/chosite/pages/home.jsf>>. (accessed on 11/Nov/2017).
- [28] 28 - Born T (Org.). *Cuidar Melhor e evitar a violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- [29] Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0582. Veda a participação do Enfermeiro no ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico-científicos em atividades de formação de Cuidador de Idosos, 2018. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-5822018.2018.pdf>. (accessed on 02/Jan/2019).
- [30] Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):254-62.
- [31] Ravagni Lac. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. in: Born T. *Cuidar melhor e evitar a violência*. Secretaria Especial de Direitos Humanos, Brasília, 2008.
- [32] Teixeira, JC, Saraiva LAS, Carrieri AP. Os lugares da empregadas domésticas. *Organ. Soc. Salvador* 2018; 22(72):161-178.
- [33] Senado Federal. *Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012*. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Brasília: DF, 2012. Available from: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>>. (accessed on 06/Out/2016).
- [34] Câmara dos deputados. *Projeto de Lei nº 7216, de 23 de março de 2017*. Cria a profissão de Cuidador. Brasília: DF, 2017. Available from: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1537040&filename=PL+7216/2017> (accessed on 17/Out/2017).
- [35] Batista MPP, Almeida MHM, Lancman, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2014; 17(4):879-885.
- [36] Ministério da Saúde. *Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999. Available from: <http://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. (accessed on: 13/Out/2016).
- [37] Santos EAR, Castro ASVP. A relação de trabalho da função cuidador de idosos. *CES Revista* 2017; 31(1):292-314.
- [38] Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev. esc. enferm. USP* 2013; 47(1):137-144.
- [39] Sampaio Amo, Rodrigues FN, Pereira VG, Rodrigues SM, Dias CA. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2011; 11(2):590-613.

Capítulo 9

Qualificação profissional do(a) enfermeiro(a) para Assistência ao Idoso na atenção primária à saúde

Gabrielle Mangueira Lacerda

José Augusto de Sousa Rodrigues

Joyce de Souza

Maria Joyce Tavares Alves

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Resumo: A atenção primária é tida como a principal porta de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde, espaço que atua na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, assim como na oferta de atenção integral ao idoso. Compete ao(a) enfermeiro(a) atender as necessidades e contemplar toda a dimensionalidade que envolve o sujeito idoso. Objetivou-se averiguar a percepção do(a) enfermeiro(a) sobre sua qualificação profissional para a assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com os(as) enfermeiros(as) das Estratégias de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, sendo a população composta por 23 enfermeiros(as) e a amostra formada por 11, que atenderam aos critérios de seleção. Utilizou-se de um questionário semiestruturado contendo questões objetivas e subjetivas. Os dados objetivos foram avaliados por intermédio de estatística descritiva e os dados qualitativos analisados por meio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. A maioria dos participantes tem faixa etária entre 30 a 39 anos de idade, com 10 a 12 anos de formação, com tempo de serviço de menos de um ano até nove, com outro vínculo empregatício além da Estratégia de Saúde da Família. Os(as) enfermeiros(as) identificam fragilidades em sua assistência ao público idoso decorrente de sua formação acadêmica e que agrava-se pela falta de capacitação profissional. Percebe-se a importância de se inserir na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem disciplinas gerontogerítricas e investimento e estímulo para a participação ativa do profissional enfermeiro em ações de educação permanente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Pública, Saúde do idoso.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS) caracteriza-se pelo desenvolvimento de serviços diversificados, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, família e coletividade humana, sendo capaz de solucionar 85% dos problemas da comunidade e articular o contato entre a população e as outras esferas da rede de atenção à saúde.¹ Portanto, necessita de uma equipe multidisciplinar capaz de atender de forma integrada e resolutiva.

Quanto ao(a) enfermeiro(a), a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitiu uma maior autonomia profissional, tanto nas ações administrativas quanto assistenciais. No que se refere ao direcionamento assistencial, o cuidado deve ser integral, para atuação como um agente transformador, buscando meios para cuidar da saúde da população, evitando possíveis agravos, além de universal e equânime, conforme preconizado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).²

Contudo, verifica-se pela demanda excessiva de serviços que é atribuída ao(a) enfermeiro(a), que o atendimento na APS tende a ser rápido e limitado, não permitindo um aprofundamento adequado diante da realidade do paciente, principalmente no que se refere ao idoso, com isso, ainda vinculam-se a sintomatologia apresentada, configurando um modelo biomédico.³

As limitações que permeiam a assistência do(a) enfermeiro(a) ao idoso, podem também estar relacionadas ao embasamento teórico fragilizado adquirido na vida acadêmica, devido a ausência de abordagens diretas aos idosos, deixando limitado o seu conhecimento e interferindo na qualidade da assistência prestada.⁴

Ressalta-se que os(as) enfermeiros(as) em formação devem ser instruídos de acordo com a composição demográfica e epidemiológica atual na qual se encontra a saúde, possibilitando ao futuro profissional a competência de intervir de forma adequada diante das necessidades do indivíduo em todas as fases de seu desenvolvimento. Fato que é garantido pela Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) nº 3, de novembro de 2001, que corresponde as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem.⁵

Ademais, é necessário que haja a complementação da formação acadêmica por meio de participação dos profissionais em ações de educação permanente em saúde (EPS), estimulando o empoderamento do profissional para a execução de suas atividades laborais.⁶

Perante o contexto, surgiram algumas indagações a respeito da percepção do profissional enfermeiro para o atendimento aos idosos da área de abrangência da ESF a qual encontra-se inserido.

Tem-se como objetivo averiguar a percepção do(a) enfermeiro(a) sobre sua qualificação profissional para a assistência ao idoso na APS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada no mês de agosto do corrente ano no município de Cajazeiras, estado da Paraíba, que tem uma população estimada de 61.816 habitantes.⁷ Contendo em seu território vinte e três equipes de ESF, das quais, dezessete localizam-se na zona urbana e seis na zona rural.

A população deste estudo foi composta por 23 enfermeiros(as) e a amostra formada por 11 enfermeiros(as) que atenderam aos critérios de seleção, enfermeiros(as) que tinham histórico de trabalho na ESF há mais de 6 meses, ser da zona urbana e estavam inseridos na escala de trabalho durante o período de coleta de dados. Os(as) enfermeiros(as) excluídos da pesquisa foram 12, destes, 06 por serem da zona rural, 01 por não ter o tempo mínimo de trabalho em ESF estipulado para a pesquisa, 01 não se encontrava no período de coleta por estar de férias e 04 se recusaram a participar da entrevista.

Para a coleta de dados, utilizou-se de um questionário semiestruturado como guia, contendo questões objetivas, relacionadas ao perfil sociodemográfico, e subjetivas, relacionadas ao tema proposto. Os dados resultantes das questões objetivas foram avaliados por intermédio de estatística descritiva e os dados qualitativos analisados por meio da Análise de Conteúdo (AC) proposta por Laurence Bardin, que representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações a fim de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.⁸ E por fim, realizou-se uma discussão dos achados conforme a literatura pertinente.

A pesquisa foi realizada seguindo os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, composta por normas e diretrizes, dentre elas, assegurar o sigilo das informações contidas na entrevista, utilizando-as somente para fins de pesquisa.⁹ Sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, sob parecer nº 2.206.653.

Para a construção do estudo utilizou-se o instrumento denominado COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), que foi criado com o objetivo de permitir a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos, formado por uma lista de itens que abrangem os componentes necessários do projeto do estudo, possibilitando ao pesquisador descrever aspectos considerados importantes pela equipe de pesquisa.¹⁰

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos da pesquisa a partir da sistematização e análise dos dados foram apresentados em dois momentos. O primeiro corresponde à análise quantitativa, utilizando-se de tabelas constituídas para caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. O segundo, a análise qualitativa, no qual foram construídas categorias após a transcrição, organização, interpretação e leitura exaustiva do conteúdo decorrente das entrevistas por meio da AC de Laurence Bardin.

Observa-se na Tabela 1 a distribuição dos participantes pelas variáveis: idade, tempo de formação, tempo de serviço e vínculo empregatício em outra instituição.

TABELA 1- Distribuição dos participantes pelas variáveis: idade, tempo de formação, tempo de serviço e vínculo empregatício em outra instituição. Cajazeiras PB, 2017

Idade		
20 a 29	1	9,1
30 a 39	9	81,8
> de 40	1	9,1
Tempo de Formação (anos)		
1 a 3	1	9,1
4 a 6	1	9,1
7 a 9	3	27,3
10 a 12	5	45,4
13 a 15	1	9,1
Tempo de Serviço (anos)		
< 1	3	27,3
1 a 3	3	27,3
4 a 6	1	9,1
7 a 9	3	27,3
10 a 12	0	-
13 a 15	1	9,1
Vínculo empregatício em outra instituição		
Sim	7	63,6
Não	4	36,4
Total	11	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Identifica-se que a maioria dos participantes encontram-se em uma faixa etária que implica na presença de experiências e vivências, corroborando com habilidade e facilidade para lidar com as situações sugestivas de uma ESF.¹¹

A distribuição quanto ao tempo de formação, evidenciou que a maior parte detém de um tempo significativo de formação, vale contemplar que a formação acadêmica, constitui uma formação básica, a qual deve ser agregada com capacitações constantes, frente ao ritmo de mudanças na área da saúde nas mais variadas perspectivas.¹²

Faz-se necessário ressaltar quanto a relação existente entre o tempo de serviço com a qualidade da assistência, devido que equipes que possuem mais anos de serviço podem apresentar um melhor vínculo com a comunidade, estratégia que oportuniza conhecer e reconhecer as verdadeiras necessidades desta.¹³

Em relação a possuir outro vínculo empregatício além da ESF, é uma realidade frequente entre os profissionais da área da saúde que buscam essa alternativa como forma de complementação salarial, acarreta como consequência uma sobrecarga de trabalho, interferindo tanto na qualidade do trabalho ofertado, como na saúde desse trabalhador.¹⁴

Para o delineamento dos dados subjetivos, considerou-se a questão norteadora “Qual a percepção do(a) enfermeiro(a) sobre sua qualificação profissional para a assistência ao idoso na atenção primária à saúde?”, onde foram extraídas três categorias temáticas: Categoria 1- Formação acadêmica do(a) profissional enfermeiro(a) para o atendimento ao idoso; Categoria 2- Ações de educação permanente no contexto profissional do(a) enfermeiro(a); Categoria 3- Percepção do(a) enfermeiro(a) sobre sua assistência ao público idoso na ESF.

3.CATEGORIA 1-FORMAÇÃO ACADÊMICA DO(A) PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A) PARA O ATENDIMENTO AO IDOSO

O ensino dos enfermeiros em formação deve oferecer embasamento teórico-prático que lhes permita atuar com segurança sobre quaisquer temas que venham a encontrar em seus mais variados ambientes de trabalho. Consolidado pela DCN, que deixa claro o tipo de currículo e a formação que os acadêmicos de Enfermagem devem receber, determinando que seja ofertado um ensino privilegiado que atenda às necessidades de saúde da população e promova o desenvolvimento do sistema de saúde de acordo com as políticas públicas.^{5, 15} Contudo, na prática, observa-se que há fragilidades na formação acadêmica do(a) enfermeiro(a).

“(...) dizer que eu fui formado durante a graduação em uma disciplina que me ajudou a coisas específicas do idoso, eu não vi (...)” (SUJEITO 06).

*“(...) não prepara você para o serviço, ela lhe dá só apenas alguma teoria.”
(SUJEITO 08).*

“A academia não nos empodera para sair e já atender especificamente a população idosa (...)” (SUJEITO 11).

A fragilidade existente na formação dos(as) profissionais enfermeiros(as), principalmente no que tange ao aprendizado em saúde do idoso promove a dificuldade em direcionar ações para esse público em suas múltiplas dimensões, comprometendo diretamente a oferta do cuidado integral, assim como, nas práticas desse profissional na ESF, inviabilizando o seu avanço no espaço de trabalho.^{4, 16}

É fundamental que as Instituições de Ensino Superior (IES) incluam conteúdos gerontogeriátricos no curso de graduação em Enfermagem, com o objetivo de superar as limitações e lacunas existentes.^{4, 17}

3.1.CATEGORIA 2- AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO PROFISSIONAL DO(A) ENFERMEIRO(A)

A educação permanente em saúde é uma das estratégias adotadas em serviço como política de desenvolvimento humano voltado para o SUS, aprovado pelas Portarias 198/2004, 1.996/2007, 43/2007 e 48/2007.¹⁸

Tem como meta promover o aperfeiçoamento da formação, pois a educação e o conhecimento é um fator essencial no desenvolvimento do trabalho desses profissionais, entretanto, observa-se a fragilidade na promoção de educação em saúde para os profissionais, em especial na área de assistência ao idoso.

"(...) Voltada ao idoso nunca tive capacitação não." (SUJEITO 01).

"Não voltada pra idoso não (...) nunca participei." (SUJEITO 06).

"Já! (...) aqui é assim que foi inserido no PSF, a gente teve (...) não em si direcionada para o público idoso." (SUJEITO 11).

O cuidado do(a) enfermeiro(a) em relação ao público idoso é alicerçado quanto a presença apenas das comorbidades, doenças degenerativas que mais se fazem presentes nesse grupo, como hipertensão e diabetes, patologias que podem gerar incapacidades.³ Mas esse contexto restringe o atendimento ao idoso, induzindo o profissional a negligenciar as outras dimensões o qual também está inserido. Essa limitação do conhecimento tem associação direta com a falta de capacitação, implicando na falta de consciência do seu papel como agente transformador na ESF.

A oferta de um processo educativo ao profissional traduz a possibilidade de oferecer componentes necessários para um cuidado de qualidade, construindo competência técnica e científica que permita suprir a carência de conhecimentos, e por consequência possibilitar um serviço melhor e que tenha resolutividade.¹⁹

3.2.CATEGORIA 3- PERCEPÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) SOBRE SUA ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO IDOSO NA ESF

Haja vista as limitações decorrentes da deficiente formação acadêmica e ausência de capacitações, observa-se que os enfermeiros não se sentem capacitados o suficiente para prestar uma assistência de qualidade ao idoso.

"Falha, (...) enquanto profissional falha (...)" (Sujeito 11).

"Poderia ser melhor, (...)" (Sujeito 12).

"Acho muito deficiente ainda (...)" (Sujeito 06).

"Deixa a desejar, (...) eles precisam de uma consulta bem mais completa."
(Sujeito 02).

Verifica-se nos relatos a consciência dos(as) enfermeiro(as) quanto a deficiência em sua assistência ao idoso. Os(as) profissionais enfermeiros(as), não apresentam-se atuantes quando o foco é o idoso, em razão disso a atenção recebida na ESF é inadequada e não atende as necessidades e complexidades que permeiam o público.²⁰

A assistência ao idoso vai além das mudanças fisiológicas advindas do envelhecimento, pois também repercute as dificuldades vivenciadas em vida por esse idoso, que são enfrentadas tanto por ele quanto pelos seus familiares. Compete ao(a) enfermeiro(a) englobar em sua assistência toda essa dimensionalidade de fatores que pode repercutir negativamente no estado de saúde do indivíduo, de tal forma que respeite o contexto o qual o mesmo está inserido, em conformidade com as suas condições de vida.

Os(as) enfermeiros(as) responsabilizam as instâncias governamentais, município, estado ou união, por não ofertarem capacitação continuada que lhes permitam meios e qualificação para atender adequadamente. Contudo, não houve por parte dos mesmos indícios de buscarem de forma autônoma tal capacitação, demonstrando uma corresponsabilidade nas limitações presentes na assistência ao idoso.⁴

4.CONCLUSÃO

O estudo nos remete a refletir sobre a assistência que está sendo ofertada na ESF pelos(as) profissionais enfermeiros(as) que atuam na prevenção, promoção e recuperação de saúde, em especial ao idoso. Contudo os(as) enfermeiros(as) atuantes na ESF, identificam fragilidades em sua assistência a esse

público, interferindo diretamente na qualidade desse atendimento e na resolutividade em suas ações. Fragilidades que estão diretamente relacionadas com a carência de conhecimento sobre o idoso, por conseqüências oriundas desde a sua formação acadêmica e que agrava-se pela falta de capacitação, já enquanto atuante na profissão.

Percebe-se a importância de se inserir mudanças na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem quanto a conteúdos gerontogeriátricos, propiciando um suporte aos(as) enfermeiros(as) em formação para desenvolver competências necessárias ao atendimento ao público idoso, assegurando uma melhor abordagem das necessidades. Assim como, investir e estimular a participação ativa desses profissionais em ações de educação permanente.

REFERÊNCIAS

- [1] Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 867-874.
- [2] Kalinowski CE, Martins VB, Neto FRGX, Cunha KO. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. *SANARE*. 2012 jan-jun; 11(1): 06-12.
- [3] Silva KM, Santos SMA. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2015 jan-mar; 24(1): 105-11.
- [4] Alberti GF, Espíndola RB, Carvalho SORM. A qualificação profissional do enfermeiro da atenção primária no cuidado com o idoso. 2014 ago.; 8(8): 2805-10.
- [5] Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 9 de Novembro de 2001; Seção 1, p. 37.
- [6] Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2014 jul-set; 16(3): 604-11.
- [7] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama, história e fotos do município de Cajazeiras. Brasil, Paraíba, Cajazeiras. [acesso em 28 de abril de 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pb/cajazeiras/panorama>.
- [8] Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução CNS466/12. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Brasília(DF); 2012. [acesso em 15 abr. 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- [10] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Sept. 14; 19(6): 349-357.
- [11] Carrillo-García C, Solano-Ruiz MC, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 nov.-dez; 21(6): 1314- 1320.
- [12] Ortega MCB, Cecagno D, Llor AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 maio-jun; 23(3): 404-10.
- [13] Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*. 2016 jan-mar; 20(1): 90-98.
- [14] Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm*. 2010; 44(3): 657-64.
- [15] Coura KRA, Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro em relação às políticas de saúde na expansão do ensino superior. *Rev enferm UFPE on line*. 2015 maio; 9(5): 7826-34.
- [16] Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2105-2115.
- [17] Andrade ATS, Sampaio SPS, Gois CFL, Mattos MCT, Campos MPA, Resende GGS, Santos LV. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica nas universidades federais brasileiras. *Enfermagem em Foco*. 2013; 4(1): 19-23
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2007 ago. 22; Seção 1.

[19] Paulino VCP, Bezerra ALQ, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 jul-set; 20(3): 312-6.

[20] Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 abr-jun; 20(2): 301-9.

Capítulo 10

Percepção do(a) enfermeiro(a) quanto a sua assistência ao idoso com Demência

Maria Joyce Tavares Alves

Gabrielle Mangueira Lacerda

Joyce de Souza

José Augusto de Sousa Rodrigues

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Resumo: O(a) enfermeiro(a) da atenção primária precisa estar apto à cuidar do idoso de maneira geral, inclusive nos casos de demências, para isso, ele deve passar por um processo formativo generalista, além de participar de capacitações profissionais para aprimorar suas competências. O estudo teve como objetivo avaliar a percepção do(a) enfermeiro(a) quanto a sua assistência ao idoso com demência. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada nos meses de agosto e setembro do corrente ano. A população se constituiu por 23 enfermeiros que trabalham na atenção primária do município de Cajazeiras-PB. Teve como amostra 11 enfermeiros que se enquadraram nos critérios de seleção. A coleta foi realizada por meio de entrevista gravada utilizando-se de um questionário semiestruturado composto por questões objetivas e subjetivas. A análise dos dados objetivos foi feita por estatística descritiva e os dados subjetivos foram transcritos e organizados em categorias temáticas por meio da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. Os resultados mostram certa deficiência na qualificação profissional do enfermeiro(a) para assistir ao idoso com demência, um déficit que inicia na academia, onde a temática demência não é vista com a relevância necessária e perdura na vida profissional, quando não é ofertado um suporte com ações de educação permanente e demais capacitações para esses sujeitos, repercutindo em falha no processo assistencial. Pode-se constatar que a ausência de uma boa formação culmina em um profissional com fragilidades na sua atuação, não permitindo que ele organize um plano assistencial adequado às especificidades apresentadas pelo idoso com demência.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Demência, Idoso.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil é um assunto muito discutido na atualidade, o que acaba por impulsionar possíveis questionamentos mediante o impacto que o envelhecimento populacional repercute no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na qualidade da assistência prestada, visto que o envelhecimento naturalmente acarreta uma série de alterações fisiológicas, aumentando a probabilidade de desenvolver algumas doenças, como por exemplo, as demências, que são síndromes crônicas e progressivas que acometem o funcionamento do cérebro, causando desde o déficit das funções cognitivas até o desgaste do controle emocional e comportamental¹.

Para guiar o processo de trabalho na atenção primária, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza o *Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, que contém a avaliação para o rastreamento das síndromes demenciais, indicando uma investigação clínica e cognitiva para identificar a presença de uma demência potencialmente reversível ou sugerir uma investigação mais aprofundada para rastrear demências irreversíveis².

Contudo, percebe-se que muitos profissionais não estão preparados o suficiente para lidar com a significativa elevação na demanda de atendimentos direcionados ao idoso e suas especificidades³, já que necessitam desenvolver métodos de trabalho que proporcionem um atendimento adequado, ou utilizem práticas já existentes que favoreçam a identificação da problemática e uma melhor qualidade de vida a esses idosos, traçando um plano de cuidados que inclua também os familiares e cuidadores, para que eles sejam acompanhados e aconselhados de acordo com as dificuldades encontradas na prestação do cuidado.

Em meio aos demais profissionais, percebe-se que o trabalho realizado pelo(a) enfermeiro(a) da atenção primária à saúde (APS) é muito amplo, partindo desde as práticas de gerência até a prestação de cuidados assistenciais à comunidade, que geralmente são traçados por meio da escuta e das visitas domiciliares, o que proporciona um olhar crítico para compreender e selecionar possíveis intervenções necessárias para atender ao processo saúde-doença no idoso⁴.

Frente a esta situação, os(as) enfermeiros(as) devem ser habilitados em sua formação a agir mediante a composição demográfica e epidemiológica atual, para que possam intervir adequadamente na saúde e bem estar do idoso de acordo com suas necessidades, como regulamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem⁵. Porém, destaca-se que existem fragilidades que precisam ser minimizadas por meio de processo formativo permanente em serviço³, para estimular a prática e o empoderamento profissional no desempenho de suas atividades, o que na realidade não ocorre como preconizado⁶.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção do(a) enfermeiro(a) quanto a sua assistência ao idoso com demência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que contou com a utilização de um instrumento denominado COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*). Ferramenta que permite a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos, possibilitando aos pesquisadores envolvidos no estudo a descrição dos aspectos importantes da pesquisa⁷.

O estudo foi realizado em Cajazeiras, município situado no Estado da Paraíba, com população estimada de 61.816 habitantes⁸. O município é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, possuindo vinte e três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizando-se dezessete na zona urbana e seis na zona rural.

A população foi composta pelos 23 enfermeiros(as) das equipes de ESF, sendo a amostra formada por 11 profissionais. No entanto, foram excluídos da pesquisa 12 enfermeiros(as) por não atenderem aos critérios de seleção, ou seja, um estava trabalhando à menos de seis meses na ESF, seis atuam na zona rural, um não estava escalado para trabalhar no período de realização da coleta dos dados e quatro se recusaram a participar do estudo.

A coleta dos dados deu-se por meio de entrevista gravada utilizando-se de um questionário semiestruturado composto por questões subjetivas, relacionadas ao perfil sociodemográfico da amostra, e objetivas, relacionadas a temática proposta.

A análise dos dados objetivos foi feita por meio de estatística descritiva e os dados subjetivos foram transcritos e organizadas em categorias temáticas por meio da Análise de Conteúdo (AC). Em seguida,

realizou-se a discussão dos resultados conforme a literatura de boa evidência científica.

A AC proposta por Laurence Bardin, leva em consideração uma série de técnicas de análise das comunicações visando, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo contextualizado, obter indicadores que permitam os conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens⁹.

A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Onde foi assegurado o sigilo das informações contidas na entrevista a todos os participantes, utilizando-as somente para fins de pesquisa¹⁰. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores sob parecer nº 2.206.653.

2.1.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram organizados em duas etapas, inicialmente os dados objetivos relativos ao perfil sociodemográfico da amostra e em seguida os dados subjetivos dispostos em categorias de acordo com a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Tabela 01- distribuição dos participantes pelas variáveis: idade, tempo de formação, tempo de serviço e outro vínculo empregatício. Cajazeiras – pb, 2017.

Variáveis	f	%
Idade		
20 a 29	1	9,1
30 a 39	9	81,8
> de 40	1	9,1
Total	11	100
Tempo de Formação (anos)		
1 a 3	1	9,1
4 a 6	1	9,1
7 a 9	3	27,3
10 a 12	5	45,4
13 a 15	1	9,1
Total	11	100
Tempo de Serviço (anos)		
< de 1	3	27,3
1 a 3	3	27,3
4 a 6	1	9,1
7 a 9	3	27,3
10 a 12	0	-
13 a 15	1	9,1
Total	11	100
Outro vínculo empregatício		
Sim	7	63,6
Não	4	36,4
Total	11	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se que a maior parte dos participantes está numa faixa etária adulto jovem, corroborando com o estudo realizado em Cuiabá-MT, que trata do perfil dos profissionais de enfermagem que trabalham na atenção básica¹¹. Sendo assim, presume-se que os profissionais nessa faixa etária podem ser capazes de lidar com as atividades inerentes ao serviço e buscar aperfeiçoamento de práticas que contribuam para o processo de trabalho na APS.

Quanto ao tempo de formação, a maioria dos participantes apresenta um período considerável para a aquisição de experiência e melhoria da assistência, principalmente quando participa de ações de educação

permanente em serviço, sendo de extrema importância para a sua atualização e complementação da formação acadêmica, no intuito de oferecer uma assistência de qualidade aos sujeitos¹².

Com relação ao tempo de serviço na APS, percebe-se uma distribuição semelhante entre menos de um ano até nove anos, o que evidencia profissionais com pouca experiência no processo de trabalho da atenção básica como também mais experientes. Ressalta-se a importância de participação em capacitações independentemente dos anos de experiência profissional, como também o apoio de uma equipe multiprofissional para realizar um trabalho de qualidade, atuando de maneira interdisciplinar na adoção de práticas que venham a contribuir para melhoria do cuidado prestado a comunidade¹³.

A maioria dos profissionais que participaram da pesquisa trabalha em outros locais além da APS, um importante fator a ser considerado devido à possibilidade de comprometimento na qualidade do serviço diante da jornada dupla de trabalho. O profissional que trabalha na APS precisa de tempo para lidar com os assuntos próprios de gestão e assistência. Assim, acredita-se que o(a) enfermeiro(a) que trabalha em dois locais pode ter mais dificuldade em ter tempo e disposição para a realização de qualificações profissionais. Ademais, as duplas jornadas de trabalho podem ocasionar um desgaste físico que leva o profissional ao estresse, desencadeando várias consequências, a exemplo, precariedade das condições de trabalho, conflitos, falta de preparo e capacitação profissional¹⁴.

3. DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS

Considerando o objetivo geral do estudo “Avaliar a percepção do(a) enfermeiro(a) quanto a sua assistência ao idoso com demência” e após realizar leitura exaustiva e cuidadosa das entrevistas, foram construídas as seguintes categorias: Categoria 1- Processo formativo; Categoria 2- Realização de Capacitação Profissional; Categoria 3- Avaliação da assistência prestada.

3.1. CATEGORIA 1- PROCESSO FORMATIVO

Essa categoria tem como função averiguar a percepção dos profissionais de enfermagem quanto às contribuições do seu processo formativo acadêmico no atendimento aos idosos com demência na ESF.

Seis entrevistados consideram que sua formação foi insuficiente para lidar com idosos com demência.

“(...) Sempre fica algo a desejar, sempre fica algo a conhecer, então assim, quanto acadêmico a gente sempre tem necessidades, ainda sai com uma carência de conhecimento pra lidar com esse público” (E01).

“Dizer que eu fui formado durante a graduação em uma disciplina que me ajudou a coisas específicas do idoso, eu não vi, eu acho deficiente, com certeza. Você não sai totalmente preparado pra lidar com o idoso não, o idoso que tem a questão da demência.” (E06).

“Eu acho ela muito precária, que a gente não teve uma base bem feita para um tratamento do idoso com demência, entendeu?” (E09).

“(...) Quase nada, na faculdade não.” (E08).

A maioria dos profissionais da enfermagem considera sua formação inadequada às atividades de trabalho¹². É visto que os cursos de graduação em enfermagem precisam estruturar uma melhor abordagem diante das competências para o cuidado frente ao envelhecimento. Torna-se necessário desenvolver estudos que busquem favorecer o processo formativo do cuidado, identificando estratégias de ensino-aprendizagem generalistas para formação acadêmica do enfermeiro¹⁵.

A formação deficiente faz com que os profissionais não se mostrem preparados para lidar com as especificidades do idoso, o que compromete o atendimento e qualidade de vida desses atores sociais¹⁶.

3.2. CATEGORIA 2- REALIZAÇÃO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Essa categoria tem como função identificar a percepção dos(as) enfermeiros(as) que trabalham na ESF quanto a sua participação em capacitações voltadas para os idosos que possuem demências.

Observa-se que todos os entrevistados informaram que nunca participaram de educação em serviço relacionado ao idoso com demência.

"(...) Eu não tive capacitação voltada para a saúde do idoso não" (E01).

"(...) Ainda falta capacitação pra gente lidar com a demência" (E06).

"Capacitação que não têm, a gente não tem capacitação pra idosos, a gente nunca teve e deveria ter, porque é um público alvo muito grande, e eles vem sempre a unidade" (E09).

"Nunca recebi uma qualificação quanto a isso (...)" (E05).

A ausência de capacitação promove dificuldades na atuação junto ao idoso com demência, o que compromete a qualidade da assistência prestada à população¹³. Sendo assim, o déficit no desenvolvimento dessas ações repercute na precariedade de conhecimento dos profissionais de enfermagem.

"Eu acho que a maior fragilidade é essa, não ter muito conhecimento sobre os estágios de demência (...) eu mesmo admito, pra um profissional que trabalha em ESF, que lida com idoso diariamente, a gente deveria ter mais propriedade, mais aporte" (E06).

Grande parte dos profissionais de enfermagem acredita que é necessário adequar a formação continuada as atividades que são desenvolvidas durante as vivências do dia-a-dia¹², considerando que a capacitação é uma prática que abre espaço para uma interação ideológica entre os sujeitos, possibilitando a melhoria da atuação, podendo gerar um impacto positivo no atendimento ao idoso e no exercício de um trabalho em equipe que complemente a assistência prestada¹⁷.

As ações de educação permanente são importantes, principalmente as que são dirigidas ao idoso e suas complexidades, pois é partindo das discussões e questionamentos possibilitados por essas atividades, que o profissional tem a oportunidade de sanar suas dúvidas e colocar sua opinião sobre questões de saúde observadas na rotina das ESF¹⁷.

Observa-se que a falta de capacitação dos profissionais dificulta inclusive a identificação dos idosos com demência em sua área de abrangência.

"Na minha unidade a gente não tem portador de demência" (E04).

"Eu tive poucos contatos com pacientes com demência, mas por a gente não ter realmente uma qualificação fica difícil a gente se apropriar dessas situações" (E11).

"Não tenho essa experiência de atender pessoa idosa com demência, nunca tive essa experiência de ter nenhum idoso com esse problema. (...) Com demência mesmo não tenho nenhum" (E08).

"No caso de idoso com demência, a minha área ela não tem essa demanda, nós temos apenas uns dois a três pacientes portadores de demência (...)" (E07).

Os profissionais que não participam de atividades de educação permanente não possuem o conhecimento atribuído por práticas de capacitação e aprimoramento, podendo encontrar dificuldades em efetivar determinadas ações mediante a complexidade e adversidade da temática¹³, inclusive a sua identificação.

3.3.CATEGORIA 3- AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

Essa categoria busca mostrar a percepção do profissional de enfermagem diante da assistência que ele oferece aos idosos com demência na ESF.

Observa-se que nove profissionais consideraram sua assistência insuficiente para cuidar dos idosos que possuem demências.

"(...) Eu acredito que ainda fique algo a desejar porque acho que a gente não consiga atingir cem por cento da necessidade de acompanhamento." (E01).

"Nós não estamos preparados pra trabalhar com o idoso, piorou com a demência dele" (E04).

"Em geral ainda pode ser muito melhorada. Eu acho que se em geral a atenção ao idoso às vezes é um pouco falha né, quando entra com a demência é ainda maior essa falha (...)." (E05).

"Eu não acho que eu esteja preparado pra lidar com o idoso em si com demência, porque eu acho que não é só o idoso, é o idoso mais a família do idoso, que tem que lidar com ele." (E06).

"Quanto à questão do idoso com demência, ela é um pouco restrita." (E07).

Grande parte dos profissionais afirma não estarem preparados para lidar com essa problemática, explicam que não receberam treinamento suficiente para investigar adequadamente os casos de demências³. A fragilidade na assistência prestada pela enfermagem da APS pode ser facilmente evidenciada por meio das falas dos profissionais, que exibem uma restrição diante do conhecimento que possuem sobre o assunto, devido à ausência de qualificação profissional.

A importância das qualificações profissionais está justamente em assegurar a qualidade das práticas de enfermagem, fornecendo subsídios para desenvolvê-las com segurança e confiabilidade⁶, podendo proporcionar uma assistência adequada ao idoso de acordo com as especificidades apresentadas pela demência, possibilitando o desenvolvimento de um plano de cuidados que viabilize uma melhoria na qualidade de vida do sujeito.

4. CONCLUSÕES

Constata-se que existe fragilidade em todo o processo de qualificação profissional do enfermeiro(a) para assistir ao idoso com demência. Esse déficit inicia na própria academia, onde a temática demência não é vista com a relevância necessária e perdura na vida profissional, quando não é ofertado um suporte com ações de educação permanente e demais capacitações para esses sujeitos.

A ausência de uma boa preparação culmina em um profissional com fragilidades de conhecimento, podendo ofertar apenas cuidados básicos aos idosos que procuram o serviço, não conseguindo atribuir um bom plano assistencial referente às especificidades apresentadas pela demência, o que repercute diretamente na qualidade de vida do idoso.

Sugere-se que sejam realizados outros estudos sobre o assunto, no intuito de favorecer a disseminação da relevância em aprender sobre a assistência à idosos com demências desde a graduação, continuando esse aprendizado por meio do desenvolvimento de pesquisas e capacitações possibilitando o auxílio no aperfeiçoamento de suas práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

- [1] Burlá C, Camarano AM, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2949-2956.
- [2] Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: cadernos de atenção básica n.º 19. Série A. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- [3] Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2): 298-308.
- [4] Silva JPG, Costa KNFM, Silva GRF, Oliveira SHS, Almeida PC, Fernandes MGM. Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2015; 19(1): 154-161.
- [5] Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em

enfermagem. Brasília (DF); 2001.

- [6] Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014; 16(3): 604-11.
- [7] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007; 19(6): 349-357.
- [8] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama, história e fotos do município de Cajazeiras. Brasil, Paraíba, Cajazeiras. [acesso em 30 de abril de 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pb/cajazeiras/panorama> Bardin L. Análise de conteúdo. Edição 70. São Paulo; 2011.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução CNS 466/12. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 2012. [acesso em 15 de abril de 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- [10] Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012; 14(1): 171-80.
- [11] Ortega MCB, Cecagno D, Llor AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(3): 404-410.
- [12] Viana DM, Araújo RS, Vieira RM, Nogueira CA, Oliveira VC, Renno HMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015; 5(2): 1658-1668.
- [13] Oliveira RJ, Cunha T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. *Caderno Saúde e Desenvolvimento.* 2014; 3(2): 78-93.
- [14] Perez CFA, Tourinho FSV, Júnior PMC. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(4): e0300015.
- [15] Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Competências profissionais para o atendimento de idosos em atenção primária à saúde. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(6): 1020-1025.
- [16] Santos as, Mendonça FTNF, Silva DD, Souza MC, Pacífico LL, Paiva MHP. Atualização de profissionais para a prática de educação em saúde com grupos de idosos. *REFACS [online].* 2015; 3(2): 113-121.

Capítulo 11

A atuação da enfermagem frente à violência contra o Idoso: Revisão de literatura

Rafaella Grazielle de Melo Silva Lima

Suziany de Melo

Shirlleysiana Joyciellem Barros Ferreira

Flávia Gymena Silva de Andrade

Jony Marcos Silva Santos

Gleyciane Lindinalva da Silva

Resumo: Introdução: O Brasil vem ampliando consideravelmente a perspectiva de vida entre os idosos, para acompanhar proporcionalmente esse crescimento e possibilitar melhor qualidade de vida a este grupo deve-se implantar políticas públicas de saúde, visando o declínio de agentes agressores, dentre os quais se destaca a violência sofrida pelo idoso, que tornou-se um problema de saúde pública. Assim, foi se tornando necessária a obtenção de direitos, leis e a criação de políticas públicas direcionadas à senescência. Essa pesquisa teve como objetivo avaliar a produção científica acerca da violência doméstica para com pessoas idosas, bem como a atuação da enfermagem nas formas de constatação e as dificuldades de como proceder diante da situação. Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão da literatura sobre a violência sofrida pela pessoa idosa e a atuação da enfermagem diante deste contexto. O levantamento bibliográfico foi através das bases de dados BVS e SCIELO, utilizando os seguintes descritores: violência, idoso e enfermagem, baseando a pesquisa nos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra e em língua portuguesa e de exclusão: resultados de resumos publicados. Assim, foram estruturadas neste trabalho as ideias extraídas de 9 artigos. Resultados e Discussão: o perfil dos violentados tem uma grande expressão para o gênero feminino, estado civil: casados, sem escolaridade, a faixa etária entre 60-89, residentes com familiares, com renda de até um salário mínimo, portadores de até uma doença crônica não transmissível e possui até uma limitação para atividades instrumentais de vida diária. Os tipos de violência mais vistos foram físicas, negligências, psicológicas, financeiras, e outros (autonegligência, abuso sexual e abandono). O tipo de agressor variou entre: cônjuges, filhos, cuidadores e sobrinhos. Sobre a atuação de enfermagem na identificação das suspeitas de violência domiciliar destaca-se a anamnese em conjunto com o exame físico e também a visita domiciliar. A enfermagem precisa levar em conta todos os processos desencadeantes às agressões e desenvolver estratégias que trabalhem o idoso vitimado desde o acolhimento, acompanhamento e restauração de sua dignidade. Nesse contexto, é imprescindível a realização da denúncia ao órgão competente por parte não só do profissional da saúde, mas também de qualquer cidadão que tenha conhecimento sobre um caso de violência (comprovado ou suspeito), sendo isso uma forma de estratégia intervencionista no combate à violência contra a pessoa idosa. Conclusão: é necessário capacitar os profissionais da saúde e preparar os serviços de atenção para atender a demanda crescente das idosas vítimas de violência, efetivar as notificações e denúncias dos casos, para fortalecimento de um controle que seja mais rigoroso em concordância com as leis e políticas já existentes, bem como verificar a possibilidade da criação de novas políticas e protocolos que assegurem o bem estar físico e psicossocial da pessoa idosa.

Palavras-chave: Violência; Idoso; Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil vem abrangendo consideravelmente a perspectiva de vida entre os idosos, devido à longevidade populacional que vem enfrentando os obstáculos da contemporaneidade, acompanhando proporcionalmente esse crescimento deve-se implantar políticas públicas visando o declínio de agentes agressores físicos e psicológicos, dentre os quais se destaca a violência^{1,2, 7}. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a violência contra a pessoa idosa é um feito inadequado que acontece no ciclo de confiabilidade, que resulta em agravos físicos e psicossociais ao idoso, privando-os de seus direitos, ocasionando também a diminuição na qualidade de vida”³.

No que diz respeito ao tipo de violência ocorrida contra o idoso, existe uma sequência de ordem internacional que abarca: agressão psicológica (que pode ocorrer de forma oral ou através de gestos), agressão física (através de força intencional de lesionar e/ou contenção física e química de hábitos), agressão sexual (ato sexual sem consento), abandono (não cumprimento de responsabilidades pelo cuidador), negligência (omissão de cuidados por parte do responsável), abuso financeiro (apropriação indevida das finanças por parte do cuidador) e autonegligência (inexistência de autocuidado ou condutas que coloca em risco a própria vida)^{5,7}.

A violência sofrida pelo idoso tornou-se um problema de saúde pública devido ao crescimento da perspectiva de vida e com isso foi se tornando necessária a obtenção de direitos, leis e criação de políticas públicas direcionadas à senescência. Esses direitos são assegurados pela Constituição Federal de 1988, pela Política Nacional do Idoso de 1994, pelo Estatuto do Idoso de 2003 e no departamento de saúde está assegurada pela Política Nacional do Idoso de 1999, a qual inclui uma atualização no ano de 2006. Apesar da legislação a população idosa continua a sofrer com a violência, estando exposta a frequente violação dos seus direitos⁸.

No que diz respeito à violência contra a pessoa idosa, estudos realizados apontam a violência doméstica como o principal fator de vulnerabilidade a integridade do idoso, necessitando de uma demanda maior na atuação dos órgãos competentes para investigação e apuração dos casos. Seguindo essa linha, o setor da saúde é um dos melhores campos de atuação para identificação de agressões, devido à área de abrangência. Nesse sentido a atenção primária à saúde pode dispor de intervenções com atividades preventivas e acompanhamento familiar dos vulneráveis integrando a participação comunitária, permitindo assim um diagnóstico situacional e possibilitando uma atuação multidisciplinar efetiva².

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a produção científica acerca da violência doméstica para com pessoas idosas, bem como a atuação da enfermagem nas formas de constatação e as dificuldades de como proceder diante da situação.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura sobre a violência sofrida pela pessoa idosa. Para o alcance do objetivo foi realizado um levantamento bibliográfico através das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os seguintes descritores: violência, idoso e enfermagem, que conduziram a uma amostra de 98 artigos. Destes, foram selecionados apenas os publicados em português nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra e em língua portuguesa, não foram incluídos resultados de resumos publicados, assim, a filtragem foi concluída com 21 artigos. Posteriormente, foram lidos na íntegra e interpretados, sendo necessária a exclusão de mais 12 artigos por não atenderem a temática proposta. Desse modo, para a obtenção de argumentos necessários a construção deste estudo, ora abordado, totalizaram-se 9 artigos.

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados para a pesquisa foi possível perceber um consenso entre os mesmos, ficando perceptível a caracterização do perfil dos violentados, tendo grande expressão: o gênero feminino; quanto ao estado civil: casados; sem escolaridade; faixa etária entre 60-89 anos; moram com familiares; renda de até um salário mínimo; portadores de até uma doença crônica não transmissível; não possuem dependência para realização das atividades básicas de vida diária e possuem pelo menos uma dependência para realização de atividades instrumentais de vida diária¹⁻⁹.

No que concerne ao tipo de violência sofrido, podemos destacar uma ordem que segue internacionalmente, em consonância a circunstância nacional, destaca-se em primeiro lugar a violência

psicológica^{1,3-6,9}, seguido de financeira que foi verificado em 4 artigos^{2,3,5,9}, física^{1,3-6,9} e negligência^{1-3,5,9} definindo como outros (autonegligência, abuso sexual e abandono)^{1-3,5}. Apenas um artigo trouxe o abandono em primeiro lugar⁴.

Estes artigos abordados apontam uma concordância acerca do ambiente que propicia as ações de agressão, tendo como principal cenário o meio domiciliar, onde seguem as inúmeras formas de violência supracitadas ao idoso. Frente ao tipo de agressor variou entre cônjuge, filho, cuidador e sobrinho, sendo relativo ao número de membros integrados no seio da família. Também foi considerado o nível de dependência marcado nas atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, pois quanto mais incapacidade funcional o idoso possuir, mais vulnerável estará a violência¹⁻⁹.

Sobre a atuação de enfermagem na identificação das suspeitas de violência domiciliar destaca-se a anamnese em conjunto com o exame físico, como também a visita domiciliar, estes elementos formam um conjunto importante na identificação das ameaças. As pesquisas mostraram uma divergência no que se refere à conduta tomada pelo enfermeiro, em que alguns entrevistados relataram comunicar aos órgãos competentes e notificar a identificação da violência, uns acabam desenvolvendo ações que neutralizem os agravos e outros se tornam omissos em preferir não se comprometer por receio da quebra do sigilo ou por medo dos parentes²⁻³.

Desse modo, contribui com a subnotificação, desrespeitando o código de ética profissional e se pondo contra os preceitos legais que garantem a proteção e direito aos idosos. Ao ser omissos o profissional nega estes direitos de proteção adquiridos pelos idosos, embora seja seu dever encaminhar estes casos para garantir proteção pelos órgãos competentes^{2,7}. Alguns destes profissionais alegam não tomar as providências cabíveis, devido à falta de proteção para assegurar o próprio bem-estar diante do agressor, também é mencionado à falta de capacitação dos próprios profissionais no reconhecimento da violência^{2,3,9}.

A enfermagem precisa levar em conta todos os processos desencadeantes às agressões, e desenvolver estratégias que trabalhem o idoso vitimado desde o acolhimento, acompanhamento e restauração de sua dignidade, baseado nas políticas públicas. Dentre os fatores desencadeantes a literatura também nos traz como elementos perceptíveis identificados pelo profissional da saúde às faltas frequentes das consultas agendadas, discurso incoerente relacionado às lesões e traumas sofridos, relatos de mais de três quedas por ano, pânico, desesperança e depressão, mostrando uma forte indicação na facilidade de reconhecimento da agressão. Assim, é necessário reforçar a este público os seus direitos adquiridos e sua importante participação para reconhecimento da violência sofrida e efetiva notificação e denúncia aos órgãos competentes¹⁻².

Os profissionais da saúde estão passíveis de multa ao se omitirem de denunciar e notificar os casos de violência por eles identificados, previsto no art. 57 do Estatuto do Idoso que pode ser calculado em cima do dano sofrido pelo idoso e em casos de recidiva o valor deverá ser duplicado, enquanto o art. 19 dispõe sobre a obrigatoriedade do profissional de comunicar os casos as autoridades competentes. O Estatuto supracitado impõe também em seu art. 4º que “Nenhum idoso será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos”⁶⁻¹⁰.

Nesse contexto, além da obrigação da denúncia por parte não só do profissional da saúde, mas também de qualquer cidadão que tenha conhecimento ou tenha presenciado um caso de violência, devem alertar ao órgão competente os casos de suspeitas ou comprovados, sendo isso uma forma de estratégia intervencionista no combate à violência contra a pessoa idosa⁶⁻¹⁰.

3. CONCLUSÃO

Diante deste cenário, podemos concluir que os serviços de saúde são em sua grande maioria, despreparados e inespecíficos para esse público, ressalta-se ainda, a falta de capacitação dos profissionais em saúde para com a demanda cada vez mais crescente da população idosa vítimas de violência, os cálculos apontam que a cada dez idosos, um sofre algum tipo de agressão e ainda assim há subnotificação desses casos nos sistemas de informação.

Em consonância os autores verificam uma estimativa que o idoso que apresenta um declínio na saúde tem maior chance de ser vítima de agressão, pois os estudos indicam a correlação entre a saúde do idoso e a violência, fatores como a depressão, a circunstância em ser mais velho e mulher, desesperança, casos de violência doméstica, grau de interdependência com o ofensor e grau de esgotamento do cuidador para

responsabilizar-se com o idoso. Recomenda-se uma atuação mais efetiva dos trabalhadores da saúde, com maior cautela e interdisciplinaridade voltada à pessoa idosa vítima de violência e com caráter punitivo aos agressores. As políticas de saúde devem estar direcionadas e preparadas para compactuar com outros vínculos sociais desacelerando os índices e revertendo os altos números de casos de mortalidade resultantes da violência e de suas sequelas como: amedrontamento, perturbação e até crises de pânico pós-traumático. Desta forma, espera-se do profissional de saúde, implantação de programas junto com a comunidade e também nos domicílios, orientando e levando esclarecimentos sobre o que acarreta agressão ao idoso, seus direitos e deveres conquistados e respaldados por lei.

Embora muitos casos sejam de difícil diagnóstico devido à agressão e o agressor ser omitido pela própria vítima, os estudos comprovam que esses profissionais quando melhor qualificados e incentivados melhoram os resultados de identificação precoce dos casos de agressividade. O profissional de saúde, em especial os das Estratégias de Saúde da Família, pelo maior contato com as vítimas e sendo a equipe que faz visita domiciliar, tem um papel importantíssimo, mas também um enfrentamento maior com o número de casos e detecção precoce dos mesmos.

Como uma das mais importantes conquistas, o Estatuto do Idoso, mesmo precisando de alguns ajustes, é o instrumento de maior valor respaldando o idoso com 60 anos acima de ter seus direitos garantidos não só pelo Estado, mas também pela sociedade e pela família. Dá-se então a importância de toda a coletividade, especialmente a população mais jovem, ser orientada para respeitar e auxiliar o idoso, tendo ciência que a agressividade e ignorar o idoso vítima de violência leva lamentavelmente a um envelhecimento sem dignidade para o indivíduo.

REFERÊNCIAS

- [1] Guimaraes DBO, Mendes PN, Rodrigues IS, Feitosa CDA, Sales JCS, Figueiredo MLF. Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016 Abril; 10(3): 1343-1350.
- [2] Musse J, Rios MHE, Atuação do enfermeiro perante a violência doméstica sofrida pelo idoso. *Estud. Interdiscipl. Envelhec*. 2015; 20(2): 356-379.
- [3] Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Violência contra idosos em três municípios brasileiro. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017 jul-ago; 70(4): 816-24.
- [4] Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idoso: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015 nov-dez; 68(6): 1035-41.
- [5] Faustino AM, Gandolfi L, Moura LB. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5): 392-398.
- [6] Reis LA, Gomes NP, Reis LA, Menezes TM, Carneiro JB. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5): 434-439, 2014.
- [7] Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGM, Silva AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. Brasília 2013; jan-fev; 66(1): 128-33.
- [8] Rocha EN, Vilela Aba, Silva DM. Enfrentamento da violência intrafamiliar contra pessoas idosas pelos profissionais de saúde. *Rev Kairós Gerontologia*. 2015; 18(4): 29-46.
- [9] Carmona-Torres JM, Carvalhal-Silva RM, Vieira-Mendes MH, Recio-Andrade B, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2932.
- [10] Brasil, Lei N. 10.471, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providencias. In: Presidência da Republica. Portal Legislação. Diário Oficial da União, Brasília-DF, outubro de 2003.

Capítulo 12

Ações educativas e oficinas culinárias na melhoria da qualidade de vida de idosos

Larissa Alves da Costa

José Lucas Santos

Lenyelle do Nascimento Fernandes

Resumo: O Brasil possui mais de 15 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade, representando 8,6% do total da população. Já é consenso que a qualidade de vida está associada, entre outros fatores, ao estilo de vida e à dieta que se consome. Pensando nisso, na disciplina de Práticas em Saúde Coletiva (PSC), da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité-PB, tivemos a oportunidade de desenvolver, juntamente com outros profissionais, estratégias para promoção de saúde direcionada a um grupo de Idosos atrelados ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), do município de Cuité-PB. Objetivou-se com este trabalho relatar experiências vivenciadas na disciplina de PSC, por meio do desenvolvimento de ações educativas relacionadas ao estilo de vida e também através de oficinas culinárias realizadas junto aos idosos. O encontro era semanal, iniciando-se com a dança aeróbica. Em seguida a equipe de nutrição procurava transmitir conhecimento relacionando o tema em questão “Qualidade de Vida: descobrindo a alimentação na terceira idade”, através de conversas, dinâmicas, teatro, entre outros meios, finalizando com as oficinas culinárias. O público demonstrou interesse pelos temas abordados, as oficinas despertaram a atenção, bem como o interesse em inserir as preparações no cotidiano. Além disso, tratou-se de uma estratégia para melhor compreensão e participação direta do grupo, permitindo uma troca mútua de experiências e informações entre os graduandos e participantes. O conhecimento da relação entre nutrição e qualidade de vida, abordada durante as oficinas culinárias, integram a educação nutricional como ferramenta na transmissão de informações no contexto de uma alimentação saudável, visando à melhoria na qualidade de vida dessa população, uma vez que, pode contribuir para inclusão de hábitos alimentares saudáveis no grupo de idosos.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Idosos, oficinas culinárias.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) define como idoso aqueles indivíduos com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. No entanto, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, uma vez que existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade. O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que uma demarcação de idade-limite biológica. (Brasil, 2005).

No Brasil o crescimento da população idosa tem aumentado de forma bastante progressiva. Hoje são 15 milhões de idosos e a estimativa para 2020, poderá exceder 30 milhões, chegando a representar quase 13% do total da população brasileira. Este dado tem gerado preocupação, uma vez que o aumento da população idosa demanda mudanças estruturais em diversos segmentos da sociedade como: educação, saúde, política, economia e outros. (BRASIL, 2002)

O envelhecimento e a presença da população de idosos nos processos sociais estão alterando as relações, valores e condições de vida. A mudança na estrutura da população vem introduzindo novos objetivos políticos e sociais para os “velhos” que farão parte do futuro. Assim, como os órgãos governamentais, o mercado também deverá preparar-se para suprir as demandas e responder aos desafios decorrentes do envelhecimento populacional, desenvolvendo produtos e serviços voltados ao atendimento das necessidades do grupo etário com 60 anos ou mais (FELIPE, 2006).

Para a Organização Mundial da Saúde (1998), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto, qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços, ou apenas existindo.

Já é consenso que a qualidade de vida está associada, entre outros fatores, ao estilo de vida e à dieta que se consome (PINTO, 2010). O envelhecimento está relacionado com alterações fisiológicas que afetam a necessidade de vários nutrientes. Enquanto o impacto das alterações relacionadas ao envelhecimento na fisiologia e metabolismo tem sido extensivamente avaliado em estudos farmacológicos, somente nas últimas duas décadas que muitas pesquisas têm sido conduzidas para definir o impacto destas alterações nas necessidades nutricionais humanas (MORIGUTI).

A qualidade de vida na terceira Idade pode ser definida como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (OMS, 1991). O conceito de qualidade de vida está, portanto, relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (SILVA, 2011). Nas últimas décadas, tem-se presenciado o crescimento do interesse por parte dos indivíduos e dos profissionais da área de saúde pela atividade física regular (treinamento) como meio de atingir o bem-estar físico e cognitivo (ANTUNES, 2006).

Do ponto de vista físico, o fator mais importante na manutenção da saúde é o cuidado com a alimentação – existe até um ditado popular que versa sobre o assunto: “somos o que comemos”. Uma alimentação saudável implica em suprir o organismo com todos os nutrientes de que ele necessita para o seu bom funcionamento e para a conservação de um peso estável, fatores importantes na prevenção de várias doenças. Visitas regulares ao médico são fundamentais para prevenir, diagnosticar e tratar possíveis doenças que possam diminuir a qualidade de vida. Além disso, a prática regular de atividades aeróbicas e exercícios, sempre de acordo com as limitações físicas e com orientação especializada, contribui para a conservação da saúde (TESSARI).

Visualizando essa necessidade, os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) investe em práticas educativas para proporcionar assistência ao idoso, visando à melhoria da qualidade de vida. (GOMES, 2014) Compostos por ambos os sexos, os SCFV são organizados por faixa etária, e tem como objetivo prevenir possíveis situações de risco da população em geral. Cada uma das situações de fragilidade enfrentadas pelos cidadãos deve receber um tipo de atenção diferenciada, de acordo com as necessidades de cada um. Além disso, as potencialidades das famílias devem ser ponto de partida para a organização dos serviços de proteção básica de assistência social, que estimulam a participação social. Ocorrem por meio do trabalho em grupos ou coletivos e organizam-se de modo a ampliar trocas culturais

e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. O SCFV para Idosos tem como foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social (MDS, 2010).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (VECCHIA, 2005). Destarte, com o objetivo de promover qualidade de vida para os idosos do SCFV, popularmente chamados de “Grupo Alegria de Viver” em um município de pequeno porte, foram desenvolvidas ações educativas no âmbito da promoção da alimentação adequada e saudável, tendo como estratégia a utilização de oficinas culinárias.

2.METODOLOGIA

O SCFV de idosos do Município de Cuité, “Alegria de Viver”, funciona durante a semana, de segunda a sexta, a partir das 05:00h, com participação de profissionais das diversas áreas, desenvolvendo atividades que visam promoção de saúde, envelhecimento saudável, inclusão social, objetivando qualidade de vida para a comunidade local.

Através da disciplina de Práticas em Nutrição Saúde Coletiva ofertada no curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, ligada a Unidade Acadêmica de Saúde, campus de Cuité-PB, foi possível, durante um ciclo de três meses, obter vivência acadêmica neste espaço de SCFV, através do desenvolvimento de atividades baseadas em estratégias para promoção de saúde direcionada a este grupo de Idosos.

As atividades foram desenvolvidas semanalmente, mais precisamente nas sextas feiras no horário da manhã, iniciando-se as 05h00min. A primeira atividade do dia destinava-se às 1h e 30 min de prática de atividade física, o zumba, dança aeróbica comandada pela educadora física, uma das pioneiras do grupo. A dança aeróbica mandava embora a indisposição, atentando todos a participar de maneira dinâmica das atividades posteriores. Neste segundo momento a equipe de nutrição procurava transmitir conhecimento relacionando ao tema pré-estabelecido “Qualidade de Vida: descobrindo a alimentação na terceira idade”. Este tema foi introduzido por meio de rodas de conversas, palestras, dinâmicas, teatro e principalmente oficinas culinárias, trazendo a tona situações cotidianas vivenciadas pela população idosa. Após a discussão, destinava-se um terceiro momento para a execução de oficinas culinárias, sempre relacionadas ao tema do dia. Os estudantes de nutrição solicitava a participação de um ou mais idosos para a elaboração da receita do dia, enquanto os demais observavam. Cada sexta-feira era composta de um subtema, entre os subtemas abordados e oficinas culinárias destaca-se “Estimulando o consumo de espinafre”, “Gastronomia do Alegria de Viver”, “Estimulando a comensalidade”, “Pizza saudável à base de berinjela”, “Adoçando a terceira idade”, “Desvendando o Direito Humano a Alimentação Adequada”, “Um toque final de bolo saudável para encerramento do ciclo”. Nestes momentos foi possível abordar os benefícios dos alimentos, orientações sobre consumo de açúcar, sal, gordura, a importância da alimentação à mesa com a família, entre outras informações, enquanto que nas oficinas, que ocorriam sempre após a palestra, elaboraram-se receitas saudáveis, formas de preparo, com degustação ao final de cada preparação.

Visando a fixação das receitas, o despertar da autenticidade e das potencialidades artísticas dos idosos, foi elaborado por todo o grupo, concomitantemente as últimas semanas de atividade, um livro de receitas, composto de versos com autoria dos próprios idosos, receitas realizadas nas oficinas culinárias, e receitas descritas pelos idosos. Este livro foi replicado e entregue a cada participante do grupo.

Para finalizar, o ciclo culminou com uma viagem para Natal- RN, onde foi possível vivenciar momentos de diversão e despedidas. O passeio contou com uma viagem de barco com a presença de um guia turístico, “piquenique a beira mar” com as preparações das oficinas culinárias feita pelos próprios idosos; banho de mar e muita música.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo caracterizado por alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que levam a uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Mediante a ocorrência destas modificações, fatores como alterações no sistema estomatognático devem ser passíveis de avaliação devido aos transtornos que ocasionam no estado de nutrição do paciente idoso. No processo

de envelhecimento, a importância da alimentação é comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção, os quais têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cerebrovasculares, vários tipos de cânceres, diabetes melito, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações (CATÃO, 2011).

Ao analisar as atividades realizadas, seu encandeamento e a dinâmica geral utilizada pelo grupo, pode-se reconhecer resultados que evidenciam a importância da construção coletiva de experiências para a reflexão pessoal e atuação domiciliar, bem como a possibilidade de aliar informação, culinária, saúde e prazer. A opção da culinária como eixo estruturante do projeto, adotando-se uma abordagem que valorizou a dimensão cultural da alimentação e a sua contextualização permite superar a abordagem focada, estritamente, nos aspectos nutricionais e sanitários da alimentação, tradicionalmente hegemônica nas ações de educação em saúde. Além disso, tratar a alimentação como o reflexo de hábitos alimentares construídos durante toda a vida, e não apenas como o simples ato de comer, proporcionou a cada participante um resgate da própria história e identidade. Através das atividades que estimularam a memória autobiográfica foi possível reviver os acontecimentos do passado e interpretá-los de outra maneira, ressignificando histórias de vida.

As discussões a cerca da importância da comensalidade, incluindo a peça teatral a qual encenou uma família que desvalorizava o ato de comer a mesa, oportunizou o relato de experiências dos idosos, que se identificaram com a situação simulada. Foi possível explorar, através de uma roda de conversa, possíveis soluções para o problema enfrentado.

Outro debate relevante foi à abordagem do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), antes desconhecido pela maioria dos idosos. Entender que todo homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, deve ter acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção, fez com que os idosos se empoderassem de um dos seus direitos como cidadão.

O incentivo a agricultura local também fez parte das atividades. A escolha do espinafre como matéria-prima da primeira oficina culinária não foi à toa. Foi possível observar que, apesar deste vegetal ser amplamente cultivado na região, o seu consumo ainda encontrava-se restrito. Visando a valorização do mesmo, foram apresentadas novas formas de preparações utilizando o espinafre, atentando-se para o seu valor nutritivo. A forte aceitação da torta de espinafre ampliou a visão para a utilização de diversos alimentos cultivados na região, lançando mão da diversidade no preparo.

As oficinas culinárias “Pizza de berinjela” e “Adoçando a terceira idade”, tiveram por objetivo mostrar que é possível ter uma alimentação balanceada e saudável utilizando preparações tradicionalmente conhecidas como prejudiciais à saúde. Além disso, o doce de maçã sem a adição de açúcar foi importante especialmente para idosos que possuem diabetes.

O subtema “gastronomia do Alegria de Viver” estimulou a criatividade dos idosos e propiciou-os a externar os sentimentos pelo grupo. Além disso, montar um prato ilustrativo com o jerimum e condimentos que representassem o Alegria de Viver incentivou o consumo destes alimentos.

De uma maneira geral, observou-se que o público demonstrou interesse pelo tema e subtemas abordados, as oficinas despertaram a atenção, bem como o interesse em inserir as preparações no cotidiano. Além disso, tratou-se de uma estratégia para melhor compreensão e participação direta do grupo, permitindo uma troca mútua de experiências e a construção de informações importantes entre graduandos e participantes.

Quando alguém relatava sua experiência percebia-se no olhar dos demais membros do grupo o desejo de compartilhar experiências pessoais e conhecimentos populares adquiridos com o passar dos anos, permitindo uma rica interação, de forma que todos se respeitavam e se reconheciam nas histórias uns dos outros.

Assim, observa-se por meio das vivências supracitadas que, tornar o ambiente da cozinha e das refeições mais adequado e agradável para conferir maior conforto, segurança e autonomia no dia a dia das pessoas idosas é uma medida que tem impacto positivo na autoestima, no preparo das refeições e no estabelecimento do prazer a mesa, assim como, assegurar a participação da pessoa idosa no planejamento da alimentação diária e no preparo das refeições possibilita o maior envolvimento com a alimentação. Portanto, cria-se uma condição propícia para discutir a necessidade de eventuais mudanças nos procedimentos associados à compra, ao armazenamento, à higiene pessoal e ao preparo dos alimentos a fim de facilitar o seu dia a dia e favorecer uma alimentação segura (BRASIL, 2010).

Através disso, atualmente, o exercício físico é uma necessidade absoluta para o homem, pois com o desenvolvimento científico e tecnológico advindo da revolução industrial e da revolução tecnológica, pela qual passamos, nos deparamos com elevado nível de estresse, ansiedade e sedentarismo que compromete a saúde de boa parte das populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento (ANTUNES, 2006).

No que se refere aos momentos da dança, sempre presentes nos encontros, além de resultarem em benefícios físicos foram importantes para descontração, interação dos componentes do grupo e formação de vínculos. Segundo Antunes (2006), o exercício e o treinamento físico são conhecidos por promover diversas alterações, incluindo benefícios cardiorrespiratórios, aumento da densidade mineral óssea e diminuição do risco de doenças crônicas-degenerativas, além de, recentemente, alguns estudos demonstrarem uma relação também com melhoria na função cognitiva.

Dessa forma, pode-se perceber a importância do desenvolvimento de atividades com caráter multiprofissional, uma vez que o mesmo pode contribuir para a eficácia de ações responsáveis por melhorar a saúde e a nutrição dos indivíduos a partir da construção compartilhada de conhecimentos (BRASIL, 2009).

4. CONCLUSÕES

O modelo aqui apresentado, executado pelo grupo, mostrou-se factível como estratégia de ação educativa, no contexto de promoção a alimentação saudável e sua abrangência. Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária. Vale destacar ainda que o conhecimento da relação entre nutrição e qualidade de vida, abordada durante as oficinas culinárias, integram a educação nutricional como ferramenta na transmissão de informações no contexto de uma alimentação saudável, visando à melhoria na qualidade de vida dessa população, uma vez que, pode contribuir para inclusão de hábitos alimentares saudáveis no grupo de idosos. Portanto, o projeto tem grande relevância social e educacional, uma vez que enxerga o indivíduo como sujeito de sua história e reflexo de suas experiências pessoais e coletivas.

O Grupo Alegria de Viver vem contribuindo de maneira expressiva para a melhoria da qualidade de vida dos idosos de Cuité-PB e para a formação e desenvolvimento dos graduandos e profissionais envolvidos com o mesmo, apontando para um dos objetivos da extensão universitária: a transformação das relações sociais. Cabe ainda ressaltar o conteúdo agregado aos acadêmicos no contexto do reconhecimento do envelhecimento populacional como uma questão de saúde pública, o que constitui um dos grandes desafios para a sociedade e os gestores públicos, no qual o cuidado à pessoa idosa precisa ser visto de maneira integral tanto pela instituição que o recebe quanto pelos profissionais que compõem a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Antunes, H. K. M.; SANTOS, R. F.; Cassilhas, R.; Santos, R. V. T.; Bueno O. F. A.; Mello, M. T. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*. v.12, n.2, p. 108-114, 2006
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000, Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- [3] Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.
- [4] Brasil. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.
- [5] Brasil. Matriz de ações de alimento e nutrição na Atenção Básica de saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2009.
- [6] Brasil. Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/servicos/convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>> Acesso em: 22 de junho de 2015.
- [7] Brasil. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão, 25 de jul. de 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 21 de maio de 2015.
- [8] Catão, M. H.C. V.; XAVIER A. F. C.; Pinto, T. C. A. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 9, n. 29, 2011.
- [9] Felipe, M. R. Atenção alimentar e nutricional a turistas idosos: um estudo da rede hoteleira de balneário Camboriú/SC. 2006. 136f. Tese (Doutorado em Turismo e Hotelaria). Universidade do Vale do Itajaí – Univali. Balneário Camboriú, 2006.
- [10] Gomes, H. M.; Boas, D. T. V.; Oliveira, L. B.; Lucena, A. L. R.; Vieira, K. F. L.; Freitas, F. F. Q. Extensão universitária: a arte de cuidar de idosos. *Revista Ciências & Saúde*, v. 12, n. 1, 2014.
- [11] Moriguti, J. C.; Matos, F. D.; Marchini, J. S.; Ferriolli, E. Nutrição no Idoso. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- [12] Pinto, A. L. D.; Paiva, C. L. Desenvolvimento de uma massa funcional pronta para tortas utilizando o método de Desdobramento da Função Qualidade. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, Campinas, v. 30, n. 1, p. 36-43, 2010.
- [13] Silva, M. M. S.; Silva, B. L.; Oliveira, D. R.; Silva N. M. C. Qualidade de vida na terceira idade. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Fundação Universidade do Tocantins – Unitins. João Pessoa, 2011.
- [14] Vecchia, R. D.; Ruiz, T.; Bocchi, S. C. M.; Corrente, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2005; v. 8, n.3, p.246-252.
- [15] WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28:551-8.

Capítulo 13

Educação em saúde para idosos: A sala de espera como local de construção de hábitos de vida saudável

Lívia Maria Zacarias Claudino

Larissa Alves do Nascimento

Larissa Dandara Lima dos Santos

Amanda Cavalcante de Macêdo

Resumo: Introdução semelhante a outros países em desenvolvimento, o Brasil passa por uma constante mudança na pirâmide etária, com a diminuição da taxa de natalidade e um progressivo aumento da população idosa, o que reflete sobre múltiplos domínios da sociedade, principalmente na saúde. No processo de envelhecimento, o indivíduo passa por diferentes transformações biopsicossociais, sendo necessário o amparo das políticas de saúde e dos profissionais que as compõem, proporcionando envelhecimento saudável e ativo¹. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível². Nessa conjuntura, a promoção da saúde ancorada na educação em saúde, proporciona a participação ativa do indivíduo e tornando-o protagonista da sua própria saúde, através de escolhas saudáveis³. **OBJETIVOS:** relatar a experiência de membros de uma liga acadêmica em uma ação de educação em saúde com idosos sobre envelhecimento saudável e hábitos de vida, realizada em uma sala de espera. em uma ação com idosos e refletir sobre os efeitos dessa prática no processo de educação em saúde. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da vivência de membros da Liga Acadêmica Educação em Saúde, que tem como objetivo promover ações educativas em saúde para diferentes populações e faixas etárias proporcionando a participação ativa de todos os envolvidos e dando-lhes autonomia para escolhas saudáveis. **RESULTADOS:** a ação proposta pela liga desenvolveu-se em uma sala de espera de um ambulatório de especialidades, ao momento em que os presentes aguardavam o momento da consulta com o cardiologista, percebendo-se que a maioria era idosa. Tendo a sala de espera como um local oportuno para a disseminação de conhecimentos inerentes à saúde, os presentes foram convidados a fazer verificação de pressão arterial, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e verificação da circunferência abdominal, ao momento que eram orientadas acerca dos hábitos de vida saudáveis e riscos referentes aos dados alterados observados no momento. Assim, durante a ação, foi perceptível a satisfação da maioria em participar e dividir tanto com os membros da liga quanto com os outros participantes seus saberes, dúvidas e colocações, contribuindo para a construção de conceitos e adequando-os à realidade de cada um. **CONCLUSÃO:** O envelhecimento populacional tem sido observado em todo o mundo, fazendo parte do cotidiano e observado, principalmente, no âmbito da saúde. É um processo global e, atualmente, de grande relevância, pois geram mudanças nos aspectos sociais, políticos, econômicos e epidemiológicos, refletindo diretamente nos sistemas de saúde. Sendo assim, trabalhar essa temática ouvindo as diferentes histórias e contextos aos quais os participantes estavam envolvidos, através de uma escuta qualificada, foi de grande importância para fazer as orientações. Com isso, se estabeleceu uma troca de saberes entre os acadêmicos e os idosos, por meio de conversas para esclarecer dúvidas e enfatizar a necessidade de discutir o assunto que a ação propôs.

1. INTRODUÇÃO

Semelhante a outros países em desenvolvimento, o Brasil passa por uma constante mudança na pirâmide etária, com a diminuição da taxa de natalidade e um progressivo aumento da população idosa, o que reflete sobre múltiplos domínios da sociedade, principalmente na saúde. No processo de envelhecimento, o indivíduo passa por diferentes transformações biopsicossociais, sendo necessário o amparo das políticas de saúde e dos profissionais que as compõem, proporcionando envelhecimento saudável e ativo¹.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível². Nessa conjuntura, a promoção da saúde ancorada na educação em saúde, proporciona a participação ativa do indivíduo e tornando-o protagonista da sua própria saúde, através de escolhas saudáveis³. Com isso, a otimização das oportunidades deve ser utilizada, fazendo com que as informações sobre saúde cheguem a diferentes territórios e situações do cotidiano.

Nessa perspectiva, a disseminação de hábitos saudáveis de vida é essencial para o alcance da longevidade bem sucedida, com o aumento da qualidade de vida e diminuição dos riscos de doenças crônicas, ou a redução das consequências geradas por estas, tendo em vista que, as doenças crônicas não-transmissíveis, como a obesidade, o diabetes, a hipertensão arterial, o câncer e as doenças cardiovasculares, presentes em, aproximadamente, 77,6% dos idosos e que são responsáveis por mais de 60% do total de óbitos desta população⁴.

Ao atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste ser, com o respeito à independência do idoso, primando à participação deste no processo de cuidado, pode ser considerada uma meta para a assistência qualificada. Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, reconhecendo esta fase tão importante do ciclo de vida⁵.

A educação em saúde deve ser entendida como uma importante vertente de preocupação com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações. Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar e satisfazer suas necessidades básicas. Nisso, a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida. Considerando que esta está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que esta seja construção da participação popular nos serviços de saúde⁶.

Com isso, a utilização de situações do cotidiano é de grande relevância para o compartilhamento de saberes, esclarecimentos de dúvidas acerca de questões relacionadas à saúde e interação interpessoal. A sala de espera, portanto, é um espaço possibilitador do diálogo entre a equipe de saúde e o usuário, permitindo que o momento de espera pela consulta possa ser utilizado como estratégia de cuidado para promover educação em saúde e a busca pela qualidade de vida dos usuários. As atividades desenvolvidas contam com a participação da equipe de saúde, das organizações da sociedade civil e dos usuários do próprio serviço⁷.

Face a essas considerações, tem-se como objetivos: relatar a experiência de membros de uma liga acadêmica em uma ação de educação em saúde com idosos sobre envelhecimento saudável e hábitos de vida, realizada em uma sala de espera em uma ação com idosos e refletir sobre os efeitos dessa prática no processo de educação em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir da vivência de membros da Liga Acadêmica Educação em Saúde, que tem como objetivo promover ações educativas em saúde para diferentes populações e faixas etárias, proporcionando a participação ativa de todos os envolvidos e dando-lhes autonomia para escolhas saudáveis.

A ação ocorreu na sala de espera do Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL em setembro de 2016, onde foram tratados assuntos acerca de hábitos de vida saudável, realização de medidas antropométricas e verificação de pressão arterial.

2.1. RESULTADOS

A ação proposta pela liga foi desenvolvida na sala de espera de um ambulatório de especialidades, ao momento em que os presentes aguardavam a consulta com o cardiologista, percebendo-se que a maioria dos presentes eram idosos. Tendo a sala de espera como um local oportuno para a disseminação de conhecimentos inerentes à saúde, os presentes foram convidados a fazer verificação de pressão arterial, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e verificação da circunferência abdominal, ao momento que eram orientadas acerca dos hábitos de vida saudáveis e riscos referentes aos dados alterados observados no momento. Levando-se em consideração que o estado nutricional pode ser considerado um dos fatores que determinam a longevidade com êxito e que associadas às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento podem ter importantes implicações sobre a qualidade de vida dessa população⁴.

Assim, durante a ação, foi perceptível a satisfação da maioria em participar e dividir tanto com os membros da liga quanto com os outros participantes seus saberes, dúvidas e colocações, contribuindo para a construção de conceitos e adequando-os à realidade de cada um. A escuta qualificada foi bastante marcante para o estabelecimento de um vínculo, mesmo que momentâneo, mas que passou segurança entre todos os participantes, deixando as conversas mais fluidas e prazerosas.

Ressalta-se principalmente o ambiente em que ocorreu a ação, um local onde os idosos passam uma significativa parte do tempo quando vão aos serviços de saúde, muitas vezes submetidos ao ócio e sem pouca ou nenhuma interação com os presentes. Entretanto, a sala de espera, se bem aproveitada, torna-se um ambiente rico e disseminador de saúde, sendo uma grande aliada às ações e promoção da saúde e prevenção de agravos, atuando em prol da qualidade de vida e dos hábitos saudáveis dos presentes.

3. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional tem sido observado em todo o mundo, fazendo parte do cotidiano e observado, principalmente, no âmbito da saúde. É um processo global e, atualmente, de grande relevância, pois geram mudanças nos aspectos sociais, políticos, econômicos e epidemiológicos, refletindo diretamente nos sistemas de saúde.

Para contribuir para uma população senil, ativa e integrada em todas as questões que tangem os contextos da sociedade, a educação em saúde voltada à população idosa além de promover interação ao grupo, proporciona o sentimento de pertencimento à sociedade e valorização por esta.

Sendo assim, trabalhar essa temática ouvindo as diferentes histórias e contextos aos quais os participantes estavam envolvidos, através de uma escuta qualificada, foi de grande importância para fazer as orientações. Com isso, se estabeleceu uma troca de saberes entre os acadêmicos e os idosos, por meio de conversas para esclarecer dúvidas e enfatizar a necessidade de discutir o assunto que a ação propôs.

Além disso, foi percebida a importância da utilização da sala de espera como local para o compartilhamento de conhecimentos, tendo os saberes populares como ponto de partida para o processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população proporcionando, assim, a defesa dos seus interesses e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Furtado LFV. et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. Rev. Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 15, n.2, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13106/9635>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.
- [2] Brasil MS. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em: 09 de setembro de 2017.
- [3] Mallmann D G et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1763-72, 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>. Acesso em: 09 de setembro de 2017
- [4] Criscuolo C; Monteiro M I; Telarolli J R. Contribuições da educação alimentar e nutricional junto a um grupo de idosos. Alimentos e Nutrição, v. 23, n. 3, p. 399-405, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/133728>>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

[5] Martins JJ et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem [online], v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007.. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

[6] Oliveira H M, Gonçalves M J F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. Rev. bras. enferm. [online]. 2004, vol.57, n.6, pp.761-763. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28>>. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

[7] Poletto P M B, Motta M G C. Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/aids. Esc. Anna Nery [online]. 2015, vol.19, n.4, p.641-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400641&lang=pt. Acesso em: 09 de setembro de 2017.

Capítulo 14

A realização de grupos de promoção à saúde (GPS) na efetividade de um envelhecimento ativo

Gerônimo Vicente dos Santos Júnior

Erika Aparecida Santos Duarte

Emanuelle Soraya Pereira da Silva

Augusto César Alves de Oliveira

Resumo: O processo de envelhecimento no Brasil e no mundo já é uma informação sabida por todos, ocorrida devido à redução da taxa de fecundidade, iniciado em meados da década de 1960, associado ao aumento da longevidade dos brasileiros¹. Segundo o IBGE, a taxa de fecundidade sofreu uma diminuição de 6,28 filhos por mulher, em 1960, para 1,90 filhos em 2010. Ao contrário, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010². Sabendo que esse fenômeno é inevitável, a maior preocupação que deve-se ter é com a qualidade desse envelhecimento, motivo este de todas as discussões relacionadas ao envelhecimento ativo. Este estudo trata de um grupo de idosos adstritos do bairro Coroa do Meio, no município de Aracaju.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento no Brasil e no mundo já é uma informação sabida por todos, ocorrida devido à redução da taxa de fecundidade, iniciado em meados da década de 1960, associado ao aumento da longevidade dos brasileiros¹. Segundo o IBGE, a taxa de fecundidade sofreu uma diminuição de 6,28 filhos por mulher, em 1960, para 1,90 filhos em 2010. Ao contrário, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010².

Sabendo que esse fenômeno é inevitável, a maior preocupação que deve-se ter é com a qualidade desse envelhecimento, motivo este de todas as discussões relacionadas ao envelhecimento ativo. A Organização Mundial de Saúde conceitua o envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo, sendo aplicado tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais³. Uma das metas mais importantes do envelhecimento ativo é manter a autonomia e a independência durante o processo de senescência, por isso as políticas e programas devem promover além de uma melhoria das condições físicas do idoso, também a oportunidade de relações sociais e atenção à saúde mental desses.

Para a realização dessas práticas, é preciso conhecer os principais fatores determinantes relacionados ao envelhecimento ativo. A abrangência desses fatores relaciona-se com aspectos econômicos, determinantes sociais, ambiente físico, determinantes comportamentais e pessoais, e serviços sociais e de saúde. Todos esses aspectos estão diretamente relacionados com os valores culturais e a diferença de gêneros³. A cultura tem uma forte influência no processo de envelhecimento pois a partir dela a sociedade designa a importância e respeito entre as gerações, além da busca por comportamentos mais saudáveis⁴. Concomitantemente, a ação do gênero é também de fundamental importância para todos os outros aspectos. Devido ao acúmulo de funções e atividades, a mulher atual sofre de um maior aumento de problemas e déficit de saúde quando ficam mais velhas. Por outro lado, os homens estão mais vulneráveis a lesões incapacitantes ou morte devido à violência e aos riscos ocupacionais, adotam comportamentos de maior risco, como beber, fumar, e usar drogas; além de evidenciar maiores preconceitos em busca de uma saúde preventiva⁵. Com isso as políticas e os programas que são adotados, devem respeitar as culturas, tradições, e perfil das pessoas daquele local.

No Brasil, desde 1994, com a criação da lei 8842/94, são adotadas medidas voltadas à política da pessoa idosa com o objetivo de assegurar aos idosos seus direitos sociais, com a geração de condições que promova sua autonomia, integração, e sua participação de forma efetiva na comunidade. Em 2003 foi criado o Estatuto do Idoso que dentre outras medidas cita a necessidade de viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações⁶. Nesse contexto, os grupos de convivência de idosos estão fortemente associados à promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso⁷.

Os grupos de promoção à saúde (GPS) são conceituados como uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos, caracterizando-se e como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde. Voltada para a pessoa idosa, esse tipo de abordagem se tornou uma forma de interação estimulada em todo o Brasil. Nele são discutidos temas que envolvem tanto questões da senescência quanto da senilidade. Essas discussões estimulam o indivíduo a adquirir uma maior autonomia, melhorando sua qualidade de vida nos domínios físico, mental e social⁸. Assim, conclui-se que os grupos da terceira idade são de suma importância para a inserção de idosos na sociedade, devido as suas ações de educação em saúde com um público altamente susceptível a agravos de saúde, e, também, em virtude da promoção de um convívio entre diferentes faixas etárias criando assim um espaço de inclusão social⁹.

2. METODOLOGIA

É realizado um grupo de idosos adstritos do bairro Coroa do Meio, no município de Aracaju. Os encontros são feitos de forma quinzenal, com duração de duas horas, no Centro de Referência de Assistência Social. As reuniões foram mediadas, durante um período de três meses, por um grupo de residentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso. O grupo de residentes é composto por: dois enfermeiros, um fisioterapeuta, uma farmacêutica, uma psicóloga, e duas nutricionistas.

Os temas abordados no grupo eram relacionados à senescência e senilidade, sendo levantados tentando evitar o tipo de forma de palestra, destacando-se nas intervenções estratégias educativas, conteúdos e objetivos voltados para o autofortalecimento pessoal e mudança de comportamento. Com isso foram realizadas várias oficinas relacionadas aos temas abordados, como oficina culinária, circuito relacionado à prevenção de quedas, além de jogos e outras dinâmicas.

2.1.RESULTADOS

O grupo de idosos eram composto por pessoas com a idade entre 62 e 83 anos. Em média participavam do grupo cerca de 20 pessoas, sendo 19 mulheres e 1 homem. Durante o período, foram discutidos os direitos da pessoa idosa, as alterações cognitivas e na memória relacionada ao envelhecimento, utilização correta de medicamentos, prevenção de quedas, alimentação saudável, além de um momento onde os idosos contaram suas experiências e suas memórias relacionadas a sua infância e juventude. No último momento, realizamos um encontro de despedida, sem um tema específico, onde os idosos puderam conversar sobre qualquer tema que lhe agradasse.

2.2.DISSCUSSÃO

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência variada entre as pessoas, para a qual colaboram de uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural¹⁰. O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde 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”.

Vários fatores são determinantes processo de envelhecimento relacionados ao estilo de vida ativo no envelhecimento, como cultura, gênero, promoção da saúde e prevenção de doenças, saúde mental, fatores psicológicos, hábitos de vida saudáveis, genética, fatores ambientais, apoio social, educação, fatores econômicos e trabalho¹¹. Com isso, o estilo de vida ativo pode estar relacionado a diversos fatores, como saúde, ambiente e as características sociodemográficas¹². Entretanto, no Brasil ainda não há uma visão clara sobre a importância social e preventiva que o estilo de vida ativo pode ter para o processo de envelhecimento. O envolvimento de idosos em atividades ativas precisa ser discutido de forma mais abrangente para que ações interventivas possam ser planejadas de maneira mais eficaz.

3.CONCLUSÃO

A partir disso, justifica-se a implementação de programas e práticas que promovam o envelhecimento saudável, em termos de aumento de participação e de promoção de saúde, associado à prevenção de doenças. E os GPS, em nosso meio, mostrou-se como uma grande alternativa de alcance desses objetivos, devido ao grau de participação dos idosos e ao maior empoderamento sobre sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013
- [2] Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, v. 32, 2012.
- [3] World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p60, 2005.
- [4] Santos, FH; Andrade, VM; Bueno, OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2009, jan/mar, 14(1): 3-10.
- [5] Ramos, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003, mai/jun, 19(3):793-798.
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- [7] Castro e Borges, PL; Bretas, RP; Azevedo, SF;Barbosa, JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(12):2798-2808, dez, 2008.

- [8] Almeida, EA; Madeira, GD; Arantes, PMM; Alencar, MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev Bras de Geriatr e Geronto, Rio de Janeiro, 2010, 13(3):435-443.
- [9] Victor, JF; Vieira, NFC. Atividades educativas com grupos de idosos em uma unidade básica de saúde da família. Rev. RENE. Fortaleza, 2005, set/dez, 6(3):105-111.
- [10] Assis, Monica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS, 2005, jan./jun, 8(1):15-24.
- [11] Ribeiro, PCC; Neri, AL; Cupertino, APFB; Yassuda, MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. Psicologia em Estudo, Maringá, 2009, jul./set., 14, (3): 501-509.
- [12] 12. Ferreira, OGL; Maciel, SC; Silva, AO; Santos, WS; Moreira, MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):1065-9.

Capítulo 15

Análise da autopercepção positiva da saúde de idosos Brasileiros

Ana Flávia Leal de Assis

Isabel Rodrigues Ferreira

Milene Oliveira de Souza

Giselle Santana Dosea

Fábio Luiz Oliveira de Carvalho

Resumo: Introdução: O envelhecimento é um processo que ocorre mediante a passagem do tempo e envolve diversos fatores. Considerando a qualidade de vida como um objetivo de conquista na população idosa, a autopercepção de saúde tornou-se um método eficaz para se qualificar a saúde nessa faixa etária. Metodologia: Esta é uma pesquisa produzida a partir de dados fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com dados referentes a percepção de saúde da população brasileira e analisadas como “boa” e “muito boa”, destacando a variável idade entre 18 a 75 anos ou mais, tendo intervalo de confiança de 95%. Resultados e discussão: Há fatores importantes que estão associados à autopercepção de saúde dos idosos, com destaque para o próprio avanço da idade. Os níveis socioeconômicos, relacionados com a capacidade funcional, também relacionam-se diretamente à percepção de saúde. Idosos que se sentem incapacitados nas atividades diárias, auto avaliam mal sua condição de saúde. Conclusão: Percepção de saúde diante as idades dos indivíduos. Os mais jovens apontam como “boa” ou “muito boa”, já na autopercepção dos mais idosos ocorre um declínio. Considerando ainda variáveis como o sexo, condições de vida, fatores psicossociais e as morbidades, que tendem ser mais presentes em pessoas idosas, como contribuintes na concepção de saúde.

Palavras-chave: Autopercepção de Saúde; Envelhecimento; Capacidade Funcional.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser considerado como um conjunto de alterações no organismo resultantes da passagem do tempo, caracterizada biologicamente pela involução morfofuncional de todos os sistemas fisiológicos, afetando-os de maneira variável. Porém, não inexoravelmente, o idoso se apresentará limitado e inativo, podendo o mesmo ter uma boa qualidade de vida.¹

A qualidade de vida tão almejada pelos próprios idosos, ou como objetivo de promoção para as equipes multiprofissionais que lidam com essa parcela da população, tem um caráter subjetivo e não depende necessariamente de uma ausência de doença, cabendo aqui utilizar o termo idoso saudável como aquele que goza de uma qualidade de vida. Para tanto, pode-se incorporar o conceito de saúde como sendo sinônimo de qualidade de vida, já que a saúde é definida como um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não necessariamente a ausência de doenças.²

Existem variáveis que interferem na qualificação da concepção em saúde entre os idosos, havendo diferentes denominações positivas ou negativas a depender do sexo, das condições de convivência e em especial da inclusão na sociedade, sem que se sintam limitados ou solitários. Dessa forma, para que se chegue a uma designação mais precisa quanto a saúde e para que se identifique de forma eficaz a qualidade de vida do idoso, nada mais promissor que realizar uma avaliação da autopercepção de saúde com esses indivíduos.³

A percepção em saúde ou autoavaliação da mesma, diz respeito a uma concepção subjetiva do seu estado de saúde, o que se torna um informativo eficaz, visto que em contraste as técnicas médicas objetivam o indivíduo a utilizar de métodos perceptivos de sua própria saúde física e mental.⁴

Levando-se em consideração a importância da percepção subjetiva da saúde, considerando o seu papel no levantamento de informações sobre as condições de saúde dessa população, sem que sejam utilizados métodos médico científicos, o presente estudo teve por objetivo realizar uma análise, com base em dados secundários, sobre a autopercepção de saúde em idosos no Brasil.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

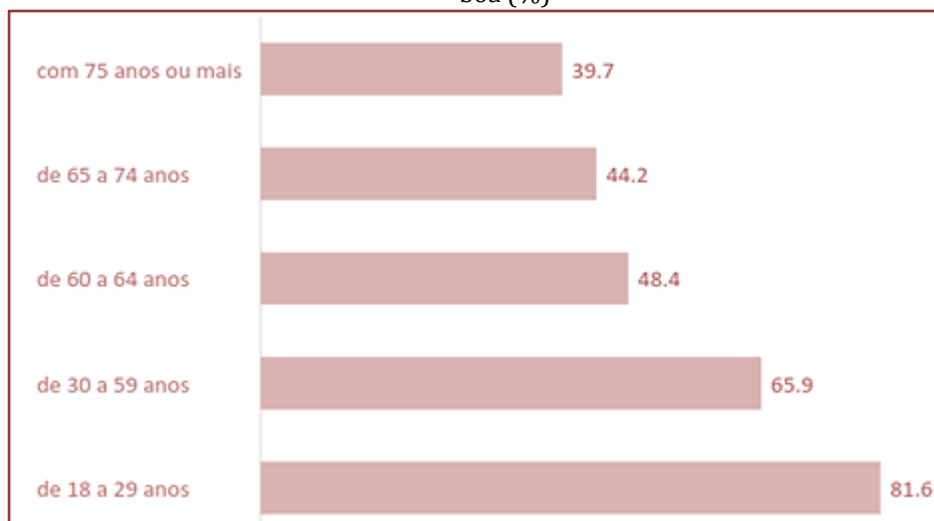
Esta é uma pesquisa seccional, de caráter quantitativo, produzida a partir de dados secundários, fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013.

Os dados referem-se às pesquisas sobre percepção de saúde da população brasileira, e foram analisados considerando-se as respostas relativas à saúde “boa” e “muito boa”. Para esta pesquisa, destacou-se a associação com a variável idade, e os indivíduos foram classificados em 5 faixas etárias: 18 a 29 anos; 30 a 59 anos; 60 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos ou mais. Os resultados estão expostos em frequência relativa, com intervalo de confiança de 95%.⁵

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados do IBGE (2013) demonstram que as melhores percepções de saúde são encontradas nos indivíduos mais jovens, compondo uma proporção de 81,6%. A partir dos 30 anos, a percepção de saúde boa ou muito boa, decai gradativamente, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1: proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa (%)



A auto percepção do estado de saúde é um importante instrumento conhecedor da situação global do indivíduo e o impacto que este gera no bem-estar físico, social e mental. Vários estudos têm analisado a auto percepção e os fatores associados à saúde, situação econômica e social como causas na mudança da percepção do estado de saúde.⁶

Com relação a idade, observou-se que o aumento da faixa etária contribui para a piora na auto percepção do estado de saúde. Essa tendência estatística também é apontada por outros autores^{7,8} e se assemelha com as estatísticas apontadas pelo IBGE.⁵

Com o avanço da idade, os indivíduos tendem a apresentar mais problemas de saúde, como incapacidades funcionais e aumento de doenças crônicas. Sendo assim, o aumento da idade e uma auto percepção ruim, está correlacionado ao envelhecimento onde as doenças estão presentes na vida dessa população.⁹

A percepção de morbidade pode ser maior entre os estratos socioeconômicos menos favorecidos, o que pode estar relacionado, dentre outros aspectos, ao valor atribuído ao corpo, especialmente tendo em vista a necessidade de trabalhar, mais premente entre os grupos de menor rendimento.¹⁰

Existem evidências também de que a baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, mesmo se esses são disponibilizados adequadamente, e, finalmente, nos recursos materiais. Há evidências de que os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos tratamentos e têm pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo.¹¹

Por fim outro fator importante é a vida social e a capacidade funcional dos idosos. A literatura destaca a capacidade funcional como um forte indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde. Diversos estudos exibem uma significativa associação entre essas duas variáveis.¹³

Sendo a medida das Atividades de Vida Diária (AVDs), um importante indicador de mobilidade e capacidade, nota-se que esta é um indicativo de declínio na auto percepção de saúde,¹⁵ sendo que a relação entre idade, situação econômica, vida social/funcional e saúde estão relacionadas diretamente na auto percepção de saúde dessa população.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa pesquisa, pôde-se perceber que a auto percepção de saúde oscila a depender da idade do indivíduo. Dessa forma, a saúde pela percepção dos mais jovens é apontada como “boa” ou “muito boa”, porém, ao analisar a auto percepção dos mais idosos observa-se um declínio desse apontamento. No entanto, deve-se considerar, além da idade, a existência de outras variáveis diante a concepção de saúde, como o sexo, as condições de vida e os fatores psicossociais.

Acredita-se que as morbidades tendem ser mais presentes em pessoas idosas, o que poderia ser uma razão determinante para uma autopercepção não muito boa em relação a saúde. Assim, buscar melhores condições de saúde durante a juventude, pode significar uma melhor percepção na velhice. Sugere-se a continuidade desta pesquisa para uma melhor compreensão acerca dos fatores que influenciam na percepção de saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- [1] Moraes, E. N.; Moraes, F. L.; Lima, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med* 2010; 20(1): 67-73.
- [2] Organização Mundial De Saúde. Documentos básicos. 26 ed. Genebra: OMS, 1976
- [3] Busato et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Rev Baiana de Saúde Pública*.v.38, n.3, p.625-635.jul./set. 2014.
- [4] Vitem, J. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2008, 26(2), 5-16.
- [5] IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em: 29/08/2017 às 17:07.
- [6] Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(6):827-34.
- [7] Gallegos-Carrillo K. et al. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(5):792-801
- [8] Santos, M. A.B. Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga-CE [dissertação]. s.n; 2008.
- [9] IBGE. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas - Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil - 2009.
- [10] Rodrigues RN. Determinantes sócio-econômicos de morbidade e mortalidade numa área de industrialização recente: o caso de Belo Horizonte [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 1981.
- [11] Lima-Costa MFF, Barreto SM, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745-57
- [12] Damián J, Ruigómez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(7):412-6.
- [13] Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997 Mar;38(1):38-54.
- [14] Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López A, Gil A. Ten-year trends in self-rated health among Spanish adults with diabetes, 1993-2003. 1: *Diabetes Care*. 2008 Jan;31(1):90-2. Epub 2007 Oct 1.
- [15] Leinonen R., Heikkinen E., Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 2001 Mar;52(9):1329-1341.

Capítulo 16

O projeto de extensão universitária como contributo para a saúde de idosos em uma comunidade: Relato de experiência

Franciele Alves da Paixão Nobre

Charles Maurício Barros dos Santos

Chirslayne Carla Cavalcante Nascimento

Manoela Joseane dos Santos

Monteiro Pires Bastos Júnior

Tânia Maria Alves Bento

Resumo: É notório o aumento acelerado do número de idosos na população mundial, especialmente no Brasil, onde houve mudanças significativas no topo da pirâmide etária, isso pode ser considerado um fenômeno de abrangência mundial. A pessoa idosa é considerada aquela com idade igual ou superior a 60 anos¹. Estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado a partir de atividades desenvolvidas através projeto de extensão universitária denominado “Cuidado Interdisciplinar ao Idoso”. O projeto Cuidado Interdisciplinar ao Idoso foi criado no ano de 2016, por discentes e docentes do Centro Universitário Tiradentes – UNIT que tem como objetivo proporcionar a interdisciplinaridade frente à saúde integral da população idosa. As atividades propostas pelo projeto possibilitaram aos integrantes do grupo vínculo com a comunidade e troca de conhecimentos e experiências, tanto com os idosos, quanto com os familiares que iam acompanhá-los, pois é isso que a extensão universitária sugere, troca de saberes entre população acadêmica e comunidade. Os idosos participantes sempre se mostraram abertos às atividades, demonstrando aceitação ao grupo e propostas. Esse tipo de projeto que se insere na comunidade, possibilita aos acadêmicos e docentes maior conhecimento, além de poder praticar o que foi adquirido na formação acadêmica até o presente momento.

1. INTRODUÇÃO

É notório o aumento acelerado do número de idosos na população mundial, especialmente no Brasil, onde houve mudanças significativas no topo da pirâmide etária, isso pode ser considerado um fenômeno de abrangência mundial. A pessoa idosa é considerada aquela com idade igual ou superior a 60 anos.¹ O envelhecimento populacional deve-se a baixa taxa de fecundidade e da mortalidade, juntamente com o aumento da expectativa de vida.² É um processo natural, individual, irreversível, caracterizado por redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos, processo denominado senescência.¹ A longevidade humana só faz sentido quando agrega aos anos qualidade de vida. O marco “envelhecimento ativo” destaca ações voltadas para participação contínua de idoso em questões sociais, políticas e civis no modo geral.² O objetivo do presente estudo é descrever a experiência na participação de um projeto de extensão universitária, o qual buscou a interdisciplinaridade no cuidado a saúde do idoso.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado a partir de atividades desenvolvidas através projeto de extensão universitária denominado “Cuidado Interdisciplinar ao Idoso”. O projeto Cuidado Interdisciplinar ao Idoso foi criado no ano de 2016, por discentes e docentes do Centro Universitário Tiradentes – UNIT que tem como objetivo proporcionar a interdisciplinaridade frente à saúde integral da população idosa. O grupo realizou a primeira atividade com o grupo de idosos da comunidade do bairro Cruz das Almas em Maceió. Os componentes foram organizados em instâncias de acordo com a categoria estudantil, realizado o cadastro dos idosos, contendo informações sobre dados pessoais, queixas, sinais vitais, vacinas, alimentação e hábitos de vida, questões psicossociais e sexuais, exames preventivos, triagem para atendimento odontológico, etc. As atividades não eram apenas científicas, também eram proporcionados dias exclusivos para atividades de recreação e relaxamento, com oficinas de massoterapia, musicoterapia e conversas com palavras de gratidão. Em datas comemorativas, como o dia das mães, também era elaborado um cronograma totalmente dedicado para esse dia, com brincadeiras, homenagens, premiações, jogos, e lanche.

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÕES

As atividades propostas pelo projeto possibilitaram aos integrantes do grupo vínculo com a comunidade e troca de conhecimentos e experiências, tanto com os idosos, quanto com os familiares que iam acompanhá-los, pois é isso que a extensão universitária sugere, troca de saberes entre população acadêmica e comunidade. A proposta interdisciplinar possibilita a interação entre profissionais de diversas áreas, rompendo com a visão de um cuidado fragmentado, permitindo o cuidado holístico, proporcionando desenvolvimento de habilidades pessoais e trabalho em grupo, etc.



3.CONCLUSÃO

Os idosos participantes sempre se mostraram abertos às atividades, demonstrando aceitação ao grupo e propostas. Esse tipo de projeto que se insere na comunidade, possibilita aos acadêmicos e docentes maior conhecimento, além de poder praticar o que foi adquirido na formação acadêmica até o presente momento. A cada encontro do grupo que compõe o projeto de extensão, é enfatizada a importância de cada área profissional no cuidado da saúde integral ao idoso, pois é por meio de ações interdisciplinares realizadas por uma equipe multiprofissional que se alcança a promoção e proteção a saúde, assim como tratamento, reeducação, etc.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- [2] Confortin, SC et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Revista Epidemiol. Serv. Saúde Vol.26, Brasília abr./jun. 2017.
- [3] Toldrá RC et al. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2014, 159-168.
- [4] Lopes MVO Editorial SOBRE ESTUDOS DE CASOS E RELATOS de experiências. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, ISSN 1517-3852, 2012.
- [5] Vilela E, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2003

Capítulo 17

A visita domiciliar como Tecnologia para o cuidado à saúde da pessoa idosa: Relato de experiência

Pedro Miguel de Araujo Collado

Maísa Isabella Faustino Santos

Danyella Claudino Gonçalves Braga

Mayara Krystina de Lima Freitas

Amanda Cavalcante de Macêdo

Resumo: Objetivo: relatar a experiência sobre uma visita domiciliar executada por acadêmicos de Enfermagem de uma instituição pública de Alagoas com foco na assistência a população idosa. Metodologia: trata-se de um relato de experiência, baseado em uma visita domiciliar. A atividade foi desenvolvida a partir da vivência na visita domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde, que fornece atendimento de acordo com a Estratégia Saúde da Família. Resultados: através da visita domiciliar foi verificado que o tratamento e a cura, embora sejam elementos importantes, não são mais os principais focos da assistência, mas sim a busca constante da integralidade no cuidado individual e coletivo da comunidade da área na qual há um acompanhamento aos idosos que possuem limitações de mobilidade, permitindo atendimento além do espaço físico da unidade de saúde. Ao incorporar múltiplas tecnologias leves, como acolhimento, vínculo, escuta qualificada, entre outros, as atividades e recursos utilizados na visita compõem um grande fator contribuinte para a saúde da população idosa, promovendo assistência profícua aos idosos. Conclusão: as dificuldades identificadas em relação à acessibilidade dos idosos à unidade viabilizou a relevância do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, no qual dispõe de modelos de atenção à saúde que permitem atendimento integral a população, sendo a visita domiciliar o instrumento mais adequado para alguns casos diante das especificidades da pessoa idosa. Percebeu-se que a visita domiciliar possibilita aos profissionais conhecer as condições de vida do indivíduo e da família e o contexto sociocultural em que estes estão inseridos, possibilitando o planejamento e atuação de forma mais assertiva, em uma perspectiva ampliada e humanizada do conceito de saúde.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Assistência a Idosos; Visita Domiciliar.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a experiência de acadêmicos de Enfermagem na visita domiciliar à pessoa idosa. Sobre este aspecto, considera-se que o processo de envelhecimento tem ocorrido de maneira lenta e gradual em diversos países, possibilitando adaptações no contexto social, previdenciários e de saúde. No Brasil, esse processo vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente no início do Século XXI, associando-se a importantes transformações sociais e econômicas, epidemiológica e também na ótica dos serviços de saúde, tudo isso implica na elevação dos custos diretos e indiretos para o sistema público e busca por desempenho de planejamento de políticas, programas e ações que atentem para um envelhecimento ativo e saudável¹.

Devido a sua magnitude, o envelhecimento torna-se uma importante questão de saúde pública por se tratar de um processo multidimensional, que acaba sofrendo pela forte presença de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, no qual as abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para a construção de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo².

Esse contexto, traz à tona a preocupação de abordar o conceito de vulnerabilidade no âmbito da saúde, cujo propósito é de trazer os elementos abstratos relacionados aos processos de envelhecimento e de adoecimento para planos que representem mais eficientes e multidimensionais³.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem representando uma iniciativa coletiva no firmamento de um modelo público de serviços para as pessoas no território, essa iniciativa avança de maneira programada nas modificações da atenção à saúde da população, propondo uma fundamentação ética e cidadã para as atividades preconizadas⁴.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui uma reorientação de práticas nesse contexto, o qual é estruturado no trabalho de equipes multiprofissionais em um território determinado, trabalho este firmado pelo desenvolvendo de ações a partir do conhecimento e vivências da realidade local bem como das necessidades individuais e da comunidade⁵.

A visita domiciliar é uma atividade externa à unidade de saúde desenvolvida pelas equipes, caracterizada por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais acolhedora, e estabelece uma reação de vínculo e confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos principais pontos de funcionalidade dessa rede: o domicílio⁶.

Constituída como um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade, a visita domiciliar necessita ser conduzida no bojo de um processo racional, direcionados a partir de princípios que sejam eficazes e que tenham como finalidade favorecer o restabelecimento da independência e a autonomia do usuário⁶.

Ante ao exposto, a vivência abordada no relato orienta a importância da atuação da ESF na assistência ao idoso, permitindo relatar a experiência em torno de uma visita domiciliar executada por acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de Alagoas e outros profissionais da Unidade de Saúde no município de Maceió, elucidando a assistência ao idoso com limitações em relação à mobilidade e sua vulnerabilidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, baseado em uma visita domiciliar proposta pela grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, no ano de 2017, onde envolve atividades práticas executadas no âmbito SUS. A atividade foi desenvolvida a partir da vivência na visita domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde no município de Maceió, no bairro do Trapiche da Barra, que fornece atendimento de acordo com a Estratégia Saúde da Família, permitindo o atendimento as pessoas de uma determinada área.

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o avanço cronológico, a dificuldade dos idosos em realizar suas atividades diárias, implica em transtornos para ele e para sua família, necessitando de recursos financeiros para suprir as demandas existentes⁷. Dessa maneira, durante a visita, foi possível perceber que para um adequado entendimento das demandas assistenciais requeridas pela população idosa, a presença da Estratégia Saúde da Família,

faz-se necessária na construção de uma avaliação periódica de sua saúde, incluindo os aspectos inerentes à assistência integral.

Ao identificar na visita que alguns dos idosos estavam vulneráveis para realizar determinadas atividades, na qual a mobilidade prejudicada é um dos eventos que mais interferem na saúde da pessoa idosa, associado a um cenário de redução de força e potência muscular, de incapacidade e dependência na realização de atividades da vida diária⁸. Podemos perceber que essa problemática representou para a atuação da Estratégia Saúde um fortalecimento do dever de cumprir com a visita domiciliar, utilizando-a de forma que sua importância nos recursos que beneficiam a prática assistencial seja destacada.

O modelo da Estratégia Saúde da Família prevê uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, modelo este que permite uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro, baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, tal proposta gera um resultado assistencial diferenciado ao trabalhar a assistência incorporando ações de saúde, que atuam no âmbito individual e coletivo, elucidando atividades de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde⁵.

Através da visita domiciliar foi verificado que o tratamento e a cura, embora sejam elementos importantes, não são mais os principais focos da assistência, mas sim a busca constante da integralidade no cuidado individual e coletivo da comunidade da área na qual há um acompanhamento aos idosos que possuem limitações de mobilidade, permitindo atendimento além do espaço físico da unidade de saúde.

A ESF visa à utilização de conhecimentos que fundamentam a produção de vínculos, autonomização e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado⁹. Esse vínculo pôde ser percebido na visita domiciliar na relação do profissional com o paciente, possibilitando uma ligação de paciente, auxiliando muitas vezes na adesão do tratamento.

Ao incorporar múltiplas tecnologias leves, como acolhimento, vínculo, escuta qualificada, entre outros, as atividades e recursos utilizados na visita compõem um grande fator contribuinte para a saúde da população idosa, promovendo assistência profícua aos idosos.

3. CONCLUSÕES

A vivência propôs a reflexão sobre a realidade dos idosos que apresentaram dificuldades de mobilidade. Essa reflexão levou em conta a participação dos mesmos no processo de ida à Unidade de Saúde. As dificuldades identificadas em relação à acessibilidade dos idosos à unidade viabilizou a relevância do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família, no qual dispõe de modelos de atenção à saúde que permitem atendimento integral a população, sendo a visita domiciliar o instrumento mais adequado para alguns casos diante das especificidades da pessoa idosa.

As vivências no âmbito SUS tornam-se necessárias para uma formação integralizada e contínua do futuro profissional, pautada em pesquisas que preconizam as demandas das diferentes populações e no cuidado em saúde.

A visita domiciliar contribui de forma significativa para a otimização e humanização dos cuidados em saúde. Isto se deve, especialmente, pela valorização do uso de tecnologias leves que possibilitam se alcançar maior resolutividade das necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos e grupos, bem como pelo conhecimento das realidades e cultura de cada família.

Essa perspectiva assistencial requer um novo pensar e um novo fazer da equipe multiprofissional, uma vez que o espaço domiciliar é uma dimensão de alta complexidade, e que para nele atuar são necessárias, além de competências teórico-metodológicas, habilidades relacionais e respaldo ético-legal.

Assim, percebe-se que a visita domiciliar possibilita aos profissionais conhecer as condições de vida do indivíduo e da família e o contexto sociocultural em que estes estão inseridos, possibilitando o planejamento e atuação de forma mais assertiva, em uma perspectiva ampliada e humanizada do conceito de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Alvarez AM, Goncalves LHT. Nursing and care for the elderly at home. Rev Bras Enferm. 2012; 6(5):715-6.
- [2] Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(8): 2129-39.

- [3] Ayres JRCM, Calazams GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. P. 375-416.
- [4] Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Oct; 70(5): 920-927. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>.
- [5] Soratto J, Pires DE, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 584-92.
- [6] Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 Mar; 23(1): 165-175. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100165&lng=en
- [7] Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. Texto contexto - enferm. [Internet]; 26 (2): e2700015. Epub June 26, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>.
- [8] Garcia PA., Dias JMD, Dias RC, Santos P, Zampa CC. A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. Rev Bras Fisioter. 2011;15(1):15-22.
- [9] Guedes CR, Nogueira MI, Camargo JR, Kenneth R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 Out-Dez; 11(4):1093-103.

Capítulo 18

Promoção da saúde da pessoa idosa em um contexto de envelhecimento populacional: Relato de experiência

Edja Mayra Ferreira de Castro

Larissa Melo Coêlho Barros

Maria Laura Medeiros Bleinroth

Maysa Lanne Vieira Damasceno

Thaise Marques da Silva

Elizabeth Moura Soares de Souza

Resumo: Tendo em vista o aumento no número de pessoas idosas no país e no mundo, percebe-se como necessária a criação e o estudo de políticas que visem promover a saúde, prevenir doenças e proporcionar uma melhor qualidade de vida entre as pessoas idosas. O Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre idosos (GPMI), da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), é direcionado para o estudo da promoção da saúde para pessoas idosas. A existência do grupo de pesquisa torna-se relevante a partir da ausência de discussão sobre envelhecimento tanto nos cursos de graduação, principalmente nos cursos de saúde, quanto na sociedade de um modo geral. Dentre as atividades promovidas pelo grupo está o Fórum Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa que, em sua segunda edição, realizada em julho de 2017 trouxe discussões como autonomia e independência da pessoa idosa; violência contra a pessoa idosa, cuidados multiprofissionais direcionados a pessoa idosa, a gerontologia na perspectiva do conhecimento científico, dentre outras temáticas, além da participação de grupos de idosos (capoeira, folclore e histórias) de instituições locais. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Fórum Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa. As atividades propostas no evento buscaram ampliar os conhecimentos a respeito do cuidado direcionado a pessoa idosa, com a finalidade de proporcionar uma formação mais adequada para a atuação profissional, principalmente no contexto de Alagoas, em que o número de idosos já representa mais de 10% da população total segundo o censo de 2010 (IBGE). Pôde-se perceber que a graduação e a atuação profissional são desafios que precisam ser refletidos e contextualizados, considerando as diferentes realidades sociais e propondo novas formas de cuidado e de fazer saúde, realizando ações que conectam intervenções dos serviços de saúde com intervenções da própria comunidade.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Neri (2009), idosos são indivíduos caracterizados por diferenças quando comparados a adultos não idosos, em determinado contexto sociocultural. Algumas dessas diferenças são percebidas na aparência, na força, na produtividade, no desempenho e até nos papéis sociais. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida e diminuição nas taxas de natalidade, tem-se vivenciado um crescimento no número de idosos em escala global. Esse fato, evidente principalmente em países de terceiro mundo - mais especificamente os que estão em desenvolvimento - é denominado envelhecimento populacional (NASRI, 2008).

No Brasil, “os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência” (Ministério da Saúde, Estatuto do Idoso, 2013, p 5). Tendo em vista esse aumento no número de pessoas idosas no país e no mundo, percebe-se como necessária a criação e o estudo de políticas que visem promover a saúde, prevenir doenças e proporcionar uma melhor qualidade de vida entre as pessoas idosas. Um exemplo disso é a Política Nacional de Promoção da Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, que diz que,

Promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006, p 12).

Isto é, coloca o indivíduo como protagonista do processo de saúde, sendo sua participação ativa de suma importância na produção desta, com o objetivo de uma melhor qualidade de vida da população de forma geral, sem diferenciação de gênero, raça, socioeconômica ou cultural.

Esta política tornou-se cada vez mais necessária com os avanços socioeconômicos, principalmente no que tange ao sistema de saúde pública, que, com o crescimento da população nas cidades, via-se cada vez mais desigual - atendendo à população rica e deixando para os pobres apenas o serviço “assistencialista” (BRASIL, 2006). Ainda segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) tornou-se ainda mais importante cuidar da vida de forma a reduzir a “vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população” (p.9).

Em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CN) ocorrida em 1986, e a Constituição Federal de 1988, foram demarcados os três eixos do Compromisso pela saúde (embasados nos princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade). Um deles é o Pacto em Defesa da Vida, que traz a relevância do aperfeiçoamento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde; dentro dos passos adotados para atingir esse objetivo estão a melhoria da qualidade de vida, que integra a promoção da saúde, melhoria do acesso à informação e educação em saúde. Referente a melhoria da qualidade de vida, dentre as medidas tomadas, está o cuidado especial voltado ao processo do envelhecimento (BRASIL, 2006).

Já segundo o Plano de Ação Internacional para o envelhecimento (2003), que afirma que “Promover a saúde supõe estimular as pessoas a vigiar e melhorar sua própria saúde” (p. 52), propõe que a promoção da saúde delimita ações que abordam desde a prevenção de doenças (visando um envelhecimento saudável e ativo) à uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já possuem alguma restrição de saúde.

No que diz respeito ao envelhecimento; idosos são mais vulneráveis tendo em consideração às influências ambientais do que pessoas de outras idades, e isso afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo, podendo, a depender da influência, diminuir a produtividade durante o envelhecimento. Sendo que, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, podem atenuar esses efeitos (BRASIL, 2003). Seguindo esta linha, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Fórum Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa, realizado por um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, cujo foco é a promoção da saúde de pessoas idosas.

Foi a partir da temática da promoção da saúde, especificamente direcionada para um envelhecimento saudável que a professora doutora Elizabeth Moura Soares de Souza, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) tomou iniciativa para criar, junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre idosos (GPMI) em outubro de 2014. Ativo há pouco mais de quatro anos, as atividades principais do grupo giram em torno da promoção da saúde e educação em saúde. Atualmente o grupo tem como integrantes

estudantes, professores e profissionais das áreas de psicologia, enfermagem, educação física, serviço social, odontologia, nutrição, direito e fisioterapia.

A existência do grupo de pesquisa torna-se relevante a partir da ausência de discussão sobre envelhecimento tanto nos cursos de graduação, principalmente nos cursos de saúde, quanto na sociedade de um modo geral. Um exemplo disso é o curso de psicologia da Universidade Federal de Alagoas, que, mesmo apresentando a disciplina Psicologia do Desenvolvimento, não inclui a temática do envelhecimento dentro do plano de curso. Antes, este curso dispunha da disciplina de psicogerontologia em sua grade curricular, e mesmo que fosse uma disciplina não obrigatória, ou seja, pagavam apenas aqueles que se interessavam pelo tema, ao menos havia uma discussão sobre esta temática. Hoje, entretanto, ela é ofertada no curso de medicina (um apoio entre uma professora da Faculdade de Medicina (FAMED) e a professora Elizabeth, que administra esse grupo), sendo aberta para outros cursos, aspirando ampliar e divulgar conhecimentos a respeito do envelhecimento.

2.MÉTODO/ METODOLOGIA

Dentre as atividades promovidas pelo grupo está o Fórum Multiprofissional sobre a Pessoa Idosa, que, em seu segundo ano de realização (tendo ocorrido também nos anos de 2016, 2017 e 2018) trouxe discussões como autonomia e independência da pessoa idosa; violência contra a pessoa idosa, cuidados multiprofissionais direcionados a pessoa idosa, a gerontologia na perspectiva do conhecimento científico, dentre outras temáticas, além da participação de grupos de idosos (de capoeira, de folclore e sobre histórias) de instituições locais - SESC e Pestalozzi. O evento teve a participação de estudantes e profissionais da saúde (como enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e farmácia), a fim de promover uma melhor qualidade de vida à pessoa idosa através da ampliação do conhecimento desse público e também da comunidade em geral sobre noções básicas de saúde e direitos, apresentando medidas de prevenção e cuidado com a saúde dessa população especificamente.

O Fórum ocorreu nos dias 27 e 28 de julho de 2017, no auditório Vera Rocha, localizado na Escola de Enfermagem e Farmácia - UFAL e teve como metodologias rodas de conversa e mesas redondas, com duração média de 01 hora e 30 minutos cada e apresentações de grupos de idosos no segundo dia de evento. Todas as atividades, com exceção das apresentações, ocorreram no auditório Vera Rocha. O evento tinha capacidade máxima para 150 pessoas, no qual se inscreveram 200 (onde algumas ficaram na lista de espera até a semana anterior ao evento, quando eram feitas as confirmações com aqueles que já tinham se inscrito, e, a depender da quantidade de confirmações de participação, eram liberadas vagas para aqueles que estavam esperando).

2.1.RESULTADOS

Em meio às discussões realizadas no evento, sabe-se que o debate a respeito de questões como a violência contra a pessoa idosa, por exemplo, se mostra cada vez mais necessário. Durante uma das atividades do evento, a roda de conversa “Discutindo a violência contra a pessoa idosa” foi-se debatido os tipos de violência (violência física, psicológica, abuso sexual, abandono, financeira ou material e negligência) onde e quais se apresentam mais frequentes e que medidas tomar diante de situações como estas. Como resultado, assim como visto por Silva & Dias (2016), é notável que a maioria dos casos de violência contra idosos acontecem dentro do ambiente familiar, mais especificamente em sua própria casa e praticados por seus próprios filhos.

No que diz respeito à autonomia e independência, na mesa redonda “Autonomia e Independência da pessoa idosa”, foi enfatizado como esse tema tem se mostrado relevante, principalmente, por estar associado à promoção de saúde aproximando-se do seu objetivo de uma melhor qualidade de vida destes sujeitos, para que possam continuar participando ativamente em seus papéis sociais. Já a respeito do cuidado multiprofissional direcionado a pessoa idosa, em concordância a Ferreira et al. (2017), viu-se que a multiprofissionalidade tem um papel significativo no desenvolvimento de ações que visem a promoção da saúde, em busca de um maior autocuidado, devendo, sempre, estimular, a capacidade funcional do idoso, de maneira que este experiencie um processo de envelhecimento saudável.

Uma outra mesa redonda realizada no evento, “Gerontologia na perspectiva o conhecimento científico”, teve como foco a apresentação de projetos de algumas Instituições do Ensino Superior localizadas no Estado de Alagoas - compuseram a mesa estudantes do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos, representando a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), e estudantes de instituições privadas de Maceió.

Na discussão, ficou destacada a importância da existência desses projetos para a formação de profissionais conscientes e com olhar humanizado para a atenção ao idoso. E mais além do campo profissional, para a construção desses estudantes enquanto pessoas que têm suas relações com familiares, vizinhos e/ou conhecidos idosos transformadas.

A respeito da participação dos idosos, é de suma importância ressaltar esta vivência por proporcionar um maior contato com essas pessoas, permitindo uma outra perspectiva que cause um enfrentamento da visão estereotipada de idosos enquanto dependentes, com algum tipo de deficiência que os impossibilite de participar ativamente de ações sociais. No evento, fomos apresentados a pessoas idosas que não somente são atuantes em seus papéis sociais, praticando atividades que possibilitem um autocuidado, mas também a outros e outras que, independente de uma restrição de saúde, continuam a praticar atividades que lhes causem bem-estar.

3. CONCLUSÃO

As atividades propostas no evento buscaram ampliar os conhecimentos a respeito do cuidado direcionado a pessoa idosa, com a finalidade de proporcionar uma formação mais adequada para a atuação profissional, principalmente no contexto de Alagoas, em que o número de idosos já representa mais de 10% da população total segundo o censo de 2010 (IBGE). Assim, é necessário que as discussões a respeito do envelhecimento e da promoção da saúde do idoso se amplifiquem, aspirando preparar a população tanto para o próprio envelhecimento quanto para o lidar com questões profissionais, através da realização de atividades para o público idoso que visem o autocuidado, para que haja uma melhoria da qualidade de vida, com maior autonomia e independência.

Observou-se que realizar um evento que vise discutir o envelhecimento por meio de um diálogo promotor de saúde dentro da Universidade é um constante desafio, tendo em vista o baixo interesse na temática por parte não somente de estudantes, mas também de professores pesquisadores. Entretanto, no Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos e no Fórum aqui relatado divulga-se a ideia de que o processo de envelhecimento é intrínseco à vida, e por consequência inevitável, sendo assim, a promoção da saúde pode e deve ser praticada por toda a vida, para resultar em uma velhice saudável e desconstruir o paradigma de que é impossível envelhecer e ter uma boa qualidade de vida ao mesmo tempo.

Outro ponto importante discutido no evento é sobre como atrela-se o envelhecimento saudável a ausência de doenças que são comuns no envelhecimento (como por exemplo hipertensão e diabetes, dentre outras mudanças fisiológicas que acontecem nesse processo). O que se observou foi que é possível viver com saúde mesmo com a existência de doenças, tendo em vista que a saúde é compreendida como um processo além da ausência de enfermidades, estando atrelada principalmente a fatores do âmbito social como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

Percebe-se que a graduação e a atuação profissional são desafios que precisam ser refletidos e contextualizados, considerando as diferentes realidades sociais e propondo novas formas de cuidado e de fazer saúde, realizando ações que conectam intervenções dos serviços de saúde com intervenções da própria comunidade. Além de se mostrar essencial que estas intervenções sejam promovidas juntamente à comunidade, para que seja destruída uma visão de que estudantes e profissionais detêm o saber científico e impõe esse saber a outras pessoas, objetivando construir um conhecimento em conjunto. Com isso, pôde-se observar que o Fórum serve como um formador e enriquecedor da formação no cuidado à pessoa idosa tanto de estudantes da graduação quanto de profissionais que já exercem seu exercício na área da saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília - DF. 2010
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília - DF. 2013
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. História da saúde pública no Brasil – Um século de luta pelo direito a saúde [filme]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense – UFF; 2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTa0>

- [4] Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Brasília - DF. 2003
- [5] Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil: Demografia e epidemiologia do envelhecimento. Hospital Israelita Albert Einstein. 2008; 6(Supl 1): 4-6.
- [6] Ferreira LV, Silva MCM, Castro EAB, Friedrich DBC. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde. Rev. Cont & Saúde. 2017; 13 (32): 46-54.
- [7] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010 [acesso em 28 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
- [8] OMS. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, 1986.

Capítulo 19

Sistematização da assistência de enfermagem a pessoa idosa portadora de Hiperplasia Prostática benigna: Relato de experiência

Francyele Alves da Paixão Nobre

Charles Maurício Barros dos Santos

Monteiro Pires Bastos Júnior

Manoela Joseane dos Santos

Chrisllayne Carla Cavalcante Nascimento

Fabiani Tenório Xavier Póvoas

Resumo: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O objetivo deste estudo foi implementar as etapas do processo de enfermagem, ou seja, a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) a um paciente idoso portador de hiperplasia benigna da prostática. Desenvolveu-se, aqui, como objeto exploratório do caso à construção de exemplos que estimulem a reflexão acerca da importância da assistência de enfermagem sistematizada (SAE), um plano de cuidados utilizando-se os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia da CIPE 2.0 (Classificação Internacional para prática de Enfermagem). Os principais levantados foram: risco de padrão de higiene prejudicado, risco moderado para lesão por pressão, balanço hídrico prejudicado, risco alto para infecção por sonda vesical de demora. O estudo demonstrou que uma assistência com grau necessário de qualidade precisa atender aos critérios mínimos de planejamento e sistematização, nesse sentido a Sistematização da Assistência de Enfermagem se oportuniza no contexto hospitalar da assistência por proporcionar melhor padrão de reposta do cliente ao tratamento.

Palavra chave: enfermeiro; idoso; assistência; próstata.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente¹.

As doenças da próstata tornaram-se um problema de saúde pública, pois aumentam em concomitância com a expectativa de vida da população. Cerca de três quartos dos casos de câncer de próstata no mundo ocorrem a partir dos 65 anos, evidenciando-se, assim, uma forte relação entre esse câncer e a idade do indivíduo². Tanto a hiperplasia benigna de próstata (HBP) como o câncer podem causar sintomas urinários que comprometem severamente a qualidade de vida dos indivíduos. O tratamento para ambas as doenças depende do quadro clínico do paciente. As opções vão desde a conduta conservadora, como a observação e o tratamento medicamentoso, até o procedimento cirúrgico, denominado prostatectomia³.

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma condição médica caracterizada pelo aumento benigno do volume prostático, que normalmente se inicia em homens a partir dos 40 anos de idade. Possui alta prevalência e seus únicos dois fatores de riscos bem estabelecidos são a idade e a presença de testículos funcionantes no que se refere à produção de testosterona. Com grande repercussão clínica, esta condição é capaz de interferir no fluxo normal de urina em razão da compressão da uretra e do relaxamento inadequado do colo vesical⁴.

O Processo de Enfermagem é a representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da qual ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe pela qual o enfermeiro é responsável. A SAE permite detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades, fornecendo assim, uma direção para as possíveis intervenções. No que se refere às necessidades humanas, a equipe de enfermagem deve ter sensibilidade para correlacioná-las com a realidade em que atua. Para tanto, o enfermeiro deve ser estimulado a desenvolver seu pensamento crítico durante sua formação, assim, irá tornar-se apto a elaborar e aplicar adequadamente modelos e teorias às condições em que a equipe trabalha⁵.

Portanto, torna-se fundamental que os enfermeiros se preocupem com ações planejadas para assegurar ao paciente e sua família um cuidado amplo. É preciso cuidar dos seres humanos em sua individualidade, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades⁶.

Neste embasamento, este trabalho teve como objetivo descrever conhecimentos acerca da patologia Hiperplasia Benigna Prostática e condutas de Enfermagem a serem tomadas a pessoa idosa acometido por essa doença utilizando a Sistematização da assistência de Enfermagem pela taxonomia CIPE (Classificação Internacional para Prática De Enfermagem).

O estudo se torna relevante por justificar a importância da padronização da linguagem diagnóstica como forma garantir uma assistência de qualidade a clientes idosos acometidos por Hiperplasia Prostática Benigna, contribuindo assim ao meio acadêmico e assistencial.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único, que é uma investigação sobre uma única situação, em que se busca um aprofundamento dos dados, sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência. Este método deve ser adotado quando se quer estudar algo singular, que tenha valor em si mesmo. Foi utilizado a observação sistemática, questionário estruturado, análise documental, anamnese e exame físico. A coleta de dados foi realizada no Hospital Sanatório Geral, Alagoas, no período de 12 a 14 de outubro de 2017. Cabe ressaltar que foram cumpridas todas as especificações da resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados durante a internação do paciente. Através de uma entrevista compreensiva, foi coletado dados objetivos e subjetivos, incluindo, dados sociodemográficos, profissionais, estilo de vida, moradia, história clínica, sinais vitais e exame físico. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do cliente tais como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização. Os dados coletados foram armazenados, analisados qualitativamente e apresentados em forma de quadro. Posteriormente, foram construídos os diagnósticos de enfermagem.

Para se chegar aos diagnósticos foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pela taxonomia da CIPE 2.0 (Classificação Internacional para

Prática de Enfermagem), bem como a utilização do pensamento crítico, tomada de posição ética e julgamento clínicos dos pesquisadores, resultado na sistematização da assistência de enfermagem. Este processo culminou no desenvolvimento do planejamento de enfermagem seguido das respectivas propostas de intervenção.

2.1.RESULTADOS

2.2.SUMÁRIO DE SITUAÇÃO

LBS, data de nascimento: 15/01/1943, 74 anos, gênero masculino, casado, raça negra, ensino fundamental incompleto, católico, natural de Maceió, residente de Recanto dos Mares em Satuba, zona urbana. Reside em casa de alvenaria, com saneamento básico e água tratada. Tem três filhos, três irmãos e pais falecidos em decorrência de doenças desconhecidas pelo entrevistado. Nega ser portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e desconhece alergias, nega etilismo e tabagismo. Admitido no setor em 19/09/2017 com diagnóstico de Hiperplasia Benigna Prostática, em 52 gramas. Paciente relata que faz uso de Terazosina 8mg, uma vez ao dia e dipirona de 6/6h. Relata que realizou cirurgia de Ressecção endoscópica de Próstata. No momento da anamnese, encontrava-se em decúbito dorsal no leito, posição fowler, com grades elevadas, acordado, comunicativo, orientado em tempo e espaço, ciente da patologia atual. Mobilidade prejudicada, acamado. Com queixa de náuseas. Portando sonda vesical de demora, número 16 e cateter venoso periférico em membro superior direito em uso de soro fisiológico 0,9%, 500ml. Dieta líquida, diurese presente com característica avermelhada, 250 ml. Eliminação intestinal normal, fezes em aspecto pastoso, segundo entrevistado. Relata repouso ininterrupto e não faz uso de ansiolíticos. Recebe cuidados da filha, a qual se apresentava tranquila.

Ao exame físico: Segue consciente, orientado no tempo e espaço, mobilização no leito preservada e apresenta BEG. Ao exame físico céfalo-podálico, exibe: calota craniana sem abaulamento, couro cabeludo íntegro, cabelos cortados, bem distribuídos, face simétrica, sobrancelha íntegra com boa distribuição dos pelos, olhos simétricos, esclerótica esbranquiçada e bem vascularizada, pupilas isocóricas, conjuntiva normocorada, Nariz retilíneo, sem desvio de septo, apresenta vibrissas higienizadas e bem distribuídas, mucosa normocorada. Pavilhão auricular implantado rente a fenda palpebral, íntegros. Lábios normocorados, ressecados, sem desvio de comissura labial, aparentemente dentição completa e língua saburrosa. Pescoço retilíneo com mobilidade preservada. Pele íntegra, torácico simétrico expansivo bilateralmente, A.P.: MVU (+) em AHT, S/RA, F.V.: 17ipm, ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopro, F.C.: 94 bpm. Abdome plano, sem dor a palpação com presença de ruídos peristálticos. Membros superiores e inferiores sem anormalidades, portando cateter venoso periférico no membro superior direito. Sistema geniturinário mau higienizado, pênis mau higienizado, com odor desagradável e glândula hiperemiada, portador de sonda vesical de demora, número 16. Aferido sinais vitais: PA: 110X70 mmHg, FR: 17 ipm, FC: 94 BPM, Pulso: 67 ppm.

2.3.DISSCUSSÃO

2.4.PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
Padrão de higiene prejudicado	Reforçar a auto-higiene (banho, cortar unhas, higiene oral); Auxiliar na higiene, sempre que necessário; Promover higiene íntima.	Padrão de higiene eficaz
Risco moderado para Lesão por pressão	Mudar de posição de 2/2hs; Lubrificar e massagear a pele íntegra; proporcionar medidas de conforto e mudança da posição quando necessário.	Risco baixo para lesão por pressão
Alto risco para flebite	Examinar e registrar o local do cateter venoso frequentemente a cada 72hs; Avaliar e identificar sinais de infecção, edema ou hematoma na pele do acesso intravenoso;	Baixo risco para flebite
Balanço hídrico prejudicado	Manter controle hídrico rigoroso; Registrar ingesta, solução EV, e eliminação de líquidos durante 24 horas.	Controle hídrico eficaz
Risco alto para infecção por sonda vesical de demora	Higienizar o local, diariamente após o banho; Promover o autocuidado.	Risco baixo para infecção por sonda vesical de demora

3.CONCLUSÃO

Compreende-se que uma assistência somente pode alcançar um determinado grau de qualidade quando se é construída atendendo aos critérios mínimos de planejamento. Parte-se, então, da premissa de que quando os cuidados são sistematizados obedecendo-se etapas como preconiza o modelo metodológico da SAE obtém-se, por consequência, melhor padrão de resposta do cliente ao tratamento, evidenciando assim a importância do enfermeiro na orientação e no diagnóstico das enfermidades para o tratamento e reabilitação do indivíduo, mantendo uma assistência de forma holística promovendo qualidade de vida e segurança do paciente.

Logo, a SAE se oportuniza como um importante e indispensável instrumento de trabalho não só do enfermeiro como também de toda a equipe, por subsidiar o processo de identificação das necessidades de cuidados e otimizar a organização e o planejamento das ações a serem executadas. Levando-se em conta os aspectos observados, conclui-se que é necessário que a assistência seja realizada de forma sistemática, compreendida em etapas previamente definidas que contemplem deste a identificação das necessidades de cuidados até o planejamento e implementação das ações com rigorosa avaliação dos resultados.

É preciso a concepção de que as ações de enfermagem são, sobretudo, prescrições de cuidados com grande significatividade e impacto sob o tratamento do cliente.

REFERÊNCIAS

- [1] Papaléo Netto M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Tratado de gerontologia. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p.3-14.
- [2] Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.
- [3] Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
- [4] Averbek, M. A. et al. Diagnóstico e Tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata. Rev. da Amrigs [Internet], v. 54, n. 4, out-dez. de 2010, p. 471-477. Disponível em: http://amrigs.org.br/revista/54-04/021-519_diagnostico.pdf.
- [5] Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [citado em 26 set 2010]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>.
- [6] Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico... - 622 - Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 617-28. cuidado complexo. Texto Contexto Enfem. 2006 JulSet; 15 (3): 483-91.

Capítulo 20

Relação entre aptidão motora, atividade física e institucionalização em idosos da cidade de Maceió –AL

Felipe Lima Rebêlo

Laerte Firmino Júnior

Henrique Cerqueira Lima de Carvalho

Alessandra Myrella Braz da Silva

Meiry Lannuze Santos Silva

Brenda Karolyne dos Santos Souza

Resumo: introdução: o envelhecimento é um processo fisiológico caracterizado pela diminuição da capacidade funcional que apresenta íntima relação com a aptidão motora. alguns aspectos podem influenciar a aptidão motora, destacando-se a institucionalização e a prática de atividade física. objetivo: comparar a aptidão motora entre idosos institucionalizados, não institucionalizados sedentários e não institucionalizados praticantes de atividade física na cidade de maceió. metodologia: trata-se de um estudo transversal, realizado com três grupos com características distintas: não institucionalizados praticantes de atividade física; não institucionalizados sedentários e institucionalizados. a aptidão motora foi avaliada através da escala motora para terceira idade “emti”. os resultados foram comparados por meio do teste do qui-quadrado ou pelo teste exato de fisher, quando mais adequado, adotando-se um valor de alfa igual a 5%. resultados: a amostra final foi de 27 idosos, 9 indivíduos por grupo, onde o gênero feminino foi predominante; faixas etárias mais avançadas, maior prevalência de polifarmácia e baixa escolaridade foram identificados no grupo dos institucionalizados. quando comparados pela média da aptidão motora geral, observou-se diferença estatística entre o grupo dos idosos institucionalizados comparados aos demais. quando comparados os elementos estratificados, o g3 apresentou diferença significativa em todos os elementos comparados ao g1. conclusão: os idosos não institucionalizados praticantes de atividade física apresentaram melhor aptidão motora que os demais grupos, estando os institucionalizados com o pior desempenho.

Palavras Chave: Idoso. Aptidão motora. Atividade física. Institucionalização

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e acontece de forma contínua e acelerada em toda população mundial. Segundo as Nações Unidas (NU), em 2013, o Brasil apresentava 11% de pessoas acima de 60 anos em sua população, estando em quarto lugar em número de idosos acima de 80 anos no mundo¹. Nos países desenvolvidos esse aumento acompanha o crescimento econômico, diferente dos países em desenvolvimento, fato que termina por configurar em sobrecargas para o sistema social, previdenciário e sistema público de saúde^{1,2}.

O decurso do envelhecimento é fisiológico caracterizado pela paulatina diminuição da capacidade funcional, reduzindo a função de órgãos e sistemas de forma gradativa. Dessa forma, todos os sistemas tendem a sofrer declínios, implicando em perda de força, equilíbrio, propriocepção, dificuldades na marcha, déficits cognitivos, entre outros, podendo acarretar em perfis motores deficitários. Dentro deste raciocínio, ressalta-se que essas alterações podem ser agravadas se o envelhecimento for acompanhado de algum processo patológico, fazendo com que a perda das capacidades motoras sejam mais exacerbadas³.

A perda da habilidade motora é percebida tanto no processo de senescência quanto no de senilidade, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo, já que interfere diretamente na execução das atividades de vida diária⁴.

Para Rosa Neto et al³, as funções motoras são numeradas em seis: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal, estando estes em completa interação para a manutenção da integridade do sujeito, sendo intimamente relacionados a aptidão motora do sujeito⁵. Dentre os aspectos que podem influenciar na aptidão motora, podemos destacar a atividade física e a institucionalização.

A prática de exercício físico regular é um importante fator de proteção para evitar ou amenizar as perdas decorrentes do envelhecimento, trazendo benefícios motores, sociais e psicológicos. Em contrapartida, o sedentarismo pode levar a um declínio senil em todos os aspectos⁶⁻¹¹.

No processo de institucionalização, essa prática torna-se cada vez mais precária tornando o idoso institucionalizado mais dependente, trazendo danos na sua qualidade de vida e capacidade funcional¹². A institucionalização por si só já predispõe o indivíduo a déficits motores, porém é preciso entender que o grande problema estaria no modelo de como ocorre esse processo de institucionalização^{13,14}.

Diante do quadro apresentado, ressalta-se a necessidade de voltar o olhar para a população idosa, buscando promover e estimular um envelhecimento ativo, sendo importante observar a integridade motora destes sujeitos e novas formas de intervir positivamente sobre as mesmas¹⁵.

Dessa forma, identificar as possíveis diferenças entre o nível de aptidão motora e sua relação com a prática de atividade física e o processo de institucionalização permite o direcionamento na definição de metas específicas para cada população de acordo com a sua necessidade, direcionando as ações de saúde e minimizando futuros problemas causados pelo mau planejamento³.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi verificar as diferenças na aptidão motora entre idosos institucionalizados, sedentários e praticantes de atividade física.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, descritivo de corte transversal que visou buscar as características socioeconômicas, demográficas e motoras de idosos de 3 grupos distintos. Esta pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesmac sob o protocolo de número 1666-12. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2014.

A amostra foi composta por 27 sujeitos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 94 anos, separada em três grupos com nove indivíduos cada, tendo como critério de inclusão idade igual ou maior que 60 anos, sendo institucionalizados, idosos da comunidade sedentários ou praticantes de atividade física. Os sujeitos foram categorizados de acordo com suas características, sendo assim estabelecidos: G1 formado por idosos da comunidade praticantes de atividade física regular duas vezes por semana; G2 caracterizados por idosos da comunidade, sedentários participantes do grupo de envelhecimento ativo do centro universitário cesmac e o G3 com idosos institucionalizados há pelo menos três anos.

Foram excluídos os idosos que possuíam lesões traumáticas que impediam a realização dos testes, lesões neurológicas e idosos com diagnóstico de demência.

A aplicação dos instrumentos para o grupo dos institucionalizados deu-se no auditório da própria instituição. Para os sedentários na sala de reuniões do grupo de envelhecimento ativo e para os praticantes de atividade física no próprio ambiente físico onde os idosos realizavam as atividades.

Os sujeitos foram recrutados em suas respectivas instituições através da explicação dos procedimentos e os detalhes acerca da pesquisa com consecutiva leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com as diretrizes da resolução CNS/MS 196/96 sem que para isso tenham sido forçados.

Para a coleta dos dados socioeconômicos e demográficos foi aplicado um instrumento de coleta de dados que continham questões sobre: idade, sexo, escolaridade, estado civil, quantidade de medicamentos utilizados diariamente, número de doenças crônicas e prática de atividade física.

Por fim, para avaliação da aptidão motora, foi aplicada a Escala Motora para Terceira Idade (EMTI), desenvolvida por Rosa Neto et al³, que permite avaliar 6 capacidades motoras, sendo elas: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal. A avaliação de cada elemento é composta por 10 níveis classificados de 2 a 11, os quais o sujeito poderá começar do nível inicial, passando para a prova seguinte se obtiver êxito. Caso haja um fracasso o indivíduo ficará retido no nível anterior (se o participante não obtiver êxito no primeiro nível será classificado no mesmo), sendo então pontuado a partir de uma tabela proposta pelo autor.

Após a avaliação de todos os elementos as pontuações foram somadas e divididas por 6 para a obtenção da aptidão motora geral que poderá ser classificada como ≥ 130 (muito superior), 120 a 129 (superior), 110 a 119 (normal alto), 90 a 109 (normal médio), 80 a 89 (normal baixo), 70 a 79 (inferior) e ≤ 69 (muito inferior)³.

A aplicação da escala seguiu a padronização orientada pelo autor, utilizando-se todos os recursos materiais indicados. A escala foi aplicada pelos pesquisadores que receberam treinamento prévio.

Os resultados estão expressos como média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e frequências para as variáveis dicotômicas. As diferenças nas frequências entre os grupos foram verificadas por meio do teste do Qui-Quadrado ou pelo Teste Exato de Fisher, quando mais adequado. Já as variáveis contínuas tiveram o pressuposto paramétrico da homocedasticidade verificado pelo teste de Levene e em caso afirmativo, as diferenças foram investigadas por meio do teste "t" ou da análise de variância (ANOVA), com teste *post-hoc* de Tukey-HSD. Para todos os casos, adotou-se um valor de alfa igual a 5%.

2.1.RESULTADOS

A amostra total foi de 27 idosos, onde cada um dos três grupos era composto por nove sujeitos. Entre os avaliados, predominou o gênero feminino e com variação da faixa etária de 60 a 94 anos. Os dados referentes às características socioeconômicas e demográficos encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das frequências dos dados socioeconômicos e demográficos entre os grupos.

Variáveis	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N (%)	Grupo 3 N (%)	P-valor
Idade				
<70 anos	8 (88,9)	4 (44,4)	1 (11,1)	<0,001
>70 anos	1 (11,1)	5 (55,6)	8 (88,9)	
Sexo				
Feminino	9 (100)	9 (100)	3 (33,3)	<0,001
Masculino	0 (0)	0 (0)	6 (66,7)	
Escolaridade				
<4 anos de estudos	1 (11,1)	2 (22,2)	7 (77,8)	0,018
>4 anos de estudos	8 (88,9)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Medicamentos				
Nenhum	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	<0,001
De 1 a 3	9 (100,0)	8 (88,9)	2 (22,2)	
>3	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (66,7)	

Fonte: Autor, 2014

A média da Aptidão Motora Geral (AMG) foi calculada através do somatório dos resultados de todas as variáveis (AM1, AM2, AM3, AM4, AM5 e AM6). Pôde-se observar que houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo dos idosos institucionalizados (G3) comparado aos demais grupos. No entanto, não houve diferença significativa entre o G1 e o G2. (tabela 2).

Tabela 2. Comparação do escore da Aptidão Motora Geral por grupo

Variável	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	P-Valor*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
AMG***	71,56 (21,09)	63,11 (12,53)	33,56 (12,48)**	<0,001

Fonte: Autor, 2014

*P-Valor para a ANOVA.

**Significativamente diferente dos demais grupos pelo teste de Tukey-HSD.

*** Aptidão Motora Geral

Quando comparadas as médias de cada um dos seis parâmetros da aptidão motora entre os três grupos, verificou-se que houve diferença significativa entre o grupo dos idosos institucionalizados e o grupo dos idosos praticantes de atividade física em todas as 6 capacidades motoras, e entre os institucionalizados e os sedentários para os elementos: motricidade fina, motricidade global e equilíbrio (tabela 3). Os resultados entre os grupos, por elemento motor e por categorias, encontram-se distribuídos na tabela 4.

Tabela 3. Distribuição da aptidão motora, por elementos, estratificados por grupo.

Variável	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		P-valor*
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
AM1 - NIVEL	7,44	3,432	6,89	2,804	3,33 ^{1, 2}	1,323	<0,001
AM2 - NIVEL	5,11	1,453	4,22	1,302	1,78 ^{1, 2}	1,202	<0,001
AM3 - NIVEL	5,78	2,167	4,56	1,667	1,56 ^{1, 2}	0,882	<0,001
AM4 - NIVEL	5,89	1,364	4,89	1,691	3,11 ¹	1,616	<0,001
AM5 - NIVEL	5,22	1,563	4,33	0,866	3,33 ¹	1,871	0,043
AM6 - NIVEL	6,33	2,784	6,67	2,236	3,67 ¹	2,449	0,034

*P-valor para a ANOVA.

¹Diferes significativamente do grupo 1 pelo teste de Tukey-HSD.

²Difere significativamente do grupo 2 pelo teste de Tukey-HSD.

Tabela 4. Distribuição da aptidão motora por caracterização, estratificada por grupos.

Variável	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
AM1	Normal Baixo	Normal Baixo	Muito inferior
AM2	Muito Inferior	Muito Inferior	Muito Inferior
AM3	Muito Inferior	Muito Inferior	Muito Inferior
AM4	Muito Inferior	Muito Inferior	Muito Inferior
AM5	Muito Inferior	Muito Inferior	Muito Inferior
AM6	Inferior	Normal Baixo	Muito Inferior

Fonte: Autor, 2014.

2.2.DISSCUSSÃO

Os resultados do estudo aqui apresentado refletem diferenças no perfil motor de três populações de idosos com características distintas. O levantamento dos dados socioeconômicos e demográficos revelou uma diferença estatisticamente significativa entre a idade dos três grupos, onde os indivíduos institucionalizados apresentaram maior faixa etária.

Segundo dados epidemiológicos referente a idosos brasileiros, há uma maior prevalência de indivíduos com faixas etárias mais avançadas em instituições de longa permanência (ILPI'S), predominando os idosos com 80 anos ou mais¹⁶. Del Ducal et al¹⁷ ressaltam que a decisão de institucionalizar um idoso pode estar intimamente atrelada ao maior nível de déficit funcional. Da mesma forma, maiores níveis de alterações funcionais estão intimamente ligados ao avançar da idade, fato que explicaria a maior prevalência de faixas etárias mais avançadas entre os institucionalizados neste estudo evidenciado¹⁷.

Dentro dessa perspectiva, **Lucchetti et al**¹⁸, ressaltam ainda que o maior grau de dependência funcional pode traduzir-se também em uma alta prevalência de comorbidades associadas, fazendo com que haja uma elevada necessidade de utilização de um maior número de medicações de uso contínuo, o que também foi identificado nesta pesquisa, onde a prevalência de polifarmácia foi verificada no grupo dos institucionalizados¹⁸.

A baixa escolaridade também mostrou-se predominante entre os idosos institucionalizados, o que poderia ser atribuído a precariedade social relacionada ao processo de institucionalização vivenciada no Brasil, onde a maioria das ILPIs são entidades não governamentais, que amparam idosos de baixa renda e em condições de debilidade social¹⁹. O resultado é condizente com o estudo de Davim et al, onde os idosos institucionalizados possuíam baixa escolaridade ou eram analfabetos²⁰.

A predominância do gênero feminino encontrada neste estudo reflete o processo de feminização da população idosa. O Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE)²¹ evidenciou no ano de 2014 uma sobrevida em torno de 7,21 anos a mais das mulheres em relação aos homens. A esse evento pode-se atribuir o fato dos homens se exporem mais aos riscos de trabalhos, as mulheres serem mais atentas aos sinais e sintomas de possíveis patologias, diferenças no consumo de álcool e drogas, entre outros²².

Se o indivíduo idoso tem um declínio de suas funções motoras e maior propensão a apresentar menos entusiasmo e vitalidade para realizar suas atividades, o processo de institucionalização aumenta essas perdas, já que, na maioria das vezes, os indivíduos encontram-se em um ambiente desfavorável, e apresentam alguma comorbidade associada, favorecendo seu isolamento social e inatividade física^{23,24}.

A média da aptidão motora geral dos três grupos revelou uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo dos institucionalizados e os demais, sendo este classificado como “Muito Inferior”, dados estes corroborados com os achados de dois estudos de Rosa Neto et al^{13,23}, um na cidade de Florianópolis com 73 idosos institucionalizados em 2005 e outro na cidade de Tubarão com 9 sujeitos.

Rosa Neto et al²³ explicam que o processo de institucionalização condiciona a reclusão social e dessa forma predispõe a uma menor participação ativa e motivação para prática de atividades físicas, contribuindo para perda de força, equilíbrio, coordenação, capacidades cardiovasculares, entre outros, o que contribui para um processo de envelhecimento com déficits motores mais intensos.

É importante destacar o que Alencar et al²⁵ trazem em relação aos idosos que residem em ILPIs, pois os mesmos são institucionalizados por algum comprometimento que atinja sua capacidade funcional, trazendo dependência em suas atividades de vida diária. Lisboa et al¹⁶ mostraram em seu estudo com 97 idosos institucionalizados que 77% destes apresentaram algum tipo de dependência funcional em suas Atividades de Vida Diária (AVD'S) e 30% tiveram este como principal motivo de institucionalização.

Embora se tenha identificado uma grande divergência entre o grupo dos idosos institucionalizados e os demais, entre os praticantes de atividade física e o grupo dos idosos sedentários não houve diferença estatisticamente significativa. O fato pode ser explicado porque, mesmo as idosas do G2 sendo caracterizadas como sedentárias, em sua maioria eram ativas e faziam parte de grupos de terceira idade. Davim et al²⁰ destaca a importância do indivíduo se manter ativo mesmo depois de aposentar-se das atividades profissionais, visto que, se o sujeito realizar atividades de sua vontade e habilidade, tornaria seu prolongamento de vida mais satisfatório.

Rizzolli et al²⁶ realizaram um estudo avaliando 20 idosos sobre a percepção deles em relação aos grupos de terceira idade. Os resultados permitiram concluir que os grupos proporcionaram mudanças benéficas que influenciaram positivamente em sua qualidade de vida. Os autores ressaltam que os grupos estimulam e desenvolvem atividades de recreação, permitindo convívio e interação com outras pessoas.

Contudo, ressalta-se que, apesar do exposto anteriormente, e da não significância estatística entre esses dois grupos, o grupo dos idosos que praticavam atividade física apresentou maior média geral, o que poderia ser atribuído aos benefícios da prática de atividade física, que promove um envelhecimento mais saudável e longo, sendo capaz de trazer mudanças nas variáveis antropométricas, neuromotoras, metabólicas e psicológicas²⁷. Freitas et al²⁸ citam alguns efeitos trazidos pela prática de exercício percebidos pelos idosos, tais como, melhora da postura, bem estar corporal, sente-se realizado, recebe atenção do professor e fazer novas amizades.

Quando comparados por caracterização estratificada por grupos, o G3 apresentou diferença significativa com o G1 em todas as capacidades motoras. No entanto, entre o G2 e G3 houve diferença apenas nas capacidades: motricidade fina, motricidade global e equilíbrio, não obtendo diferença estatística para orientação espacial, orientação temporal e esquema corporal. Sabe-se que o esquema corporal está ligado

à orientação espaço-temporal e ambos dependem intimamente das funções cognitivas preservadas²⁹, dessa forma, essa diferença poderia ser atribuída a aspectos relacionados a habilidades cognitivas.

Yu et al³⁰, afirmam que a prática de atividade física pode amenizar os declínios cognitivos (orientação espaço-temporal, linguagem, entre outros) decorrentes do envelhecimento. É sabido que a prática de atividade física regular traz melhoras no status cognitivo, desta forma, se o indivíduo apresentar uma melhora cognitiva, conseqüentemente, apresentará um melhor desempenho nas atividades motoras³⁰.

Em relação à atividade física e a melhora da cognição de idosos praticantes, Fries et al³¹ explicam que idosos com idade acima de 70 anos praticantes de atividades aeróbicas de esporte, podem ter reservas cognitivas aumentadas, quando comparados a idosos sedentários³².

É importante frisar que ao envelhecer várias perdas são visíveis, e quando se trata de cognição existem algumas formas de evitar a perda. A atividade física quando praticada regularmente é considerada um agente neuroprotetor, prevenindo complicações neurológicas e degenerativas do Sistema Nervoso Central. Isto é explicado por Bertchold et al³³; e Mattson et al³⁴, citando que o exercício físico promove uma melhora na irrigação cerebral, e dessa forma levará a uma melhor e mais rápida transmissão de impulsos nervosos³².

Entendendo a importância da capacidade funcional na qualidade de vida do idoso e sua íntima relação com a aptidão motora, percebe-se a importância e necessidade da identificação da relação e das alterações desta variável decorrentes do processo de envelhecimento, seja ele fisiológico ou patológico. Embora se tenha identificado características distintas entre as populações estudadas é necessário que haja mais pesquisas voltadas para os aspectos motores, pois o presente estudo apresentou limitações, como o número de participantes.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo observou-se que os idosos da comunidade praticantes de atividade física apresentaram melhor aptidão motora que os demais grupos, estando os institucionalizados com o pior desempenho. Destaca-se ainda que, mesmo os que obtiveram o melhor desempenho, ainda foram classificados como nível motor "inferior". No entanto, ressalta-se a limitação desta pesquisa em relação ao número de indivíduos, o que impossibilita a realização de inferências específicas em relação a este dado.

REFERÊNCIAS

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348.
- [2] Brasil. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Rosa Neto F. Manual de avaliação motora para terceira idade. Artmed. 2009.
- [3] Ono LM, Parcias SR, Guimarães ACDA, Monte FCDSG, Neto FR. Praticantes de atividade física: atenção e aptidão motora. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012;10(33):1-5.
- [4] Vayer P, Pico L. Educação psicomotora e retardo mental. Manole 1988.
- [5] Shepard RJ. Envelhecimento, atividade física e saúde. Phorte editora. 2003.
- [6] Matsudo SM. Envelhecimento, atividade física e saúde. R. Min. Educ. Fís., Viçosa, 2002.
- [7] Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL, Araújo TL. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. Revista brasileira de medicina do esporte. 2003.
- [8] Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo TL, Andrade DR, Andrade EL, Oliveira LC, Braggion GF. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. Ver Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(4), 2003
- [9] Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Ver Bras Med Esporte. Vol. 7. 2001
- [10] Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira, LD et al. Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. Public Health Nutrition: 5(1A), 253-261
- [11] Fernandes KCS, Vasconcelos LS. Efeitos de um programa terapêutico na qualidade de vida de idosos institucionalizados na cidade de Belém - Pará. 2006.

- [12] Rosa Neto F, Matusdo SMM, Liposcki DB, Vieira GF. Estudos dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis. R. bras. Ci. e Mov. 2005.
- [13] Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. RevBrasEnferm, Brasília (DF) 2004 maio/jun;57(3):332-5
- [14] Zago AS, Gobbi S. Valores normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. R BrasCi e Mov. 2003;11:77-86.
- [15] Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. Ver Bras Enferm. 2012;65(3):482-7.
- [16] Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. RevSaude Publica.2011;45(1):113-20.
- [17] Luchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni, ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2010, vol.13, n.1, pp. 51-58.
- [18] Camarano, AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev. bras. estud. popul. 2010, vol.27, n.1, pp. 232-235.
- [19] Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004, vol.12, n.3, pp. 518-524.
- [20] Brasil. IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e da unidade da federação 2014 [cited 2014 13/11/2014]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
- [21] Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Revista de Saúde Pública, 1987; 21(3): 225-33
- [22] Rosa Neto F, Bressan MM. Aptidão motora dos idosos do abrigo de velhinhos de Tubarão-sc. 2002.
- [23] Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade física e o idoso: uma concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2001
- [24] Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanencia. revBrasGeriatrGerontol. 2012;15(5):785-96.
- [25] Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 225-234. ISSN 1809-9823.
- [26] Matsudo SM, Matsudo VKR. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. Revista brasileira atividade física & saúde. 2000;5(2):60-75.
- [27] Freitas CMSM, Santiago MS, Viana AT, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano 2007;9(1):92-100.
- [28] Oliveira GC. Psicomotricidade: Educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. Petrópolis: Vozes, 2002. (Cap.2. Desenvolvimento da psicomotricidade. p. 41-103).
- [29] Yu F, Evans LK, Sullivan-Marx EM. Functional outcomes for older adults with cognitive impairment in a comprehensive outpatient rehabilitation facility. J Am Geriatr Soc. 2005;53(9):1599-606
- [30] Fries BE, Morris JN, Hawes C, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. The Gerontologist. 1990;30(3):293-307.
- [31] Banhato EFC, Scoralick NN, Guedes DV, Atalaia-Silva KC, Mota MMPE. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. Psicologia: teoria e prática. 2009;11(1):76-84
- [32] Cotman CW, Berchtold NC. Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. Trends in neurosciences. 2002;25(6):295-301.
- [33] Lee J, Duan W, Long JM, Ingram DK, Mattson MP. Dietary restriction increases the number of newly generated neural cells, and induces BDNF expression, in the dentate gyrus of rats. Journal of Molecular Neuroscience. 2000;15(2):99-108.

Capítulo 21

Efeito de diferentes ambientes de exercício físico sobre a associação entre força de preensão palmar e força muscular respiratória em idosas

Mariel Dias Rodrigues

Gustavo Carrijo Barbosa

Karla Silva Souto

Leandra Aparecida Leal

Marcela Ramos Cruciola

Patrícia Leão da Silva Agostinho

Resumo: O processo de envelhecimento é caracterizado pelo conjunto de alterações funcionais e estruturais do organismo, que ocorrem de forma progressiva. Dentre essas alterações, a mais frequente e mais importante é a perda da força muscular. Avaliar o efeito de diferentes ambientes de exercício físico respiratório sobre a associação entre força de preensão palmar e força muscular respiratória em idosas. Trata-se de um ensaio clínico, randomizado controlado, cego, foram incluídas no estudo, voluntárias com faixa etária de 60 a 70 anos. A amostra do estudo foi composta por 15 idosas, randomizadas em dois grupos experimentais: Grupo solo (GS): exercícios no solo e Grupo hidroterapia (GH): exercícios na água. Posteriormente as voluntárias foram submetidas a avaliações da capacidade funcional pulmonar pelo manovacuumetro e a mensuração da força de preensão palmar (FPP) através da dinamometria. Cada teste foi realizado por um mesmo avaliador, que não tinha nenhum conhecimento do grupo de intervenção do voluntário. As avaliações foram realizadas pré e pós 4 semanas de intervenção. Não houve diferença estatística em relação à força de preensão palmar (FPP) após treinamento respiratório em ambos os grupos, porém nos dados da manovacuumetria, observou-se que o GH apresentou aumento nos valores de $PE_{m\acute{a}x}$ após 4 semanas de intervenção ($p=0,007$). A $PI_{m\acute{a}x}$ não apresentou alterações ($p>0,05$), assim como os dados de $PI_{m\acute{a}x}$ e $PE_{m\acute{a}x}$ no GS. Após o treinamento físico respiratório o GS apresentou correlação positiva da $PE_{m\acute{a}x}$ com a FPP do lado esquerdo ($r=0,8$; $p=0,03$). Os achados do presente estudo demonstraram que a realização de exercícios físicos respiratórios no ambiente aquático tem um importante papel na função respiratória de idosas. E que a melhora da $PE_{m\acute{a}x}$ está positivamente associada com a FPP nesta população alvo.

1. INTRODUÇÃO

O processo da senilidade é considerado como fenômeno mundial, caracterizado pela transição demográfica, que é evidenciada pelos baixos níveis nas taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, tanto nos países em desenvolvimento como em países desenvolvidos.¹

No Brasil, a população com mais de 60 anos vem crescendo de forma acelerada e significativa, especialmente nas últimas décadas¹. Em 2009, havia 21 milhões de idosos e há previsões de que em 2050, haverá cerca de 34 milhões de pessoas com mais de 60 anos.^{2,3}

Dentre as alterações causadas pelo processo de envelhecimento, a mais frequente e uma das mais importantes é a perda da força muscular, tornando-se mais evidente somente a partir dos 50 anos de idade. A força muscular tem um papel fundamental para a manutenção da funcionalidade promovendo autonomia e independência dessa população.⁴

Estudos mostram uma significativa diminuição nas pressões respiratórias de acordo com o avanço da idade e uma importante correlação entre P_{Imáx} (Pressão inspiratória máxima) e P_{Emáx} (Pressão expiratória máxima) com a força muscular periférica.⁵

Sabendo das alterações negativas trazidas pelo envelhecimento, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que garantam aos idosos uma melhor qualidade de vida, assim como compreender como os processos degenerativos associados ao envelhecimento podem ser atenuados.⁴ Neste sentido, sabe-se que a prática de exercícios físicos está associada ao processo de envelhecimento mais saudável e é considerada uma intervenção eficaz sobre o desempenho adequado da musculatura estriada esquelética.⁶

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o efeito de diferentes ambientes de exercício físico respiratório sobre a associação entre força de preensão palmar e força muscular respiratória em idosos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico, randomizado controlado, cego, realizado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (parecer número 1.804.208). Foram incluídas no estudo, voluntárias com faixa etária de 60 a 70 anos, sem limitações físicas, doenças cardiopulmonares e não tabagistas. Como critério foram excluídas voluntárias com altura menor que 1,45m, tabagistas e portadoras de problemas cardiopulmonares graves.

A amostra do estudo foi composta por 15 idosos, randomizadas em dois grupos experimentais: Grupo solo (GS): exercícios no solo e Grupo hidroterapia (GH): exercícios na água. Posteriormente as voluntárias foram submetidas a avaliações da capacidade funcional pulmonar pelo manovacuômetro e a mensuração da força de preensão palmar (FPP) através da dinamometria. Cada teste foi realizado por um mesmo avaliador, que não tinha nenhum conhecimento do grupo de intervenção do voluntário. As avaliações foram realizadas pré e pós 4 semanas de intervenção.

Para medir a P_{Imáx} e P_{Emáx} foi utilizado um manovacuômetro GER-AR, modelo MV150/300, escalonado em -150 a +150cm de água, constituído de manômetro, traqueia, conector e bocal. Para mensurar a P_{Imáx}, a voluntária foi colocada em posição sentada, com a cabeça em posição neutra usando um clipe nasal. Em seguida, foi solicitado o esvaziamento dos pulmões, em nível de volume residual (VR), o bocal era corretamente posicionado seguido de uma inspiração máxima até o nível de capacidade pulmonar total (CPT), mantendo-a por um segundo. Foram realizadas três manobras, de forma que o maior valor registrado foi utilizado para a análise⁷.

Para medir P_{Emáx}, foi solicitado que a voluntária realizasse uma inspiração máxima, até o nível de CPT, em seguida, com o clipe nasal e o bocal de conexão ao manovacuômetro corretamente posicionados, era solicitado uma expiração máxima até o nível de VR, mantendo por um segundo. Foram realizadas três manobras, sendo o maior valor registrado utilizado para análise⁸.

Foi estabelecido um intervalo de descanso de dois minutos entre as medidas no intuito de impedir que ocorresse uma possível fadiga muscular respiratória ocasionando alteração nos resultados.^{9,10}

Para a avaliação da Força de Preensão Palmar (FPP) foi utilizado um dinamômetro hidráulico de mão, marca SAEHAN®. O teste foi padronizado seguindo um protocolo de instruções, posições de manuseio e da voluntária.¹¹ A avaliação da FPP, foi realizada com as voluntárias sentadas em uma cadeira com encosto

reto sem suporte para os braços, ombro aduzido e cotovelo fletido à 90°, antebraço em posição neutra e punho entre 0° à 30° de extensão e 0° à 15° de desvio ulnar, joelho e quadril flexionados a 90°. Os testes foram realizados 3 vezes em cada mão, com duração de 5 segundos em cada tentativa, iniciando sempre com a mão direita, o maior valor registrado foi utilizado na análise.¹¹

O protocolo de exercícios respiratórios do presente estudo foi embasado no utilizado por Pereira¹². O mesmo era composto por três fases: 1ª Fase: Mobilidade da caixa torácica que era dividido em 4 exercícios que trabalhavam a mobilidade da caixa torácica, associado com respiração diafragmática. 2ª Fase: Treino de resistência para músculos inspiratórios, dividido em 4 exercícios que preconizavam o fortalecimento da musculatura inspiratória, onde era solicitado respiração diafragmática (deslocamento anterior do conteúdo abdominal a cada inspiração) associado com movimentos de membros superiores. e 3ª Fase: Fortalecimento dos músculos Expiratórios, dividido em 4 exercícios onde era solicitado uma expiração forçada e a utilização da musculatura abdominal e movimentos de membros inferiores. Cada fase tinha duração de 16 minutos sendo 4 minutos para cada exercício com a duração total de 48 minutos.

A análise estatística foi realizada com auxílio do software SPSS versão 20.0. A normalidade dos dados foi verificada através do Teste de Shapiro-Wilk. Os valores são apresentados em média

(X) ± desvio padrão (DP). Para comparação intergrupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney para os dados não paramétricos e o teste T independente de acordo com o teste de normalidade. Para comparação intragrupos pré e pós treinamento foi utilizado o teste de Wilcoxon para os dados não paramétricos e o teste T dependente de acordo com o teste de normalidade. Já para a análise de correlação foi utilizado o teste de correlação de Spearman. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

2.1.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas 32 idosas que preencheram os critérios de inclusão do estudo, destas, 15 voluntárias concluíram o programa de exercícios. As mesmas foram randomizadas em 2 grupos pareados por idade ($63 \pm 3,8$ vs. $63 \pm 3,1$; $p > 0,05$), massa corporal ($69,9 \pm 13,2$ vs. $75 \pm 14,8$; $p > 0,05$), IMC ($28,9 \pm 6,3$ vs. $31,9 \pm 5,3$; $p > 0,05$) e estatura ($1,57 \pm 0,07$ vs. $1,53 \pm 0,08$; $p > 0,05$), sendo 8 do grupo hidroterapia e 7 do grupo solo, respectivamente.

Não houve diferença estatística em relação à força de prensão palmar (FPP) após treinamento respiratório em ambos os grupos (Tabela 1).

Em relação aos dados da manovacuometria, observou-se que o GH apresentou aumento nos valores de PEmáx após 4 semanas de intervenção ($p = 0,007$). A PImáx não apresentou alterações ($p > 0,05$), assim como os dados de PImáx e PEmáx no GS (Tabela 1).

As vantagens de se realizar um programa de exercícios em ambiente aquático são maiores quando comparadas aos exercícios realizados no solo, e isso pode ser explicado pelos efeitos fisiológicos do meio. A pressão hidrostática e o empuxo colocam o sistema respiratório em uma sobrecarga constante, e a temperatura elevada favorece a complacência dos tecidos moles e articulações.¹³

Tabela 1. Dados das análises de dinamometria e manovacuometria de ambos os grupos pré e pós intervenção.

Variáveis	Basal		Pós 4 semanas	
	GH	GS	GH	GS
FPP D (Kg/F)	25±3	21±5	26±3	23±6
FPP E (Kg/F)	22±7	20±6	23±6	20±6
PEmáx (cm H ₂ O)	64±19	73±20	74±20*	74±23
PImáx (cm H ₂ O)	86±21	80±20	90±28	90±26

FPP: Força de Prensão Palmar; D: direita; E: esquerda. PImáx: pressão inspiratória máxima; PEmáx: pressão expiratória máxima. * $p < 0,05$.

Na avaliação basal observou-se correlação positiva entre FPP do lado esquerdo e PE máx no GH ($r = 0,84$; $p = 0,01$) e no GS ($r = 0,9$; $p = 0,006$), além disso, o GS apresentou associação positiva da PE máx com a FPP do lado direito ($r = 0,8$; $p = 0,03$). Após o treinamento físico respiratório o GS apresentou correlação positiva da PE máx com a FPP do lado esquerdo ($r = 0,8$; $p = 0,03$).

No presente estudo observamos que a melhora nos valores de PEmáx após 4 semanas de intervenção na

água ($p=0,007$) foi associada positivamente com a melhora da força muscular de idosas em ambos os grupos. O que corrobora com um estudo prévio¹, composto por 43 idosos saudáveis submetidos à avaliação de FPP e Manovacuomentria, onde constatou-se também correlação positiva entre estas variáveis.

A dinamometria possui variadas aplicações, não sugerindo simplesmente uma medida de força manual ou apenas de membros superiores, mas pode indicar a força total do corpo, sendo aplicada até mesmo em testes de aptidão física¹⁴. A FPP demonstra íntima relação com a idade, a qual atinge seu pico por volta dos 30 anos de idade, sofrendo posteriormente, um declínio de acordo com o avanço da idade, principalmente após os 60 anos. Os idosos que possuem FPP reduzida geralmente concomitantemente apresentam problemas de saúde, sedentarismo, limitações funcionais e déficits na massa corporal⁵.

No presente estudo não observamos após a execução do protocolo de exercícios, aumento estatisticamente significativo da FPP de idosos em ambos os grupos, apesar de nossos resultados inferirem uma diferença clínica na mesma. Estes achados podem ser explicados pelo número de voluntárias. Entretanto, nossos resultados demonstram os benefícios de um protocolo de exercício respiratório sobre a força muscular expiratória de idosas submetidas à exercícios respiratórios em ambiente aquático.

3.CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo demonstraram que a realização de exercícios físicos respiratórios no ambiente aquático tem um importante papel na função respiratória de idosas. E que a melhora da PE máx está positivamente associada com a FPP nesta população alvo.

REFERÊNCIAS

- [1] Carneiro JCB. Avaliação da função pulmonar e da capacidade funcional de um grupo de idosos da cidade de Uberlândia-MG. Uberlândia-MG, 2017, p. 6.
- [2] Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Séries Históricas e Estatísticas. Revisão 2008 - Projeção da População - Grupos Especiais de Idade. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>> Acesso em 05 de setembro 2017.
- [3] Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 de setembro 2017.
- [4] Tavares GMS, Müller DVK, Fão RN, Manfredini V, Piccoli JCE. Análise da força de preensão palmar e ocorrência de quedas em idosas. Revista brasileira de Ciências e Movimento. 2016; 24(3):19-25.
- [5] Pereira GN. Força de membros superiores como preditor da função muscular ventilatória em longevos. Porto Alegre-RS, 2015. 134. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS.
- [6] Nascimento VC, Trindade JS, Oliveira EM, Souza EC, Abrahins OSC. Efeitos dos exercícios resistidos nos indicadores de normalidade de força dos músculos respiratórios de idosos. FIEP BULLETIN, Special Edition. 2013. Volume 83.
- [7] Bark, C., Elkins M R., Ellis E R. The effect of body position on maximal expiratory pressure and flow. Australian Journal of Physiotherapy, 2002 48(2), 95-102.
- [8] Neder JA, Andreoni S, Lerario MC, Nery LE. Reference values for lung function tests. II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. Braz J Med Biol Res. 1999;32(6):719-27.
- [9] Souza RB. Pressões respiratórias estáticas máximas. J Pneumol. 2002;28 Suppl 3:S155-65.
- [10] Silveira JM, Gastaldi AC, Boaventura CM, Souza HC. Treinamento de músculos inspiratórios em pacientes com quadriplegia. J Bras Pneumol. 2010;36(3):313-19.
- [11] Schlüssel MM, Anjos LA, Kac GA. Dinamometria manual e seu uso na avaliação nutricional: revisão. Rev Nutr. 2008;21(2):233-5.
- [12] Pereira KS. Estudo comparativo dos exercícios respiratórios em piscina aquecida para asmáticos graves e moderados: impacto de uma sessão. (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005, 114p.
- [13] Ide MR, Caromano FA, Dip MAVB, Guerino MR. Exercícios respiratórios na expansibilidade torácica de idosos: exercícios aquáticos e solo. Fisioter Mov. 2007; 20(2):33-40.
- [14] Fonseca DRP. Avaliação da Força de Preensão Palmar em indivíduos idosos. Brasília, 2009. 84 páginas. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Católica de Brasília

Capítulo 22

Perfil clínico-Epidemiológico de pacientes Oncológicos: Um olhar para o processo de envelhecimento humano

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Ana Karine Laranjeira de Sá

Valdirene Pereira da Silva Carvalho

João Victor da Silva Rodrigues

Julliany Larissa Correia Santos

Jesse Leite de Almeida

Resumo: O Envelhecer reflete na saúde do ser humano diversas características e conseqüências genéticas, sociais e físicas, consistindo-se como uma etapa complexa, onde a nível biológico ocorrem danos moleculares e celulares, tornando o indivíduo mais susceptível a doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer. Grande parte dos pacientes faz uso do Tratamento fora do Domicílio (TFD), onde se deslocam dos seus municípios para obter tratamento em centros de referência. O programa de TFD é uma das maneiras de garantir os direitos aos usuários da rede pública de saúde, respeitando os princípios constitucionais da universalidade e integralidade do SUS, garantindo assim, atendimento com equipe multiprofissional capacitada para atender todas as necessidades do paciente. A atuação multiprofissional permite a discussão dos problemas em questão, tornando efetivos os saberes e as práticas de cada profissional de maneira articulada e eficiente, somando-se aos saberes e práticas do paciente e família. Diante do exposto, toda a assistência em saúde aos pacientes oncológicos em tratamento fora do domicílio depende do conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo SUS. Assim, tornou-se pertinente investigar a caracterização desses pacientes a fim realizar o planejamento de assistência a partir da demanda real existente. Os dados analisados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento oncológico em uso do TFD na município de Pesqueira-PE, atendendo aos objetivos propostos e têm grande relevância no que diz respeito a formulação e implementação de políticas públicas que objetivem a criação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e conseqüente melhoria da assistência à clientela assistida pelo SUS do município

Palavras-chave: Oncologia; Assistência de Enfermagem; Cuidado.

1. INTRODUÇÃO

O ritmo do envelhecimento populacional é cada vez mais rápido e nítido, onde pela primeira vez na história da humanidade, a população possui a possibilidade de viver mais que 60 anos, essa nova perspectiva traz consigo um fator crucial em qualquer etapa do desenvolvimento humano: a saúde.¹

O Envelhecer reflete na saúde do ser humano diversas características e conseqüências genéticas, sociais e físicas, consistindo-se como uma etapa complexa, onde a nível biológico ocorrem danos moleculares e celulares, tornando o indivíduo mais susceptível a doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer.¹

O câncer, termo eleito de maneira genérica para representar mais de 100 tipos distintos de patologias, se configura atualmente como um problema de saúde pública de ordem mundial, não apenas pelo aumento de sua prevalência, mas também pelos investimentos demandados em ações abrangentes nos diversos níveis de atuação, a exemplo da promoção da saúde, detecção precoce, na assistência, vigilância, formação dos recursos humanos, comunicação e mobilização social, bem como na pesquisa e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).²

O Brasil vem experienciando mudanças em seu perfil demográfico e epidemiológico desde a segunda metade do século XIX, o que acarreta substituição gradual das doenças infecciosas e parasitárias pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e causas externas.³

As morbimortalidades que estão relacionadas às DCNT que são as principais causas de morte no mundo, responsáveis por aproximadamente 80% das mortes em países de baixa e média renda. No Brasil, constituem o problema de saúde de maior magnitude, atingindo fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondem a 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS e do Sistema de Saúde Suplementar e cerca de 70% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%) e câncer (16,3%).⁴

No Brasil, os primeiros incentivos à epidemiologia do câncer começaram na década de 1920 com o Departamento Nacional de Saúde Pública. Entretanto, observou-se a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer o que levou a criação do Sistema Nacional do Câncer, nos anos 1940, momento em que houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer.⁵

Os cânceres têm como características comuns o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo de origem multifatorial. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em seqüência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese).⁶

Independentemente da disponibilidade de vários tratamentos com eficácia comprovada, o câncer ainda pode ser mencionado como fator de diminuição da vitalidade, intimamente ligado com a dor, sofrimento, o estigma e a morte.⁶

Avanços nos diagnósticos e nos tratamentos do câncer tem possibilitado ampliação da possibilidade de cura, cujo objetivo terapêutico real ocorre em 50% dos casos diagnosticados. Destacam-se como as principais formas de tratamento: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonioterapia, a terapia biológica, sendo tratamentos isolados ou em combinação.⁷

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Daí a importância de uma assistência integral pela integração de serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia), entre si e com serviços gerais, em estrutura hospitalar. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) por meio da portaria 140/2014 atualizou os critérios, parâmetros e estabelecimentos habilitados em oncologia e os serviços isolados de radioterapia autorizados para o atendimento no SUS.

Faz-se necessário lembrar que grande parte dos pacientes faz uso do Tratamento fora do Domicílio (TFD), onde estes se deslocam dos seus municípios para obter tratamento em centros de referência. “Cabe ressaltar que as situações de tratamento fora do domicílio são restritas a algumas ações de alta complexidade que ainda não são ofertadas na rede municipal”.⁸

O programa de TFD é uma das maneiras de garantir os direitos aos usuários da rede pública de saúde, respeitando os princípios constitucionais da universalidade e integralidade do SUS, garantindo assim, atendimento com equipe multiprofissional capacitada para atender todas as necessidades do paciente de forma a melhorar sua qualidade de vida.⁹

A atuação multiprofissional permite a discussão dos problemas em questão, tornando efetivos os saberes e as práticas de cada profissional de maneira articulada e eficiente, somando-se aos saberes e práticas do paciente e família.⁴

Assim, a Enfermagem, pode atuar de maneira significativa, tendo em vista, seu processo de trabalho ser baseado na identificação de necessidades humanas e no estabelecimento de estratégias que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar individual ou coletivo, além disso, a equipe de enfermagem está próxima por mais tempo do paciente e seus familiares.¹¹

Diante do exposto, toda a assistência em saúde aos pacientes oncológicos em tratamento fora do domicílio depende do conhecimento do perfil epidemiológico de pacientes atendido pelo SUS. Assim, tornou-se pertinente investigar a caracterização desses pacientes a fim realizar o planejamento de assistência a partir da demanda real existente.

Com as diversas transformações biopsíquicas e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e oncogênese, é necessária a implantação de políticas de saúde que atenda e desenvolva serviços de qualidade à população com mais de 60 anos. Objetivando práticas preventivas, onde durante o ciclo vital, possam ocorrer eventos que façam com que a longevidade não culmine em dependência, quebrando o estereótipo de que idade avançada é sinônima de perda de habilidades e saúde frágil.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Tais estudos avaliam a situação da população em um determinado momento, são de fácil realização e, em saúde pública, tornam-se linha de base para planejamento em saúde. Realizado no município de Pesqueira – PE, distante 215 Km da capital pernambucana Recife, com área total de 961Km², contando com uma população total de 63.519 mil habitantes.

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pela Secretaria de Saúde do município, recebendo desta, carta de anuência para realização do presente estudo, bem como do Comitê de Ética da Fundação Altino Ventura, Recife, PE em 23/07/2015, mediante o número do parecer 1.157.794/2015. CAAE 46153715.6.0000.5532

O estudo foi censitário, a amostra foi composta por pessoas em tratamento oncológico cadastrados no TFD assistidos pelo SUS no Município de Pesqueira/PE. Foram adotados como critérios de inclusão: possuir idade igual ou maior que 18 anos; residir na área de abrangência do município de Pesqueira; possuir diagnóstico médico de câncer; ser usuário do TFD no Município de Pesqueira/PE; ser assistido pelo SUS. Foram excluídos da amostra aqueles que se encontravam em internamento hospitalar durante o período de coleta dos dados; os que não possuíam condições clínicas seguras que subsidiassem a participação na pesquisa; que possuíssem déficit cognitivo, ou qualquer outra afecção que impossibilitasse a participação; e por fim aqueles que apresentassem diagnóstico de câncer, que abandonaram o tratamento no período, e diagnósticos recentes que não tinham comprovação por biópsia ou tomografia computadorizadas, isso, somado à demora nos resultados das biópsias, agendamento de retorno e encaminhamento para o tratamento, poderia interferir na análise dos dados.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista, através de um questionário semiestruturado, composto de 26 questões fechadas e abertas. Foram realizadas visitas domiciliares para o procedimento de coleta de dados, abordou-se o paciente expondo o propósito do estudo e convidando-o a participar, em caso afirmativo, solicitava-se que este assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e procedia-se à aplicação do instrumento sob a forma de entrevista, cada entrevista teve cerca de meia hora de duração, e ao seu término agradecemos o paciente pela sua participação, ressalta-se que as visitas foram realizadas em horário comercial, atendendo a disponibilidade dos pacientes.

A análise dos dados obtidos se deu de forma quantitativa, para tal análise, os dados foram codificados, para posterior elaboração de um dicionário de dados. Em seguida foram transcritos, sob um processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel, na sequência procedeu-se com a exportação e análise dos mesmos no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 18.0.

Para caracterização dos aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde foram utilizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese dos dados sócio-demográficos obtidos se encontra na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese das características sociodemográficas dos pacientes que compõem a amostra.

Características	Frequência		Percentual Válido	
Sexo				
Feminino	12		70,6%	
Masculino	5		29,4%	
Total	17		100%	
Idade				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Faixa etária	34	85	63,24	17,47 %
Total	17			
Grau de escolaridade				
	Frequência		Percentual Válido	
Não alfabetizado	4		23,5 %	
Ensino fundamental incompleto	10		58,8%	
Ensino médio completo	2		11,8%	
Ensino superior completo	1		5,9%	
Total	17		100%	
Estado Civil				
	Frequência		Percentual Válido	
Solteiro (a)	2		11,8%	
Casado (a)	6		35,3%	
Vivendo como casado (a)	2		11,8%	
Separado (a)	1		5,9%	
Divorciado (a)	1		5,9%	
Viúvo (a)	5		29,4%	
Total	17		100%	
Ocupação				
	Frequência		Percentual Válido	
Aposentado	5		29,4%	
Empregado	1		5,9%	
Autônomo	8		47,1%	
Não tem renda própria	3		17,6%	
Total	17		100%	
Renda				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Condições econômicas (em reais)	870	2000	1435,00	453,659%
Renda per capita (em reais)	249	880	535,97	220,858%
Total	17			

A amostra do presente estudo foi composta por 17 pacientes, dentre os quais, cinco eram homens (29,4%) e doze mulheres (70,6%). O que aponta para uma diferença significativa, a incidência de neoplasias entre ambos os sexos é considerada similar nos países desenvolvidos, já no caso daqueles em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, alguns estudos apontam uma prevalência no sexo feminino de até 25% maior, o que é parte se assemelha com os resultados encontrados na presente amostra.¹²

Quanto a faixa etária, observou-se como idade mínima 34 anos e máxima 85 anos, sendo assim a média de idade foi de 63,24 anos, o que converge para uma predominância de sujeitos adulto-idosos, com desvio padrão de 17,46 anos, logo constata-se uma variação de 63,24 para mais 17,46 ou para menos 17,46, dado o desvio padrão, pode-se destacar uma amostra com maior dispersão.

No tocante ao grau de escolaridade quatro pacientes se enquadram como não alfabetizados, correspondendo a um percentual de 23,5%, dez (58,8%) referiram ter ensino fundamental incompleto, dois (11,8%) disseram ter ensino médio completo e apenas uma (5,9%) referiu ensino superior completo. Nesse sentido destaca-se que estudos apontam que a baixa escolaridade afeta diretamente no acometimento de feridas neoplásicas, visto que o paciente mais instruído tem condições de esclarecimento quanto à busca do tratamento adequado. Ressalta-se ainda que o baixo nível de instrução dos pacientes pode acarretar em um atraso na percepção da patologia e consequentemente na procura por assistência médica e para o diagnóstico, diminuindo assim suas possibilidades terapêuticas.¹³

No que tange o estado civil dos pacientes que compõem a amostra, dois (11,8%) declaram-se solteiros, seis referiram ser casados (35,3%), dois (11,8%) viverem como casados, um (5,9%) separado, um (5,9%) divorciado e cinco (29,4%) referiram ser viúvos. Destaca-se o número expressivo de pacientes casados ou que vivem como casados, estudos apontam para importância da figura do cônjuge no que se refere ao apoio e acompanhamento do paciente, no processo de tratamento e recuperação.

No que concerne à ocupação, cinco (29,4%) dos pacientes declaram-se aposentados, um (5,9%) empregado, oito (47,1%) autônomos e três (17,6%) referiram não ter renda própria. A insuficiência produtiva assume caráter essencial na determinação do quadro geral de saúde da população, sintomas como: cansaço, depressão ou ansiedade ampliam não somente o tempo de retorno ao trabalho, mas também a possibilidade de afastamento das atividades laborais. Em paralelo a isto, os custos hospitalares relacionados a ausência no trabalho, em detrimento da recuperação dos pacientes em tratamento, convergem em uma diminuição da produtividade pessoal, além de promover grande impacto social.¹⁴

Quanto à renda, analisando as condições econômicas em reais, observou-se como valor mínimo declarado 870 reais e máximo 2000, com uma média de 1435 reais, e desvio padrão de 453,66 %, apontando para uma dispersão de valores significativa na amostra. No que se refere a renda per capita em reais, constatou-se como valor mínimo 249 reais e máximo 880, tendo uma média de 535,97 e desvio padrão de 220,86%.

No que tange a crença religiosa, 15 (88,2%) dos pacientes afirmam possuir crença religiosa, e dois (11,8%), dentre os que afirmam possuir crença, a religião que possui maior frequência é a Católica, referida por nove (60%) dos pacientes, seguida da religião espírita, apontada por quatro (26,7%) dos pacientes que compõem a amostra.

Quando questionados com relação a morar sozinhos, apenas um (5,9%) dos pacientes referiu morar sozinho, e 16 (94,1%) referiam morar com alguém. Dentre aqueles que fizeram menção ao número de pessoas que moram no domicílio, observou-se um número mínimo de uma e máximo de seis, sendo assim a média de 2,37 e desvio padrão 1,63%. Com relação à com quem moram, o (a) cônjuge foi a figura mais referida, sendo citado (a) por seis (37,5%) dos pacientes que compõem a amostra, seguido de filhos (as), referido por quatro (25%), e por fim filhos e netos, mencionado por três (18,8%). Destaca-se dentre esses percentuais, a referência ao cônjuge, sabendo que este é de extrema importância no que compete ao apoio desde o processo de diagnóstico ao tratamento e/ou reabilitação, bem como todo o núcleo familiar.

No que se diz respeito a prática de atividade física, três (17,6%) dos pacientes referiram realizar atividade física regular e 14 (82,4%) disseram não praticar atividade física. O número baixo de praticantes de atividade física regular é preocupante, haja vista a contribuição efetiva que esta prática trás para o fortalecimento do sistema imunológico. Quanto ao tipo de atividade praticada, houve predominância da caminhada.

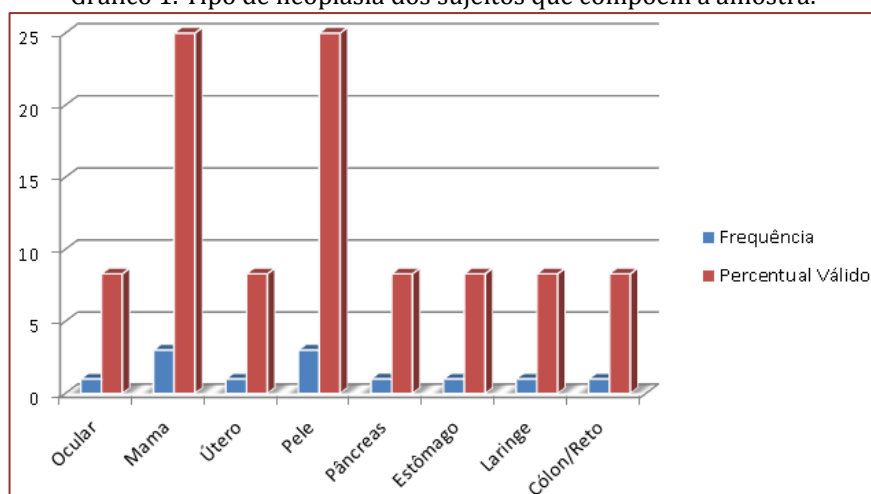
No que compete à existência de comorbidades referidas, destacam-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) citada por 10 (58,8%) dos pacientes e Diabetes Mellitus (DM), referida por seis (35,3%). Uma característica particular do perfil epidemiológico atual é a predominância de doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência do indivíduo.²

Quanto ao tempo que foi diagnosticado (em meses), dentre os 16 pacientes que fizeram referência a este item, a uma observância de no mínimo seis meses, máximo 240 e uma média de 74,6 e desvio padrão de 67,96%.

No que se refere a ser a primeira vez do diagnóstico de neoplasia, dez (58,8%) dos pacientes referiram ter sido a primeira vez que foram diagnosticados com câncer, e sete (41,2%) disseram não ter sido a primeira vez do referido diagnóstico. Nesse tópico é importante destacar que os métodos de rastreamento para neoplasias foram ampliados e aperfeiçoados, fato que vem contribuindo de maneira efetiva para diagnósticos precoces e maior predisposição de sucesso nos possíveis tratamentos.

A incidência de todos os tipos de câncer encontrados nos sujeitos do estudo pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Tipo de neoplasia dos sujeitos que compõem a amostra.



Seguindo a tendência nacional, a neoplasia mais incidente entre o público feminino foi a de mama, correspondendo a um total de 25%, seguido de câncer de pele representando 25%. No mundo, a incidência do câncer de mama representa, no sexo feminino, cerca de 10% de todos os novos casos e 23% dos casos de câncer em mulheres. ¹⁴ No presente estudo pode-se constatar que os cânceres de mama foram diagnosticados em estágios avançados, o que por sua vez propicia questionamento quanto a eficácia de estratégias de rastreamento mamográfico, sendo estas garantidas em todo território nacional, segundo o Ministério da Saúde, contando com diagnóstico, tratamento e referência de mulheres com alterações mamárias. Apesar de ser considerada uma neoplasia de bom prognóstico, sendo esta diagnosticada precocemente, as taxas de mortalidade no Brasil, em detrimento do câncer de mama, ainda são elevadas, fato que vem sendo relacionado diretamente à diagnósticos tardios e terapêuticas inadequadas. ²

No que se refere a histórico de familiar para neoplasias, 12 (70,6%) dos pacientes disseram ter alguém na família com diagnóstico de câncer, e 5 (29,4%) referiram que não. Aspectos relacionados a vida reprodutiva, histórico familiar e faixa etária são destacados como fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama. ¹⁴

Quando questionados com relação ao tratamento, seis (35,3%) dos pacientes referiram ter aderido a quimioterapia, quatro (23,5%) mencionaram radioterapia e nove (52,9%) foram submetidos à cirurgia. A escolha do tratamento eficaz para a neoplasia é feita baseando-se principalmente no estadiamento, visando não somente o tumor primário, mas possíveis metástases, bem como, redução de sintomas, melhora da qualidade e sobrevida do paciente. ¹⁴

4. CONCLUSÕES

Pode-se constatar que os tipos mais incidentes de neoplasias, entre os pacientes que compõem a amostra, foram o de mama e pele, assemelhando-se as estatísticas nacionais.

Quanto ao câncer de mama, destaca-se a necessidade de maiores investimentos na detecção precoce e incentivo a adesão de práticas de educação em saúde que estimulem a realização do autoexame, não obstante, maior disposição de recursos financeiros para que haja uma ampliação de empenho clínico no que se refere a solicitação de exames regulares, a exemplo da mamografia.

No que se refere ao câncer de pele, evidenciou-se a necessidade de realização de atividades práticas de educação em saúde no município, para despertar na população quanto a prevenção dos fatores de risco que dizem respeito à referida neoplasia. Ressaltando que a educação de pacientes e profissionais da saúde se configura como importante dispositivo no que tange o reconhecimento precoce das possíveis lesões de risco e encaminhamento para atenção especializada.

Outro ponto importante evidenciado no presente estudo, é a falha nos mecanismos de referência e contra referência no município, fator limitante no que compete ao acompanhamento dos pacientes oncológicos em uso do TFD. Saliencia-se que as Unidades Básicas de Saúde e os demais dispositivos da rede de atenção

à saúde, devem estar atentos as demandas existentes por parte dessa clientela, e que deve-se reavivar o ideal de vínculo para os estes pacientes.

Outra observância relevante, é quanto a faixa etária, que mediante o desvio padrão apresentado, implica dizer que obteve-se uma grande dispersão, ou seja, grande variedade da amostra, dentro desta destina-se atenção especial a parcela da população ainda em idade produtiva. Salienta-se que a proporção deste público, acometido de quaisquer neoplasias pode vir a representar prejuízo econômico, principalmente quando associado ao fato dos tratamentos desencadearem prejuízos funcionais e consequentes ausências no trabalho dado a necessidade da realização de exames complementares e acompanhamento no tratamento e em alguns casos desencadeamento de óbito.

Os dados analisados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento oncológico em uso do TFD na região estudada, atendendo aos objetivos propostos e têm grande relevância no que diz respeito a formulação e implementação de políticas públicas que objetivem a criação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e consequente melhoria da assistência à clientela assistida pelo SUS do município, bem como contribui com a produção de conhecimento científico de enfermagem com relação a temática abordada, mediante um cenário de escassa literatura sobre o perfil epidemiológico das neoplasias nos municípios brasileiros, fortalecendo assim a prática baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde (OMS). Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011a.
- [3] Friesterino, J. K.O. et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. Revista Baiana de Saúde Pública. v.37, n.3, p.688-701 jul./set.2013.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília – DF, 2011b.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- [6] Michelone, Adriana; Santos, Vera Lucia. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-am Enfermagem 2004 novembro-dezembro; V.12, n.6, p.875-83, apr.2004.
- [7] Soares Em, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. RevBrasEnferm. 2010; 63(4):517-22.)
- [8] Solla, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out. 2005.
- [9] Barbosa, Heloisa Helena Moreira de Moraes et al . Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. RevPan-AmazSaude, Ananindeua , v. 1, n. 3, set. 2010
- [10] Silva, Rita de Cássia Velozo; Cruz, Enêde Andrade da. Planejamento da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer: Reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Esc. Anna Nery, Salvador, vol. 15, n. 1, Pag. 180-185, 2011.).
- [11] Manrique, Flor de María Cárceres; Puerto, Henry Mauricio Pedraza. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. InvestEducEnferm. 2008;26(2):212, spte. 2008.
- [12] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012.
- [13] Dallagnol JC, Reksidler MA, Oliveira BV, Orlandi D, Silva RCA, Pedruzzi PAG. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram a óbito antes de receber tratamento. RevBrasCir Cabeça Pescoço. 2011;40(2):57-60.
- [14] Rodrigues, Juliana Stoppa Menezes; Ferreira, Noeli Marchioro Liston Andrade. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 431-441

Capítulo 23

A perda da identidade em pacientes com Alzheimer, Qual o impacto para o paciente e a família?

Ana Paula Ribeiro dos Santos

Mikaele da Costa Gomes Monteiro

Jéssica Michelle dos Santos Silva

Andressa César Bomfim Ferreira

Luciana Carla Lopes de Andrade

Resumo: Este trabalho é fruto da disciplina do Pensamento e da Linguagem ministrada pela professora Luciana Carla de Andrade Lopes na Faculdade Estácio – FAL à turma do 5º período do curso de Psicologia. A partir dos conteúdos trabalhados em sala de aula, escolheu-se analisar os impactos da doença Alzheimer por meio do seu comprometimento das funções mentais. A doença de Alzheimer (DA) compreende cerca de 60% de todas as demências, tornando-se a principal causa de demência (LoGiudice, 2002). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Alzheimer é a principal causa de demência que apresenta comprometimento da memória, pensamento e comportamento. A prevalência da doença é de 50% a 80% dos casos de demência no mundo. Portanto, de acordo com essa realidade fica evidente a importância de se aprofundar nessa questão que muitas vezes é inerente ao processo de envelhecimento. Dessa forma, o presente trabalho busca contribuir através da análise do filme para esclarecimentos sobre os estágios da doença e suas implicações na vida cotidiana dos pacientes e da família.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto da disciplina do Pensamento e da Linguagem ministrada pela professora Luciana Carla de Andrade Lopes na Faculdade Estácio – FAL à turma do 5º período do curso de Psicologia. A partir dos conteúdos trabalhados em sala de aula, escolheu-se analisar os impactos da doença Alzheimer por meio do seu comprometimento das funções mentais.

A doença de Alzheimer (DA) compreende cerca de 60% de todas as demências, tornando-se a principal causa de demência (LoGiudice, 2002). O início da doença se dá frequentemente em torno dos 60, 70 e 80 anos de idade, mas em casos raros pode aparecer aos 40 ou 50 anos, conhecida como demência de início precoce.

A etiologia da doença ainda não é conhecida, mas estudos de como a doença ataca as células mostra um acúmulo de placas senis que contém a proteína B-amiloide sobre os neurônios. Segundo Heyman (1984) os fatores genéticos parecem ser relevantes comprovando que história familiar positiva para DA é um fator sistemático associado à doença.

Os critérios diagnósticos do DSM-V são a presença de comprometimento da memória e a associação de pelo menos outro sintoma de declínio cognitivo, declínio gradual e continuado do funcionamento geral, comprometimento do funcionamento social ou ocupacional exclusão de outras demências.

Kapezinski et. al. (2011) afirmam que em estágios iniciais da doença de Alzheimer, a perda da memória pode ser percebida de maneira episódica e por meio da dificuldade da aquisição de novas habilidades, com os prejuízos evoluindo de forma gradual para outras funções. Nos estágios mais avançados são comuns alterações autonômicas e comportamentais, como irritabilidade e agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados de higiene pessoal.

Com a debilidade da memória em pacientes com Alzheimer a identidade desses sujeitos sofre uma ruptura quando estes não mais conseguem exercer seu papel na família e nos grupos sociais dos quais participa, a relação entre a memória e a identidade evidencia a importância de ambas para a manutenção da nossa história.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Alzheimer é a principal causa de demência que apresenta comprometimento da memória, pensamento e comportamento. A prevalência da doença é de 50% a 80% dos casos de demência no mundo.

Portanto, de acordo com essa realidade fica evidente a importância de se aprofundar nessa questão que muitas vezes é inerente ao processo de envelhecimento. Dessa forma, o presente trabalho busca contribuir através da análise do filme para esclarecimentos sobre os estágios da doença e suas implicações na vida cotidiana dos pacientes e da família.

2. METODOLOGIA

Para compreendermos a relação entre a perda da memória e da identidade e o impacto na vida do paciente com DA e de suas famílias analisaremos a história da personagem Alice contada no filme “para sempre Alice” (2014) – baseado no livro da neurocientista norte-americana Lisa Genova – com a direção dos norte-americanos Richard Glatzer e WashWestmoreland. O enredo do filme nos proporciona vivenciar situações de convívio do dia a dia de um paciente com Alzheimer e sua família.

A escolha por analisar esse filme surgiu a partir da proposta da atividade acadêmica em analisar os aspectos mentais estudados em sala de aula a partir de uma patologia, atrelado a isso revisar os aspectos teóricos já aprendidos.

Além disso, o filme “Para Sempre Alice” possui ótimas referências na área da psicologia por trabalhar muitos fatores relacionados às etapas da doença, tornando evidente a experiência da pessoa acometida e também de seus familiares. É a partir desta ótica que a análise do filme se classifica como exploratória e de natureza qualitativa.

O embasamento que contribuiu para a referida análise partiu de autores que trabalham a temática, cujas fontes de acesso foram alguns periódicos disponíveis nas plataformas de pesquisa. As palavras-chaves utilizadas na busca foram: doença de alzheimer, relações familiares, pensamento e linguagem.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

No filme: “para sempre Alice” (2014) a personagem Alice tem alzheimer precoce um tipo raro da doença que se inicia por volta dos 40 anos e tem uma probabilidade muito alta de ser genética. Ela é uma professora de linguística respeitada, autora de livros, além de ser bem-sucedida na profissão é casada com John e mãe de três filhos: Anna, Tom e Lydia.

Em uma viagem para Los Angeles para apresentar uma palestra manifesta-se seu primeiro lapso de memória. Após se perder em uma corrida na universidade na qual trabalha Alice resolve procurar um neurologista e ele solicita alguns exames para que ela traga na próxima consulta. Quando a professora volta a ver o neurologista e leva os exames requisitados ele a informa que seus sintomas são compatíveis com Alzheimer precoce que tem uma probabilidade muito forte de ser genético. Alice se depara com uma situação na qual ela se sente impotente e que não pode superar sozinha, ela conta para John, ela se desespera na frente de seu marido. Preocupada com a possibilidade de um dos filhos também apresentar a doença Alice demonstra um sentimento de culpa e resolve contar para os filhos.

Conforme ABREU 2014, a memória é o meio pelo qual retemos e nos valemos de nossas experiências passadas para usar essas informações no presente. A memória é indispensável para a noção de continuidade da identidade é ela que mantém os traços permanentes da nossa identidade, apesar das mudanças interiores e exteriores que sofremos.

DUBAR (1997) para ele a identidade para si não se separa da identidade para o outro pois a primeira é correlata à segunda: reconhece-se pelo olhar do outro.

Segundo CIAMPA (1987) entende identidade como metamorfose, ou seja, em constante transformação, sendo o resultado provisório da interseção entre a história da pessoa, seu contexto histórico e social e seus projetos.

Os lapsos de memória se agravam e forçam que Alice deixe seu trabalho, algo que a realiza.

De acordo com Leandro Konder:

Através do trabalho, o ser do homem se distingue do ser dos animais e do ser das coisas: o sujeito humano passa a poder se assumir como sujeito em contraposição ao objeto. Através do trabalho, o homem não só se apropria da natureza como se afirmar e se expande, se desenvolve, se transforma, se cria a si mesmo (KONDER,)

Para Alice o trabalho tem um valor relevante em sua vida e os conceitos como: status, reconhecimento, autonomia, realização pessoal que fazem parte da construção da sua identidade são consequência do seu trabalho como escritora e a saída do mercado de trabalho causa em Alice uma sensação de perecimento diante da sociedade que sempre lhe privilegiou. Quando ela diz que preferiria ter câncer e tem vergonha de ter alzheimer ela sabe que sua autonomia está desaparecendo e sua morte social está prestes a acontecer. No natal no qual Alice apresenta-se duas vezes a namorada de Tom seu filho, fica subentendido a existência de amnésia anterógrada, ou seja, a incapacidade de fixar lembranças do momento (do início da doença em diante). Segundo DAMÁSIO (2000) a doença de Alzheimer nos mostra em seus quadros iniciais com a perda da memória à medida que aumenta essa devastação, observa-se uma degradação progressiva da consciência de si mesmo.

A cena na qual Alice não encontra o banheiro e urina na própria roupa deixa clara a angústia de sentir-se incapaz. A doença traz como consequência a perda da própria identidade que não é reconhecida nem por si nem pelos outros e esse é um processo progressivo e contínuo. Alice proclama que a memória é um conjunto de experiências que constrói nossa identidade. Ela diz “Eu não estou sofrendo, eu estou lutando, lutando para fazer parte das coisas. Para me manter ligada a pessoa que eu era. Eu digo a mim mesma: ‘viva o momento’. É tudo o que posso fazer. Viver o momento”.

Seguindo a análise do filme “para sempre Alice” vimos que o avanço da doença de Alzheimer precoce é muito rápido surpreendendo a família e suscitando reações distintas. O resultado do exame da filha Anna dá positivo para o gene da doença, a partir daí começam os conflitos familiares, Anna tem dificuldade de falar sobre a doença, o marido de Alice resolve viajar a trabalho e a filha Lydia é que decide nestes momentos decisivos da doença da mãe manter com ela uma relação forte e profunda. Há um momento no filme no qual a Alice não reconhece a filha Lydia e esse quadro é muito confuso para a família.

A falta da memória provocada pela doença torna difícil a própria identificação do paciente e consequentemente as pessoas da família esperam se relacionar com uma pessoa que não existe mais. Na

fase mais avançada da doença a amnésia retrógrada, considerada a incapacidade de evocar as lembranças antes do início da doença, ou seja, o indivíduo esquece tudo, perde a habilidade de recordar as experiências passadas, essas circunstâncias nos mostra que o que somos em cada momento de nossas vidas depende do que vivenciamos desde o nascimento e da preservação dessas experiências sob a forma de lembranças.

DUBAR (1997) para ele, a identidade para si não se separa da identidade para o outro, pois a primeira é correlata à segunda: reconhece-se pelo olhar do outro. Segundo CIAMPA (1987) entende identidade como metamorfose, ou seja, em constante transformação, sendo o resultado provisório da interseção entre a história da pessoa, seu contexto histórico e social e seus projetos. A família precisa se reconstruir diante das mudanças impostas pela doença, a família é o grupo social primário onde vínculos afetivos estão presentes é a parte mais atingida por essa ruptura. Em determinado estágio da doença o paciente não reconhece as pessoas com as quais conviveu durante anos, chegando ao extremo de não reagir a presença nem solicitação externa, ou seja, quando lhe chamam pelo seu nome.

4.CONCLUSÃO

O trabalho compreende uma análise do filme “Alice para sempre” (2014) e direciona uma contextualização entre a análise e os autores estudados, o cinema como meio de conversação com a sociedade explora questões que vão surgindo no dia a dia das pessoas, apesar das limitações metodológicas acredita-se que a análise contribui para o meio acadêmico de forma significativa no que diz respeito ao conhecimento dos estágios da doença e suas implicações na vida dos pacientes e sua família.

Baseado nos relatos anteriores fica claro que a perda da identidade do paciente com Alzheimer causa uma devastação tanto na vida do paciente quanto na família.

No processo da perda da memória o passado dos pacientes não mais faz parte do seu presente provocando uma descontinuação na história de vida do indivíduo e da família e sua identidade adquire um novo perfil baseada agora na sua nova condição imposta pela doença; o paciente adquire uma nova identificação por parte das pessoas que a tem agora como referência para o relacionamento, diante da nova realidade a família deve cuidar do doente respeitando seus limites afetivos e físicos determinados pela patologia.

REFERÊNCIAS

- [1] Andreasen, Nancy C.. Admirável cérebro novo. 1 ed. porto alegre: Artmed, 2004. 274 p. PAIM, Isaías. Curso de psicopatologia. 11 ed. São Paulo: EPU, 1993. 285 p.
- [2] Kapezinski, Flávio; Quevedo, João; Izquierdo, Iván. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos.3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 352 p.
- [3] Organização Mundial da Saúde. Mal de alzheimer. Rio de Janeiro: OMS; 2012 [acesso em 21 maio 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/mal-de-alzheimer/recuperado>
- [4] Konder, Leandro. A derrota da dialética. A recepção das idéias de Marx no Brasil até o começo dos anos 30, p. 11.
- [5] Ciampa, Antonio Da Costa. Identidade. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 124 p.
- [6] Damasio, Antonio. O mistério da consciência: subtítulo do livro. 2 ed. são Paulo: companhia das letras, 2015. 312 p.
- [7] Jacques, Maria Da Graça Corrêa. Identidade : psicologia social contemporânea. 12 ed. [S.L.]: vozes, 2009. 166 p.
- [8] Intercom.Org.br. Identidade e trabalho: um relato sobre as produções científicas brasileiras.Disponível em<<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2011/resumos/r24-0369-1.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- [9] Filme: “Para Sempre Alice” Diretores: Richard Glatzer e WashWestmoreland, Elenco: Julianne Moore, Alec Baldwin, Kristen Stewart, Kate Bosworth, Hunter Parrish, Shane McRae, Stephen Kunken, Victoria Cartagena, Seth Gilliam, Daniel Gerroll, Erin Darke, Kristin Macomber, Caridad Montanez, Produção: James Brown, Pamela Koffler e Lex Lutzus, Roteiro: Richard Glatzer e Wash Westmoreland, Autor da obra em que se baseou o roteiro: : Lisa Genova, Título original: Still Alice Ano: 2014, País de origem: EUA, Gênero: Drama, Cor: Colorido e Duração: 101 minutos.

Capítulo 24

Uso do aconselhamento genético como ferramenta de melhoria no diagnóstico e cuidados do paciente portador da doença de Alzheimer

Hérica Tavares Milhomem

Débora Kathuly da Silva Oliveira

Déborah Tavares Milhomem

Fernanda Chini Alves

Maria Eduarda dos Santos

Maria Carolina de Albuquerque Wanderley

Roberta Luciana do Nascimento Godone

Resumo: A Doença de Alzheimer (DA) é uma das demências mais comum em idosos, atingindo cerca de 70% dessa população. Por sua grande disseminação a DA é considerada um importante problema de saúde pública. Devido ao avanço das tecnologias sobre o DNA humano, é possível o diagnóstico de determinadas patologias como a doença de Alzheimer. O aconselhamento genético possui o objetivo de ajudar familiares de pessoas portadoras dessa neuropatologia, podendo fazer diagnósticos precoces. As pessoas com DA também necessitam de cuidados constantes levando assim a um questionamento, como melhor cuidar desse idoso. Mostrar como o aconselhamento genético pode ajudar no diagnóstico precoce da doença de Alzheimer, assim como estratégias de cuidado podem melhorar a vida desse idoso. Trata-se de uma revisão sistemática do tipo narrativa utilizando as bases de dados Scielo, PubMed, Periódicos Capes e Medline. Foram adotados tais critérios de inclusão: artigos nas línguas portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2009 e 2016 e que possuíam relevância temática. Foram excluídos artigos incompletos que abordaram outros tipos de eixos temáticos sobre a doença de Alzheimer que não fosse a aconselhamento genético e estratégias de cuidado para com esse paciente. Dessa forma, foram encontrados onze artigos e selecionados sete para elaboração desse trabalho. Genes associados à suscetibilidade para DA foram encontrados, são eles: SORL1, BIN1, EXOC3L2, GAB2, TNK1, LOC651924, GWA_14q32.13, PGBD1, e GALP. No entanto, as alterações nos mesmos não são suficientes para explicar todos os casos de DA. Com a descoberta de genes relacionados à DA, iniciou-se a busca por um diagnóstico mais preciso e rápido, desta forma o aconselhamento genético surge como uma ferramenta promissora nesse desfecho. Para o aconselhamento genético ser eficaz e realmente necessário, os familiares devem responder alguns questionamentos, relacionados a probabilidade dos parentes mais próximos desenvolverem a DA. Nesses casos, vários fatores devem ser considerados principalmente o custo dos procedimentos para o diagnóstico. Relacionado ao processo de cuidar, cuidadores e familiares podem ser aconselhados como lidar com os idosos nesse momento. Quando a doença é diagnosticada através do aconselhamento genético o impacto nos membros da família deve ser considerado, pois não são só múltiplos genes envolvidos. A escassez de profissionais para o cuidado de idosos com DA leva poucas instruções aos familiares, tornando difícil montar estratégias adequadas para o cuidar desse paciente. Sobre o aconselhamento genético para familiares que possui parentes com a DA, os estudos são bastante escassos, não havendo nenhum de real relevância no Brasil. Deixando assim várias dúvidas sobre o assunto. Mostrando que esse campo de pesquisa possa ser de extrema importância já que a DA é considerada um problema de saúde pública. Com relação ao processo de estratégias para o cuidar das pessoas acometidas pela DA falta ainda mais interações entre os profissionais e os familiares ou cuidadores. O apoio do profissional bem qualificado tornará mais fácil o cuidado com esse idoso doente.

Palavras-chave: Genética, Saúde Pública, Doenças neurodegenerativas e Paciente idoso.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é uma das neuropatologias que mais desafia os pesquisadores nos últimos anos. É uma das demências mais comum em idosos, podendo acometer cerca de 70% da população desta população. (ILHA *et al*, 2016).

Essa patologia foi considerada um dos maiores problemas médicos e sociais na atualidade, devido sua distribuição geográfica em todo o planeta. O número de pessoas que possuem a DA pode ultrapassar mais de 15 milhões em todo o mundo, assim é considerada um importante problema de saúde pública. São características iniciais dessa doença: perda de memória recente, desorientação espacial, seguida por mudança de personalidade, delírios, perda na capacidade de julgamento, dificuldade para reconhecer parentes próximos, assim com outras características que surgem durante a evolução dessa patologia. Por ser uma doença neurodegenerativa ela é irreversível, na qual afeta as funções cognitivas e motoras. (POLTRONIERE *et al*, 2011; ILHA *et al*, 2016).

A DA não preocupa somente os pesquisadores como também toda a população que possui um familiar, amigo ou até mesmo um conhecido próximo acometido por ela. Assim, surgem muitos questionamentos ao redor desse problema que só cresce. Ao ver todos os sintomas na qual este paciente passa, muitos perguntam se isso também poderá acontecer com ele no futuro. O que muitos ainda não sabem é que já há a possibilidade de saber se uma determinada doença o acometerá e isso também é possível para a doença de Alzheimer. (GREEN *et al*, 2014; LERNER *et al*, 2016).

Devido ao avanço das tecnologias sobre o DNA humano, é possível o diagnóstico precoce de determinadas patologias. Com o mapeamento do genoma humano, são feitas análises genética a partir do DNA do indivíduo, na qual possibilita o estudo detalhado dos genes, podendo assim mostrar as quais patologias esse indivíduo poderá ser acometido futuramente. Esse estudo pode ser feito em pessoas que possuem familiares com a DA, mas alguns fatores devem ser levados em consideração, principalmente os fatores psicológicos de cada indivíduo. O aconselhamento genético deve levar em consideração que alguns indivíduos não estão totalmente preparados para determinadas informações, podendo muitas vezes o resultado das análises genéticas não serem o esperado pela família ou pelo próprio indivíduo. Portanto esse processo deve ser feito com bastante cautela, priorizando o que dever ser melhor para cada família, mas não deixando de lado o fato de que o diagnóstico precoce é de essencial importância para esse tipo de doença. (GOLDMAN, 2012; LERNER *et al*, 2014).

Outro grande questionamento feito por familiares de recém diagnosticados por essa doença neurodegenerativa é como ele irá lidar com as necessidades desse paciente ao longo da evolução da doença. Isso ocorre devido ao fato de que com o passar do tempo à pessoa idosa dependerá de cuidados constantes, que por muitas vezes é feito por alguém da família em sua casa. Em meio a essas dificuldades os familiares procuram apoio em profissionais da saúde para que possam instruí-los sobre o cuidar. (POLTRONIERE *et al*, 2011).

2. OBJETIVOS

Mostrar como o aconselhamento genético pode ajudar no diagnóstico precoce da doença de Alzheimer, assim como estratégias de cuidado pode melhorar a vida de pacientes idosos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática do tipo narrativa utilizando as bases de dados Scielo, PubMed, Periódicos Capes e Medline. No processo de revisão (desde a busca eletrônica nas bases de dados, seleção e avaliação dos artigos potenciais, até à extração dos dados dos estudos incluídos na revisão) foi realizada de maneira independente e os resultados de cada etapa foram comparados e avaliados a fim de verificar a concordância entre eles. A busca eletrônica nas bases de dados foi realizada utilizando as ferramentas de busca avançada, que permitem a combinação dos descritores e termos, e a aplicação dos limites, que foram previamente definidos. A busca pelos descritores e termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao MeSH - *Medical Subject Headings*, através do portal da U.S. National Library of Medicine (NLM) e ao DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca ainda contou com a análise dos títulos e resumos das publicações identificadas pela estratégia de busca eletrônica e julgamento das publicações cuja temática era pertinente à inclusão no estudo de revisão. Foram adotados como critérios de exclusão a falta de relação com o tema da revisão, publicações do tipo estudo de revisão, estudos de caso e comentário e publicações repetidas.

Em seguida, recorreu-se à leitura na íntegra de todos os artigos considerados elegíveis para inclusão na revisão e análise criteriosa das informações veiculadas em cada manuscrito. Na análise de cada artigo foram observados os seguintes aspectos: (a) ano de publicação, (b) tamanho amostral, (c) características clínicas dos sujeitos (idade e presença de sintomas da doença) e (d) principais resultados. Além disso, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão, tendo em vista a identificação de outros estudos relacionados ao aconselhamento genético e genes candidatos ao diagnóstico da DA, eventualmente não identificados pela busca eletrônica.

4.RESULTADOS

Foram adotados tais critérios de inclusão: artigos nas línguas portuguesa e inglesa publicados entre os anos de 2009 e 2016 e que possuíam relevância temática. Foram excluídos artigos incompletos que abordaram outros tipos de eixos temáticos sobre a doença de Alzheimer que não fosse o aconselhamento genético e estratégias de cuidado para com esse paciente. Dessa forma, foram encontrados onze artigos e selecionados sete para elaboração deste trabalho.

O estabelecimento da DA deve-se ao acúmulo de eventos genéticos e ambientais. Cada um desses eventos contribui com pequenos efeitos que resultam, em conjunto, no estabelecimento da doença com diferentes graus de severidade. Sabe-se que mutações nos genes codificadores para a APP [Amyloid b (A4) precursor protein], apoE (apolipoprotein E), PSEN1 (presenilin 1) e PSEN2 (presenilin 2) são consistentemente associadas com o estabelecimento da DA. Esses genes localizam-se em diferentes cromossomos e pelo menos alguns deles devem participar de uma via neuropatogênica comum, que culmine com o desencadeamento da doença. Outros genes encontrados também foram associados à suscetibilidade para DA, são estes: SORL1, BIN1, EXOC3L2, GAB2, TNK1, LOC651924, GWA_14q32.13, PGBD1, e GALP. Como representados na Tabela 1 e suas interações na Figura 1. No entanto, as alterações nos mesmos não são suficientes para explicar todos os casos de DA.

Tabela 1: Genes presentes na Doença de Alzheimer

SIGLA DO GENE	NOME OFICIAL DO GENE	CROMOSSOMO
PSEN1	presenilin 1	14
PSEN2	presenilin 2	1
APP	amyloid beta precursor protein	21
MAPT	microtubule associated protein tau	17
PGRN ou GRN	granulin precursor	17
VCP	valosin containing protein	9
FUS	FUS RNA binding protein	16
SORL1	sortilin related receptor 1	11
BIN1	brindging integrator 1	2
EXOC3L2	exocyst complex componente 3 like 2	19
GAB2	GRB2 associated binding protein 2	11
TNK1	tyrosine kinase no receptor 1	17
GALP	galanin like peptide	19

Fonte: O autor (2017)

próximos, devido aos altos custos dos procedimentos. O impacto nos membros da família deve ser considerado, pois não são só múltiplos genes envolvidos. Cabendo assim aos profissionais relacionados ao aconselhamento genético, verificar a melhor maneira de lidar com cada família. (GOLDMAN, 2012).

Em outros países como os Estados Unidos, possuem diversos profissionais para o cuidado de pessoas com D.A, favorecendo na melhor abordagem com as famílias, podendo fazer um melhor acompanhamento da evolução da doença e como essas famílias podem lidar com as dificuldades do cuidar dos portadores dessa doença neurodegenerativa. (FALCÃO e BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Mesmo existindo instituições como a APAZ (Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes) e a ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer), a realidade no Brasil ainda é diferente devido a pouca informação sobre as doenças que acometem a população idosa, principalmente sobre a Doença de Alzheimer. Essa escassez de profissionais para o cuidado de idosos com DA leva poucas instruções aos familiares, tornando difícil montar estratégias adequadas para o cuidar desse paciente. (FALCÃO e BUCHER-MALUSCHKE, 2009; POLTRONIERE *et al*, 2011).

6.CONCLUSÕES

Sobre o aconselhamento genético para familiares que possuem parentes com a DA, os estudos são bastante escassos, não havendo nenhum de real relevância no Brasil. Deixando assim várias dúvidas sobre o assunto. Mostrando que esse campo de pesquisa é de extrema importância já que a doença de Alzheimer é considerada um problema de saúde pública.

Diante do exposto, estimular e oferecer condições para que os profissionais da saúde façam uma formação em genética médica/genética clínica e em métodos diagnósticos complementares e identificar grupos e serviços que possam formar, treinar e reciclar esses profissionais em programas de aperfeiçoamento/especialização seria de suma importância na evolução de um diagnóstico preciso e um melhor manejo com os pacientes de DA.

Outro ponto de máxima importância diz respeito ao envolvimento da sociedade com os problemas de saúde geneticamente determinados. Possivelmente é a ação mais eficiente para fazer com que mais pessoas tenham essa "educação para a saúde genética", incentivando, apoiando e ajudando a criar associações e grupos de pacientes, famílias e interessados em certa doença ou grupo de doenças genéticas. Não há dúvida que quanto maior for o envolvimento da comunidade, melhores e mais eficazes serão as ações de aconselhamento genético e cuidado com o paciente idoso.

REFERÊNCIAS

- [1] Green, R. C.; Christtense, K. D.; Cupples, L. A.; Relkin, N. R.; Whitehouse, P. J.; Royal, C. D. M.; Obisesan, T. O.; Cook-Deegan, R.; Linnenbringer, E.; Butson, M. B.; Fasaye, G. A.; Levinson, E.; Roberts, J. S. A randomized noninferiority Trial of condensed protocols for genetic risk disclosure of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, p. 1- 9, 2014.
- [2] Falcão, D. V. S.; Bucher-Muluschke, J. S. N. F. Cuidar de Familiares Idosos com a Doença de Alzheimer: Uma Reflexão sobre os Aspectos Psicossociais. *Psicologia em Estudo*, Volume 14, n.4, p. 777-786, 2009.
- [3] Lerner, B.; Roberts, J. S.; Shwartz, M.; Roter, D. L.; Green, R. C.; Clark, J. A. Distinct communication patterns during genetic counseling for lateonset Alzheimer's risk assessment. *Patient Education and Counseling*, p. 170 - 179, 2014.
- [4] Poltroniere, S.; Cecchetto, F. H.; Souza, E. N. Doença de Alzheimer e Demandas de Cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, 2011.
- [5] Ilha, S.; Backes, D. S.; Santos, S. S. C.; Gautério-Abreu, D. P.; Silva, B. T.; Pelzer, M. T. Doença de Alzheimer na pessoa\ família: dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. *Escola Anna Nery*, p. 138-146, 2016.
- [6] Godman, J. S. New Approaches to Genetic Counseling and Testing for Alzheimer's Disease and Frontotemporal Degeneration. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2012.
- [7] Saini, R.; Alagh, P.; Carpenter, B.; Nurses and Alzheimer's Disease: A Holistic Perspective. *Indian Journal of Public Health*, Volume 56, 2012.

Autores

ADIRLENE PONTES DE OLIVEIRA TENORIO

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Concluiu Residência Médica na Área Básica de Clínica Médica no Hospital Regional do Gama - DF. Concluiu Residência Médica na área de Nefrologia na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -São Paulo. Atualmente é docente do Colegiado de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

ADOLFO PINHEIRO DE OLIVEIRA

Mestrando em Ciência dos Alimentos - UFSC. Graduado em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí, Graduado em Tecnologia em Alimentos pelo Instituto Centro de Ensino Tecnológico - Faculdade de Tecnologia (CENTEC/FATEC-CARIRI) e Técnico em Agropecuária pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Campus Crato. Foi integrante do Grupo de Pesquisa em Alimentos e Nutrição e membro suplente da Comissão Setorial de Avaliação (CSA) da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros no ano de 2014. Foi aluno participante do Programa Institucional de Bolsa de Extensão-PIBEX (2015-2017) e Programa de Iniciação Científica (2015-2016 / 2016-2017 e 2017-2018).

AKEME LAISSA NOVAIS COUTINHO

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), integrante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Aplicados em Ciências Patológicas (NEACiP) - UNIVASF - Campus Paulo Afonso/BA e vice-presidente da Liga Acadêmica de Nefrologia e Urologia (LANEU) da UNIVASF.

ALESSANDRA MYRELLA BRAZ DA SILVA

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. Atualmente no 5º ano de Fisioterapia (9º período). Bolsista da Iniciação Científica com pesquisa intitulada "Avaliação da Atividade victrizante do laser e do diodo emissor de luz associado ao farnesol em roedores" pelo PIBIC/CNPQ - UNCISAL. Monitora da disciplina de Anatomia e Neuroanatomia.

ALINE DA ROCHA KALLÁS FERNANDES

Mestre em Enfermagem na linha de Pesquisa de Gestão e Organização de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário UNA. Bacharel em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC).

AMANDA CAVALCANTE DE MACÊDO

Doutora em Linguística pela UFAL. Mestra em Enfermagem pela UFAL. Bacharela em Enfermagem pelo Centro Universitário Cesmac. Membro da diretoria da ABEn AL. Professora nos cursos de graduação em Enfermagem da UNCISAL e do Centro Universitário Cesmac. Líder do Grupo de Estudo Noraci Pedrosa da UNCISAL.

ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI

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

Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (UFPB). Atua como pesquisadora do Programa de Atendimento Psicossocial à Aids vinculado a FFCLRP/USP.

ANA FLÁVIA LEAL DE ASSIS

Acadêmica de Fisioterapia no Centro UniAges

ANA KARINE LARANJEIRA DE SÁ

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - Bacharelado do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira. Mestre em Políticas Públicas UFPE. Doutoranda em Ciências Biomédicas IUNIR Argentina

ANA PAULA RIBEIRO DOS SANTOS

Graduanda em Psicologia Fal

ANALHA DYALLA FEITOSA LINS

Graduação em Tecnologia de Alimentos pela Faculdade de Tecnologia FATEC- CENTEC-CARIRI e em Ciências Biológicas (Licenciatura) pela Universidade Regional do Cariri- URCA, sendo bolsista do PIBID (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação a Docência) durante o período de 2010 a 2013. Mestrado em Engenharia Agrícola, com desenvolvimento na linha de pesquisa em Processamento e Armazenamento de Produtos Agrícolas pela Universidade Federal de Campina Grande- UFCG e Doutoranda pelo mesmo Programa, Linha de Pesquisa e Instituição.

ANDRESSA CÉSAR BOMFIM FERREIRA

Graduanda em psicologia, Gestalt terapeuta em formação, capacitação em psicopatologia fenomenológica dos transtornos mentais e formação em avaliação psicológica pela RM cursos .

ARIANE DA HORA

Acadêmica do 6ºP de medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Fundadora da liga de radiologia e diagnóstico por imagem, atualmente membro fundadora da liga de gastroenterologia e hepatologia.

AUGUSTO CÉSAR ALVES DE OLIVEIRA

Doutor em Biotecnologia em Saúde pela Universidade Federal de Alagoas/RENORBIO. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes. Bacharel em Direito pelo Centro de Ensino Superior de Maceió. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Alagoas. Professor assistente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/UNCISAL. Atualmente é coordenador do curso de Fisioterapia da UNCISAL; Membro da ABENFISIO/AL e da Comissão de Ensino e Educação do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia ocupacional da 1ª Região. Fisioterapeuta com atuação na área de Gerontologia.

ÁUREA BEATRIZ PAULA SILVA

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco no 10º Período, Membro fundadora da Liga Acadêmica de Produção de Cuidados e Sensibilidades (LAPCS)

BRENDA KAROLYNE DOS SANTOS SOUZA

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. Atualmente no 5º ano de Fisioterapia (9º período). Bolsista da Iniciação Científica com pesquisa

intitulada "Correlação entre a Capacidade Funcional de Idosos e a Sobrecarga dos Cuidadores" pelo PIBIC/FAPEL - UNCISAL. Monitora da disciplina de Saúde do Idoso II.

CARLOS HENRIQUE SILVA DE MELO

Acadêmico de Medicina no Centro Universitário Cesmac. Monitor de Anatomia, Fisiologia e Imagem no módulo de Organização Morfológica e Funcional II e III (2016-2018). Diretor de Pesquisa da Liga Acadêmica de Neurologia e Neurocirurgia (LANN). Bolsista no Programa de Sementes de Iniciação Científica (PSIC) Stricto Sensu (2018-2019). Voluntário no Programa de Iniciação Científica (PSIC) - (2016-2019). Estagiário na UTI - Geral do Hospital Unimed Maceió (2018-2019). Voluntário no Projeto de Extensão: Sorriso de Plantão (2016-2019).

CHARLES MAURÍCIO BARROS DOS SANTOS

Graduado pelo curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Pós Graduando em Urgência e Emergência e UTI pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Atua na Gestão em Saúde no cargo de Diretor de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Matriz de Camaragibe - AL. Atua como Docente no Curso em extensão para Técnico de Enfermagem pelo Centro Educacional Profª Darcy Duarte de Amorim (CEDDU).

CHRISLLAYNE CARLA CAVALCANTE NASCIMENTO

Graduada pelo curso de bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Atua como Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Vale do Camaragibe em Matriz de Camaragibe, Alagoas. Docente do Curso de Técnicos em Enfermagem pelo Centro Educacional Professora Darcy Duarte de Amorim (CEDDU).

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

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

CRISTIANE MONTEIRO DA CRUZ

Possui graduação em Ciências Biológicas Modalidade Médica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000) e Mestrado em Biofísica pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF) – 2003 com bolsa CAPES. Realizou o doutorado na Universidade da Califórnia, na Califórnia, Estados Unidos em colaboração com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006) na área de Imunologia Aplicada com enfoque na sinalização celular. Desenvolveu o Pós-doutorado (2007) na Universidade da Califórnia abordando a Resposta Imune à Infecção por Chlamydia trachomatis e modulação da resposta pró- e anti-inflamatória. Em 2008, iniciou o trabalho como gerente de atendimento ao cliente na Merck-Millipore Molsheim, na França e integrante na liberação de medicamentos nas fases 3 e 4. Atualmente, é Pesquisadora da FAPEAL desenvolvendo projeto financiado com bolsa do Projeto Universal e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Imunofarmacologia do CNPq. Atua como Professora e Coordenadora do Módulo de Agressão e Defesa do Centro Universitário Cesmac e Unit, Tutora da Liga de Imunologia Aplicada a Clínica Médica do Cesmac (LAIM) e Colaboradora da Liga da Dor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Colaborada no Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Alagoas (ICBS-UFAL). Realiza pesquisas focando em doenças negligenciadas como arboviroses e esquistossomose, doenças autoimunes, alergia e sinalização celular buscando o desenvolvimento de práticas de políticas públicas eficazes. Devido a formação na Inglaterra (2010) em Coaching, desenvolve ainda um programa de Mentoria e Desenvolvimento de profissionais

através do Programa Despertando Para o Sucesso baseado na comunicação, foco, desenvolvimento e implementação de ações pontuais para gerar resultado esperado.

DANIELE FERNANDA SIQUEIRA SOUZA

Graduanda em medicina pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e integrante do Núcleo de estudos aplicados em ciências patológicas (Neacip).

DANNAYA JULLIETHY GOMES QUIRINO

Mestranda em Engenharia de Alimentos pela USP- Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos (FZEA/USP); Pós-Graduanda em Ciência dos Alimentos pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Pós-Graduada em Nutrição clínica e Fitoterápico pela Faculdade do Juazeiro do Norte (FJN); Graduada em Nutrição pela Faculdade do Juazeiro do Norte (FJN) e Graduada em Tecnologia em Alimentos pela Faculdade de Tecnologia (FATEC- CARIRI).

DANYELLA CLAUDINO GONÇALVES BRAGA

Bacharela em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Pós-graduanda em Urgência/ Emergência e UTI pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT. Possui curso de capacitação em AIDPI Neo e Reanimação Neonatal.

DÉBORA KATHULY DA SILVA OLIVEIRA

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Mauricio de Nassau - Caruaru. Foi monitora da disciplina de Bioquímica do curso de Nutrição da Faculdade Mauricio de Nassau.

DÉBORAH TAVARES MILHOMEM

Graduanda do curso de Medicina pela Faculdade Internacional Três Fronteiras de Ciudad del Este - Paraguai. Participou do XV Congresso Nacional e Internacional de Ciências Morfofisiológicas em 2016. Participou do evento voluntário Ejercitate y tu corazón se mantendrá vivo em 2017.

EDJA MAYRA FERREIRA DE CASTRO

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Integrante do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos - GPMI/UFAL desde 2014. Participou do Programa de Iniciação Científica PIBIC entre 2017 e 2018.

ELIS AMANDA ATANÁZIO DA SILVA

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba, possui mestrado e doutorado em Psicologia Social, tendo cursado Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (ICS), Portugal. Atualmente coordena o Curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau - CG - e foi coordenadora do Serviço de Reabilitação em Deficiência Intelectual da FUNAD - PB. Possui Especialização em Psicologia Clínica cognitivo-comportamental, com experiência em atendimento clínico e hospitalar. É colaboradora de pesquisas do Grupo Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS), coordenado pela professora Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, no qual possui vínculo desde 2007, na UFPB. Possui experiência em Pesquisa e Docência, atuando principalmente nos seguintes temas: Psicologia Social; Psicologia Educacional e da Aprendizagem; Psicologia do Desenvolvimento; Clínica Infante-Juvenil; Psicomotricidade; Inclusão na Educação; Sexualidade; Psicologia e a Pessoa com Deficiência; Transtorno do Espectro Autista - TEA; Psicologia da Saúde; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Vulnerabilidades em Saúde; Preconceito e Discriminação em saúde; HIV/Aids; Psicologia aplicada ao Cuidado; Psicologia Hospitalar; Crenças; Dinâmica das Relações Afetivas.

ELIS AMANDA ATANÁZIO SILVA

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba, possui mestrado e doutorado em Psicologia Social, tendo cursado Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (ICS), Portugal. Atualmente coordena o Curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau - CG - e foi coordenadora do Serviço de Reabilitação em Deficiência Intelectual da FUNAD - PB. Possui Especialização em Psicologia Clínica cognitivo-comportamental, com experiência em atendimento clínico e hospitalar. É colaboradora de pesquisas do Grupo Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS), coordenado pela professora Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, no qual possui vínculo desde 2007, na UFPB. Possui experiência em Pesquisa e Docência, atuando principalmente nos seguintes temas: Psicologia Social; Psicologia Educacional e da Aprendizagem; Psicologia do Desenvolvimento; Clínica Infanto-Juvenil; Psicomotricidade; Inclusão na Educação; Sexualidade; Psicologia e a Pessoa com Deficiência; Transtorno do Espectro Autista - TEA; Psicologia da Saúde; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Vulnerabilidades em Saúde; Preconceito e Discriminação em saúde; HIV/Aids; Psicologia aplicada ao Cuidado; Psicologia Hospitalar; Crenças; Dinâmica das Relações Afetivas; dentre outros.

ELIZABETH MOURA SOARES DE SOUZA

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde pelo Ministério da Saúde, Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e Rede Unida, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal de Alagoas na área de idoso e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Atualmente é membro da câmara técnica de normatização de ILPIs no estado de Alagoas, através do COREN, Líder do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI) cadastrado no CNPq e Vice-Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da área de atenção a Saúde do Adulto e Idoso da UFAL.

EMANUELLE SORAYA PEREIRA DA SILVA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL (2016), Pós-graduanda em Osteopatia e Fisioterapia Manipulativa pela EBRAFIM. Atuou como facilitadora da Oficina Inclusão Digital e monitora da Oficina de Equilíbrio e Postura do Projeto de Extensão Universidade aberta a Terceira Idade da UNCISAL - UNCISATI (2015-2017). Foi monitora da Disciplina de Fisioterapia na Terceira Idade (2013-2015) e Presidente da Liga Interdisciplinar de Fisioterapia no Idoso - LIFI da UNCISAL (2013-2015).

ERIKA APARECIDA SANTOS DUARTE

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL (2013), Pós-graduada em Fisioterapia Neurofuncional pelo Instituto de Medicina Integrada Prof. Paulo Figueira - IMIP (2015). Atuou como membro fundadora da Liga Acadêmica de Fisioterapia Preventiva - LFP da UNCISAL (2010-2011), membro da diretoria da Liga Acadêmica Interdisciplinar de Fisioterapia Respiratória e Terapia Intensiva - LIFIRTI da UNCISAL (2012-2013) e membro efetivo da Liga Interdisciplinar de Fisioterapia no Idoso - LIFI da UNCISAL (2011-2012). Foi monitora da Disciplina de Fisioterapia na Terceira Idade (2013). Fisioterapeuta com atuação na área de Gerontologia.

FABIANI TENÓRIO XAVIER PÓVOAS

Enfermeira graduada pela Faculdade Estácio de Alagoas (2013). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2015). Professora Assistente I do Centro Universitário Tiradentes - Unit. Professora da Faculdade de Tecnologia de Alagoas - FAT/AL. Área de atuação: Saúde do adulto; Clínica médica e cirúrgica; Semiologia e Semiotécnica.

FÁBIO LUIZ OLIVEIRA DE CARVALHO

Bacharel em Fisioterapia pela universidade Estácio de Sá, Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Cruzeiro, Mestrando em Educação pela Universidade Federal de Sergipe, Pós Graduado em Fisioterapia Cardiorrespiratória, Pós Graduado em Fisioterapia Neurológica Adulto, Pós Graduado em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia, Pós Graduado em Enfermagem do Trabalho, Coordenador do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário AGES, professor dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia, Ciências Biológicas e Educação Física do Centro Universitário AGES.

FELIPE LIMA REBÊLO

Doutorado (em curso) em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. É Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas -UFAL (2012), Especialização em Gerontologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL (2008), Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário CESMAC (2006). Formação no Conceito BOBATH Adulto, reconhecido e oficializado pela International Bobath Instructors Training Association - IBITA Atua na área de Fisioterapia Gerontológica, com ênfase ao atendimento de idosos com síndrome demencial.No meio acadêmico, é Professor efetivo da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), estando vinculado ao Núcleo de Saúde do adulto e do idoso, no curso de Fisioterapia. É Professor Assistente II do curso de Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC, onde ministra, dentre outras, a disciplina de Fisioterapia na Terceira idade. Nessa mesma Instituição, é coordenador do curso de Especialização em Gerontologia .Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Gerontologia, capacidade funcional, Qualidade de Vida e sobrecarga em cuidadores de idosos. Atualmente, vem se dedicando também ao estudo da reabilitação virtual.

FERNANDA CHINI ALVES

Atuante na área de Dermato-Funcional tratando as disfunções da pele e reabilitação do tecido epitelial, bem como tratando disfunções estéticas. Instrutora Low Pressure Fitness, técnica que se baseia em cadeias miofasciais, posturologia, neurodinâmica e respiração. Pós-graduanda em Fisioterapia Dermato-Funcional pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - Maceió (2018). Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Metropolitana de Marabá (2016). Licenciada Low Pressure Fitness Níveis 1 e 2 (2017/2018). Formação em Liberação Miofascial Intrumental (2018) e Dry Needling (2016). Monitora da Oficina do Laboratório de Cinesiologia e Cinesioterapia do Projeto de Extensão "Venha nos Conhecer" (2015/2). Eventos voluntários: 10ª edição do Ação Cidadania: Sustentabilidade e Vida em Comunidade (2015/2) e 9ª Rua de Lazer (2015/2).

FERNANDA SIQUEIRA LIMA

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco no 10º Período, Membro fundadora da Liga Acadêmica de Produção de Cuidados e Sensibilidades (LAPCS)

FLÁVIA GYMENA SILVA DE ANDRADE

Graduada em Enfermagem pela Faculdade ASCES. Mestra em Educação no Ensino de Ciências pela UFPE/CAA. Especialista em processos Educacionais em Saúde com ênfase em Metodologias Ativas pelo Instituto de ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Experiência em coordenação acadêmica em ensino superior e docência em graduação e pós-graduação. Na enfermagem, atuou como apoiadora institucional e assessoria técnica em saúde, enfermeira em Estratégia Saúde da Família e em emergência geral.

FRANCYELE ALVES DA PAIXÃO NOBRE

Enfermeira, residente de emergência geral e APH, especialista em enfermagem do trabalho.

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

Bacharel em enfermagem graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

GERLANE CRISTINNE BERTINO VÉRAS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2002); Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública; Especialista em Serviços de Saúde Pública, pela FACISA; e Mestre pelo Programa de Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Docente do quadro permanente da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores/Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras.

GERÔNIMO VICENTE DOS SANTOS JÚNIOR

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (2013). Especializado em Saúde do Adulto e Idoso pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Fisioterapia Ambulatorial, Hospitalar e Intensiva, relacionada à Saúde do Adulto e Idoso. Mestrando no Programa de Modelagem Computacional do Conhecimento pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Fisioterapeuta do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC - UFCG.

GISELLE SANTANA DOSEA

Fisioterapeuta, Pós Graduada em gestão em Saúde pública e da família. Pós graduada em fisioterapia ortopédica e traumatológica desportiva. Mestre em saúde e ambiente. Doutoranda em saúde e ambiente. Professora do colegiado de fisioterapia do Centro Universitário UniAGES-Campus Paripiranga

GLEYCIANE LINDINALVA DA SILVA

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau - Caruaru/PE. Foi monitora da disciplina de Saúde do Trabalhador no Curso de Enfermagem.

GUILHERME RIBEIRO MENEZES

Graduando em medicina pela UNIVASF- campus Paulo Afonso; integrante do NEACiP; presidente da LADERME - liga acadêmica de Dermatologia e IST de Paulo Afonso.

GUSTAVO CARRIJO BARBOSA

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí. Mestrando em Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos.

HENRIQUE CERQUEIRA LIMA DE CARVALHO

Graduado em fisioterapia (2013), pós-graduação em terapia manual (2015) e pós-graduação em reabilitação gerontológica (2016) pelo Centro universitário Cesmac e pós graduando em osteopatia pela escola brasileira de osteopatia e fisioterapia manipulativa

HÉRICA TAVARES MILHOMEM

Graduanda do curso de Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau de Caruaru. Estagiária do Registro Hospitalar de Câncer, no Hospital Regional do Agreste na cidade de Caruaru. Foi monitora das Disciplinas de Bioquímica Humana e Histologia do Curso de Farmácia da Faculdade Maurício de Nassau de Caruaru. Participou dos cursos de Venolise e Acesso Venoso Periférico (2016), Anatomia Aplicada à Enfermagem (2017), Prevenção do Câncer de Mama (2017), Zika: abordagem

clínica na atenção básica (2017) e Manejo Clínico de Chikungunya (2017). Participou de evento voluntário: Acadêmico Solidário (2013).

IRAILDO FRANCISCO SOARES

Graduado em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição (PPGAN/UFPI). Atualmente, Estagiário Docente das disciplinas de Tecnologia de Produtos de Origem Vegetal I e II do curso de Tecnologia em Alimentos, Pesquisador e Integrante do Grupo de Pesquisa em Tecnologia e Processamento de Alimentos (TECPA), no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí (IFPI/Central). Desenvolve pesquisas com ênfase em Recursos Naturais, Secagem, Química, Bioquímica, Controle de Qualidade, Qualidade de Alimentos, Alimentos Funcionais e Desenvolvimento de Produtos.

IRIA RAQUEL BORGES WIESE

Possui Licenciatura em Psicologia, graduação em Psicologia (formação de psicólogo), mestrado e doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Foi servidora do IFPB, cargo Psicóloga, por quatro anos. Atualmente é professora efetiva da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba e membro do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS)/Pós-Graduação em Psicologia Social/UFPB. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social da Saúde, Saúde Coletiva, Vulnerabilidades, Sexualidade, Gênero e Educação.

ISABEL RODRIGUES FERREIRA

Acadêmica de Fisioterapia do Centro Universitário AGES - Campus Paripiranga - BA. Ligante da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF). Secretária da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF)

ISABELA SILVA CÂNCIO VELLOSO

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG, onde é professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Desenvolve pesquisas na área de organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem, principalmente com foco nas relações de poder nos serviços de saúde, tendo como base o referencial teórico-filosófico pós-estruturalista. É líder do Núcleo de Estudos sobre Práticas de Saúde e Enfermagem (NEPSE) e membro do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE).

JESSE ALMEIDA LEITE

Extensionista, na área de prevenção e promoção da saúde. Monitora-componente curricular Enfermagem na atenção integral a saúde do adulto e do idoso, Enfermagem na atenção integral a saúde da criança e do adolescente, Assistência de enfermagem sistematizada em unidade neonatal. Participação e prestação de trabalhos em Congressos Nacionais, Estaduais e Internacionais.

JÉSSICA MICHELLE DOS SANTOS SILVA

Discente de Psicologia pela faculdade Estácio-FAL

JOÃO VICTOR DA SILVA RODRIGUES

Formado em Gestão Hospitalar pela Unopar. Fez parte dos projetos de extensão intitulados: Desenvolvendo práxis educativas com os idosos contemplando o sedentarismo, Assistência domiciliar ao idoso acamado no município de Pesqueira, A promoção de políticas de saúde para a população LGBT. Diretor de Promoção à diversidade LGBT no Diretório Acadêmico Valquíria Bezerra (DAVB) e Diretor de Promoção à diversidade no Diretório Central Estudantil Maria do Rosário Sá Barreto, é Pesquisador pelo PIBIC CNPQ com o projeto intitulado: Diagnóstico

situacional da rede de atenção à violência de crianças e adolescentes com deficiência. Tem trabalhos apresentados e participações em Congressos nacionais e internacionais, Tem artigo publicado na Revista Enfermagem Brasil.

JONY MARCOS SILVA SANTOS

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Uninassau - Caruaru/PE. Experiência em monitoria na disciplina de Saúde do Idoso do Curso de Enfermagem e em Liderança de turma.

JOSÉ AUGUSTO DE SOUSA RODRIGUES

Bacharel em enfermagem graduado pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

JOSÉ LUCAS BRAGA SANTOS

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós graduado em Nutrição Esportiva pela Faculdade Internacional da Paraíba. Pós graduando em Terapia do Comportamento Alimentar pela PÓSFG. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí

JOYCE DE SOUZA

Bacharel em enfermagem graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

JULLIANY LARISSA CORREIA SANTOS

Fez parte dos projetos de extensão intitulados: A promoção de políticas de saúde para a população LGBT, influências do exercício físico na resposta imune no ano de 2017, dando continuidade com o projeto no ano de 2018. Faz parte da liga acadêmica de enfermagem em terapia intensiva (LAETI) e do projeto de pesquisa intitulado desafios enfrentados pelo paciente renal crônico. Tem artigo publicado na revista Enfermagem Brasil e já apresentou trabalhos acadêmicos em eventos e congressos nacionais e internacionais.

KARLA SILVA SOUTO

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí (UFG) 2018. Pós graduação em Fisioterapia no Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI) em andamento.

LAERTE FIRMINO JÚNIOR

Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Cesmac no ano de 2015.; Pós graduado em traumatologia e desportiva pela FIP - Faculdade integrada de Patos, Gerente do CEMFRA(Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca) CER II.

LARISSA ALVES DA COSTA

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós-graduanda em Nutrição Esportiva pela DNA FIP- Faculdade Integrada de Patos. Sócia-proprietária na empresa Prosa Natural.

LARISSA ALVES DO NASCIMENTO

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL

LARISSA DANDARA LIMA DOS SANTOS

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL

LARISSA MELO COELHO BARROS

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Alagoas em 2016. Residente em Cuidados Paliativos do IMIP. Integrante do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI).

LEANDRA APARECIDA LEAL

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí (UFG) 2018. Pós-graduação em Fisioterapia no Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI) em andamento.

LENYELLE DO NASCIMENTO FERNANDES

Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e suplementação Nutricional Clínica e Esportiva Pela Universidade Estácio de Sá. Nutricionista do Programa Nacional de Alimentação Escolar da Prefeitura Municipal de Equador-RN

LIDIANNY BRAGA DE SOUZA

Psicóloga (Formação e Licenciatura); com Doutorado (em finalização) em Psicologia Social; Mestrado em Psicologia Social; e Especialização em Política e Gestão do Cuidado, com Ênfase no Apoio Matricial, todos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tem experiência na área de Saúde Pública, Psicologia Clínica, na abordagem Humanista/ACP e em Psicologia Social e da Saúde.

LILIANNY GONÇALVES BRAGA DE ANDRADE

Técnica em Bodiagnóstico e Licenciatura em Biologia, ambos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Pós-graduação em Citologia Clínica, pela Pós-Fip.

LÍVIA MARIA ZACARIAS CLAUDINO

Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL

LORENA CARVALHO DE MORAIS SANDES

Possui graduação em Pedagogia pela Universidade do Estado da Bahia (2009), graduação em Direito pela Universidade do Estado da Bahia (2015), especialização em Pedagogia Empresarial pela Faculdade São Luis de França (2011) e mestrado profissional em Extensão Rural pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (2018). Atualmente é Assistente em Administração da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Tem experiência na área de Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: Assistência Técnica, Extensão Rural, Perfil dos extensionistas.

LUCIANA CARLA LOPES DE ANDRADE

Psicóloga e mestre em psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); especialista em problema do desenvolvimento da infância e adolescência (Lydia Coriat); ex docente da faculdade Estácio de Alagoas; professora preceptora do estágio de clínica do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).

LUIZ FELIPE FERREIRA DE LIMA

Graduando em medicina pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e integrante do Núcleo de estudos aplicados em ciências patológicas (Neacip).

MAÍSA ISABELLA FAUSTINO SANTOS

Bacharela em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Possui experiência como enfermeira substituta em Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento- UPA. Maceió – AL.

MANOELA JOSEANE DOS SANTOS

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes - UNIT. Graduada em Pedagogia pela Faculdade Kurios - FAK. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e UTI pela Faculdade Integrada de Patos - FIP. Tem experiência na área da docência, com ênfase em Educação infantil e pré-escolar. Monitoria da disciplina Semiologia da enfermagem no Centro Universitário Tiradentes - UNIT (2016).

MARCELLA CRUCIOLI

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí (UFG) 2018. Pós graduação em Fisioterapia no Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI) em andamento.

MARIA CAROLINA DE ALBUQUERQUE WANDERLEY

Possui graduação em Bacharelado em Ciências Biológicas pela Universidade de Pernambuco (2008), mestrado em Biotecnologia Industrial pela Universidade Federal de Pernambuco (2012), doutorado em Engenharia Biológica pela Universidade do Minho (2014) e doutorado em Desenvolvim. e Inovação Tecnol. em Medicamentos pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2016). Tem experiência no aproveitamento de matéria-prima residual para uso terapêutico, nanopartículas, hidrólise de proteínas para produção de peptídeos, desenvolvimento de processos biotecnológicos para obtenção de moléculas bioativas visando a promoção a saúde e agregação de valor aos subprodutos industriais.

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

Bacharel em enfermagem graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

MARIA LAURA MEDEIROS BLEINROTH

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas, mestranda em Processos Psicossociais no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, integrante do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI).

MARIA SUIANE DE MOARES

Tecnóloga em Alimentos pela Faculdade de Tecnologia CENTEC-CARIRI (FATEC). Licenciada em Geografia pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Mestre em Tecnologia Agroalimentar na área de Processos e Tecnologia de Produtos Agroalimentares pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Doutoranda em Engenharia Agrícola na área de Processamento e Armazenamento de produtos agrícolas na Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

MARIEL DIAS RODRIGUES

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás, especialização Latu Sensu em Fisioterapia cardiopulmonar e terapia intensiva pelo Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI - Goiânia), mestranda no Programa de Pós-Graduação Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí (ano de ingresso 2018), fisioterapeuta na unidade de Terapia intensiva do hospital Padre Tiago na providência de Deus na cidade de Jataí Goiás.

MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA

Enfermeiro (2010) e Mestre em Saúde Coletiva (2013) pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/BA), Especialista em Gestão da Saúde (2013) pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB/EAD) e Universidade Aberta do Brasil (UAB), Pólo Senhor do Bonfim, BA. Doutorando em Saúde Pública (2019) pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor

MAYARA KRISTINA DE LIMA FREITAS

Bacharela em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Pós-graduanda em Urgência/ Emergência e UTI pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT. Possui habilitação em APH, capacitação em AIDPI Neo e Reanimação Neonatal.

MAYLON WELLIK DOS SANTOS CARVALHO

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), membro da liga acadêmica de trauma (Traumax) e do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos Aplicados em Genética (NEAGen)

MAYSA LANNE VIEIRA DAMASCENO

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas, participa do Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI) e da pesquisa de Iniciação Científica "Tecendo redes com a Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em saúde mental"

MEIRIELE TAVARES ARAÚJO

Professora do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da EEUFMG. Colaboradora da Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). Doutora e Mestre em Enfermagem pela EEUFMG. Doutorado Sanduiche na Universidade de Alberta, Canadá (PDSE-CAPES). Especialização em Trauma, Emergência e Terapia Intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e do Grupo de Estudos sobre Práticas em Saúde e em Enfermagem (NEPSE). Membro do International Philosophy of Nursing Society (IPONS).

MEIRY LANNUZE SANTOS SILVA

Graduanda do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Cesmac, intercambista, representante estudantil e pesquisadora multiprofissional.

MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA

Graduado em Psicologia (2013), Mestre (2016) e Doutorando em Psicologia Social, especialista em Educação em Direitos Humanos (2015) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisador em temáticas relacionadas à Psicologia Social e da Saúde; Diversidade Sexual; Grupos Minoritários e Direitos Humanos.

MICHELLY DA SILVA PINHEIRO

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí - UFPI; Especialista em Saúde Coletiva pela UFPI; em Docência do Ensino Superior - ESTÁCIO/CEUT; e em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário Internacional - UNINTER, Bacharela em Nutrição pelo Centro de Ensino Unificado de Teresina - CEUT (2011). Nutricionista do Núcleo Ampliado à Saúde da Família em Parnarama/MA. Atuação como docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI/Picos e Faculdade de Educação São Francisco - FAESF, ambas no curso de Bacharelado em Nutrição. Experiência em Administração em Unidades de Alimentação e Nutrição, Nutrição Social, Nutrição Clínica, Coordenação de Estagiários de Nutrição e Palestras em Assuntos Nutricionais.

MIKAELE DA COSTA GOMES MONTEIRO

Teóloga. Graduanda em Psicologia pela Faculdade Estácio - Fal.

MILENE OLIVEIRA DE SOUZA

Acadêmica de Fisioterapia do Centro Universitário AGES - Campus Paripiranga - BA. Ligante da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF)

MONTEIRO PIRES BASTOS JUNIOR

Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes - UNIT. Atualmente é graduando em Medicina pelo Centro Universitário CESMAC.

PATRÍCIA LEÃO DA SILVA AGOSTINHO

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Rio Verde (2005), mestrado em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Triângulo (2008) e doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina (2011). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal de Goiás-UFG. Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Fisioterapia Cardiorrespiratória, atuando principalmente nos seguintes temas: obesidade e comorbidades associadas, fatores de risco associados ao paciente crítico e diagnóstico e tratamento das doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

PEDRO MIGUEL DE ARAUJO COLLADO

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, Pós-graduando em Urgência/ Emergência e UTI pelo Centro Universitário Tiradentes - UNIT. Possui curso de capacitação em AIDPI Neo e Reanimação Neonatal.

PEDRO PEREIRA TENÓRIO

Professor Pedro Pereira Tenório possui graduação em Biomedicina, mestrado e doutorado na área de Patologia cardiovascular pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atualmente é Professor Adjunto de Patologia Humana, da Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Possui diversos artigos publicados, além de mais de uma dezena de prêmios obtidos em eventos nacionais e internacionais.

POLLYANA LUDMILLA BATISTA PIMENTEL

Doutoranda e Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Formada em Psicologia pela mesma instituição. Possui experiência no âmbito das medidas socioeducativas, bem como na psicologia da saúde.

RAFAELLA GRAZIELE DE MELO SILVA LIMA

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau - Caruaru/PE. Foi monitodas das disciplinas de Patologia e Saúde Coletiva no curso de Enfermagem e integrante da Liga Acadêmica de Enfermagem Médico Cirúrgica - LEMECl.

RAQUEL MEDEIROS DOS SANTOS

Graduada e Licenciada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Pós-graduanda em Educação Especial e Inclusiva pela Faculdade Internacional da Paraíba. Participou do MEJ (Movimento de Empresas Juniores), atuando na Actuar Consultoria - Empresa Jr de Psicologia da UFPB como diretora de marketing e na PB Júnior como articuladora de comunicação. Pesquisadora e colaboradora no Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde - NPVPS, coordenado pela professora Dra. Ana Alayde Werba Saldanha. Suas áreas de interesse são vulnerabilidade, saúde e educação.

SHIRLLEYSIANA JOYCIELLEM BARROS FERREIRA

Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário do Vale do Ipojuca, UNIFAVIP - Wyden

SUZIANY DE MELO

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau - Caruaru/PE. Extensionista do projeto pródigo na faculdade Uninassau - Caruaru

TANIA MARIA ALVES BENTO

Especialização em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

THAISE MARQUES DA SILVA

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Foi monitora de Enfermagem, Saúde e Sociedade 1, Diretora de Projetos na Empresa Júnior Vitalis Consultoria. Participou do programa Ciências sem Fronteiras na modalidade Graduação Sanduíche - CAPES/CNPq, no curso Adult Nursing na University of Salford, Inglaterra, 2015/2016. Vinculada ao Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos GPMI (CNPq) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

Graduada em Enfermagem - universidade de Pernambuco, Mestre em Gestão Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco, doutoranda em ciências da saúde pelo Instituto Univesitário Italiano de Rosário - Argentina, docente do curso de bacharelado em enfermagem do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Pernambuco - IFPE.

WELLEN ZANE NUNES ANDRADE

Acadêmica de medicina na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e fundadora da Liga de Gastroenterologia e Hepatologia (LIGHT).

YASMIM OLIVEIRA DE WINDSOR SILVA

Graduação em andamento no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil. Bolsista e voluntária do projeto de Iniciação Científica intitulado: O cuidador de idosos: o discurso e a prática, promovido pela Pró-reitoria de Pesquisa da UFMG.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7042-127-2



9 788570 421272