TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VOLUME 6

Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde
Volume 6

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 6/ Organização Editora Poisson – Belo Horizonte - MG: Poisson, 2019

Formato: PDF
ISBN: 978-85-7042-128-9
DOI: 10.5935/978-85-7042-128-9

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: Temakis: Uma preparação saudável que transcende sua popularidade? 07

Sandyerlly da Paz do Nascimento, Rhayra Priscilla Moraes Nóbrega, Ludmyla Albuquerque Santos de Souza, Felipe Lima Soares, Katia Rau de Almeida Callou, Ana Paula Moraes Ventura

Capítulo 2: A inclusão do público idoso em ações de triagens Sorológicas: Uma análise da prevalência de Hepatites virais, Sífilis e HIV em um Município de Alagoas..... 14

Jailton Rocha Misael, Claudio José dos Santos Júnior, Ilma Falcão Silva, Gilvana Maria Vieira Xavier, Marcicléa Macêdo de Lima Batista, Priscila Lopes de Gusmão Sales

Capítulo 3: Aplicação de questionários online na pesquisa científica com idosos: Relato de experiência 22

Caio Venancio Duarte Carvalho, Tatiane Dias Casimiro Valença, Joice Amorim Santos, Isabely Fróes Correia, Pollyanna Viana Lima, Everson Mateus Almeida Magalhães

Capítulo 4: Influência do uso de ventilação mecânica invasiva sobre a taxa de mortalidade de idosos com doença Renal Crônica..... 26

Karla Silva Souto, Gustavo Carrijo Barbosa, Mariel Dias Rodrigues, Grazielly Rezende Pedra Prado, Moemi Caroline Guntijo, Patrícia Leão da Silva Agostinho

Capítulo 5: O processo reabilitacional como estratégia de enfrentamento de idosos com deficiência visual adquirida..... 30

Carlos Eduardo Teodoro Vieira, Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Capítulo 6: Impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos..... 37

Felipe Lima Rebêlo, Victor de Andrade Vieira, Brenda Karolyne dos Santos Souza, Alessandra Myrella Braz da Silva, Vinícius Ramon da Silva Santos, Catarina Maria Leite de Abreu

Capítulo 7: Hipertensão Arterial Autorreferida em idosos Brasileiros 45

Fabio Luiz Oliveira de Carvalho, Giselle Santana Dósea, Igor Macedo Brandão, Ana Emília Alves dos Santos, Davyson Gabriel Neves dos Reis, Juliana Santos de Araújo

SUMÁRIO

Capítulo 8: Importância do resveratrol na manutenção do processo de envelhecimento 49

Beatriz Santiago Guerra, Elisabete Maria da Silva Rocha, Hérica Tavares Milhomem, Eva Maria da Silva Cavalcanti, Déborah Tavares Milhomem, Maria Carolina de Albuquerque Wanderley, Roberta Luciana do Nascimento Godone

Capítulo 9: Concessão auxílio benefício acidentário por Coxartrose no Brasil: Uma análise quantitativa retrospectiva..... 55

Karinna Soares Oliveira, Marília Caroline Ventura Macedo, Thiago de Oliveira Assis

Capítulo 10: Motivação para a prática esportiva competitiva – Um estudo de caso .. 59

Marcella Fernandes Paticcié Nacif, Luana Karoline Ferreira, Elisângela Jerônimo, Rosana Ferreira Pessoa, Maria Elisa Caputo Ferreira

Capítulo 11: Hipermobilidade x Disfunção Temporomandibular: Caso clínico..... 64

Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima, Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Alcione Barbosa Lira de Farias, Gustavo Dias Gomes da Silva, Alieny Cristina Duarte Ferreira

Capítulo 12: Bruxismo excêntrico como fator Etiológico de disfunção Temporomandibular 68

Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima, Alcione Barbosa Lira de Farias

Capítulo 13: Tendência de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na região Nordeste do Brasil, 1996 – 2015..... 74

Flávia Steffany Leite Miranda, Karolayne Silva Souza, Milena Roberta Freire da Silva, Rafaell Batista Pereira, Kátia Cilene da Silva Felix

Capítulo 14: Caracterização do envelhecimento populacional no Estado de Alagoas81

Gabriella de Araújo Gama, Isabel Comassetto, Gustavo Henrique de Oliveira Maia, Anny Suellen Rocha de Melo, Fernanda Correia da Silva

Capítulo 15: Educando no envelhecer: Uma ação da residencia multiprofissional 95

Leticia Estevam Engel, Marina Aparecida Molina Gomes, Bruna Diniz Bordan, Luara Fazion Coelho

Capítulo 16: O envelhecimento saudável entre octogenários brasileiros: O estudo ageqol 89

Ana Cristina Viana Campos

SUMÁRIO

Capítulo 17: Assistência de enfermagem a idosos com estomas de eliminação cadastrados em um programa de estomias de um hospital público: Um relato de experiência. 97

Lucy Kelly Brito Bomfim Eustaquio, Kézia Eunice Costa de Souza, Larissa dos Santos Brandão, Lazaro Betel Eustaquio da Silva, Hilma Keylla de Amorim

Capítulo 18: Hipertensão e diabetes: Dados epidemiológicos de uma instituição de longa permanência para idosos em Maceió/AL 100

Roberta Lays da Silva Ribeiro, Rodrigo Santana de Luna Batista, Taciane Marques Cavalcante, Dayane de Vasconcelos Bazílio, Marcus Vinícius Palmeira Oliveira

Capítulo 19: Alterações de comportamentos em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer: Um relato de experiência 105

Wedja Maria da Silva, Clécia Pinheiro Pimentel, Mayara Silva de Souza Guedes, Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana, Maria Celeste Campello Diniz

Capítulo 20: Avaliação do declínio cognitivo em idosos institucionalizados 109

Ingrid Araújo Ribeiro, João Luis Almeida da Silva

Capítulo 21: Depressão em idosos não institucionalizados 118

Lízie Emanuelle Eulalio Brasileiro, Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo, Edivan Gonçalves da Silva Júnior, Maria do Carmo Eulalio

Autores: 124

Capítulo 1

Temakis: Uma preparação saudável que transcende sua popularidade?

Sandyerlly da Paz do Nascimento

Rhayra Priscilla Moraes Nóbrega

Ludmyla Albuquerque Santos de Souza

Felipe Lima Soares

Katia Rau de Almeida Callou

Ana Paula Moraes Ventura

Resumo: No Brasil, os restaurantes japoneses conquistaram espaços e se tornaram cada vez mais comuns. Desde então, a culinária japonesa vem ganhando vários adeptos, apesar das diferenças alimentares e culturais existentes, sendo o *temaki* uma das preparações com maior consumo. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo avaliar os aspectos nutricionais dos *temakis*, além de traçar um comparativo dessas diferentes preparações comercializadas no Brasil daquelas comuns à tradição japonesa, compreendendo se a prerrogativa de alimento saudável do *temaki* o torna uma preparação que transcende sua popularidade. Para tanto, foi feita uma análise quali-quantitativa de quatro preparações de *temakis* comercializadas em João Pessoa. O valor nutricional e a composição de macronutrientes das preparações foram obtidos por meio do Programa Dietbox®. Os resultados mostraram que os *temakis* da versão brasileira apresentam valor médio de 317 Kcal, com 77,5 Kcal acima do valor energético da versão original japonesa, sendo 15,8 g proteína, 9,7 g de lipídios e 53,8 g de carboidrato. Dentre os ingredientes que mais contribuem para o valor energético estão o arroz japonês (136 Kcal), seguidos do *cream cheese* (77,5 Kcal) e açúcar refinado (77,4 Kcal). Apesar de os *temakis* apresentarem mais de 20g de açúcar refinado em sua composição, são considerados alimentos bastante energéticos, apresentam proteínas de alto valor biológico advindas dos pescados, bem como fornecem ácidos graxos essenciais. Sendo assim, o consumo de *temakis* é uma alternativa saudável quando incluídos em uma alimentação adequada nutricionalmente, transcendendo a sua popularidade.

Palavras-chave: *Temaki*, valor nutricional, culinária japonesa.

1.INTRODUÇÃO

O surgimento da gastronomia nipônica é resultante de vários conhecimentos provenientes da imigração no país, a exemplo de técnicas para cultivo do arroz e a produção do molho de soja (*shoyu*), trazidos pelos imigrantes chineses ao Japão (NISHIYAMA, 2016). As primeiras imigrações japonesas no Brasil tiveram início no ano de 1908 (SUZUKI, 1995; SAKURAI, 1995), mas foram intensificadas em meados de 1925, e até 1941 contabilizou-se 67,1% dos 228.903 japoneses imigrantes no país (SAKURAI, 1995). Algumas adaptações da culinária japonesa também foram relatadas por imigrantes dentre os anos de 1953 e 1967 na Amazônia, como o molho *shoyu* à base de tucupi, e outras matérias-primas como o mamão, a banana, o feijão de metro e peixes de água doce, vencendo as adversidades da falta de insumos comumente cultivados no Japão (BBC, 2018).

As receitas de *sushi* surgiram nas revistas americanas nos anos 1960, mas vinham relatadas como preparações semelhantes a canapés, utilizando camarão cozido em pão de centeio (BESTOR, 2000). Apenas em 1970, o verdadeiro *sushi* adquiriria popularidade, principalmente na cidade de Los Angeles (CARROLL, 2009). Atualmente, apesar de ainda intitulada como culinária japonesa, as preparações mais americanizadas de *sushi* criaram controvérsias em torno da definição do prato, através da criação de combinações inteiramente novas, uma vez que as possibilidades de cultura alimentar são infinitas e novas compreensões culturais ocorrem através do paladar (EDWARDS, 2012).

Devido aos preços elevados da culinária japonesa, Takamasa Nakanori criou o *temaki* em 1971 para o público jovem, sendo comercializados em ambientes como lanchonetes e serviços tipo *fast food* (KOWALICK, 2011), locais esses mais frequentados pelos jovens. De origem japonesa "te" significa mão e "maki" enrolado (SEBRAE, 2017). O *temaki* é feito somente com as mãos, diferentemente dos demais alimentos japoneses que são enrolados com o apoio de uma pequena esteira de bambu.

No Brasil, o *temaki* tornou-se popular não somente pela sua palatabilidade e preço acessível, mas também por seu valor nutricional aliado à qualidade e frescor de seus ingredientes (MAGNONI, 2012). É composto principalmente por peixes, moluscos e algas, além do arroz, do *shoyu* e do *tarê* (molho agridoce a base de *shoyu*). É possível destacar que nesta culinária, um dos cinco gostos básicos do paladar humano, o *umami*, é bastante explorado e representa a interação do doce e do amargo (NISHIYAMA, 2016).

O *umami* representa uma característica gustativa que não pode ser definida pelos quatro gostos básicos, o doce, o salgado, o azedo e o amargo, podendo ser encontrado em alimentos como carne e peixe, proveniente do ácido glutâmico (YAMAGUCHI, 1991). Outras substâncias também foram identificadas com a capacidade de promover o gosto *umami*, inosina monofosfato ou inosinato e guanosina monofosfato ou guanilato que, quando em equilíbrio com os outros sabores básicos desempenha um papel importante na determinação do sabor delicioso de um prato (UMAMI Information Center & International Glutamate Service, 2017).

De acordo com dados de 2017 da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (Abrasel), a cidade de São Paulo comporta 600 restaurantes japoneses, os quais produzem cerca de 40 mil *sushis* por dia. O hábito de consumir peixes, especialmente crus, é algo recente no cardápio dos serviços de alimentação e deu-se, através das lojas especializadas em *sushi* e *sashimi*, presentes, em sua maioria, nos centros urbanos e em shoppings, sendo categorizados como estabelecimentos de *fast food* (GERMANO, 2015).

O conceito da preparação dos peixes no Japão, por exemplo, parte do seguinte provérbio: "Coma cru antes de tudo, depois grelhe e cozinhe como último recurso." (KIPLE, ORNELAS, 2000). Os japoneses acreditam que o sabor e textura do peixe são melhor apreciados quando frescos e consumidos crus, além da alga *nori* serem estaladiças e possuírem coloração verde-dourada (FENG, 2011). No Brasil, essa culinária sofre adaptações com o intuito de adequar-se ao público-alvo, através da adição de *cream cheese*, da elaboração de preparações fritas, entre outros, mas ainda buscando sustentar a base da culinária japonesa e todas as suas cores, texturas e sabores. Seu consumo adquire cada vez mais adeptos partindo do pressuposto de uma culinária saudável e custo relativamente baixo, pois se assemelha a valores comerciais de hambúrgueres e outras preparações que não possuem o apelo "saudável" aferido ao *temaki*.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar os aspectos nutricionais dos *temakis*, além de traçar um comparativo das diferentes preparações comercializadas no Brasil daquelas comuns à tradição japonesa, compreendendo se a prerrogativa de alimento saudável do *temaki* o torna uma preparação que transcende sua popularidade.

2.METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma análise quali-quantitativa de quatro preparações de *temakis* amplamente comercializadas na cidade de João Pessoa. Essas preparações foram escolhidas por serem as mais consumidas em 5 estabelecimentos deste nicho. O valor nutricional e a composição de macronutrientes das preparações foram feitos com base na média dos ingredientes utilizados. Os dados foram inseridos no *software* Dietbox®, com a seleção da Tabela de Composição de alimentos de Sonia Tucunduva (2017).

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos *temakis* selecionados para este estudo, foram computados a média em gramas dos 13 ingredientes mais usados nestas preparações, os quais foram categorizados em dois grupos: os de ingredientes-base, comum a todos os *temakis* e os ingredientes específicos, que os diferenciam. Como ingredientes-base das preparações, encontram-se o arroz japonês, a alga *nori* e, em alguns casos, o *panko* e como condimentos o gergelim, a cebolinha, o *wasabi* e o *shoyu* e como representante dos laticínios tem-se o *cream cheese*. A tabela 1 apresenta a listagem dos ingredientes-base dos *temakis*, deste estudo, e sua composição nutricional de cada insumo usado. Já na categoria específica, esses valores relacionam-se aos alimentos-fontes de proteína e incluem os pescados, tais como salmão, camarão, atum; e o *kani kama* (Tabela 2).

Tabela 1 - Ingredientes-base e seus respectivos valores energéticos e de composição de macronutrientes de temakis.

Ingredientes	Quantidade (g ou ml)	Valor energético	Carboidratos	Lipídios	Proteínas
Alga nori	1	5	0.5	-	0.5
Arroz Japonês	40	136	31.2	0	3.2
Vinagre de arroz	19	-	-	-	-
Açúcar refinado	20	77.4	19.98	-	-
Sake	8.5	2.27	0.62	-	0.06
Cream cheese	31	77.5	0.62	7.44	1.86
Gergelim	3	17.19	0.71	1.49	0.53
Cebolinha verde	5	1.5	0.22	0.04	0.16
TOTAL	127.5	316.86	53.85	8.97	6.31

Tabela 2 - Ingredientes específicos e seus respectivos valores energéticos e de composição de macronutrientes de temakis

Ingredientes	Quantidade (g ou ml)	Valor energético	Carboidratos	Lipídios	Proteínas
Salmão	50	58	0	1.73	9.95
Atum	50	59	0	0.5	13
Camarão	50	49.5	0	0.55	10.45
Kani Kama	50	40	0	0.15	5.25

A partir da análise das Tabelas 1 e 2 foi possível considerar que os ingredientes-base dos *temakis* brasileiros apresentam aproximadamente 317 calorias, o que equivale a cerca de 84% do valor calórico total do alimento. Dentre os ingredientes que mais contribuem para o valor energético estão o arroz japonês (136 Kcal), seguidos do *cream cheese* (77,5 Kcal) e açúcar refinado (77,4 Kcal). Importante salientar também que os *temakis* apresentam fibras, ômega-3, aminoácidos como taurina, vitaminas do complexo B, vitaminas A, D e minerais, como o selênio, além de outros componentes importantes para a saúde humana. Para efeito didático serão explicados os benefícios à saúde associados aos ingredientes presentes nos *temakis,* bem como a sua composição nutricional em termos de vitaminas, minerais e compostos bioativos.

Denominado *nihon mai*, o arroz japonês é uma ótima fonte de energia, além de fonte das vitaminas tiamina (B1), riboflavina (B2) e niacina (B3). Também tem alto teor de aminoácidos, como o ácido glutâmico e ácido aspártico (FAO, 2018). A alga *Nori*, (Porphyra, família Bangiaceae) utilizada para envolver o recheio do *temaki*, também possui características nutricionais interessantes. A alga seca é rica em carboidratos, proteínas, vitaminas e minerais, além de possuir níveis notáveis de taurina, um composto que auxilia na circulação entero-hepática do ácido biliar, prevenindo o cálculo biliar através do controle dos níveis de colesterol no sangue (NODA, 1993). Ainda segundo Noda (1993), a alga *Nori* é rica em alanina, ácido aspártico, ácido glutâmico e glicina, além de possuir em sua composição um galactano sulfatado semelhante ao ágar, fibra dietética solúvel em água que possui importantes atividades funcionais, anti-coagulante, anti-hipercolesterolemia e atividade antitumoral.

O pescado é um alimento rico em sua composição nutricional, pois além de ser fonte de vitaminas lipossolúveis, como A e D, também possui minerais como cálcio, fósforo, ferro, cobre e selênio, além de configurar-se fonte de proteínas de alto valor biológico e de ácidos graxos essenciais ômega-3 eicosapentaenoico (EPA) e o docosaexaenoico (DHA) (SARTORI e AMANCIO, 2012). Dentre os seus possíveis benefícios estão à redução do risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), de depressão, do Mal de Alzheimer e de morte por doença cardíaca (FAO, 2016). O *kani kama,* também conhecido como *surimi,* é um alimento feito à base carne ou pasta de peixes brancos comum à culinária japonesa. Seus processos tecnológicos, no entanto, não o enquadram como um alimento capaz de trazer benefícios no ponto de vista nutricional. Dentre seus processos tecnológicos estão a incorporação de vários aditivos, como glutamato, aspartato, ácido málico, lático e tartárico, sais e corantes, sendo o NaCl importante como melhorador do *flavor* (OETTERER, D'ARCE e SPOTO, 2006).

O gergelim (*Sesamum indicum*), nas cores creme e preta, são ricos em ácidos graxos insaturados tais como o oléico (47%) e o linoléico (41%), além de outros constituintes como o sesamol. O sesamol promove resistência à rancificação por oxidação na semente, possui vitaminas do complexo B, possui também metionina e teor três vezes maior de cálcio quando comparado ao leite (ARRIEL, et al., 2007).

O *wasabi* é uma pasta obtida do caule ralado da planta *Eutrema japonicum*, da mesma família do repolho e mostarda. Por ser rico em betacarotenos, glucosinolatos e isotiocianatos, apresentam possível ação antibacteriana e anticancerígena (MORIMITSU, et al., 2000; SHIN, MASUDA e NAOHIDE, 2004). Além disso, uma pesquisa experimental realizada em 2017 com ratos obesos utilizando o *wasabi* associado à dieta, apontou efeitos benéficos quanto aos parâmetros metabólicos de glicose basal, índice de massa corporal (IMC) e proteína desacopladora 1 (UCP-1), sugerindo que a *Wasabia japonica* tem aplicações potenciais como uma terapia adjuvante às abordagens convencionais, em indivíduos com obesidade e doenças relacionadas (THOMAZ, et al., 2017). Entretanto, é importante salientar que, devido aos altos custos e alta perecibilidade do *wasabi*, normalmente o condimento servido em restaurantes é uma mistura de raiz-forte, corante e outros aditivos, o que se difere do *wasabi* pertencente à culinária japonesa tradicional (ESTADÃO, 2013).

Por fim, o *cream cheese* tornou-se um ingrediente muito comum na preparação dos *temakis* no Brasil e, juntamente com o arroz e a alga *nori*, constitui a base de boa parte das preparações oferecidas nos restaurantes e demais estabelecimentos do país. Segundo o *Codex Alimentarius*, através do *Codex Stan 275-1973*, o *cream cheese* é definido como um queijo macio, untuoso, levemente ácido, que não sofre maturação e não possui casca, de coloração entre branco e amarelo escuro, capaz de se espalhar facilmente ou homogeneizar-se com outros alimentos. Por ser cremoso, se adapta a vários tipos de combinações e ocasiões de acordo com a culinária de cada país. (ALVES, 2009).

Os *temakis* são usualmente consumidos em substituição a uma refeição pelos jovens, como uma opção de uma alimentação rápida, de aspecto sensorial atrativo e custo mais acessível à população. São considerados alimentos energéticos, uma vez que são ricos em carboidratos, contendo aproximadamente 60g por unidade; apresentam proteínas de alto valor biológico advindo dos pescados, bem como fornecem

ácidos graxos essenciais (EPA, DHA). Os *temakis* podem fazer parte de uma refeição nutritiva, apresentando valor calórico médio de 317 Kcal.

A análise comparativa do valor nutritivo e calórico dos *temakis à base de salmão (philadelphia ou shake), de atum (naguro), de camarão (ebi), surimi (kani),* nas versões original e adaptada ao Brasil, permitiu constatar um acréscimo de 77,5 kcal em cada um dos temakis, na versão brasileira. Apesar de não representar um aumento substancial em termos energéticos, deve-se ter cautela quanto ao seu consumo pelas seguintes razões: alta concentração de lipídios (7,44g), proveniente da adição do *cream cheese*, gordura predominantemente saturada; além de ⅓ de seus carboidratos, o equivalente a uma colher de sopa, ser o açúcar refinado, o que leva os indivíduos resistentes à insulina ou diabéticos a limitarem a sua ingestão.

Embora os ingredientes utilizados na preparação dos *temakis* possuam, em sua maioria, uma composição nutricional favorável, outros aspectos podem influenciar na qualidade do produto. As condições higiênico-sanitárias durante as etapas de recebimento, processamento e armazenamento do produto podem viabilizar a contaminação e consequentes efeitos deletérios à saúde humana, através das doenças transmitidas pelos alimentos (DTAs). Os aspectos higiênico-sanitários são fatores preocupantes na culinária japonesa não somente por ser um produto perecível, mas também pela forma ao qual é preparada e consumida, estando muitas vezes exposta a vários contaminantes e normalmente associadas às práticas inadequadas de manipulação. (LOPES e MAGALHÃES, 2014). O consumo de peixes crus ou mal cozidos, muito comum na culinária nipônica, favorece a ocorrência de DTAs como a anasaquidose e a difilobotríase, provocada pelo nematóide *Anisakis simplex* e pelo *Diphyllobotrium latum*, respectivamente. Essas doenças são capazes de promover desde manifestações digestivas agudas até ulcerações a nível intestinal. (CABRERA; ALTAMIRANO-TRILLO, 2004; DUPOUY-CAMET; PEDUZZI, 2004). Para que isto não ocorra, as condições higiênico-sanitárias do local de manipulação do alimento, os insumos para produção destes alimentos e a capacitação e higiene dos manipuladores devem estar adequados e de acordo com a legislação vigente de forma a garantir a segurança alimentar e higiênica das preparações.

4.CONCLUSÃO

A culinária japonesa tem atraído muitos adeptos ao seu consumo, sendo o *temaki*, preparação de origem nipônica, bastante consumida nos dias atuais. A razão para isso se deve, possivelmente, a sua praticidade, agregada aos aspectos sensoriais atrativos e de baixo custo. Do ponto de vista nutricional, pode ser considerada uma preparação rica em proteína de alto valor biológico, com ácidos graxos essenciais e fonte de vitaminas e minerais, constituindo uma alimentação adequada nutricionalmente, o que transcende a sua popularidade. Todavia, a alta porcentagem de açúcar refinado e o acréscimo do *cream cheese* na versão brasileira dos *temakis* são fatores que aumentam o teor de gordura saturada da preparação e elevam a glicemia nos indivíduos, respectivamente. Desse modo, deve-se haver cautela quanto à recomendação de consumo do *temaki* para os indivíduos diabéticos, dislipidêmicos e àqueles com doenças crônicas que comprometem o metabolismo de carboidratos e de gordura.

REFERÊNCIAS

[1] Abrasel. Cozinhas multiculturais sustentam as atividades na capital gastronômica do país. Disponível em: <http://www.abrasel.com.br/component/content/article/7-noticias/4998-27012017-cozinhas-multiculturais-sustentam-as-atividades-na-capital-gastronomica-do-pais.html.> Acesso em 10 mar. 2018.

[2] Alves, L. de. L. Desenvolvimento de cream cheese simbiótico: caracterização e perfil lipídico com ênfase em ácido linoléico conjugado. 2009. 128f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/5663/ALVES%2c%20LARISSA%20DE%20LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 16 mai. 2018.

[3] Arriel, N. et al. A cultura do gergelim. Brasília: Embrapa Informação Tecnológica, 2007.

[4] BBC Brasil. Sushi de feijão e shoyu de tucupi: como imigrantes japoneses recriaram pratos típicos na Amazônia. 17 de março de 2018. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-43352295> Acesso em 13 mai. 2018.

[5] Bestor, T. How Sushi Went Global. Foreign Policy. Novembro/dezembro, 2000, p. 54-63.

[6] Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 216 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 15 de setembro De 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388704/RESOLU%25C3%2587%25C3%2583O-RDC%2BN%2B216%2BDE%2B15%2BDE%2BSETEMBRO%2BDE%2B2004.pdf/23701496-925d-4d4d-99aa-9d479b316c4b> Acesso em 13 de maio de 2018.

[7] Cabrera, R.; Altamirano-Trillo, M. D. P. Anisakidosis: ¿Una zoonosis parasitaria marina desconocida o emergente en el Perú? Revista Gastroenterol Perú, v.24, 2004, p.335-342. Disponível em: < http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292004000400006> Acesso em: 17 mai. 2018.

[8] Carroll, W. Sushi: Globalization through Food Culture: Toward s a Study of Global Food Networks. Journal of East Asian Cultural Interaction Studies, 2009, p. 451-456.

[9] Dal Bosco, S.; Conde, S. Óleos e gorduras. In: Dal Bosco, S.; Conde, S. (Org.). Nutrição e Saúde. Lajeado: Univates, 2013.

[10] Dupouy-Camet, J. Peduzzi, R. Current situation of hum an diphylobothriasis in Europe. EuroSurveillance, 2004. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=467>. Acesso em: 17 mai. 2018.

[11] Edwards, P. Global Sushi: Eating and Identity. Perspectives on global development and technology. 2012, p. 211-225.

[12] Estadão. Isto é wasabi [Revista Digital]. Publicação do dia 24 de abril de 2013. Disponível em: <http://paladar.estadao.com.br/noticias/comida,isto-e-wasabi,10000009979> Acesso em 10 mai. 2018.

[13] Fao. The State of World Fisheries and Aquaculture. Fisheries and Aquaculture Department. Rome: 2016.

[14] Feng, C. The Tale of Sushi: History and Regulations. Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety. v. 11, março, 2012, p. 205-220.

[15] Germano, P; Germano, M. Higiene e Vigilância Sanitária de Alimentos. 5. ed. Editora Manole: São Paulo, 2015.

[16] Glaser, B.; Strauss, A. The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. AldineTransaction, 1967.

[17] Yamazaki, K.; Naruto, Y.; Nakamura, H.; Takahashi, K. Improving the Breaking Properties and Oil Absorption of Breadcrumbs by Microbial Transglutaminase. Food and Science Technology Research. 2007.

[18] Kiple, K.; Ornelas, K. The Cambridge World History of Food, v. 2. Cambridge University Press, 2000.

[19] Kovalick, R. Temaki é considerado fast food no Japão e faz sucesso entre os jovens. 2011. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2011/11/temaki-e-considerado-fast-food-no-japao-e-faz-sucesso-entre-os-jovens.html> Acesso em 30 mar. 2018.

[20] Lopes, A. P. R.; Magalhães, J. Verificação da Aplicação de Boas Práticas de Fabricação e Avaliação da Qualidade Microbiológica de Alimentos Produzidos em Restaurantes Japoneses em Divinópolis/MG. São Paulo. Editora Blucher, 2014. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/foodscienceproceedings/microal/138.pdf> Acesso em: 14 de maio de 2018.

[21] Magnoni, D. Os segredos do Doutor Gourmet. São Paulo: Matrix, 2012.

[22] Morimitsu, Y.; Hayashi, K.; NAKAGAWA, Y.; Horio, F.; Uchida, K.; Osawa, T. Antiplatelet and anticancer isothiocyanates in Japanese domestic horseradish, wasabi. Biofactors, 2000, p. 271-276.

[23] Nishiyama, G. Da neurociência à análise sensorial: implicando à gastronomia japonesa. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Pedro Leopoldo. Minas Gerais, 314 p., 2016.

[24] Noda, H. Health benefits and nutritional properties of nori. Journal of Applied Phycology. 1993, p. 255-258.

[25] Oetterer, M.; D'arce, M.; Spoto, M. Fundamentos de Ciência e Tecnologia de Alimentos. São Paulo: Manole, 2006.

[26] Sakurai, C. Primeiros pólos da imigração japonesa no Brasil. Revista USP, setembro/novembro, 1995, p. 32,45.

[27] Sartori, A; Amancio, R. Pescado: importância nutricional e consumo no Brasil. Revista Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, 2012, p. 83-93.

[28] Sebrae. Como montar uma Temakeria - Sushi em Cone de Alga. 2017. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ideias/como-montar-uma-temakeria-sushi-em-cone-de-alga,23e87a51b9105410VgnVCM1000003b74010aRCRD> Acesso em 10 mar. 2018.

[29] Shin, I.; Masuda, H.; Naohide, K. Bactericidal activity of wasabi (Wasabia japonica) against Helicobacter pylori. International Journal of Food Microbiology, agosto, 2004, p. 255-261.

[30] Souza, T. et al. Microrganismos de interesse sanitário em sushis. Revista Instituto Adolfo Lutz. 2015. Disponível em <http://www.ial.sp.gov.br/resources/insituto-adolfo-lutz/publicacoes/rial/rial74_3_completa/pdf/artigosseparados/1662.pdf> Acesso em: 13 de maio de 2018.

[31] Suzuki, T. A imigração japonesa no Brasil. Revista do Instituto de Estudos Brasileiros. 1995, p.57-65.

[32] Thiry-Cherques, H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, opinião e mídia. 2009, p. 20-26.

[33] Thomaz, G.; Panchal, S.; Ward, L.; Worral, S. Effect of wasabi (Wasabia japonica) on metabolic parameters of diet-induced obese Wistar rats. Diabetologie und Stoffwechsel, 2017.

[34] Umami Information Center & International Glutamate Service. What is umami? Umami Basics. Disponível em: <http://www.umamiinfo.com/what/whatisumami/> Acesso em 10 mai. 2018

[35] Yamaguchi, S. Basic Properties of Umami and Effects on Humans. Physiology & Behavior, v. 49, p. 833-841, 1991.

Capítulo 2

A inclusão do público idoso em ações de triagens Sorológicas: Uma análise da prevalência de Hepatites virais, Sífilis e HIV em um Município de Alagoas

Jailton Rocha Misael

Claudio José dos Santos Júnior

Ilma Falcão Silva

Gilvana Maria Vieira Xavier

Marcicléa Macêdo de Lima Batista

Priscila Lopes de Gusmão Sales

Resumo: Introdução: Os testes rápidos (TR) para as Hepatites B e C, Sífilis e HIV estão disponíveis em todas as Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do município de Junqueiro desde o ano de 2014. Ampliando o acesso populacional, com ações extramuros, denominadas mutirões de triagens sorológicas (MTS), notou-se uma elevação expressiva no diagnóstico destas morbidades. Objetivo: Analisar a prevalência de Hepatites B e C, Sífilis e HIV a partir do envolvimento de idosos em ações das UAPS no município de Junqueiro. Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, retrospectivo. A análise foi realizada em fichas de produtividade das UAPS e de investigações do período de 01/10/2014 a 31/06/2017. Os aspectos éticos foram de acordo com a resolução 466/2012. Resultados: Durante o período analisado foram realizados 7.015 TR, contemplando 2.373 pessoas, das quais, apenas 233 avaliados portavam idade igual ou superior a 60 anos, representando 9,82% da população total e 10,08% dos idosos foram submetidos aos TR. Foram envolvidos 23% dos idosos do sexo masculino. Diagnosticou-se: 20 casos de infecção pelo HIV e 5 de hepatite B, sem idosos acometidos. Quanto à sífilis, houve confirmação de 41 casos, sendo 5 em idosos. Entretanto, 13 idosos (31,7%) provavelmente demonstraram reações cruzadas. Conclusão: Os MST configuram-se como estratégias exitosas na ampliação das ações de saúde no município de Junqueiro, com maior proporção de TR realizados e reagentes. Assim, colaborando com a promoção da saúde coletiva, torna-se fundamental o envolvimento e captação de mais pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Palavras-Chave: Hepatite B. Hepatite C. Sífilis. HIV. Epidemiologia.

1.INTRODUÇÃO

A partir do final do século XX, mudanças significativas no perfil demográfico foram observadas em todo o mundo, como consequência de maior expectativa de vida, com significativo aumento proporcional de indivíduos idosos, em decorrência da redução da taxa de fecundidade, aliados ao incremento terapêutico baseado no desenvolvimento de novas tecnologias especificas para os três níveis de atenção no processo saúde-doença[1], gerando um importante impacto para o sistema único de saúde, refletindo na necessidade de adequação gerencial das ações e serviços de saúde[2].

O Brasil não foge deste perfil de transição demográfica, pois até o ano de 2025, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% de sua população[3]. Assim, o rápido envelhecimento populacional passa a ser responsável por grandes mudanças no perfil de morbimortalidade e, no que tange a vigilância epidemiológica, alguns estudos nacionais apontam o aumento progressivo no número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em especial pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre as pessoas com idade de 50 a 70 anos[4].

Ademais, o número de idosos vivendo com o HIV ultrapassa o índice de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos[3]. Essa crescente é desproporcional se comparada com outros grupos etários e, atualmente, o constante replanejamento das políticas públicas é necessário para propiciar uma atenção integral à saúde dos idosos[5], incluindo o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida a estas pessoas[3], principalmente ações de caráter secundário, como a oferta de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais.

Coexistem diversos fatores determinantes e agravantes que contribuem para a vulnerabilidade do idoso frente às ISTs e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS): (1) os profissionais de saúde não estão preparados para identificar a vulnerabilidade em relação às morbidades citadas e não tem solicitado exames sorológicos; (2) o uso de medicamentos estimulantes do desempenho sexual em idosos; (3) participação ativa de caráter limitado na promoção da saúde, sobretudo de idosos do sexo masculino[3]; e, (4) aceitabilidade ao uso do preservativo masculino ou o processo de senescência gerando limitações motoras, impedindo o manuseio do preservativo na população geriátrica[4]. Ainda, como eminente agravante epidemiológico das ISTs, no Brasil não existem dados de amplitude nacional sobre a prevalência das ISTs em geral e entre idosos, em particular, dado que muitas delas não têm notificação compulsória[6].

Um dos mecanismos eficazes para favorecer a promoção da saúde da população idosa consiste na oferta e realização de testes-rápidos para algumas ISTs, como as infecções pelo HIV, Vírus das Hepatites B e C, bem como pelo Treponema Pallidum – causador da sífilis. Essa estratégia passa a ser de valiosa relevância quando inserida e descentralizada na Atenção Primária à Saúde, sobretudo por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde[7].

No Brasil, a partir de 2010, como exemplo, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de HIV/AIDS, tendo sido registrados também no ano de 2015 um total de 24.733 casos confirmados de Hepatites Virais, dos quais, 3.926 pessoas com idade superior ou igual a 60 anos foram diagnosticadas com algum tipo de Hepatite de etiologia viral[8]. Já em relação ao HIV/AIDS, em Alagoas, no ano de 2013, foram identificados 269 casos novos, sendo que os idosos contribuíram com apenas 1,86% do total de diagnósticos, correspondendo a 5 casos[9].

Não obstante, o município de Junqueiro, localizado na 5ª microrregião de saúde de Alagoas, atualmente com estimativa de um total de 25.093 habitantes[10], a partir das notificações e investigações compulsórias, conforme normatização do Ministério da Saúde[11], confirmou 8 casos de infecção pelo HIV no período compreendido entre anos de 2007 e 2013, entretanto as faixas etárias acometidas estavam abaixo de 60 anos de idade[9].

Nesse contexto diagnóstico e de promoção da saúde, destacam-se os testes-rápidos (TRs) para Hepatites B e C, Sífilis e HIV, que apesar de o município de Junqueiro não dispor de um Centro de Testagem e Aconselhamento local, todas as Unidades Atenção Primária à Saúde (UAPS) ofertam estes recursos tecnológicos simplificados para sua população adscrita. Apesar de os TRs para o HIV já está implantado na rotina das maternidades brasileiras desde 2002[12], reconhece-se um retardo na operacionalização destes recursos fundamentais na vigilância dessas ISTs, já que só no ano de 2014 a triagem e/ou confirmação sorológica foi instituída no município de Junqueiro por meio da ESF.

Embora inicialmente fossem apenas ofertados a gestantes, mas com a amplificação técnica profissional e consequente maior acessibilidade para os usuários em geral, sobretudo sob a realização de ações

extramuros, denominadas de Mutirões de Triagens Sorológicas (MTS), notou-se uma elevação expressiva nos índices de Hepatite B, passando de 02 para 15 casos nos anos de 2013 e 2015, respectivamente[8]. Atualmente, o município possui onze UAPS que ofertam os TRs, porém rotineiramente são realizados os MTS. Como fluxo, os usuários que possuíam resultados reagentes são notificados e encaminhados aos serviços de referência para confirmação diagnóstica e, no caso do HIV, o diagnóstico é definitivo após a realização de dois TRs por metodologias diferentes[12].

Nesse contexto, diante de tais problemáticas, ressalta-se a necessidade de constante vigilância em saúde voltada para o combate às ISTs na população idosa, requerendo a efetiva organização e ampliação das ações de saúde embasadas nas demandas dos distintos grupos etários, ora por rotina da UAPS, ora por meio de MTS. Por esse motivo, e com o cenário de prevalência e endemicidade de ISTs, sobretudo em pessoas com 60 anos ou mais, no município de Junqueiro, visando uma abordagem preventiva da elevação do número de casos de Hepatites B e C, Sífilis e HIV são de interesse dos pesquisadores, já que tal temática apresenta relevância nacional e, principalmente, para a saúde pública.

Nessa perspectiva, com o presente trabalho objetiva-se realizar uma análise da prevalência de Hepatites B e C, Sífilis e HIV a partir do envolvimento de idosos em ações de rotinas e atividades extramuros das UAPS no município de Junqueiro.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em unidades de saúde que compõem à Atenção Primária à Saúde do município de Junqueiro, das quais, dez UAPS estão inseridas na rede assistencial vinculada à Estratégia de Saúde da Família, além de uma Unidade de Atenção Mista, voltada para urgências e emergências e assistência ao parto, uma unidade de média complexidade.

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 01/10/2014, quando os TR foram implantados no município de Junqueiro, a 31/06/2017. Desse modo, no presente estudo estão agrupados dados referentes a 11 unidades que compõem a rede de assistência à saúde, nas quais coexistem no mínimo um (01) profissional capacitado e habilitado para o acolhimento, aconselhamento pré-testes, realização da técnica e aconselhamento pós-testagem para Hepatites B e C, Sífilis e HIV.

A etapa de coleta de dados foi inicialmente desenvolvida por meio de observações participantes durante as reuniões entre as gerencias de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância Epidemiológica municipais. Tais congregações promoviam uma adequada análise dos indicadores epidemiológicos, como também estimulavam a retroalimentação das ações e serviços desenvolvidos por cada unidade que compõem a rede assistencial de Junqueiro.

A partir da compreensão dos fluxogramas voltados para a alimentação constante dos Sistemas de Informações, foram analisados todos os impressos específicos de produtividade vinculados aos TR para hepatites B e C, sífilis e HIV em função dos distintos agrupamentos por faixa etária, mas eminenciando os conglomerados cuja idade fosse igual ou superior a 60 anos. Dentre esses, destacam-se os registros de TR realizados em mutirões sorológicos e de produção diária da Unidade Mista e das UAPS, bem como as informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do arquivo da Vigilância Epidemiológica.

Foram incluídas as informações referentes a cada TR realizado por cada paciente, ora da rotina das UAPS ou por mutirões de triagens, no período citado. Não havendo, portanto, critérios de exclusão. Por conseguinte, os dados de interesse da pesquisa presentes em todos os formulários foram armazenados em planilha eletrônica para consolidar a etapa de análise.

As principais variáveis analisadas foram: Estratégia de realização de TR, como rotina das UAPS ou mutirões; Quantitativo de TR realizados; Sexo; Faixas Etárias; Qualitativos de TR realizados; e, Confirmação diagnóstica por meio de rotinas sorológicas específicas. A análise estatística foi realizada pelo teste Qui-quadrado, com $p < 0,05$, utilizando-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0 para Windows. Foi realizada uma análise descritiva, incluindo distribuição de frequências absoluta e relativa, apresentadas por meio de gráficos.

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de um estudo cuja fonte dos dados foram impressos específicos de produtividade vinculados aos TR para Hepatites B e C, Sífilis e HIV, vale ressaltar que a presente pesquisa utilizou somente dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado para fins diagnósticos e gerenciais. Dessa forma, e em consonância com a Resolução Nº. 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde - CNS/CONEP, houve dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estado de Alagoas no ano de 2015 apresentou uma população de 3.340.932 habitantes, comportando 102 municípios[10], que foram distribuídos a partir de 2009 em duas macrorregiões, com uma subdivisão em dez Regiões Sanitárias, das quais seis estão na 1ª Macro e quatro, na 2ª Macro[13] (Figura 1).

Figura 1. Regiões de saúde de Alagoas, 2017

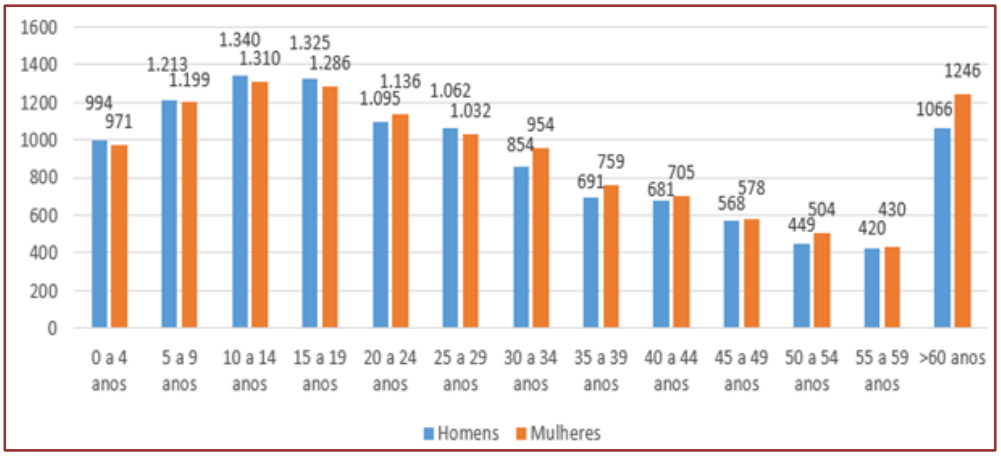
Fonte: SESAU/AL14

Dentre os municípios que compõe o estado, 93 (91,2%) possuem população inferior a 50.000 habitantes[13]. Embora se observe cobertura de 76,01% do território alagoano pela Estratégia de Saúde da Família, com um total de 817 equipes de Saúde da Família implantadas[14], todos os municípios (100%) ofertam os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais através da Atenção Primária à saúde.

Caracterizando ainda a população alagoana, com a análise da estrutura etária da população notou-se que houve uma discreta elevação no crescimento da população de 60 anos ou mais, com isso a proporção de idosos em Alagoas representa 8,9%, de acordo com dados do censo do IBGE de 2000 e projeção para 2012, respectivamente [14].

O município de Junqueiro, localizado na 5ª região de saúde, atualmente apresenta uma população estimada de 25.093 habitantes[10], distribuídos em função da figura 2, dos quais, 2.312 pessoas portam idade igual ou superior a 60 anos, com representatividade de 9,21% da população em geral[8]. Ainda, dentre os diversos serviços de atenção à saúde dos munícipes, exibe cobertura territorial pela Estratégia de Saúde da Família equivalente a 100%. Ademais, dispõe de onze unidades de saúde que ofertam os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

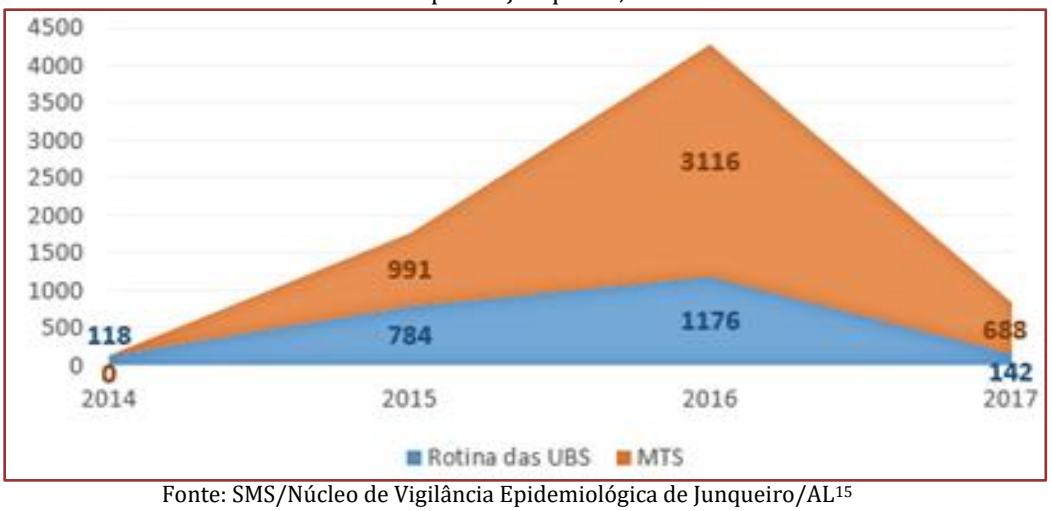
Figura 2. Distribuição etária do município de Junqueiro/AL, 2010



Fonte: Brasil[8]

Foram realizados um total de 7.015 testes rápidos no município de Junqueiro entre os anos de 2014 e 2017. De acordo com a figura 3, implementou-se 2.220 testes por meio da rotina das unidades de saúde e 4.795 testes foram realizados em mutirões de triagem sorológicas.

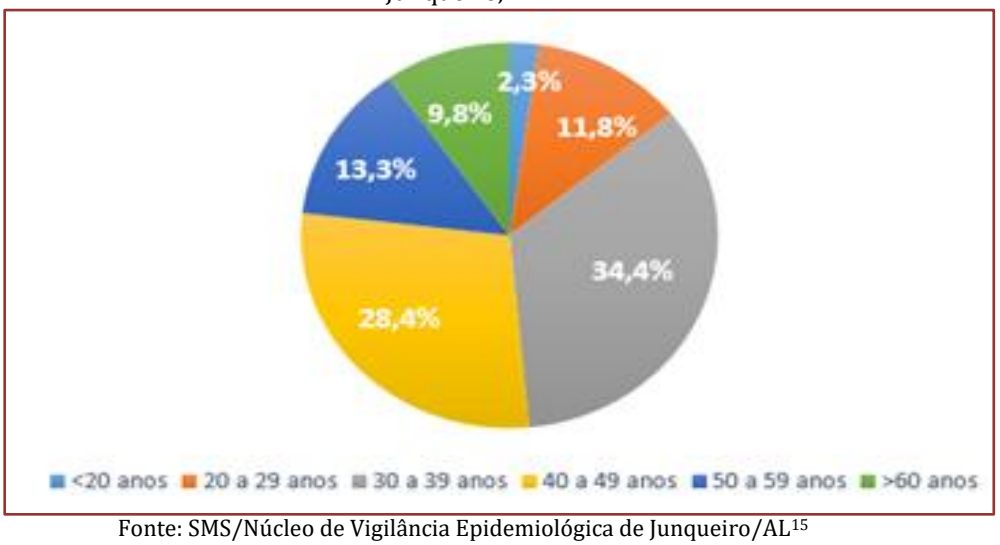
Figura 3. Quantitativo de testes rápidos realizados de 2014 a 2017, segundo estratégias de alcance, no município de Junqueiro, AL



Fonte: SMS/Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Junqueiro/AL[15]

Um total de 2.373 usuários foram contemplados por estes recursos tecnológicos de prevenção secundária, entretanto apenas 233 pessoas com idade igual ou superior realizaram algum tipo de teste rápido. Ou seja, dos usuários avaliados há uma representatividade de aproximadamente 9,82% apresentavam idade igual ou superior a 60 anos (Figura 4). Ainda, apenas 10,08% dos idosos foram submetidos a testagens sorológicas. Além disso, do total de pessoas avaliadas (27%) apenas 641 eram do sexo masculino, no entanto, quando se avalia esta proporção em idosos, essa proporção se reduz para 23%, já que o somente 54 homens submeteram-se aos recursos ofertados.

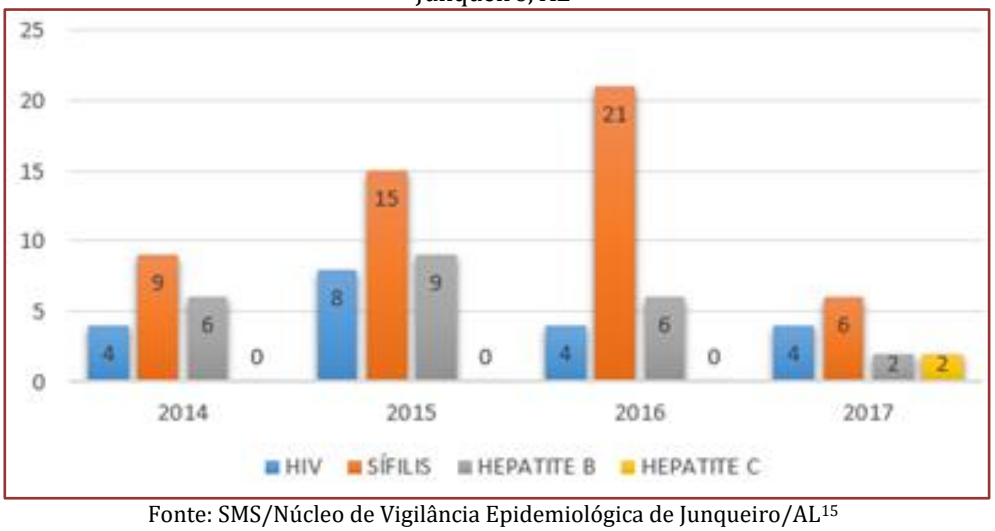
Figura 4. Quantitativo de testes rápidos realizados de 2014 a 2017, segundo faixa etária, no município de Junqueiro, AL



Fonte: SMS/Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Junqueiro/AL[15]

Os mutirões dispõem de maior contribuição no alcance de usuários. Os testes rápidos para Hepatites Virais e Sífilis configurando-se como métodos de triagem e quando indicarem respostas reativas, deve-se seguir de imediato os protocolos para confirmação diagnóstica. A saber, conforme figura 5, ao longo desse período: (1) para o HIV, foram diagnosticados 20 casos; (2) para Sífilis, um total de 41 indivíduos apresentaram resultados reagentes; (3) para Hepatite B, houve 23 triagens reagentes; e, (4) para Hepatite C, apenas 2 pacientes exibiram respostas reagentes.

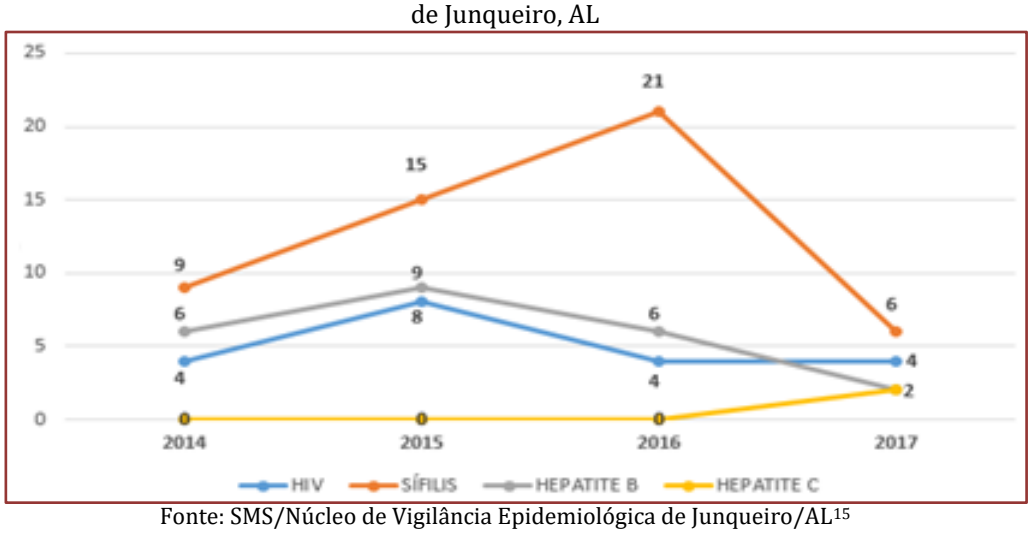
Figura 5. Quantitativo de testes rápidos reagentes de 2014 a 2017, segundo infecção, no município de Junqueiro, AL



Fonte: SMS/Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Junqueiro/AL[15]

É importante registrar que nenhum idoso foi diagnosticado com a infecção pelo HIV e/ou era portador de algum tipo de Hepatite Viral. Entretanto, dos 41 resultados reagentes nos testes rápidos para sífilis, 13 idosos iniciaram a investigação para confirmação diagnóstica ou não, com uma porcentagem média de 31,7%.

Figura 6. Quantitativo de casos confirmados de HIV, sífilis e hepatites virais, de 2014 a 2017, no município de Junqueiro, AL



Fonte: SMS/Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Junqueiro/AL[15]

Com base da figura 6, a partir do seguimento dos resultados reagentes para Sífilis e Hepatites B e C, iniciado com ações desenvolvidas no município de Junqueiro, foram diagnosticados 29 casos de Sífilis e 5 pessoas obtiveram exames que confirmavam a infecção pelo vírus da hepatite B (figura 6).

A partir de exames treponêmicos e não-treponêmicos, incluindo análises quantitativas, houve confirmação diagnostica de 3 casos de sífilis em idosos no município de Junqueiro. Conquanto, haja vista a elevada quantidade de testes rápidos reagentes para sífilis, apenas 1 caso referia-se à cicatriz imunológica e, em 9 casos (69,2%), provavelmente indicariam a vigência de reações cruzadas.

4.CONCLUSÕES

O presente estudo revela que as demandas das ações de prevenção secundária para hepatites virais, sífilis e HIV no município de Junqueiro ainda estão concentradas nas populações que não pertencem à chamada terceira idade. Mesmo que não se detenha um motivo especifico tão nítido que contribua demasiadamente na limitada participação ativa no processo de promoção da saúde, sobretudo do sexo masculino, é notório que o público idoso contribui para a manutenção da endemia ao longo dos últimos anos.

Considerando que as transições demográfica e epidemiológica são processos naturais e dependentes, no Brasil a população com 60 anos ou mais está aumentando em ritmo acelerado, com isso, essa temática torna-se um problema de saúde pública e um desafio gerencial para os profissionais que desenvolve ações de saúde, principalmente para aqueles que atuam diretamente na ponta da rede de assistência. Para que se possa compreender a magnitude dos determinantes e condicionantes, além de contribuir na intervenção efetiva no bloqueio das cascatas de transmissão, principalmente através de diagnósticos precoces – refletindo na positivamente na saúde e qualidade de vida desse público em específico.

Assim, o planejamento e execução de ações e serviços de saúde que concentrem sua atenção na população mais velha, bem como, a realização de programas de prevenção voltados para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais, devem sempre ser considerados como base nos princípios e diretrizes das políticas de saúde pública. Como exemplo, reconhece-se que os mutirões de triagens sorológicas se configuram como estratégias exitosas na ampliação das ações de saúde no município de Junqueiro, com maior proporção de TR realizados e reagentes.

REFERÊNCIAS

[1] Frugoli A, Magalhães Junior CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. Arq Ciências Saúde UNIPAR. 2011;15(1): 85-93.

[2] Alencar Rúbia Aguiar, Ciosak Suely Itsuko. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. Rev. Bras. Enferm. 2016;69(6): 1140-1146.

[3] Santos Alessandra Fátima de Mattos, Assis Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011;14(1):147-157.
[4] Cezar Andreia Kullmann, Aires Marinês, Paz Adriana Aparecida. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2012;65(5):745-750.
[5] Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, Souza GL, Santana MG, Lange C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(4):774-80.
[6] Andrade Juliane, Ayres Jairo Aparecido, Alencar Rúbia Aguiar, Duarte Marli Teresinha Cassamassimo, Parada Cristina Maria Garcia de Lima. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. Acta paul. enferm. 2017;30(1): 8-15.
[7] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011.
[8] Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - Datasus. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm [Acessado em 12 de julho de 2017].
[9] Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas. Saúde Alagoas. Análise da situação de saúde de Alagoas. 5ª região. 2014.
[10] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. 2017. Disponível em: http:www.ibge.gov.br. [Acessado em 27 agosto de 2017].
[11] Brasil. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007.
[12] Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. Rev Bras Enferm. 2016;69(1):54-8.
[13] Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Alagoas. 2011.
[14] Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas. Plano Estadual de Saúde: 2016 - 2019. 2016.
[15] Secretaria Municipal de Saúde de Junqueiro. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Relatório de produtividade de testes rápidos: 2014 a 2017. 2017.

Capítulo 3

Aplicação de questionários online na pesquisa científica com idosos: Relato de experiência

Caio Venancio Duarte Carvalho

Tatiane Dias Casimiro Valença

Joice Amorim Santos

Isabely Fróes Correia

Pollyanna Viana Lima

Everson Mateus Almeida Magalhães

Resumo: O uso da informática na pesquisa científica vem se tornando cada vez mais frequente. E isso não é diferente na área da saúde, principalmente na coleta e análise de dados. Métodos computacionais, na medida do avanço da tecnologia, estão deixando de ser uma ferramenta opcional, e passam a ser uma ferramenta obrigatória. Isso é notável devido uma necessidade de se processar uma grande quantidade de informações, ato este que seria impraticável se realizado manualmente. Desta forma, essa pesquisa tem como objetivo, relatar a experiência de graduandos da iniciação científica do curso de enfermagem e engenharia elétrica a respeito da utilização de questionários online durante a coleta de dados de uma pesquisa científica realizada com pessoas idosas com diagnóstico de Diabetes Mellitus. O estudo foi realizado a partir da aplicação de cinco questionários. Destes dois desenvolvidos pelos pesquisadores, questionário sociodemográfico e econômico e questionário de condições de saúde, e três validados internacionalmente, escala de ansiedade de Beck, escala de depressão geriátrica e WHOQOL-OLD. O primeiro passo foi o desenvolvimento dos questionários em uma plataforma computacional online (Google Forms). Feito todo o desenvolvimento, os questionários estavam prontos para ir a campo, sendo que após a coleta, bastava enviar os dados, que o sistema já armazenava as respostas, gerando planilhas e tabelas para posterior análise. De acordo com os relatos dos pesquisadores, com o uso da plataforma Google Forms, foi possível tornar a aplicação dos questionários menos dispendiosos e mais dinâmicos na pesquisa. Ressalta-se que após a aplicação dos cinco questionários, a média de tempo para realização foi 60% menor que o dos impressos. Diante disso, ressalta-se que a evolução da tecnologia da informação no meio acadêmico e científico vem se tornando uma realidade que logo substituirá o papel impresso. Não sendo aplicada apenas em questionários, mas em todos os tipos de coleta e análise de dados na pesquisa científica. Espera-se que este relato de experiência contribua como exemplo e incentivo para o uso da informática em pesquisas quantitativas e qualitativas, contribuindo para produção do conhecimento no meio acadêmico nacional e internacional.

Palavras-chave: Informática. Questionários. Saúde. Idosos.

1.INTRODUÇÃO

Cada vez mais o uso da internet vem se destacando como potencial ferramenta que facilita o acesso a informações e a disseminação de conhecimento. Assim, a busca por novas tecnologias para facilitar e auxiliar o desenvolvimento nas pesquisas científicas é uma realidade que está cada vez mais presente.[1] Principalmente, a partir de meados dos anos 1990, com a massificação do uso da internet, a utilização de questionários eletrônicos *online* passou a ser uma prática periódica para a realização de pesquisas acadêmicas e de mercado, visando formas mais rápidas e objetivas na coleta, organização e no processamento de dados da pesquisa.[2,3]

As aplicações dessas ferramentas eletrônicas estão sendo empregadas, principalmente, nas pesquisas de delineamento quantitativas descritivas, pois essas apresentam como objetivo a análise de fatos ou fenômenos através do emprego de artifícios quantitativos, visando à coleta sistemática de dados.[4] Nesse tipo de pesquisa o uso dos instrumentos de coleta e análise dos dados se configuram em forma de escalas, formulário, questionários e testes validados nacionalmente e internacionalmente ou construídos pelos pesquisadores de acordo com os objetivos da pesquisa. Os questionários são constituídos contendo perguntas que permitem a coleta de dados complexos, variados e em maior número por serem de aplicação e preenchimento rápido e objetivo, proporcionando maior uniformidade nas respostas. [5]

O uso desses instrumentos permite além da coleta sistemática de informações a realização de correlação de suas variáveis através de testes estatísticos permitindo maior produção de informações em relação ao tema pesquisado. Muitas vezes esses instrumentos são enviados por meio eletrônico, sem necessidade da presença do pesquisador.[6]

Na atualidade, é observado que o formulário é um instrumento de coleta de dados amplamente utilizado nas pesquisas, principalmente na área da saúde. Geralmente, são aplicados em papel impresso, levados a campo e devidamente preenchidos pelos sujeitos da pesquisa ou pelo pesquisador. Esses dados obtidos são posteriormente, lançados em planilhas eletrônicas ou em *softwares* específicos para uma análise estatística e validação dos dados.[7]

Esse processo se mostra dispendioso devido a reprodução de cópias, algum questionário pode ser perdido, dados podem ser digitados incorretamente e informações importantes podem ser perdidas. Assim, a utilização de questionários virtuais e *online*, se torna imprescindível para reduzir gastos e garantir maior confiabilidade e agilidade na coleta. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, mostra que a custo ao se utilizar questionários *online* em relação aos impressos chega a ser no mínimo quatro vezes menor.[1,8]

Destarte, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de graduandos da iniciação científica do curso de Enfermagem e Engenharia Elétrica a respeito da utilização de questionários *online* durante a coleta de dados de uma pesquisa científica realizada com pessoas idosas com diagnóstico de Diabetes Mellitus.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, tendo como cenário duas Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do interior da Bahia. As experiências do uso dos questionários *online* para coleta de dados foram vivenciadas por 04 graduandos do curso de Enfermagem e 01 do curso de Engenharia Elétrica, participantes da Iniciação Científica da Faculdade Independente do Nordeste/FAINOR, durante a coleta de dados do projeto de Pesquisa Intitulado: Perfil biopsicossocial e de qualidade vida de idosos com Diabetes Mellitus cadastrados na atenção básica: um estudo comparativo.

Esse projeto de pesquisa teve como participantes 35 idosos de ambos os sexos, cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Vitória da Conquista, com diagnóstico de DM tipo I e tipo II, com cognitivo preservado (avaliado pelos graduandos utilizando o Mini Exame de Estado Mental/MEEM [9], e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Faculdade Independente do Nordeste /FAINOR, com parecer de aprovação nº 2.234.746.

A coleta de dados desse projeto foi realizada pelos graduandos em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde de cada USF utilizando os seguintes instrumentos: Questionário sóciodemográfico econômico; Questionário de Condições de Saúde; Escala de Ansiedade de Beck[10]; Escala de Depressão Geriátrica[11];

Whoqol-old[12]. Todos os instrumentos foram implementados e transferidos para o banco de informações pelo graduando em Engenharia Elétrica, através da plataforma de questionários *online Google Forms*.

Antes da aplicação, os graduandos foram orientados e receberam treinamento de como preencher os questionários na ferramenta *online*. Para a análise dos dados, também foi utilizada a plataforma *Google Forms*, sendo os resultados apresentados em relação a quantidade e tipo de respostas de cada indivíduo, separados em categorias definidas pelos próprios questionários.

Posteriormente, os graduandos seguiram para coleta de dados em campo levando em mãos celulares, nos quais, foram preenchendo os questionários à medida que iam sendo aplicados. As informações eram coletadas e enviadas por cada graduando para a base de dados após a finalização de cada aplicação de maneira rápida e segura.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os relatos dos graduandos, não houve dificuldade no uso dos questionários eletrônicos durante a coleta dos dados em campo. Algumas intercorrências foram apontadas, como a problemas em manter-se conectados a rede eletrônica em alguns locais, mas foram sanadas e os dados coletados.

Entre as vantagens descritas pelos graduandos estão: a não utilização de grande quantidade de papel e caneta durante a locomoção no campo de pesquisa; a facilidade em corrigir algum dado marcado errado; o envio das informações logo após a coleta para um banco de dados; simplicidade e rapidez no preenchimento. Estudos revelam algumas vantagens da utilização de questionários *online*, como: redução do custo com a impressão de cópias; a economia de tempo com maior rapidez na captação e processamento de todas as informações; obtenção de respostas com maior qualidade; criação, armazenamento e acesso imediato ao banco de dados.[3,13] Essas vantagens, claramente, têm gerado uma nova tendência de formatação de instrumentos de pesquisa.

Todos os dados coletados foram enviados após o encerramento da aplicação do formulário pelo pesquisador e ficaram armazenados no banco de dados da plataforma *Google Forms*. A partir disso foi feita a análise de cada formulário de forma rápida e ágil, demorando apenas algumas horas para formar as tabelas e gráficos necessários para a realização da discussão dos dados da pesquisa.

Além disso, a plataforma fornece também suas próprias análises dos dados, utilizando o reconhecimento dos padrões das respostas, tendo a partir disso, dois tipos de reconhecimento das respostas dos questionários.

De acordo com os relatos dos graduandos, com o uso do instrumento *Google Forms*, foi possível tornar a aplicação dos questionários menos dispendiosos e mais dinâmicos nessa pesquisa com idosos com DM, sendo que nenhum idoso se mostrou cansado ou sem vontade de responder as questões formuladas pelos pesquisadores. Destaca-se que foram aplicados seis instrumentos para a coleta de dados e a média de tempo para sua realização foi 60% menor do que o impresso.

Sendo assim, o meio *online* se mostra como um novo método para coleta de informações, podendo ser empregado na elaboração, aplicação e análise dos questionários da pesquisa.[5] Vale destacar que a impessoalidade do uso de meios eletrônicos não impediu o contato entre o entrevistado e o pesquisador[13], preservando o canto social, uma vez que a utilização dessa ferramenta foi apenas um meio de auxílio na obtenção de informações para a pesquisa.

Estudos apontam que a utilização de questionários *online* estão se tornando cada vez mais uma realidade, e que nos próximos anos, o uso do meio impresso na pesquisa científica seja limitado apenas para documentos e protocolos, sendo todo o procedimento de coleta substituído pelo método *online*.[8] A utilização de questionários virtuais e *online*, se torna imprescindível para reduzir gastos e garantir maior confiabilidade e agilidade na coleta. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, mostra que a custo ao se utilizar questionários *online* em relação aos impressos chega a ser no mínimo quatro vezes menor.[1,8]

No quesito desvantagens, a dificuldade apontada pelos graduandos foi a acessibilidade a rede no momento da coleta em alguns locais por ser realizada a pesquisa em bairros periféricos do município. Algumas coletas tiveram que ser remarcadas porque no momento não havia conexão. Autores descrevem que toda metodologia estão impostas limitação e/ou desvantagem. No caso do uso de questionários *online*, são apontadas a falta de conhecimento de informática e de preparo para utilização do conteúdo *online* pelos

pesquisadores que aplicaram questionários e a limitação do acesso à internet nos locais de realização da pesquisa.[14] Entretanto, essas limitações podem ser superadas sem maiores dificuldades.

4.CONCLUSÃO

Os relatos da experiência de utilização dos questionários *online* na coleta e análise dos dados de pesquisas evidenciaram que o uso dessas ferramentas apresentou mais vantagens do que desvantagens, pois se trata de uma opção rápida e segura de obter e enviar informações a um banco de dados em tempo real, não necessitando armazenamento de papel impresso, ou descarte do mesmo. Também foi possível verificar que o erro no preenchimento dos questionários se torna quase nulo, tampouco o erro na análise, pois a plataforma *Google Forms*, se mostrou como uma ferramenta bastante segura, não apresentando distorções nos dados coletados pelos graduandos na pesquisa.

Diante disso, ressalta-se que a evolução da tecnologia da informação no meio acadêmico-científico vem se tornando uma realidade que logo substituirá o papel impresso. Não sendo aplicada apenas em questionários, mas em todos os tipos de coleta de dados na pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

[1] Faleiros F, Käppler C, Augusto F, Pontes R, Souza S. Use of Virtual Questionnaire and Dissemination As a Data Uso De Questionário Online E Divulgação Virtual Como. 2016;25(4):2–7.

[2] Apostolico MR, Egry EY. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013;66(6):949–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600021&lang=pt

[3] Carvalho DLT de, Costa FJ da, Souza JJB de. Variações de Mensuração e Resultado em Pesquisas com Coleta de Dados por Questionário On-line e Impresso. Rev Bras Pesqui Mark Opnião e Mídia [Internet]. 2015; Available from: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Volumes/17/4_Variações de Mensuração e Resultado em Pesquisas com Coleta de Dados por Questionário Online e Impresso - Português.pdf

[4] Marconi M, Lakatos E. Fundamentos de metodologia científica. Editora Atlas S. A. 2003.310 p.

[5] Feitosa MC, Soares LS, Beleza CMF, Silva GRF, Leite IRL. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. SANARE, Sobral. 2014;13(2):92–7.

[6] Brandão C, Soares LS, Silva GRF Da, Neta DSR, Leite IRL, Brandão EC. Tecnologias nas ações em enfermagem : utilização de escalas / testes. Rev Enferm UFPI. 2012;1(1):71–6.

[7] Azevedo LJ de M de, Miazaki M, Porfirio AJ. Questionário Eletrônico em Ambiente Android Para Coleta de Dados. An do EATI. 2014;290–4.

[8] Russell CW, Boggs DA, Palmer JR, Rosenberg L. Use of a web-based questionnaire in the Black Women's health study. Am J Epidemiol. 2010;172(11):1286–91.

[9] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189–98.

[10] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol [Internet]. 1988;56(6):893–7. Available from: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.56.6.893

[11] Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saude Publica. 2005;39(6):918–23.

[12] Fleck MP, Chachamovich E, Trentini CM. [WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil]. Rev Saude Publica. 2003;37(6):793–9.

[13] Giro R, Mackenzie M. Coleta De Dados Para a Pesquisa Acadêmica : Um Estudo Sobre a Elaboração , a Validação E a Aplicação Eletrônica De. Encontro Nac Eng Produção. 2007;1– 10.

[14] Vasconcellos L, Guedes LF a. E-Surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica. X SemeAD [Internet]. 2007 ;(X):16. Available from: http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf

Capítulo 4

Influência do uso de ventilação mecânica invasiva sobre a taxa de mortalidade de idosos com doença Renal Crônica

Karla Silva Souto

Gustavo Carrijo Barbosa

Mariel Dias Rodrigues

Grazielly Rezende Pedra Prado

Moemi Caroline Guntijo

Patrícia Leão da Silva Agostinho

Resumo: A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada por anormalidades estruturais dos rins que podem levar à redução da função renal. É uma doença progressiva, debilitante e irreversível, acomete todos os grupos raciais e étnicos, apresenta altas taxas de morbimortalidade, elevada incidência e é declarada como um problema de saúde pública mundial. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa de mortalidade de idosos com DRC internados na UTI e identificar a influência do uso de VMI sobre a mesma. Trata-se de um estudo retrospectivo longitudinal em base de dados física. A amostra foi constituída por pacientes adultos com DRC, que foram admitidos na UTI do Centro Médico de Saúde Dr. Serafim de Carvalho na cidade de Jataí-GO, no período compreendido entre 2011 a 2015, e que permaneceram por mais de vinte e quatro horas na UTI. Foram identificados 100 pacientes idosos com DRC internados na UTI no período entre 2011 a 2015. Destes 38 foram excluídos por não apresentarem o perfil do estudo. Os pacientes apresentaram idade média de 77±9 e cerca de 48% eram do sexo feminino. Observou-se que 57% dos pacientes idosos internados na UTI evoluíram com óbito, o que evidencia uma alta taxa de mortalidade e observamos que o uso médio de ventilação mecânica invasiva (VMI) pelos pacientes foi de 6 (1-19) dias. Ademais, a análise de correlação entre mortalidade e dias em VMI demonstrou um coeficiente de correlação (r) de 0,5 (p=0,000). O que evidencia uma associação moderada positiva entre a maior permanência em VMI e a maior mortalidade dos pacientes idosos. Concluímos que os achados do presente estudo demonstraram que idosos com DRC internados na UTI apresentaram uma elevada taxa de mortalidade ultrapassando 50% e uma associação moderada de mortalidade com o uso de VMI. Este achado denota a importância de otimizar o tratamento destes pacientes visando a melhora do prognóstico dos mesmos.

1.INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem comandado as causas de óbitos no país, ultrapassando a taxa de mortalidade por doenças infectocontagiosas, onerando os sistemas da Saúde e da Previdência Social com uma elevada carga de custos financeiros.[1]

Segundo Magalhães, Goulart[2], a doença renal crônica (DRC) vem apresentando um aumento em sua incidência, devido à crescente incidência de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças e agravos não transmissíveis que estão associadas ao desenvolvimento da disfunção dos rins.

A DRC é caracterizada por anormalidades estruturais dos rins que podem levar à redução da função renal. É uma doença progressiva, debilitante e irreversível, acomete todos os grupos raciais e étnicos, apresenta altas taxas de morbimortalidade, elevada incidência e é declarada como um problema de saúde pública mundial.[3]

De acordo com a National Kidney Foundation Americana[4], a DRC consiste em lesão do parênquima renal, com perda progressiva e irreversível das funções dos rins, resultando na incapacidade do organismo em controlar o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico renal.[4]

Esta disfunção é caracterizada pela presença da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), menor que 60 $mL/min/1,73m^2$ por um período igual ou superior a 3 meses, porém quando a TFG apresenta níveis menores que 15 $mL/min/1.73m^2$ é denominada DRC em fase terminal e os indivíduos necessitam de diálise .[4,5]

A hemodiálise como forma de tratamento pode desencadear algumas consequências negativas ao indivíduo como o isolamento social devido a modificação na imagem corporal, sentimento de morte iminente, dificuldade para locomoção e atividade física, perda da autonomia, dor e outros.[3]

Os transtornos secundários à DRC são inúmeros como a hipotensão arterial, náuseas e vômitos, câimbras, cefaleia, febre, calafrio, diarreia, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, anemia, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia e dores no corpo.[6]

Com o aumento do envelhecimento populacional, a maior expectativa de vida está acompanhada de maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, isto contribui para uma maior ocorrência de DRC em idosos, o que está associada à maior necessidade de utilização de serviços hospitalares e consequentemente de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).[7]

Como consequência deste grupo populacional apresentar maior prevalência de doenças agudas e crônicas, menor reserva orgânica e limitações fisiológicas, que são resultado do processo natural do envelhecimento, o idoso na UTI geralmente tem um pior prognóstico, maior necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) e elevadas taxas de morbimortalidade.[7]

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa de mortalidade de idosos com DRC internados na UTI e identificar a influência do uso de VMI sobre a mesma.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo longitudinal em base de dados física. A amostra foi constituída por pacientes adultos com DRC, que foram admitidos na UTI do Centro Médico de Saúde Dr. Serafim de Carvalho na cidade de Jataí-GO, no período compreendido entre 2011 a 2015, e que permaneceram por mais de vinte e quatro horas na UTI. Se algum paciente fosse admitido mais de uma vez durante o período do estudo, apenas os dados da primeira admissão foram utilizados para a análise. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Goiás (número do parecer 1.749.260).

Os critérios de inclusão foram: voluntários com faixa etária acima de 60 anos, apresentar diagnóstico de DRC segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004), e permanecer por mais de vinte e quatro horas na UTI. Os pacientes que não apresentavam todas as informações da pesquisa no prontuário foram excluídos do estudo.

Os dados da pesquisa foram obtidos nos prontuários dos pacientes com DRC, onde as variáveis coletadas foram: sexo, idade, tempo e duração da ventilação mecânica, dias em tratamento dialítico, tempo de internação na UTI e desfecho do paciente na UTI (alta ou óbito).

A análise estatística foi realizada com auxílio do software SPSS versão 20.0. A normalidade dos dados foi verificada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Os valores estão apresentados em média (X) ± desvio padrão (DP). Para a análise de correlação foi utilizado o teste de correlação de Spearman. O nível de significância foi fixado em $p<0,05$.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 100 pacientes idosos com DRC internados na UTI no período entre 2011 a 2015. Destes 38 foram excluídos por não apresentarem o perfil do estudo.

Os pacientes apresentaram idade média de 77±9 e cerca de 48% eram do sexo feminino. Em relação às variáveis clínicas, o período médio de internação dos pacientes na UTI foi de 9±7 dias, com média de 3 hemodiálises por paciente.

Observou-se que 57% dos pacientes idosos internados na UTI evoluíram com óbito, o que evidencia uma alta taxa de mortalidade. Em 2007, 72% das mortes de todos os brasileiros adultos e idosos foram devidas a DCNT. Sabe-se que as doenças do aparelho circulatório destacam-se como principal causa de morte nos idosos brasileiros.[8]

De acordo com o estudo de Feijó e col.[9], a mortalidade geral na UTI foi de 33,8%. Sendo 27,7% entre os pacientes com mais de 48 horas de internação na UTI, com prevalência de maior óbito entre os idosos sépticos (61,3%), além disso, a incidência de doenças infecciosas foi responsável por um terço dos óbitos em pacientes acima de 65 anos.

A sobrevida em um ano após a alta da UTI é cerca de 56% para pacientes com idade entre 70-85 anos e de 27% para pacientes com mais de 85 anos. O estado funcional do paciente antes da internação na UTI, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de doenças malignas e o número de disfunções orgânicas são fatores que geram um mal prognóstico.[10]

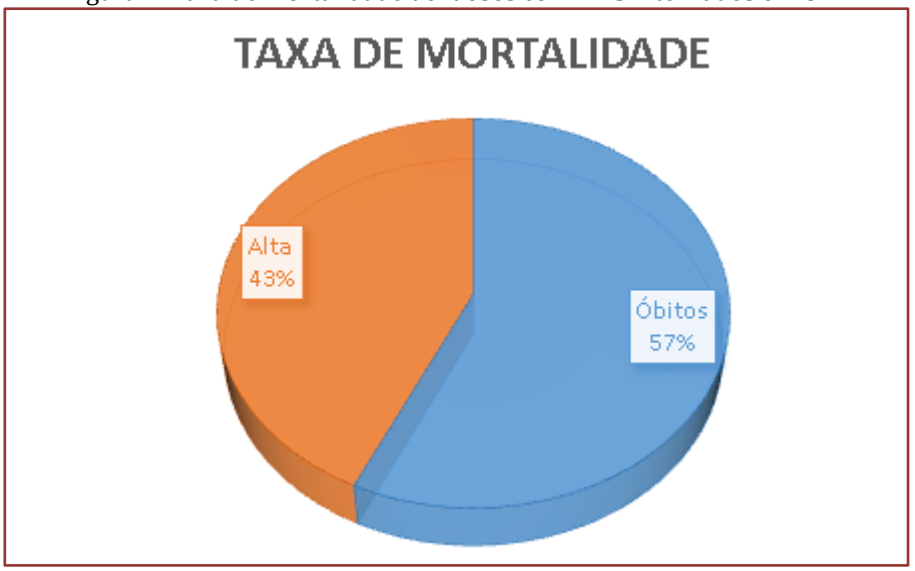
No presente estudo observamos que o uso médio de ventilação mecânica invasiva (VMI) pelos pacientes foi de 6 (1-19) dias. Ademais, a análise de correlação entre mortalidade e dias em VMI demonstrou um coeficiente de correlação (r) de 0,5 (p=0,000). O que evidencia uma associação moderada positiva entre a maior permanência em VMI e a maior mortalidade dos pacientes idosos.

Conforme Souza e col.[11], a mortalidade de pacientes na UTI é elevada, especialmente quando associada ao uso de VMI, chegando a 92% com idade acima de 75 anos.

A VMI pode acarretar diversas complicações que aumentam a mobimortalidade de um paciente grave, porém é muito utilizada como forma de intervenção na UTI, portanto é importante resumir o tempo no qual o paciente está sob VMI para otimização dos cuidados a esses pacientes .[12]

Nossos achados corroboram com os Souza e col.[11], que demonstrou que quanto mais avançada a idade, maior a necessidade de cuidados intensivos, tempo médio de permanência na UTI maior e o risco de mortalidade elevado.

Figura 1. Taxa de mortalidade de idosos com DRC internados em UTI.



Fonte: Dados da pesquisa

4.CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo demonstraram que idosos com DRC internados na UTI apresentaram uma elevada taxa de mortalidade ultrapassando 50% e uma associação moderada de mortalidade com o uso de VMI. Este achado denota a importância de otimizar o tratamento destes pacientes visando a melhora do prognóstico dos mesmos.

REFERÊNCIAS

[1] Carvalho MHR, Carvalho SMR, Laurenti R, Payão SLM. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007*. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(2): 347-354.

[2] Magalhães FG, Goulart RMM. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015; 18(3): 679-692.

[3] Marques VR, Benetti PE, Benetti ERR, Rosanelli CLSP, Colet CF, Stumm EMF. Avaliação da intensidade da dor de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Rev Dor. 2016; 17(2): 96-100.

[4] National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Executive Summary (Diretrizes de Prática Clínica para Doença Renal Crónica: Resumo Executivo). New York, 2012.

[5] Rocha ER, Magalhães SM, Lima VP. Repercussão de um protocolo fisioterapêutico intradialítico na funcionalidade pulmonar, força de preensão manual e qualidade de vida de pacientes renais crônicos. J. bras. Nefrol. 2010; 32(4): 359-371.

[6] Vides MC, Martins MRI. Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodiálise. Rev Dor. 2017; 18(3): 245-249.

[7] Pedrosa IL, Freire DMC, Schneider RH. Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20(3): 319-329.

[8] Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública. 2017; 51:1-12.

[9] Feijó CAR, Bezerra ISAM, Júnior AAP, Meneses FA. Morbimortalidade do Idoso Internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital universitário de Fortaleza. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006; 18(3): 263-267.

[10] Ciampone JT, Gonçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. Acta Paul Enferm. 2006; 19(1): 28-35.

[11] Souza CR, Gonçalves LA, Toffoleto MC, Leão K, Padilha KG. Preditores da demanda de trabalho de enfermagem para idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(2).

[12] Barros DRC, Almeida CCB, Júnior AAA, Grande RA, Ribeiro MAGO, Ribeiro JD. Relação entre índice de oxigenação e ventilação com o tempo em ventilação mecânica de pacientes em terapia intensiva pediátrica. Rev Paul Pediatr. 2011; 29(3):348-351.

Capítulo 5

O processo reabilitacional como estratégia de enfrentamento de idosos com deficiência visual adquirida

Carlos Eduardo Teodoro Vieira
Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

Resumo: Na velhice, o idoso ao responder a situações adversas, mostra sua capacidade de enfrentá-las. Com a instalação de uma deficiência, no caso, a deficiência visual, o idoso precisará lidar com novos obstáculos, exigindo uma (re) adaptação em seu cotidiano. O objetivo desta pesquisa foi investigar as estratégias de enfrentamento no processo de resiliência de idosos que adquiriram deficiência visual. A pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, sendo os dados coletados junto a oito idosos com deficiência visual adquirida, frequentadores de um Centro de Prevenção e Reabilitação. Utilizou como instrumento um formulário para identificação de dados bio-sociodemográficos e a entrevista e os relatos foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados indicam um redirecionamento da vida desses idosos a partir da participação no processo de reabilitação, que atua como estratégia de enfrentamento desse evento crítico. Trata-se de uma forma particular com que cada idoso empreende e aperfeiçoa sua capacidade de resiliência. Conclui-se que a reabilitação foi um espaço de fortalecimento positivo para esses idosos. A convivência com pessoas em situação similar e a troca de experiências, trouxe significados para suas vidas ao potencializar suas capacidades, autonomia e independência.

Palavras-chave: Estratégias de Enfrentamento, Deficiência Visual, Idoso.

1.INTRODUÇÃO

Ao longo do ciclo de vida, o indivíduo aprende a descobrir e experimentar diferentes formas de lidar com situações adversas. Busca superar perdas físicas, afetivas e sociais, adaptando e readaptando o cotidiano para continuar a caminhada diária do que se chama viver. Na velhice, há uma constância na ocorrência de perdas que exigem estratégias de ordem física ou psíquica para a continuidade do ciclo de vida. O idoso fica à mercê de crescentes prejuízos de diversas ordens, haja vista que no fenômeno da velhice as perdas são mais intensificadas. Segundo Lebrão e Duarte[1] a "situação de dependência, embora presente em todos os estágios da vida costuma assumir características peculiares", principalmente nesta fase.

Ao se referirem ao percurso do envelhecimento, Fortes, Portuguez e Argimon[2] afirmam que "torna-se necessário o aumento da capacidade de resiliência, pois, na velhice, o idoso apresenta maior probabilidade de passar por eventos desagradáveis como as perdas físicas, afetivas ou até mesmo a morte de entes queridos". Falcão e Malusehk[3] também destacam a resiliência, pois, "apesar das perdas e dos declínios, há recursos e potencialidades na velhice que podem constituir um mecanismo multideterminado e mediador no processo de envelhecimento".

Na presença do evento da deficiência visual, há uma sucessão de perdas que podem se refletir na capacidade do idoso em lidar com a atual situação, demandando seu potencial de resiliência. As táticas de enfrentamento, fundamentais na fase da vida na qual ele se encontra, envolvem uma dinâmica de influências, nas quais se conjugam o indivíduo, a situação problema e os contextos. É importante que se adquiram novos aprendizados, hábitos e atitudes frente ao evento crítico da deficiência para que o idoso usufrua de seu contexto social com participação ativa.

Nesta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos que adquiriram deficiência visual.

2.MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório, aprovado segundo o Parecer n.º1.398.712, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU). Destaca-se que os resultados aqui apresentado, são recortes da pesquisa macro intitulada "A Deficiência Visual na Velhice e o Processo de Resiliência", sendo ainda apresentada no V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH). Os dados foram coletados junto a oito idosos com faixa etária entre 60 e 70 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com deficiência visual adquirida, que apresentavam perda total ou parcial da visão. Todos frequentavam o Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão-Próvisão, localizado na cidade de São José dos Campos, região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista. O critério de escolha da amostra foi o de acessibilidade aos sujeitos, trabalhando-se com uma amostragem não probabilística, ou seja, "que tem como característica principal não fazer uso de formas aleatórias de seleção, torna-se impossível à aplicação de formas estatísticas para cálculo"[4], ficando a critério do pesquisador selecionar os sujeitos para a pesquisa.

Utilizou-se como instrumentos um formulário para identificação de dados pessoais e a entrevista semiestruturada. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo, segundo orientações de Bardin [5].

Para proteger a identidade dos participantes, os nomes dos idosos foram substituídos por nomes fictícios, bem como os de seus familiares e médicos, quando mencionados nas entrevistas e/ou transcrições.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos pesquisados pode ser assim sintetizado: oito idosos com deficiência visual que frequentavam um Centro de Reabilitação entre dois e cinco anos; sendo quatro mulheres e quatro homens; com média de idade de 63,8 anos; tempo de trabalho entre 10 e 35 anos; escolaridade entre o ensino fundamental incompleto e superior completo. O diagnóstico oftalmológico de 75% dos participantes foi a retinopatia diabética. Nos depoimentos pode ser observado um redirecionamento na vida desses idosos com a reabilitação assumindo um papel de estratégia de enfrentamento, uma forma particular com que cada desses idosos empreendeu e aperfeiçoou sua capacidade de resiliência.

Na velhice, por exemplo, o declínio das funções orgânicas gera maior susceptibilidade às perdas que afetam tanto a estrutura física e cognitiva quanto a social e cultural. Entretanto, as experiências de vida, bem como o processo de resiliência adquirido até então, são fortes recursos de sustentação para a capacidade de enfrentamento, mesmo diante do evento da deficiência. Sobre esta premissa da resiliência, é descrito que:

> A resiliência representa a capacidade concreta das pessoas de superação das situações críticas, mas também de utilizá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal, sem se deixarem afetar negativamente, capitalizando as forças negativas de forma construtiva[6].

No desenvolvimento humano, as atividades desempenham papéis importantes que influenciam a pessoa, pois o "ativo envolvimento ou a mera exposição àquilo que os outros estão fazendo, geralmente inspira a pessoa a realizar as atividades semelhantes sozinha"[7].

É importante situar a história da reabilitação como um processo associado aos eventos sociais e econômicos, com teor inclusivo e educacional. Gordilho et al.[8] se referem à reabilitação como um meio que focaliza a capacidade funcional do idoso, auxiliando na manutenção e recuperação na restrição ou perdas de funções, propiciando um olhar além da doença. No Relatório Mundial Sobre a Deficiência, a reabilitação é definida como:

> [...] um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiência a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. [...] envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e o ambiente[9].

A reabilitação, portanto, é retratada como um lugar que possibilita a experiência humana, no qual ocorre a interação de fatores individuais, grupais, trocas de experiências, dificuldades e desafios. Cada indivíduo que se encontra no processo de reabilitação pode ser surpreendido mediante as próprias potencialidades, pois os valores construídos durante o ciclo de vida muitas vezes são fragmentados após a aquisição de um evento crítico. O relacionamento construído e estabelecido no decorrer do processo de reabilitação potencializa o indivíduo no desenvolvimento e utilização dos seus recursos internos para o enfrentamento da deficiência, sendo "importante compreender cada pessoa a partir da perspectiva de um processo experimentado o mundo ao qual a pessoa se define"[10]. O depoimento de Laís, a seguir, apresenta a ideia da reabilitação (citada por ela como *rehab*) como suporte emocional, físico e social, direcionando e reestabelecendo as funções do indivíduo mediante a situação atual.

> *Quando a gente não tem aceitação do problema da gente, a gente passa a agredir, a transgredir a não viver em harmonia com a sociedade e consigo mesma, e a partir da Reab eu comecei a ter consciência e comecei a ver uma vida nova* (LAÍS).

A reabilitação, enquanto espaço para as interações humanas, assume significados que refletem no comportamento e atitudes daqueles que ali se encontram em situações fragilizadas. São histórias de vidas compartilhadas e emoções construídas e reelaboradas que unidas tendem a se transformar em reservas protetoras na aquisição de novas estratégias de enfrentamento para eventos futuros. Para o idoso, a convivência no ambiente de reabilitação amplia a troca de experiências adquiridas ao longo do ciclo de vida, assim como o fortalecimento das condições de saúde dos indivíduos em seus contextos de formação, suas capacidades e suas habilidades. Esta ideia é corroborada por Veras[11] ao ponderar que:

> [...] as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo, valorizar a autonomia, ou autodeterminação, e a independência física e mental.

Assim, a reabilitação cumpre papel importante enquanto fator que recupera, preserva e impulsiona a autonomia desses idosos. Atua na adaptação positiva do idoso com deficiência visual adquirida, como nos relatos a seguir.

Essa capacidade de convivência com a situação, aparentemente, não é mais tão sofrida e a sequência das atividades cotidianas tende a apresentar menor perda na qualidade de execução.

> *Não é absurdo e nem aberração eu tô achando legal ficar assim (risos) porque eu me adaptei a essa vida, não penso mais como vidente eu penso como uma pessoa com deficiência visual* (CAMILO).
>
> *[...] É até loucura eu falar isso, de tudo e de tanto que eu já passei no começo eu acho que é a maior maravilha eu ficar cego assim. Engraçado eu dizer isso né? (Nesse momento começa rir). É engraçado (risos) não sei! Acho que é porque eu tô acostumado com isso com essa vida e me sinto bem* (CAMILO).
>
> *Antigamente a conquista tinha que ser muito, muito, muito né, hoje não. Hoje qualquer "coisinha". Eu consigo fazer almoço, aquele almoço que fica uma delícia (risos) e todo mundo fala e não é pra puxar o saco é de verdade mesmo (apoia as mãos sobre o meu braço e começa a gargalhar) Então, eu fico muito feliz e essa é uma grande vitória sabe* (MÔNICA).

Observa-se que os resultados no processo de reabilitação são acompanhados por mudanças na trajetória de vida do indivíduo. No idoso com deficiência visual, o resgate da identidade e ação para desfrutar de novos conhecimentos e aprendizados é exemplificado na fala de Mônica, indicando como o ambiente exerce um papel positivo em sua vida.

> *Eu estava muito isolada em casa, eu com os meus problemas e meus filhos todos com muita pena de mim e isso só me diminuía, quando eu vim prá cá na Reab. Eu comecei a ver que ninguém tinha dó de mim, as pessoas me encaravam normalmente, naturalmente era tudo natural, me chamavam pelo nome. A princípio eu lutei muito contra, parece que o vir aqui na reabilitação era como se eu admitisse que eu estava cega (posiciona as mãos sobre a testa). Eu queria tentar mentir pra mim mesma né, mas no primeiro dia que eu vim eu falei "Meu Deus! Quanto tempo perdido. Por que eu não vim antes?" É fantástico! É muito bom você ter alguém que acredita que você pode se reabilitar, que você tem outros caminhos, que não é só um caminho e que a vida se abre em vários caminhos* (MÔNICA).

A medida em que se participa e experiência o processo de reabilitação, observa-se uma progressão da autonomia e independência do idoso para maior aceitação do uso de recursos, como a bengala.

> *[...] me indicaram a Fundação Dorina Nowill, para uma adaptação, uma reabilitação da minha vida, e esse período eu estava com uma baixa visão, uma visão subnormal e fui lutando, fazendo o sistema Braille* (CAMILO).
>
> *[...] eu tenho a reabilitação como a minha.... (Une as pontas dos dedos estrelando-os) como se diz? Aquilo que eu aprendi em uma vida toda eu reaprendi agora na reabilitação. A reabilitação faz com que eu ame a minha bengala, com que eu ame as pessoas, e que seja respeitada como deficiente. Coisas que eu só adquiri depois que eu tive a conscientização* (LAÍS).
>
> *E esses quatro anos de reabilitação, [...] eu aprendi a viver, comprar, fazer compra ir à feira ir ao mercado, quer dizer! Eu só preciso de alguém pra ver o preço (segura na minha mão e começa a rir), mas de resto eu faço tudo sozinha! Cuido da minha casa, lavo a minha roupa, preciso de alguém pra limpar a casa junto* comigo (LAÍS).
>
> *[...] eu tenho muito a agradecer ao Próvisão, porque quando eu cheguei aqui, o meu emocional estava em frangalhos, tava muito difícil, porque tava, mexendo muito com o meu emocional, porque eu não sou de ficar muito parado, quer dizer que deixa a gente um pouco triste, mas eu não demonstrava essa tristeza pra eles, porque eles saiam todos os dias cedinho pro seu "ganha pão" e eu acabava ficando em casa, tudo, é muito difícil [...] eu vim até aqui e graças a Deus, eu creio que em um curto espaço de tempo, porque o que eu consegui nesse curto espaço de tempo, foram ganhos muito grande e hoje eu tenho prazer de vir pra cá, apesar de todas as outras coisas* (ARTHUR).

> *[...] conscientizar aquele que fica diferente é o importante! Fazer com que ele se reabilite! Fazer com que ele se aceite! Fazer com que ele saiba que nós fazemos parte da sociedade, pagamos impostos sendo seres normais! Sabendo que a nossa diferença não vai agredir o outro se nós, passarmos a nos respeitar, respeitar o outro, vamos ter de volta essa situação* (LAÍS).

É possível constatar, que a adaptação positiva do idoso com deficiência visual se deve muito à sua maior familiaridade com o ambiente de reabilitação, ilustrando a influência do ambiente decorrente do convívio com pessoas em situação similares, atuando como fator protetor. Lembra-se aqui, a citação de Bronfenbrenner[7,] de que "conforme os participantes se envolvem em interações diádicas, é provável que se desenvolvam sentimentos mais pronunciados em relação ao outro". Ou seja, a adaptação positiva está estreitamente relacionada ao convívio com outras pessoas com a mesma deficiência.

> *[...] a gente vê problemas dos outros, problemas mais sérios, crianças pequeninas. Então você vai vendo que os seus problemas não são tão grandes assim, e que pra tudo tem sempre um caminho. Pra tudo tem sempre como você trabalhar com aquele problema. [...] A princípio eu lutei muito contra, parece que vir aqui na reabilitação era como se eu admitisse que eu estava cega (posiciona as mãos sobre a testa). Eu queria tentar mentir pra mim mesma né, mas no primeiro dia que eu vim eu falei "Meu Deus! Quanto tempo perdido. Por que eu não vim antes?" É fantástico! É muito bom você ter alguém que acredita que você pode se reabilitar, que você tem outros caminhos, que não é só um caminho e que a vida se abre em vários caminhos. E aqui foi realmente excelente*! (MÔNICA).

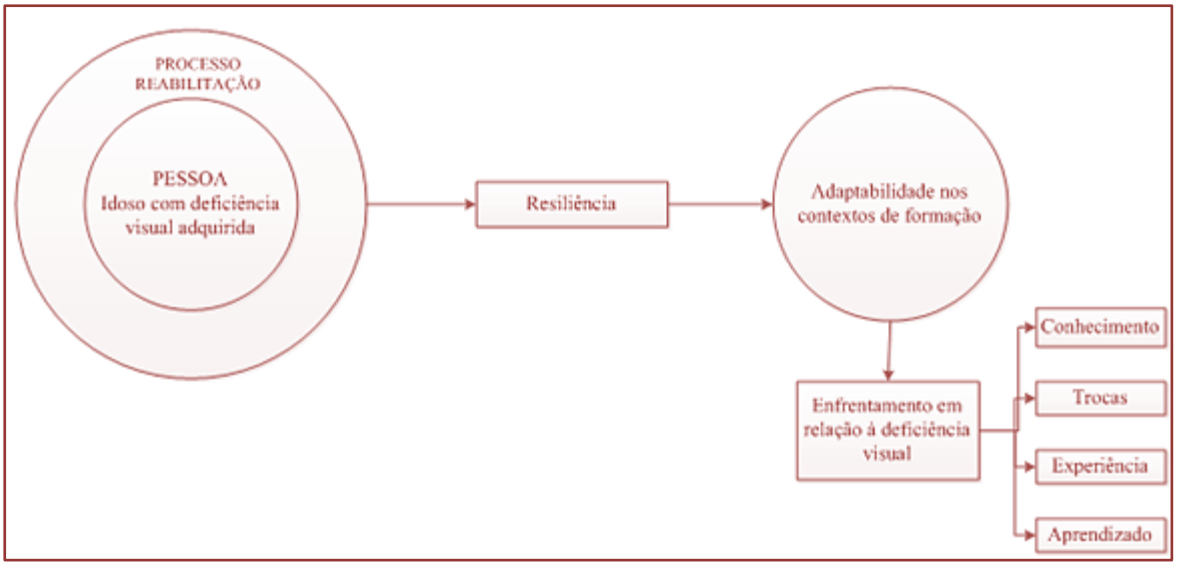
> *Eu era, vamos dizer que mais estúpido, mais ignorante, hoje eu tô ficando bem melhor entendeu? Por causa que a convivência com as pessoas aqui tá me ajudando, principalmente por causa da visão, porque a visão ela é o seguinte: ou qualquer deficiência que você pega depois de idade assim idoso, ela se torna, e você fica uma pessoa com se poderia dizer? Revoltada! Entendeu? Então, eu comecei entra num clima de revolta, por isso. E aqui no Próvisão eles acabaram com isso, com esse negócio sabe, dizendo que eu como deficiente tenho o direito de viver também do mesmo jeito como se eu fosse normal* (LUCAS).

O processo de reabilitação envolve o uso de recursos e mecanismos de ordem individual que poderão atuar de forma efetiva nas mudanças atitudinais. Cada um desenvolve e organiza sua sustentação, maximiza o uso de seu potencial, para maior aproveitamento nas relações que se estabelece com o meio, externalizando-o para os seus contextos de formação[12].

> O desenvolvimento aumenta na extensão em que, antes de cada entrada num novo ambiente (por exemplo, iniciar a creche ou a pré-escola, ser promovido, ir para um acampamento, começar num emprego, mudar de casa ou aposentar-se), a pessoa e os membros de ambos os ambientes envolvidos dispõem de informações, conselhos e experiências (...) Ao entrar num novo ambiente, o desenvolvimento da pessoa é aumentado na extensão em que informações, conselhos e experiências válidas relevantes em um ambiente são tornadas disponíveis, numa base continuadas, para o outro[7].

Nesta perspectiva, o ambiente de reabilitação se configura como um espaço de troca de experiências sobre a convivência com a deficiência visual, conscientizando esse idoso sobre novos aprendizados a partir de suas capacidades remanescentes. Para tanto, é importante que haja o acompanhamento da equipe especializada, com intervenção respaldada nos direitos e deveres à saúde vigentes em cada conselho do profissional atuante, sabendo-se que o idoso, ao iniciar o processo de reabilitação visual, pode apresentar comorbidades vinculadas à própria fase da velhice. O acolhimento a esse idoso que se encontra diante desta nova condição de saúde deve ser levado em conta, além de orientações sobre as limitações da deficiência visual e programas oferecidos na instituição. Conforme lembram Montilha, Temporini, José-kara e Nobre[13] "os profissionais de reabilitação de deficientes visuais necessitam de conhecimentos sobre as limitações desses indivíduos e sobre os sistemas vigentes de reabilitação", para uma adaptação positiva às intervenções demandadas, que reflita em melhoria e qualidade de vida.

Figura 1 - Representação sobre Influências no Ambiente de Reabilitação



Fonte: adaptado pelo autor.

De acordo com Infante[14], "para identificar a resiliência é necessário que exista adaptação positiva", definir adversidade, adaptação positiva e descrever o processo de conexão entre ambas. Ao explicar as possíveis relações entre os fatores de risco e de resiliência, é possível entender como ocorre a adaptação resiliente e aperfeiçoar os processos que se mostrem exitosos. Pelas Diante das declarações dos depoentes sobre o ambiente, fica evidenciado que a reabilitação nessa instituição exerce um papel de ampliação do convívio social e um "olhar" adaptativo em relação à deficiência visual adquirida. Por fim, as entrevistas refletem como cada idoso enfrenta o evento crítico da deficiência, seja por meio de auxílio de amigos, de familiares ou da reabilitação, cujo processo de resiliência e as interações entre os indivíduos são a chave da adaptação positiva.

Como a aquisição da deficiência visual pelo idoso reativa um momento delicado, uma mudança que se apresenta como um choque e para a qual ninguém está preparado, pois significa uma descontinuidade na vida experimentada com a visão, novas respostas comportamentais são exigidas, ou seja, formas de enfrentamento, particular a cada um conforme sua capacidade de vivenciar e lidar com as próprias limitações, capacidades e condições de saúde.

> *A gente tem que se adaptar com tudo gente! Não só agora por causa da visão, mas você vai ficando mais lento, a idade vai chegando vai botando seus limites e você tem que se aceitar!* (MÔNICA).

A velhice atrelada à aquisição da deficiência visual permite o aprendizado, a transformação e a construção, que compõem um processo no qual o idoso se vê em uma condição que exige uma resposta de adaptação para continuidade de sua história de vida. A perspectiva da adversidade e adaptabilidade propostas pela resiliência é colocada por Rutter[15]

> O fenômeno da resiliência requer atenção a uma série de possíveis resultados psicológicos e não apenas em um foco positivo ou em funcionamento super-normal. Da mesma forma, a proteção contra o estresse e a adversidade deve residir em experiências positivas, nem de fato há qualquer suposição que a resposta reside na forma como o indivíduo lida com negativo, experiência na época, ou em traços pessoais ou características.

As situações adversas na velhice enriquecem a percepção do idoso frente às mudanças e transformações já esperadas com o envelhecimento, como no caso da deficiência visual adquirida. Os recursos internos que cada um utiliza são o equilíbrio para vivenciar o cotidiano, mediando os eventos e as formas de enfrentamento de cada um.

> *[...] é realmente a gente compreender melhor os outros, você ter mais tempo pra pensar, pra ficar assim e o silêncio vai te apontando os mistérios da vida é muito bom, e a gente descobre que a vida é realmente fantástica. Viver e fantástico! Não importa o jeito! É superar a dificuldade de cada dia* (MÔNICA).

Percebe-se que no ciclo de vida do idoso com deficiência visual a capacidade de assimilar as limitações e

perdas facilita a realização dos ajustes necessários. Ou seja, entra em cena o processo de resiliência para dar continuidade às suas percepções; o equilíbrio entre seus fatores de riscos e de proteção, baseado nas influências de seus aspectos individuais e do contexto de formação. Outra vez aqui, releva-se a importância da reciprocidade na dinâmica dessas relações[7].

4.CONCLUSÃO

Constatou-se que a reabilitação foi um espaço de fortalecimento positivo para os idosos. A convivência com pessoas em situação similar e a troca de experiências, trouxe significados para suas vidas ao potencializar suas capacidades, autonomia e independência. Nas trocas presenciadas, notou- se que a influência da resiliência e o próprio ambiente reabilitacional, permitiram maior adaptação positiva a esses idosos na conquista no desempenho de novas maneiras para o exercício de suas habilidades e a conscientização de exercer suas Atividades de Vida Diária (AVDS) com segurança.

Foi possível corroborar a ideia de que a resiliência na velhice favorece uma análise crítica do ciclo de vida em detrimento às ações executadas, tanto eventos desejáveis quanto os indesejáveis, sabendo que as experiências formam reservas para enfrentamento de eventos futuros. Por outro lado, quando não há nesta fase a resolução para uma circunstância adversa, ou quando não se tem uma reserva adaptativa pelo aumento de eventos negativos (que acumulados afetam a saúde e a qualidade de vida), facilita-se a instalação da incapacidade perante a vida.

REFERÊNCIAS

[1] Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Com estão sendo satisfeitos? In: Neri AL. (org.) Idosos no Brasil Vivências, Desafios E Expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Edições SEC SP. Fundação Perseu Abramo: 2007; 191-07.

[2] Fortes TFR, Portuguez MW, Argimon IIL. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Estud. Psicol.: 2009; 26(4): 455-63.

[3] Falcão DVS, Bucher – Maluschke JSNF. Resiliência e Saúde Mental dos Idosos. In: Falcão DVS, Araújo LF. Idosos e Saúde Mental. Editora Papirus: 2010; 33-49.

[4] Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC et al. Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostragem. Revista de Odontologia Da Universidade Cidade de São Paulo. 2008; 20 (2): 186-4. Bardin L. Análise de conteúdo. Coimbra: Portugal; 2010.

[5] Chaves ALGL. Resiliência. In: Chaves, ALGL. Resiliência e formação humana em professores em busca da integridade. Recife: Universitária UFPE; 2011. 33- 53.

[6] Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed; 2002.

[7] Gordilho A., Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

[8] Relatório Mundial Sobre a Deficiência: tradução Lexicus Serviços linguísticos. São Paulo: SEDPCD; 2012: p. 3 - 15.

[9] Rowles G D. O Significado do Lugar. In: Spackman WILLARD. Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011; 81-0.

[10] Veras R. Envelhecimento Populacional: desafios e inovações necessárias para o setor da saúde. Revista do hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2008; Ano (7): 13-0.

[11] Veras RS. Resiliência, Enfrentamento, e Qualidade de Vida na Reabilitação de Indivíduos com Lesão Medular. (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde: Instituto de Psicologia Universidade de Brasília, UNB; 2012.

[12] Montilha RSI, Temporini ER, José-Kara N, Nobre MIRS. Deficiência Visual: características e expectativas da clientela de serviço de reabilitação. Revista de Ciências Médicas de Campinas. 2000; 3: 123-8.

[13] Infante FA. Resiliência como Processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo A. et al. Resiliência descobrindo as próprias fortalezas. Artmed: 2005.

[14] Rutter MR. Resilience concepts and findings: implications for family therapy, USA. The Association for Family Therapy and Systemic Practice. 1999; 21: 119–44.

Capítulo 6

Impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos

Felipe Lima Rebêlo
Victor de Andrade Vieira
Brenda Karolyne dos Santos Souza
Alessandra Myrella Braz da Silva
Vinícius Ramon da Silva Santos
Catarina Maria Leite de Abreu

Resumo: O número de idosos aumentou expressivamente, assim como a expectativa de vida global. O aumento da idade traz como consequência um aumento do número de doenças crônico-degenerativas, com aumento da necessidade de hospitalização. Durante a hospitalização, a funcionalidade do idoso pode ser comprometida e levar à dependência funcional, por se tratar de um evento complexo e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio. Assim, objetiva-se avaliar o impacto da hospitalização na capacidade funcional de idosos, através das escalas de Katz e o Mini-Exame do estado mental – MEEM. É um estudo quantitativo, descritivo, longitudinal realizado no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Maceió/AL. Foram incluídos idosos com idade acima de 60 anos internados por no mínimo 72 horas. O tamanho da amostra foi definido por conveniência. Os dados foram analisados com estatística descritiva e cálculo do intervalo de confiança de 95% para as médias iniciais e finais e uso do teste de Wilcoxon para a diferença entre os dois momentos. Os resultados demonstraram um aumento da dificuldade de realização das atividades após a internação em relação a tomar banho, vestir-se, higiene pessoal e transferência, 60%, 70%, 50% e 40% respectivamente. Também, foi possível observar uma tendência a diminuição do escore do MEEM durante o período de hospitalização. Conclui-se que o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional de idosos tem um efeito negativo, ou seja, os idosos apresentaram maior dificuldade para realizar as AVDs após o período de internação e uma discreta tendência a comprometimento cognitivo.

Palavras-Chave: Idosos, Funcionalidade, Demência, Hospitalização.

1.INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno cada vez mais evidente em todo o mundo, consequência do crescimento mais elevado da população idosa, isto é, aquela com mais de 60 anos, com relação aos demais grupos etários. Esse número crescente de idosos deve-se a alguns fatores determinantes, como a redução da mortalidade geral, sobretudo a infantil, diminuição das taxas de fecundidade e aumento das taxas de sobrevida, melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia (Rodrigues, 2002).

Além disso, a proporção da população "mais idosa", ou seja, aquela com 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo (Camarano, 1997).

Na literatura, diversos estudos apontam que o processo do envelhecimento conduz o indivíduo ao desenvolvimento de alterações funcionais, que resultam da diminuição da capacidade funcional, processo este que pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas (Pereira, 1994).

As alterações e os déficits causados pelo declínio cognitivo levam ao declínio funcional, com diminuição e/ou perdas das habilidades para o desenvolvimento das atividades cotidianas, interferindo de forma significativa na realização das atividades de vida diária (Argimon, 2005; Kato, 2007; Ruewer, 2005). Esses desequilíbrios no idoso causam grande impacto, levando à redução de sua autonomia social.

Em pesquisa realizada pelo PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2003, constatou-se que a prevalência de pelo menos uma doença crônico-degenerativa aumenta intensamente com a idade: enquanto fica em cerca de 10% entre as pessoas com menos de 20 anos, atinge valores superiores a 70% naquelas com 70 anos ou mais (Barros, 2006).

Contudo, a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia (evidência de mais de uma doença concomitante) pode ser considerada responsável pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia dos idosos, interferindo na capacidade funcional do idoso (Duarte, 1994).

A capacidade funcional tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária e também para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (Katz, 1963; Lawton, 1969; Neri, 2001). É sabido, no entanto, que a capacidade funcional sofre influência de fatores externos, ambientais, físicos ou mesmo culturais, interferindo na independência de um indivíduo.

Dessa forma, a independência funcional pode sofrer alterações durante o processo de hospitalização do idoso, por se tratar de um evento complexo e peculiar que ocorre num momento de fragilidade e desequilíbrio, quando o idoso é retirado do seu meio e do convívio familiar e social, e transferido para um ambiente hostil. Atualmente, têm crescido o número de estudos que enfocam a tríade envelhecimento, independência funcional e hospitalização (Inouye, 1993; Sager, 1996; Mateev, 1998).

Diversos trabalhos comprovam que o declínio funcional acomete de 34 a 50% dos idosos durante o período de hospitalização. Contudo ainda não se sabe, ao certo, até onde esse comprometimento é secundário apenas ao processo de hospitalização, uma vez que vários fatores podem influenciar esse resultado, como gravidade da doença, estado nutricional, terapêutica empregada e o ambiente não responsivo (Sandoval, 1998; Gutiérrez Rodríguez, 2000; Inouye, 2000; Brown, 2004).

No âmbito hospitalar, o nível de dependência representa um dos indicadores para definição do prognóstico do paciente, o qual por sua vez é útil para subsidiar o atendimento diferenciado aos internados, o que poderá incluir a indicação de internação hospitalar de longa permanência, terapia em hospital dia geriátrico ou assistência domiciliar (Sales, 2007).

Diante deste contexto, observa-se que existem dados parciais e inconclusivos quanto ao comprometimento funcional do idoso que é hospitalizado. Somado a isso, o alto grau de óbitos dentre essa população dificulta o acompanhamento desses idosos, desestimulando a realização de estudos longitudinais que poderiam elucidar várias dúvidas e incertezas. Dessa forma, esse estudo objetiva avaliar o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional de idosos.

2.MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, longitudinal no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Maceió/AL.

A coleta de dados desta pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário – CESMAC.

Os pacientes foram avaliados ou recrutados através de uma ação conjunta com a equipe de geriatria do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, que entraram em contato conosco disponibilizando o acesso aos pacientes à medida que eles derem entrada no hospital.

Cada idoso inicialmente respondeu a um questionário sobre dados sociodemográficos e de saúde e em seguida foi aplicado um instrumento de Medida de Independência Funcional (Escala de Katz) que foi desenvolvido para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e pré-dizer o prognóstico nos doentes crônicos. Ele consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (Evans, 2006). Essa seqüência é semelhante à observada durante o desenvolvimento infantil. Tais considerações levaram à suposição de que a escala se baseia em funções primárias biológicas e psicossociais (Katz, 1963).

Também foi aplicado o teste de avaliação cognitivo Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, o qual forneceu informações sobre diferentes parâmetros cognitivos e é um instrumento validado para população brasileira. Foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo e evocação, cálculo, praxia, e habilidade de linguagem e visos-espaciais, possuindo um escore máximo de 30 pontos, sendo que são indicadores de uma possível demência de indivíduos analfabetos quem obtiver um escore menor que 14, indivíduos com escolaridade média e escore menor que 18 e indivíduos com boa escolaridade e escore menor que 24. Pode ser realizado como teste de rastreio para perda cognitiva ou como avaliação cognitiva de beira de leito. Sendo que não pode ser utilizado para diagnosticar demências (Folstein, 1975; Folstein, 1998).

Essas escalas foram aplicadas nas primeiras 24-48 horas do internamento e no dia da alta hospitalar do paciente. A coleta de dados foi realizada durante um período de dois meses, sendo avaliados todos os idosos admitidos no hospital e que concordaram em participar da pesquisa.

A amostra foi constituída por idosos com idade acima de 60 anos internados por no mínimo 72 horas. Sendo excluídos aqueles que apresentaram doenças associadas que impossibilite a realização da entrevista proposta e os que estiveram em isolamento de contato ou respiratório.

O tamanho da amostra foi definido por conveniência, porém pretendeu-se atingir um número de 100 sujeitos, aproximadamente, para participação da pesquisa. Os dados serão foram coletados através da aplicação de um questionário (Apêndice I) e de uma entrevista avaliando a capacidade funcional e o cognitivo dos idosos. E foram armazenados em uma planinha eletrônica de dados (Microsoft Excel® 2007, Redmond, WA, EUA). Os dados foram analisados com estatística descritiva e os pontos estimados foram apresentados com intervalo de confiança de 95% para as médias iniciais e finais, calculados através do aplicativo estatístico Graphpad Software (disponível em: http://www.graphpad.com/quickcalcs) e uso do teste de Wilcoxon para a diferença entre os momentos iniciais e finais, por meio do aplicativo estatístico Bioestat Software (BioEstat®, V 5.0). O valor de Pα foi de 0,05 (5%) para rejeitar a hipótese de nulidade.

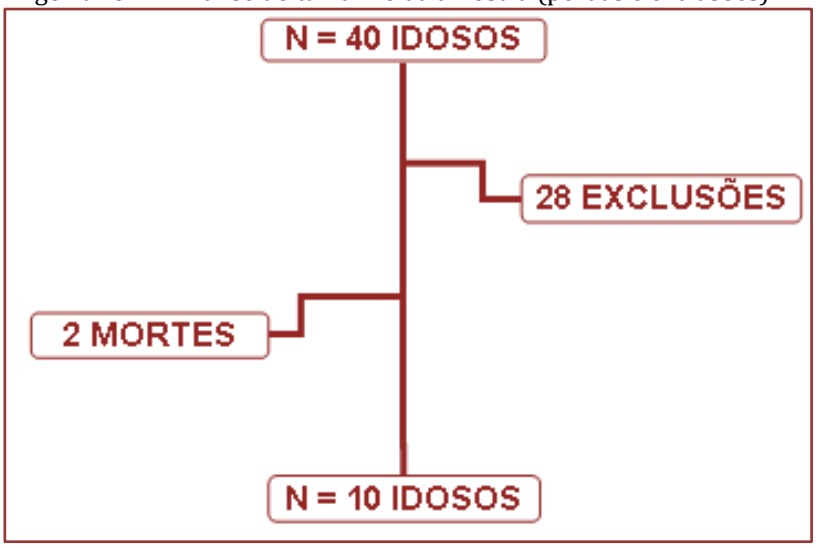
Foram utilizados tabelas e gráficos para a apresentação dos dados e os valores de alfa foram apresentados com até quatro casas decimais.

Os sujeitos da pesquisa receberam todas as informações necessárias quanto à realização do estudo em todas as suas etapas. Foram certificados de que sua participação foi de acordo com sua vontade. Estavam cientes de que poderiam desistir de participar do estudo quando assim quisessem e não teve direito a nenhuma remuneração. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseou-se nas Resoluções n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS), sendo assinado pelo participante da pesquisa antes de ser inserido no trabalho, procedimento este realizado pelo pesquisador responsável.

3.RESULTADOS

O tamanho da amostra foi estimado em 100 idosos. No entanto, foram aplicados os questionários em 40 idosos, sendo que houve 28 exclusões por impedimento da reaplicação dos questionários próximo da alta em decorrência de dificuldade de comunicação entre a equipe multiprofissional; e perda de 2 idosos, pois, os mesmos faleceram durante a pesquisa. Diante disso, resultou-se em 10 participantes (Algoritmo 1).

Algoritmo 1 – Análise do tamanho da amostra (perdas e exclusões).

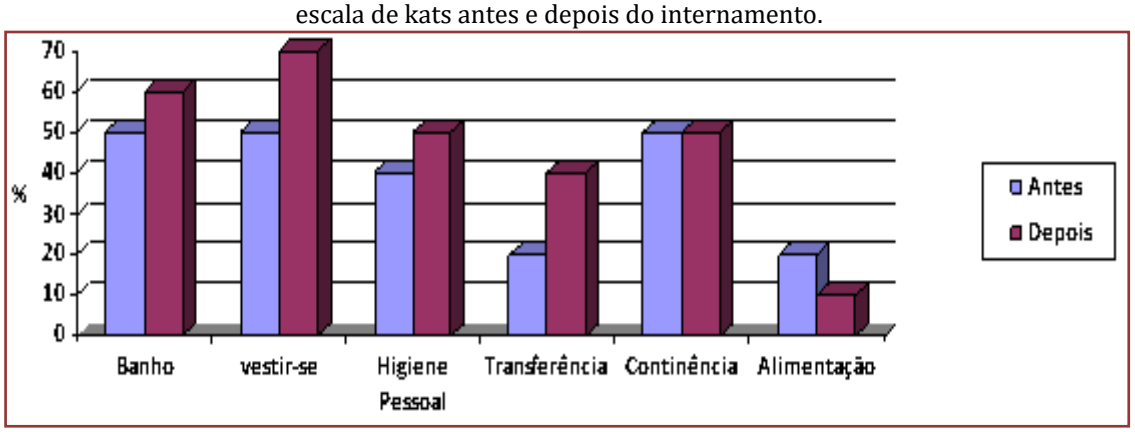


A amostra foi composta por dez idosos, sendo seis do sexo masculino e quatro do feminino, na faixa etária compreendida em média de 69,1anos (64-75) sendo todos eles aposentados. Quanto ao estado civil, 20% (2/10) eram viúvos, 70% (7/10) casados e 10% (1/10) solteira. Com relação ao número de filhos, a média foi de 4,9 (1-13). A respeito do nível de escolaridade dos idosos participantes da pesquisa 30% (3/10) eram analfabetos, 50% (5/10) relataram ter estudado até o Ginásio, hoje conhecido como Ensino Fundamental (escolaridade média), e 20% (2/10) eram altamente escolarizados, pois, estudaram além do Ensino Médio (escolaridade boa).

Todos os idosos estavam sob tratamento hospitalar e o tempo médio de internação deles foi um período em média de 16,3 dias (5-31). E em se tratando da ocorrência de doenças crônicas, observou-se que os idosos foram internados por diversas doenças, entre elas as mais comuns foram: Hipertensão Arterial, Trombrose Venosa Profunda, CA Gástrico, Insuficiência Renal Crônica, Hipertensão Pulmonar, Diabetes Mellitus, Angiopatia Periférica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, etc.

Das variáveis estudadas a partir da escala de Katz (Tomar Banho, Vestir a roupa, Higiene Pessoal, Tranferência, Continência e Alimentação) foi possível observar que dos idosos avaliados 50% (5/10) deles já apresentavam dificuldade em tomar banho sozinhos, 50% (5/10) não vestiam a roupa sozinhos, 40% (4/10) não realizavam higiene pessoal sozinhos, 30% (3/10) não conseguiam realizar transferência sozinhos, 50% (5/10) tinham incontinência, e 20% (2/10) não se alimentavam sozinhos. Porém, houve um aumento da dificuldade de realização dessas atividades em relação a tomar banho, vestir a roupa, higiene pessoal e transferência, em 60%, 70%, 50% e 40% respectivamente. E em relação a continência não houve alteração, já a alimentação houve uma melhora da dependência, porém 10% (1/10) deles ainda permanecia dependente (Gráfico 1).

Gráfico 1. Variação da dificuldade dos idosos em realizar as atividades de vida diária, verificado atravez da escala de kats antes e depois do internamento.



Não foi encontrada diferença significativa (p = 0,94) entre os dois momentos de aplicação da escala de Kats para verificação da capacidade funcional dos idosos, porém, ocorrendo tendência à diminuição.

Com relação ao teste de avaliação cognitivo Mini-Exame do Estado Mental – MEEM observou-se a pontuação dos idosos atravéz da média dos valores encontrados a partir do MEEM e relacionando com os níveis de escolaridade separadamente, foi possível verificar um declínio com relação aos idosos que possuem escolaridade boa (redução do valor médio de 19 para 17), os com que possuiam escolaridade média também houve uma diminuição (redução do valor médio de 22 para 21), já os considerados analfabetos mantiveram a mesma média da pontuação nos dois momentos de aplicação do questionário (valor igual a 18).

Porém, foi possível observar que não houve diferença significativa entre os dois momentos (p = 0,16), sendo que 20% (2/10, IC95% 2% a 55%) dos idosos possuiam pontuação que indicavam uma possível demência (TABELA 1).

Tabela 1. Pontuação de cada idoso no teste de avaliação do cognitivo mini-exame do estado mental - meem correlacionada com suas escolaridades.

ESCOLARIDADE DOS IDOSOS	PONTUAÇÃO		VALORES DE REFERÊNCIA PARA POSSÍVEL DEMÊNCIA
	NA ADMISSÃO	NA ALTA	
ANALFABETOS	12 15 27	12 19 24	< 14
ESCOLARIDADE MÉDIA (ensino fundamental completo)	23 25 19 21 21	23 21 19 25 23	< 18
ESCOLARIDADE BOA (ensino médio completo)	9 28	8 27	< 24

4.DISCUSSÃO

Neste estudo buscou-se avaliar comparativamente o impacto da hospitalização proporcionado a capacidade funcional e a cognição dos idosos durante o período de internamento, desde o momento da admissão até a alta desses indivíduos, através das escalas de Katz e o MEEM, sem a interferência de diferentes avaliadores.

Na amostra estudada, houve um discreto predomínio do sexo masculino, contrariando estudos como o de Siqueira (2004). O tempo médio de internação, em torno de 16 dias, foi semelhante a outros estudos nacionais e estrangeiros que na grande maioria, a variação é de 8 a 15 dias de hospitalização. (Hirsch, 1990; Inouye,1998)

Foi encontrada uma grande variedade de doenças crônicas e consequentemente uma tendência a polifarmácia. E com isso, o uso concomitante de várias drogas pode desencadear comprometimento da capacidade funcional e aumento do período de hospitalização.

A melhora funcional durante a hospitalização está associada a menores dificuldades nas atividades diárias referidas no momento da internação e melhores condições clínicas. Contudo, observou-se no presente estudo a piora da capacidade funcional ou piora clínica dos pacientes. Pois, dos idosos avaliados, 100% já se encontravam dependentes para realização das atividades de vida diária (AVDs). Porém, houve um aumento da dificuldade de realização dessas atividades após o período de internamento em relação a tomar banho, vestir a roupa, higiene pessoal e transferência, aumentando dessa forma a dependência para essas AVDs em 60%, 70%, 50% e 40% respectivamente. Estudos encontraram dados similares a esses como os de Kawasaki (2005), que verificou um declínio funcional de 78,6% durante a hospitalização. Em relação à continência, não houve alteração no presente estudo, já a alimentação houve uma melhora, porém, 10% deles continuam dependentes.

Com isso, nota-se que esses dados contribuem para apontar o elevado grau de dependência funcional na população internada e corroborar a idéia da necessidade de maior intensidade nos cuidados por parte da equipe que assiste o doente, com medidas de intervenções clínicas e ambientais que beneficiam o idoso no período da hospitalização (Creditor,1993). Pois, capacidade funcional é importantes marcadores de saúde em idosos hospitalizados.

Já a cognição dos idosos foi verificada respeitando o grau de escolaridade apresentado por cada idoso. Pois, valores específicos para diferentes escolaridades são necessários ao interpretar resultados individuais do MEEM em populações de baixo nível educacional para reduzir a taxa de falsos positivos (Bertolucci,1994). Com isso, foi determinada uma média dos valores encontrados através do MEEM separando os individuos por escolaridade, sendo possível observar uma tendência a diminuição do escore do MEEM durante o período de hospitalização dos idosos que possuiam um nível de escolaridade de médio a bom. Sendo que a maioria dos idosos entrevistado possuiam um nível de escolaridade considerado médio. Esses resultados encontrados são semelhantes aos dados demonstrados por Kawasaki (2005), que encontrou um declínio abrupto nos valores da MIF relacionado à cognição durante a internação, porém, com melhora após o retorno ao domicílio.

A resolução de problemas como a iniciativa, o planejamento e a avaliação de comportamentos complexos, e o raciocínio rápido, ficam comprometidos no envelhecimento, sendo agravadas em algumas situações como nos casos de doença aguda e da hospitalização, entre outros (Miguel Filho,1994).

Visto os resultados favoráveis encontrados nesta pesquisa, assim como os resultados de outras pesquisas semelhantes já realizadas, podemos sugerir algumas adaptações ambientais nos hospitais, qualificação da equipe multiprofissional para o atendimento desses idosos hospitalizados, buscar formas alternativas que não exponha esses idosos fragilizados a riscos de prejuízos a capacidade funcional e a cognição, refletindo dessa forma numa melhor atenção a saúde dessa população (Creditor,1993). Entendemos também que estudos mais minuciosos, com maior tempo de internação, com outras populações, amostras maiores, possam ser realizados, colaborando assim com a discussão científica sobre esse tema. Além disso, os achados deste estudo contribuem para estimular medidas administrativas e assistenciais no intuito de minimizar, ao máximo, o declínio funcional nesse processo e com isso, contribuir para o envelhecimento saudável.

5.CONCLUSÃO

Conclui-se que o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional de idosos tem um efeito negativo, ou seja, os idosos analisados apresentaram maior dificuldade para realizar as atividades básicas de vida diária após o período de internação. E uma discreta tendência a comprometimento cognitivo, principalmente com relação aos idosos com média e boa escolaridade.

REFERENCIAS

[1] Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AC, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara- Koogan; 2002. p.106-10.

[2] Camarano, A. A, Beltrão, K. I, Araújo, H. E, Pinto, M. S. Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e no impacto na força de trabalho. IPEA, set. 1997 (Texto para Discussão, 512).

[3] Pereira SRM. O idoso que cai. In: Guedes SL. Sociedade Brasi¬leira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter, 1994, p217-23.

[4] Argimon IIL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Rev Saúde Pub 2005; 21:64-72.

[5] Kato EM, Radanovic M. Fisioterapia nas demências. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007, 232 p.

[6] Ruewer SL, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. Rev Bras Otorrinolaringol 2005;71:298-303.

[7] Barros MBA et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):911-926, 2006.

[8] Duarte MJRS. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e enfermagem. Rev. Enferm. UERJ. 1994 Maio; 2 (1): 110-1.

[9] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185:914-9.

[10] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-86.

[11] Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. São Paulo: Alínea; 2001.

[12] Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney LM Jr, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. J Gen Intern Med 1993; 8:645-52.

[13] Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc 1996; 44:251-7.

[14] Mateev A, Gaspoz JM, Borst F, Waldvogel F, Weber D. Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. J Clin Epidemiol 1998; 51:309-14.

[15] Sandoval P, Palma A, Sandoval F. Variacion de la capacidad funcional em adultos mayores que requirieron de hospitalizacion. Bol Hosp S J de Dios 1998; 45:268-272.

[16] Gutiérrez Rodríguez J; Domínguez Rojas V; Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de La incidencia y los factores de riesgo asociados. Rev Clin Esp 2000; 200:463-4.

[17] Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1697-706.

[18] Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1263-70.

[19] Sales FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identicação de necessidades. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 495-502.

[20] Evans BC, Crogan NL. Building a scientific base for nutrition care of Hispanic nursing home residents. Geriatr Nurs 2006; 27:273-9

[21] Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 12:914-9.

[22] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, "Mini -Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res 1975; 12:189 -98.

[23] Folstein M, Mini-mental and son, Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13:290 -4.

[24] Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Ver Saúde Publica, 2004;38(5):687-94.

[25] Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Muller L, Winograg CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc 1990;38:1296-303.

[26] Inouye SK, PeduzzI PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predcting mortality among older hospitalized patients. JAMA 1998;279:1187-93.

[27] Kawasaki K, Diogo M J D E. Impacto da Hospitalização na Independência Funcional do Idoso em Tratamento Clínico. ACTA FISIATR 2005; 12(2): 55-60

[28] Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Inter Med 1993;118:219-23.

[29] Bertolucci PH, et al. O mini-exame do estado mental da população geral: impacto do nível educacional. Arq. Neuropsiquiatr. 1994;52:1-7.

[30] Miguel Filho EC, Almeida OP. Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu Editora; 1994. p.63-81.

Capítulo 7

Hipertensão Arterial Autorreferida em idosos Brasileiros

Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
Giselle Santana Dósea
Igor Macedo Brandão
Ana Emília Alves dos Santos
Davyson Gabriel Neves dos Reis
Juliana Santos de Araújo

Resumo: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica considerada uma das principais causas de morte e capaz de provocar problemas secundários como a incapacidade funcional do idoso, o surgimento dessa patologia decorre de fatores externos, dentre eles o consumo do tabaco, do álcool e maus hábitos alimentares. A partir de dados coletados do IBGE 2013 a HAS tem maior prevalência na população idosa, sendo esse um dado relativo, uma vez que, a demanda por consultas medica acontece em menor proporção pelos jovens e em maior pelos idosos devido a acometimentos do próprio envelhecimento.

1.INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento que acomete os indivíduos é um componente do ciclo biológico humano, composto por diversas alterações na morfologia e funcionalidade do corpo que acarretam em mudanças irreversíveis para organismo. O envelhecimento ocorre devido à ação de fatores biológicos e fatores externos, que variam entre aspectos sociais e psicológicos.[1]

A qualidade do envelhecimento é afetada diretamente pelos fatores externos, levando-se em conta principalmente a exposição do indivíduo ao estresse, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros fatores físicos, ambientais e sociais.[1] O envelhecimento normal também chamado de senescência relaciona-se à capacidade do idoso de adaptar-se as agressões do meio ambiente, logo uma boa qualidade de vida irá proporcionar um envelhecimento saudável. Apesar de trazer consigo uma maior vulnerabilidade às doenças, o envelhecimento não deve ser tratado de maneira interligada com as mesmas. O envelhecimento quando acompanhado por doenças ou acidentes, leva o nome de senilidade.[1]

Uma das doenças crônicas que mais acomete os idosos, prejudicando sua capacidade funcional e também uma das principais causas de morte, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Mesmo com os avanços de estudos científicos sobre essa doença, ainda existe uma precariedade na transmissão de informação, principalmente no que se refere à mudança de hábitos alimentares, considerada uma das primeiras tentativas de reverter o quadro hipertensivo.[2]

A HAS acomete principalmente os idosos, devido ao processo natural de envelhecimento que gera uma predisposição a doença, associados a hábitos comportamentais, como o sedentarismo, a falta de atividade física, uso de álcool e tabaco, relacionados com a ingestão de alimentos inadequados.[3]

Há uma diferença significativa do diagnóstico médico autorreferido de HAS na população idosa, comparado aos adultos jovens. Assim, o objetivo deste estudo é analisar, através de um paralelo com as populações mais jovens, a proporção da HAS autorreferida nos idosos brasileiros no ano de 2013.

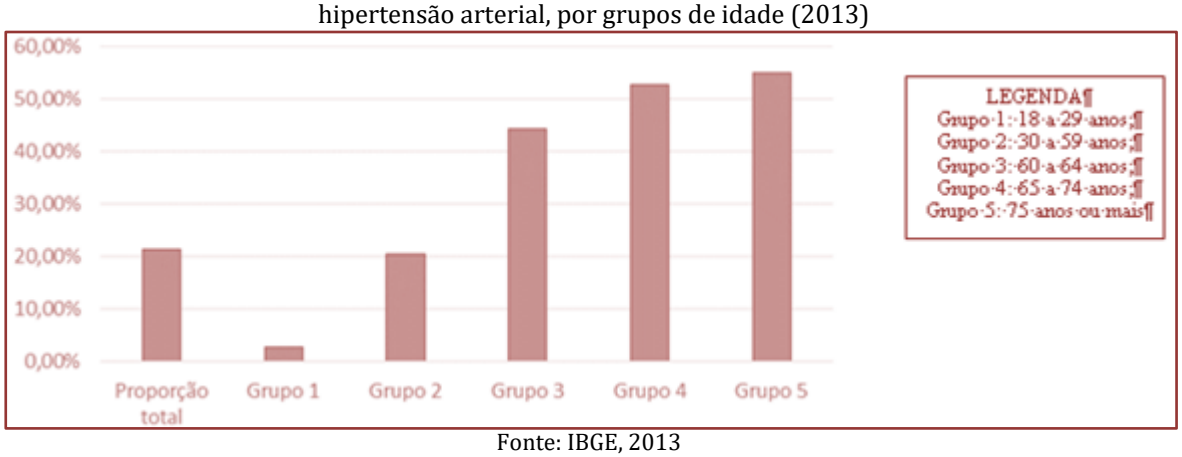
2.METODOLOGIA

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.[4]
Os dados referem-se às pesquisas sobre percepção de saúde e doenças crônicas na população brasileira, onde a HAS surge como um importante indicador de saúde/doença.
Os dados foram analisados considerando a proporção total de HAS, e a estratificação por grupos etários da população brasileira (18 a 29 anos; 30 a 59 anos; 60 a 74 anos; e 75 anos ou mais). Os resultados estão expostos em frequência simples e relativa, limites superior e inferior, e intervalo de confiança de 95%.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados secundários permitiu a observação de que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que afirmaram ter diagnóstico médico de HAS no Brasil foi de 21,4%, o que corresponde à 31,3 milhões de pessoas. Notou-se que há um aumento da HAS autorreferida com o avanço da idade: enquanto entre as pessoas de 18 a 29 anos a proporção era de apenas 2,8%, de 30 a 59 anos, aumenta para 20,6%, 17,8 pontos percentuais maior. Do total de pessoas com idade entre 60 e 64 anos, 44,4% referiram diagnóstico de HAS, proporção que era de 52,7% entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade e de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade (Imagem 1).

Imagem 1: Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por grupos de idade (2013)



Fonte: IBGE, 2013

A HAS é uma doença crônica capaz de evoluir para um quadro cardíaco ou cerebrovascular, além disso, não tem cura, é necessário acompanhamento por toda a vida sendo farmacológico ou não.[5] A HAS é o transtorno circulatório mais prevalente, frequentemente se associa a alterações metabólicas, ocasionando maiores riscos para o desenvolvimento de outras doenças, como as de origem cardiovascular, sendo elas fatais ou não.[6]

Com o passar dos anos os vasos sanguíneos vão ficando mais rígidos e estreitos, o que é um processo natural denominado de senescência, com isso a pressão do sangue no interior de artérias e veias aumenta, contribuindo assim para o aumento da pressão arterial.[6] A qualidade de vida que o idoso vivenciou durante a fase adulta, levando em consideração o excesso de peso, o consumo de bebidas alcóolicas e o nível de escolaridade, influenciará diretamente para predisposição a HAS, já que além dos resultados do processo de envelhecimento, os hábitos diários constituem fatores extremamente relevantes para desenvolvimento da doença.[7]

Levando em conta todos os fatores analisados, pode se perceber que a prevalência de HAS em idosos é consideravelmente maior chegando a 55% nos indivíduos com 75 anos ou mais, quando as pessoas entre 18 e 29 anos não chegam a 10% de diagnóstico médico autorreferido. Ressalta-se que a partir do conhecimento do diagnóstico, benefícios são adquiridos, pois há melhora nos cuidados com saúde e com o controle da doença.[8]

Apesar da informação autorreferida sobre a HAS ser considerada um indicador adequado para realização da avaliação de saúde nas populações[5], é um fator que limita o presente estudo, já que as populações mais jovens tendem a procurar menos acompanhamento médico que a população idosa, logo, poderá deixa de referir a HAS, por não ter conhecimento diagnóstico médico constando a presença da doença. Os idosos realizam mais consultas médicas devido a presença de comorbidades advindas do processo de envelhecimento; devido a isso apresentam maiores chances de referir o diagnóstico médico.[9]

Alguns dos procedimentos considerados não farmacológicos que atuam no tratamento da HAS são muito simples e se baseiam totalmente no oposto dos costumes habituais do indivíduo, ou seja, para de fumar, controlar o consumo de sal, começar a praticar algum tipo de atividade física, e manter uma alimentação equilibrada já é um bom começo para manter a pressão controlada.[5]

A relação direta da prevalência da HAS associada ao envelhecimento é um assunto preocupante, devido às mudanças ocorridas progressivamente no perfil demográfico brasileiro e as repercussões acerca das políticas de saúde.[8] Logo, os profissionais promovedores de saúde devem estar atentos para tomar as medidas terapêuticas precoces a fim de minimizar os efeitos da HAS no organismo.[8]

4.CONCLUSÃO

Portanto, por meio deste estudo, pode-se concluir que a HAS autorreferida em idosos alcança proporções maiores, quando comparado com o grupo dos adultos; sendo que o diagnóstico autorreferido apresenta influência para esse resultado. Os riscos de se adquirir a doença na fase idosa, se dá pela predisposição ocasionada pelo processo de envelhecimento e pelos hábitos irregulares durante a vida, os quais podem ser reduzidos consideravelmente a partir da adoção de um estilo de vida saudável, com bons hábitos

alimentares e o não consumo de álcool e drogas, além da prática regular de atividades físicas, proporcionando-se assim um envelhecimento saudável e ativo. Os resultados reforçam então a necessidade de novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

[1] Ciosak SL, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e Senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011 Novembro; 45 (2): p. 1763-8.

[2] Cembranel F, Bernardo CdO, Ozcarizi SGI, d'Orsi E. Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20(1): p. 34-46.

[3] Neves RG, Duro SMS, Flores TR, Nunes BP, Costa CdS, Wendt A, et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em: 2017 set 10]; 33(7): e00189915. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000705012&lng=en&nrm=isi&tlng=pt

[4] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [acesso em: 2017 set 10]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf

[5] Radovanovic CATS, Santos LAd, Carvalho MDdB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 jul-ago; 22(4): p. 547-53.

[6] Carvalho MD, Bernal RI, Andrade SSCdA, Silva MMAd, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em: 2017 Set 11]; 51(Suppl 1): 11s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200313&lng=pt.

[7] Andrade SSdA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 abr-jun; 24(2): p. 297-304.

[8] Menezes TNd, Oliveira ECT, Fischer MATS, Esteves GH. Prevalência e controle da hipertensão arterial em idosos: um estudo populacional. Rev. Port. Saúde Pública. 2016; 34(2): p. 117-24.

[9] Selem SSdC, Castro MA, César CLG, Marchioni DML, Fisberg RM. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com ecolaridade em brasileiros. Arq Bras Cardiol. 2013; 100(1): p. 52-9.

Capítulo 8

Importância do resveratrol na manutenção do processo de envelhecimento

Beatriz Santiago Guerra
Elisabete Maria da Silva Rocha
Hérica Tavares Milhomem
Eva Maria da Silva Cavalcanti
Déborah Tavares Milhomem
Maria Carolina de Albuquerque Wanderley
Roberta Luciana do Nascimento Godone

Resumo: As Sirtuínas (SIRT) compreendem um grupo de proteínas que são responsáveis por várias funções metabólicas biológicas com também possuem a função de catalisadoras de reações, ou seja, atividade enzimática. São também denominadas de gerontogenes pelo fato de que podem sofrer transmutações induzidas por medicações que farão com que haja um retardo no processo e doenças relacionados ao envelhecimento. Elas atuam conjuntamente com o complexo nicotinamida adenina dinucleotídeo (NAD), numa espécie de chave-fechadura, sendo o NAD uma coenzima onde atuaram no metabolismo genético controlando diversos parâmetros celulares relacionados ao envelhecimento celular. Elas juntas estabelecem um grupo formado com 7 tipos de SIRTs, que vão do número 1 ao 7, até hoje a mais estudada é a1 e é a que mais vai está correlacionada a processos metabólicos e fisiológicos humanos. Mascada uma vai ter a sua função diretamente estabelecida. O Resveratrol (RES), é um medicamento bastante utilizado para terapias de longevidade associado a SIRT. Trata-se de uma revisão sistemática do tipo narrativa utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed, e Medline. Foram aplicados critérios de inclusão como: artigos das línguas portuguesa, inglesa e espanhola entre os anos de 2011 á 2017 os quais tinham uma grande proeminência temática. Foram excluídos artigos incompletos que abordavam outras estruturas temáticas sobre as SIRTs que não fossem congruentes ao envelhecimento e sua associação com o RES. Por conseguinte foram encontrados dez artigos científicos e sete utilizados. As SIRTs desempenham um papel muito importante nas reações bioquímicas e fisiológicas doorganismo, estando envolvidas desde o controle do ciclo celular até os processos de iniciação de câncer. Já o RES está intimamente relacionado a processos de senectude, onde este é ativador de SIRTs, e como elas estão rigorosamente atadas com o processo deenvelhecimento, a sua junção a elas estão relacionados a dar um grande aumento de longevidade e expectativa de vida em pacientes. Nos estudos sobre as SIRTs relacionadas ao RES, mostraram-se melhorias em geral no estado de saúde da pessoa a qual faz a administração, tendo em ênfase o grande declínio do envelhecimento, incluindo a diminuição das inflamações, aumento da atividade motora e ainda a contenção da densidade mineral óssea. Ele apresenta um baixo peso molecular e consegue atravessar a barreira hematoencefálica protegendo o SNC contra lesões. As SIRTs fazem parte de um sistema suficientemente complexo e vem influenciando várias outras moléculas reguladoras corporais e vias de sinalização, onde são peças chaves quando se trata de envelhecimento. Ainda pouco se sabe sobre as SIRTs e sobre seus mecanismos de ação, como por exemplo, a via utilizada para exercer as suas ações tanto biológicas quanto associadas ao RES. Mas de primeira instância conseguimos observar que a modulação é bastante satisfatória.

Palavras-chave: Sirtuínas, Longevidade, Regulação e Gerontogenes.

1.INTRODUÇÃO

As Sirtuínas (SIRTs) são uma classe de proteínas que são conhecidas por estar implicadas em processos fisiológicos importantes como, por exemplo, processos metabólicos em células, dentre eles a sobrevivência celular, apoptose, proliferação entre outros, são substancialmente enzimas que são classificadas como alvos para intervenção de doenças cardiovasculares, neurodegenerativas ecâncer. (CARAFA e col, 2016).

Além disso, as sirtuínas podem ser chamadas de gerontogenes, pois a partir de modificações nas mesmas poderemos ter uma longevidade de vida retardando processos e doenças relacionadas ao envelhecimento. Trabalhando no processo de codificação de proteínas com atividade de desacetilase que são opostas a acetiltransferase que compõe um papel muito importante no envelhecimento (MICHÁN e CASTILLO, 2011).

Elas apresentam como característica única à junção com nicotinamida adenina dinucleótidio (NAD) que é uma coenzima, onde haverá ativação das desacetilases, concedendo o metabolismo genético celular controlando a longevidade e envelhecimento por diversos parâmetros e diversos organismos, aonde ao longo da idade o corpo vai dispondo de uma perda notória do complexo NAD que é o que justamente leva o corpo ao envelhecimento. (IMAI e GUARENTE, 2016).

As SIRTs formam um grupo que os membros vão de 1 a 7. A SIRT 1 foi a pregressa por isso é chamada de primeira e sendo até hoje a mais estudada, está bastante envolvida em vários progressos neuronais como por exemplo: inibição de oncogenes, genes supressores de tumor e oncoproteínas. Seu papel é muito positivo quando descritos em humanos, mas ela atua como sua própria análoga. (GRABOWSKA e col,2017).

A SIRT 2, segundo membro da família, é responsável por processo de apoptose e controle na progressão do ciclo celular, como no caso do apoptose ela atuará regulando a p53, procedendo também semelhante a SIRT 1 em processos de regulação de promoção e supressão de tumor , elas atuam também em conjunto com o NAD para desacetilar a glucoquinase que trata da regulação da glicose. A SIRT 3 está bem co-ligada a doenças neurogenerativas, ela protegerá os neurônios contra os danos oxidativos e ao estresse , em conjunto também com o NAD desacetila e ativa muitas proteínas mitocondriais, para que tenha sempre uma sistematização da proliferação, diferenciação e sobrevivência de células neuronais, ela inibe a glicólise para que haja uma supressão de tumor após a sua desacetilação e ativação do piruvato. (GRABOWSKA e col, 2017).

A SIRT 4 não dispõe de uma atividade com o NAD ao contrário de outras SIRTs, mas tem a função de ribosiltransferase, que a partir de danos ao DNA esta SIRT será ativada e retém o ciclo celular fazendo com que haja uma inibição do metabolismo da glutamina a nível mitocondrial, coibindo proliferação,invasão e migração de células tumorais. A SIRT 5 não tem o seu papel tão estabelecido em relação as outras mas sabe-se que ela é responsável por uma superexpressão de cânceres ligados ao trato respiratório sendo tratado com um marcador que não evidenciará um bom prognóstico ao paciente. A SIRT 6 promove ações que controlam a homeostase celular, repara DNA, faz a manutenção dos telómeros e diferenciação celular. E por fim a SIRT 7, que mostra que sua alta expressão esta bastante associada a tumores mais agressivos e apresenta um índice de baixa sobrevivência ao paciente, enquanto que sua redução leva a um câncer menos agressivo (CARAFA e col, 2016).

Estudos realizados mostraram um composto fenólico de base natural denominado Resveratrol (RES) que age diretamente nestas SIRTs diminuindo a progressão do envelhecimento e o câncer, estimulando a saúde, em razão de que ele pode prolongar a vida humana tendo como alvo chave a regulação dos MicroRnas (mIR). (MCCUBREY e col, 2017).

O RES vem sendo testado em vários parâmetros e doenças relacionadas ao envelhecimento e estão presentes principalmente em uvas e no vinho tinto, essas moléculas operam inibindo a atividade do citocromo p450 e a atividade da ciclooxigenase que ocasionará uma apoptose induzida , o RES pode agir também como marcador para indução de apoptose de células T ativadas e suprimir o fator de necrose tumoral alfa e a interleucina 17, sendo bastante útil também em doenças autoimunes, associados a SIRTs que estão co-ligadas a doenças do envelhecimento, onde através da manutenção das mesmas poderemos ter um retardo no envelhecimento (MCCUBREY e col, 2017).

2.OBJETIVOS

Mostrar mecanismos e ação das Sirtuínas com as doenças ligadas ao envelhecimento, como também a sua associação ao Resveratrol, um medicamento fitoterápico que após administrado interage com as SIRTs retardando o envelhecimento e ajudando no prognóstico de várias doenças.

3.METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática do tipo narrativa utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed, e Medline. Este trabalho teve como critérios de inclusão: artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola publicados entre os anos de 2011 e 2017 com magnitude temática. Foram excluídos do estudo artigos incompletos que interpelaram outros tipos de estruturas temáticas sobre as SIRTs e sua associação com o Resveratrol. Por conseguinte foram encontrados dez artigos e sete foram escolhidos para esta revisão, as palavras chaves foram: “sirtuínas”, “envelhecimento” e “resveratrol”.

4.RESULTADOS

Foram aplicados critérios de inclusão como: artigos das línguas portuguesa, inglesa e espanhola entre os anos de 2011 á 2017 os quais tinham uma grande proeminência temática. Foram excluídos artigos incompletos que abordavam outras estruturas temáticas sobre as SIRTs que não fossem congruentes ao envelhecimento e sua associação com o RES. Por conseguinte foram encontrados dez artigos científicos e sete utilizados.

As SIRTS são dependentes dos NAD para que tenham todas as suas funções trabalhando em homeostase, além disso, elas atuam diretamente nas células procariotas e eucariotas regulando relevantes processos metabólicos.

As SIRTs 1 e 2 exerceram a função de agir diretamente no núcleo e citoplasma celular, a 3,4 e 5 agem na mitocôndria e as 6 e 7 no núcleo celular. Todas vão estar envolvidas na progênie do câncer, as 1,2 e 3 além do câncer estão envolvidas também em processos de doenças neurodegenerativas.

Houve um crescimento ao número de estudos do NAD relacionados às SIRTs enfatizando a sua relação com o envelhecimento e longevidade, as SIRTs também exercem uma função enzimática, como por exemplo, a SIRT 1 denominada deacetilase. Essas atividades exigem que elas estejam diretamente co-ligadas ao NAD, os artigos relatam que o envelhecimento humano leva a desaceleração da atividade das SIRTs, decaindo também o NAD. Se o NAD apresentar-se adinâmico a ativação. A tabela 1 expõe a família de sirtuínas com as suas localizações celulares, a atividade enzimática, os alvos de histonas desacetilase, patologia as quais elas vão está envolvidas e o alvos de acetilação não histona, nos trazendo um melhor entendimento sobre as as SIRTs será limitada podendo ocasionar na progressão de doenças.

Tabela 1: As sirtuínas e suas respectivas funções metabólicas.

Sirtuína	Localização	Atividade Enzimática	Alvos de acetilação histona	Alvos de acetilação não histona	Patologias
SIRT 1	Núcleo e Citoplasma	Desacetilase	H3k9ac H1k26ac H4k16ac	HIF- 1α HIF- 2α	Doenças Neurodegenerativas, leucemia mieloide aguda, canceres de cólon, próstata, ovário, glioma, mama, melanoma, adenocarcinoma de pulmão
SIRT 2	Núcleo e Citoplasma	Desacetilase	H3K56ac H4k16ac	TUBULIN FOXO3a EIF5A P53 G6PD MyC	Doenças neurodegenerativas, câncer de tecidos cerebrais e glioma

(continuação)

Tabela 1: As sirtuínas e suas respectivas funções metabólicas.

Sirtuína	Localização	Atividade Enzimática	Alvos de acetilação histona	Alvos de acetilação não histona	Patologias
SIRT 3	Mitocôndria	Desacetilase	H3K56ac H4k14ac	SOD2 PDMC1a IDH2 GOT2 FOXO3a	Doenças neurodegenerativas, leucemia linfocítica crônica de células B, linfoma linfocítico de células do manto, leucemia linfocítica, mama e gástrico
SIRT 4	Mitocôndria	ADP-ribosiltransferase	Desconhecido	GDH PDH CPS1	Câncer de mama e colorretal
SIRT 5	Mitocôndria	Malonil Succinil Glutaril Desacetilase	Desconhecido	CPS1	Câncer de pâncreas, mama, carcinoma pulmonar de células não pequenas
SIRT 6	Núcleo	Desacetilase, ADP-ribosiltransferase de acil graxa de cadeia longa	H3k9ac H3k56ac	Desconhecido	Câncer de mama e cólon.
SIRT 7	Núcleo	Desacetilase	H3k18ac	HIF- 1α HIF- 2α	Cãncer de fígado, testículo, baço, tiroíde e mama

Fonte: Adaptado pelo autor.; Jahro. et. al.; 2016.

O RES foi utilizado em mais de 100 estudos clínicos com doenças diretamente conjuntas a senectude, com isso foi visto que o RES provoca nas células quando administrado, a apoptose e a supressão do fator de necrose tumoral alfa, a interleucina 17 e citocinas. Foi proposto também seu uso em processo de doenças autoimunes, além disso ele inibe fatores que favorecem a hipóxia vascular tendo assim atividade anti-cancêr. O RES é ativador de SIRTs, e como elas estão rigorosamente atadas com o processo de envelhecimento, a sua junção a elas estão relacionados a dar um grande aumento de longevidade e expectativa de vida em pacientes.

5.DISCURSSÕES

As SIRTs 1 são as que mais vão estar envolvidas nos processos metabólicos biológicos, elas podem agir em diversos órgãos como no pâncreas conjuntamente com as SIRTs 4 aumentando a secreção de insulina incitada pela glicose; no fígado ela inibirá a glicogenólise, onde deste mesmo orgão vamos ter também a ação das SIRTs 3 que promovem a oxidação de ácidos graxos, ativa o ciclo da uréia e faz a cetogênese. Já nos músculos a SIRT 1 expande a sensibilidade destes na obtenção de glicose; no tecido adiposo vão estar presentes as SIRTs 1,2 e 6 , a SIRT 1 ativa a expressão de adipocina que é de extrema relevância para o metabolismo energético, a SIRT 2 coíbea diferenciação dos adipócitos pela desacetilação de proteínas e a SIRT 6 é reguladora de expressão de genes que dizima a biossíntese de triglicerídeos. (SOARES e col, 2014).

A SIRT 7 transloca nucleotídeos para a cromatina e citoplasma celular o que vai acarretar em transcrição reduzida de de RNA ribossômico. Uma das mais importantes SIRTs depois da 1 é a 2, pois ela media a prolongação da longevidade a partir de restrições calóricas , e a SIRT 6 quanto mais expressa mais há o prolongamento de vida. As modificações de senescência celular variam de mudanças na cromatina que influenciará diretamente a expressão gênica, deixando o DNA mais suscetível a danos. Esta suscetibilidade tem relação com a baixa de NAD a nível celular e consequentemente uma baixa de SIRTs, esse quadro ocasionará uma situação psedohipóxica de início, onde vai havendo uma imobilização de interferóns. Por cosequencia a diminuição da atividade das SIRTs 1 vai reduzindo e as várias funções biológicas como diminuição de biogênese mitocondrial, metabolismo antioxidante e oxidativo também. (GRABOWSKA e col, 2017). A tabela 2, a seguir expõe a interação de sirtuínas com genes envolvidas nos processos metabólicos / patológicos e suas características as quais foram observadas em testes realizados em ratos.

Tabela 2: Genes corporais ligados as sirtuínas com a sua coalização ao Resveratrol em testes realizados em ratos.

Alvos testes	Características	Fenótipo
SIRT 2α Nulo	Substituição dos exons 5 e 6 de Sirt 1 por recombinação homóloga	Autoimunidade e diabetes insípidus esporádica. Diminuição da aprendizagem, memória e plasticidade sináptica. Aumento da autofagia nos pulmões em resposta ao extresse oxidativo.
SIRT1 - KI	Inserção do cDNA de Sirt 1 nos locus de β- actina	Sobreexpressão de Sirt 1 em vários tecidos que conduz a uma redução de peso corporal, colesterol, adipocinas, insulina e glicose em jejum. Maior atividade metabólica e melhor desempenho locomotor.
Tg - SIRT1	Inserção do cDNA e baixo controle do promotor de α-MHC para induzir expressão específica no coração.	Níveis de sobreexpressão de 2,5 a 7,5 vezes prevenindo a hipertrofia cardíaca dependente da idade.
SIRT1 BSKO	Remoção de cérebro do exon 4 de SIRT1 usando o sistema CreLax	Aumento das placas de beta amiloide no cérebro e déficit de aprendizagem e memória no modelo genético de Alzheimer.
NeSTO	Superexpressão específica de SIRT1 sob o controle do promotor NSE de rato e do sinal de poliadenilação SV40.	Previne mudanças de expressão gênica no córtex cerebral relacionados com o envelhecimento.
NSE SIRT1 Tg	Inserção não direcionada de uma cópia de Sirt1 e baixo controle do promotor NSE de rata e o sinal de poliadenilação de SV40.	Sobreexpressão no cérebro causa déficits no reconhecimento de novos objetos.
SIRT3 - KO	Substituição dos éxons 2 e 3 da Sirt 3 pelo gene LacZ.	Hiperacetilação das proteínas mitocondriais. Hipertrofia cardíaca as 8 semanas de idade.
SIRT4 - KO	Substituição dos éxons 1-4 de Sirt 4 pelo gene LacZ.	Maior secreção de insulina pelas células beta pancreática
SIRT5 - KO	Substuituição dos éxons 2-5 de Sirt 5 do gene LacZ.	Deficiências multisistêmicas severas y morte prematura aos 24 dias.
BS6	Eliminação específica no cérebro dos éxons 2 e 3 de Sirt6 por meio do sistema Cre- Lox.	Atraso no desenvolvimento pós- natal e obesidade na idade adulta.
SIRT7 - deficiente	Substituição dos éxons 4-9 de Sirt 7 pelo marcador de seleção PGK- neo.	Redução da esperança de vida, hipertrofia cardíaca e cardiomiopatia.

Fonte: Adaptado pelo autor.; Michán, S.; Castillo, J.E.; 2016

Nos estudos sobre as SIRTS relacionadas ao RES, mostraram-se melhorias em geral no estado de saúde da pessoa a qual faz a administração, tendo em ênfase o grande declínio do envelhecimento, incluindo a diminuição das inflamações, aumento da atividade motora e ainda a contenção da densidade mineral

óssea. Ele apresenta um baixo peso molecular e consegue atravessar a barreira hematoencefálica protegendo o SNC contra lesões (SOARES e col, 2014).

6.CONCLUSÕES

Nos últimos anos tiveram crescentes estudos sobre as SIRTs, mesmo sendo a classe 1 a mais estuda, pouco se sabe sobre o mecanismos dessas moléculas, de acordo com estudos atuais foi constatado que elas são controladas pela dieta e por funções metabólicas, fazendo-se objeto de inúmeros alvosterapêuticos de doenças, mas ainda torna-se bastante necessário estudos nessa área para compreender sua ação em humanos. Elas desenvolvem um enorme papel na integridade do genoma celular, participam da conservação do estado normal de condensação da cromatina, e na resposta e reparo a um dano a nível genômico, modulação de estresses oxidativos e metabolismos energéticos.

As SIRTs fazem parte de um sistema suficientemente complexo e vem influenciando várias outras moléculas reguladoras corporais e vias de sinalização, onde são peças chaves quando se trata de envelhecimento. De outro modo deve-se ser analisado a ação das SIRTS em um organismo bastante complexo com um de ser humano, e vermos também que o processo de senectude é multifatorial.

Ainda pouco se sabe sobre as SIRTs e sobre seus mecanismos de ação, como por exemplo, a via utilizada para exercer as suas ações tanto biológicas quanto associadas ao RES. Mas de primeira instância conseguimos observar que a modulação é bastante satisfatória. Com tudo concluímos que se torna bastante promissor a associação do RES as SIRTs, pois são potentes moduladoras e conseguem reverter quadros de doenças aumentando a longevidade.

REFERÊNCIAS

[1] Carafa, V.; Rotili, D.; Forgione, M.; Cuomo, F.; Serretiello, E.; Hailu, G.S.; Jarho, E.; Lahtela-Kakkonen, M.; MAI, A.; Altucci, L.; Sirtuin functions and modulation: from chemistry to the clinic. Clinical Epigenetics, p. 1- 21. 2016

[2] Michán, S.; Castillo, J. E.; Genética molecular y biogerontología en la era posgenómica: um enfoque en las sirtuinas. Acta. Biol. Columb. p. 139- 160. 2011

[3] Imai, S-I.; Guarente, L.; It takes two tango: NAD and sirtuins in aging / longevity control. Nature Partner Journals. p. 1- 6. 2016

[4] Grabowska, W.; Sikora, E.; Bielak- Zmijewska, A.; Sirtuins a promising target in slowing down the ageing process. Biogerontology. P. 447- 476. 2017

[5] Mccubrey, J.A.; Lertpiriyapong, L.; Steelman, L.; Abrams, S.L.; Yang, L.V.; Murata, R.M.; Rosalen,P.L.; Scalisi, A.; Neri, L.M.; Cocco, L.; Ratti, S.; Martelli, A.M.; Laidler, P.; Dulinska-Litewka, J.; Rakus, D.; Gisak, A.; Lombardi, P.; Nocoletti, F.; Candido, S.; Libra, M.; Montalto, G.; Cervello, M.; Effects of resveratrol, curcumin, berberine and other nutraceuticals on aging cancer development, cancer stem and microRNAs. Aging. p. 1477- 1536 . 2017.

[6] Sharma, A.; Diecke, S.; Zhang, W. Y. Lan, F.; HE, C.; Mordwinkin, N.M.; Chua, K. F.; WU, J. C.; The role of SIRT 6 protein in aging and reprogramming of human induced pluripotent Stem cells. The journal of biological chemistry. P. 18349- 18447.

[7] Soares, T. C. J.; Situínas- Artigo de revisão bibliográfica. P.1-24. 2014

Capítulo 9

Concessão auxílio benefício acidentário por Coxartrose no Brasil: Uma análise quantitativa retrospectiva

Karinna Soares Oliveira
Marília Caroline Ventura Macedo
Thiago de Oliveira Assis

Resumo: O cidadão segurado pelo INSS quando se encontra temporariamente incapaz de exercer seu trabalho por acometimento por alguma doença ou acidente, tem direito ao benefício auxílio-doença. Existem dois tipos de auxílio benefício, quando a doença está relacionada com a atividade profissional é denominado acidentário, quando não tem a relação com o trabalho, denomina-se previdenciário. Uma das causas de afastamentos de emprego no Brasil é a coxartrose, uma osteoartose no quadril. A dor provocada pela deambulação é o sintoma mais importante, e localiza-se geralmente unilateral, ao nível da virilha, com irradiação para a face anterior da coxa. A doença é frequente em idosos por ser degenerativa mas acomete o trabalhador jovem devido às condições de trabalho. Portanto, esse estudo tem como objetivo realizar uma análise quantitativa da concessão auxílio benefício acidentário por coxartrose na última década no brasil. Trata-se de um estudo transversal e documental com abordagem quantitativa, realizado a partir da compilação de dados disponíveis no site da previdência social do Brasil e a população escolhida para constituir a pesquisa foram todos os casos de coxartrose divulgados no site da previdência social, no período de 2006 a 2016. A coleta de dados foi realizada em Abril de 2017 a partir do banco de dados da previdência social onde foi extraída a quantidade dos casos notificados. Foi analisado o número de concessões auxílio benefícios doença acidentários mensais por mês e ano, além da comparação entre as médias do número de concessão auxílio doença acidentário por ano em relação aos anos de 2006 e 2007. Com bases nos resultados, observa-se a frequência das concessões de auxílio benefício, além de algumas mudanças que ocorreram para facilitar que o trabalhador tenha acesso a tal benefício.

1.INTRODUÇÃO

O auxílio-doença é um benefício do cidadão segurado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) quando acometido por alguma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz de exercer seu trabalho por mais de quinze dias consecutivos ou intercalados dentro do prazo de 60 dias. Existem dois tipos de auxílio-doença: previdenciário (sem relação com o trabalho) e acidentário (quando relacionado a atividade profissional). As diferenças influenciam no tempo de carência, na estabilidade do emprego, e no depósito obrigatório do FGTS pela empresa durante o recebimento do auxílio-doença. A partir do requerimento, o empregado deverá se submeter a uma perícia médica, para que seja confirmada a necessidade do afastamento do trabalho, temporariamente. Segundo a Previdência Social, o auxílio-doença concedido por decisão judicial será cessado na data prevista pelo judiciário, e, caso não aja, em cento e vinte dias contados da data de concessão ou reativação. Nos últimos quinze dias do benefício, o segurado poderá requerer a prorrogação do mesmo, caso ainda esteja incapaz de retornar ao trabalho. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 7,5% de todos os afastamentos de trabalho é consequência da osteoartrose, a segunda causa mais frequente no auxílio-doença e a quarta em determinar a aposentadoria (DANI, 2006).

A osteoartrose (OA) é uma doença crônica, caracterizada pela degradação da cartilagem e pela neoformação óssea nas superfícies e margens articulares. Outros termos podem ser usados para nomear essa doença, como artrose, osteoartrite, doença degenerativa articular, artrite degenerativa. No quadril pode ser chamada de coxoartrose, coxartrose ou malum coxae senilis (DANI, 2006). “A osteoartrite pode ser classificada em formas primária (ou idiopática) e secundária; ambas podem ser subclassificadas, de acordo com o número de articulações acometidas, em localizadas (menos de três grupos articulares) ou generalizadas (três ou mais grupos articulares). Nas formas primárias, não se identificam fatores predisponentes; já nas formas secundárias, distinguem-se claramente fatores locais ou sistêmicos (metabólicos, anatômicos, traumáticos, inflamatórios), que modificam as características articulares necessárias para o adequado desempenho funcional.” (SILVA et.al, 2014). A coxartrose é uma doença mais frequente em idosos, porém, podem ser observados casos em pessoas mais jovens. A dor provocada pela deambulação é o sintoma mais importante, e localiza-se geralmente unilateral, ao nível da virilha, com irradiação para a face anterior da coxa (MORGADO, 2000). Pode ocorrer rigidez articular pós-inatividade e redução da amplitude de movimento do quadril. No início da doença se observa comprometimento da abdução do quadril, antes de acometer a flexão e rotação interna. Com a evolução a rotação interna se torna o movimento mais acometido. Também podem ser observados no exame físico, crepitações, atrofia da musculatura glútea e da coxa com marcha antálgica, fraqueza da musculatura glútea e encurtamento do membro acometido (SANTOS, 2013).

A alteração articular nos idosos geralmente é resultado de causas mecânicas ao longo de anos, muitas vezes devido às condições de trabalho, e pelo fato da fase inicial da doença ser longa, em grande parte dos casos a procura de um especialista é realizada apenas quando as dores passam a ser mais frequentes e o paciente passa a apresentar dificuldades nos movimentos articulares. Portanto, é necessário estar atento às primeiras manifestações da doença, além de, aos que já desenvolveram, estar atento às condições necessárias para receber o benefício do auxílio-doença. O objetivo desse estudo é realizar uma análise quantitativa da concessão auxílio benefício acidentário por coxartrose na última década no Brasil.

2.METODOLOGIA

2.1CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal e documental com abordagem quantitativa, realizado a partir da compilação de dados disponíveis no site da previdência social do Brasil.

3.POPULAÇÃO

A população escolhida para a realização da pesquisa foi constituída por todos os casos de coxartrose (CID 10 M16) notificados no site da previdência social, no período de 2006 a 2016 (N = 1841).

4.PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em Abril de 2017 a partir do banco de dados da previdência social onde foi extraída a quantidade estratificada (mensal) e total (anual) dos casos notificados de benefícios do tipo auxílio doença acidentário para a coxartrose (CID 10 M16) no período de 2006 a 2016.

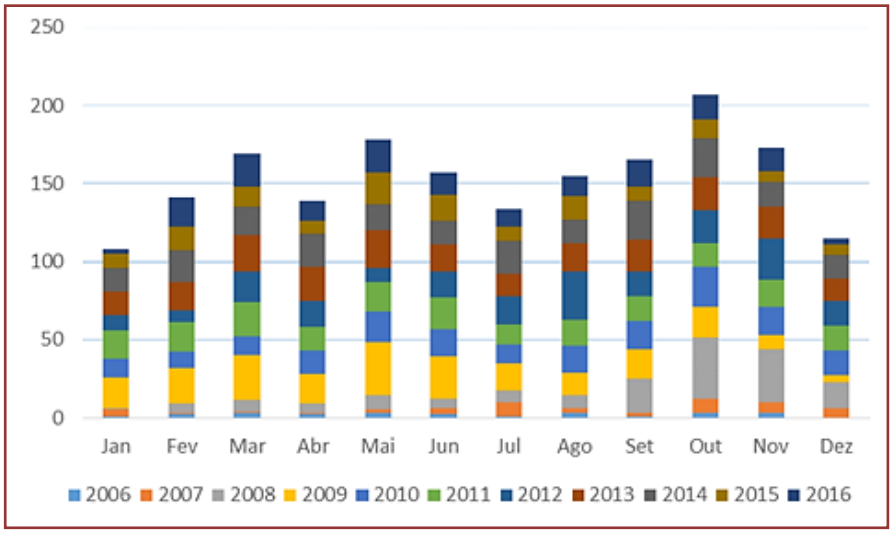
5.PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram armazenados e analisados no Software Excel/v.2010®, e no Prism v 5.0 onde foi construído um gráfico de distribuição estratificada do número de casos registrados de coxartrose. Adicionalmente, foi utilizado o teste estatístico ANOVA com a indicação de *Tukey* para inferir se houve diferenças significativas ou não bem como aonde estavam essas diferenças quantitativas entre os anos de 2006 a 2016. Foi adotado $p < 0,05$ para significância dos dados.

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi analisado o número de concessões auxílio benefícios doença acidentários estratificados por mês e ano (Figura 1).

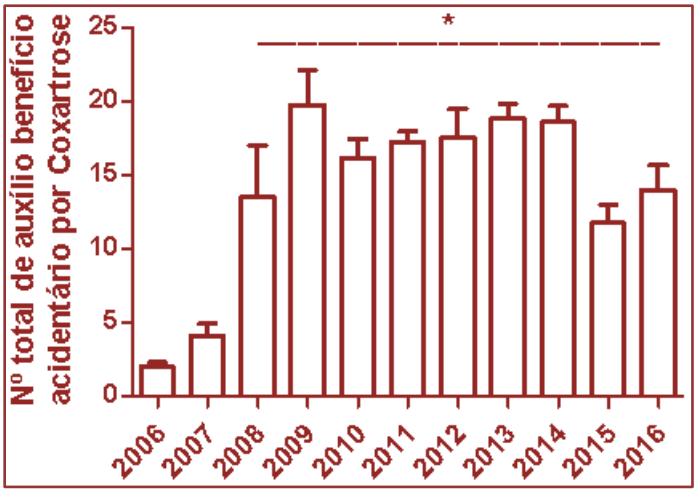
Figura 1. Número auxílios benefícios acidentários concedidos pelo INSS entre 2006 e 2016 para coxartrose (CID 10 M19), estratificados por mês.



Foi realizado ainda a comparação entre as médias do número de concessão auxílio doença acidentário por ano em relação aos anos de 2006 e 2007 (Figura 2).

Na Figura 1 podemos observar um número maior de auxílios benefícios acidentários pelo INSS para coxartrose no mês de outubro, principalmente por causa de um aumento elevado no ano de 2008, assim como a Figura 2 apresenta um aumento significativo do número total de auxílio benefício acidentário por Coxartrose no ano de 2008 em relação a 2007, onde existe a hipótese que nessa época ocorria a subnotificação dos acidentes de trabalho, portanto os dados não se mostravam fidedignos a real ocorrência dos casos. Entretanto, com a criação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), que sugere uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, houve uma mudança significativa da quantidade de concessão de auxílios benefícios acidentários (OLIVEIRA, 2008). No mês de setembro de 2008, a Instrução Normativa n° 16 foi revogada, passando a serem adotadas as normas e procedimentos constantes da Instrução Normativa IN/PRES n° 31 (TEIXEIRA, 2011). Havendo o aumento considerado no mês de outubro, como mostra a Figura 1.

Figura 2: Comparação anual do número de concessão auxílio benefício acidentário por coxartrose (CID 10 M16) entre os anos de 2006 a 2016. Inferência estatística ANOVA seguida de tukey. * p < 0,05 quando comparados com as médias de 2007 bem como de 2007.



A queda do número anual de concessão auxílio benefício acidentário por Coxartrose em 2015, retratada na Figura 2, pode ser relacionada com a Estratégia Nacional para Redução de Acidentes do Trabalho, instituída pelo Ministro do Trabalho da época Manoel Dias. Segundo o ministro, o aumento da geração de emprego trouxe novos desafios. O objetivo desta estratégia era ampliar as ações do Ministério do Trabalho para redução dos acidentes e doença do trabalho no Brasil. A mesma possuía quatro eixos, onde dois estavam relacionados à fiscalização de Segurança e Saúde e intensificação dos acidentes de trabalho e os outros dois eixos relacionados a mobilização da sociedade para prevenção de acidentes de trabalho.

7.CONCLUSÃO

A Coxartrose na maioria dos casos é resultado de impactos mecânicos prolongados, e a partir da evolução da doença, o estado de saúde do indivíduo é extremamente comprometido. É necessário que os trabalhadores estejam atentos aos primeiros sintomas para reduzir o rápido avanço do caso.

A partir dos resultados observa-se a frequência das concessões de auxílio benefício, assim como algumas mudanças que ocorreram para facilitar que o trabalhador tenha acesso a tal benefício. O número de ocorrência para coxartrose aumentou entre 2007 e 2008 pela criação do NTEP, e reduziu entre 2014 e 2015 devido a medidas profiláticas das autoridades competentes.

REFERÊNCIAS

[1] Dani, W.S. Elementos Básicos de Diagnóstico - Osteoartrose do quadril. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 38-45, abr. 2006.

[2] Jorge, M. Abordagem do paciente com problemas musculo-esqueléticos. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/48/295_texto.html>. Acesso em 23 de abril de 2017.

[3] Oliveira, P. R. A. de. Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAP: Um *Novo Olhar* Sobre a Saúde do Trabalhador. 2008. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Título Doutor em Ciências da Saúde.

[4] Brasil. Governo anuncia estratégia para reduzir acidentes de trabalho. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/03/governo-anuncia-estrategia-para-reduzir-acidentes-de-trabalho>. Acesso em 29 de abril de 2017.

[5] Santos, Fânia C. Como Diagnosticar e Tratar - Doenças articulares no idoso. São Paulo, 2013.

[6] Souza, Erlaine Da Silva; MORAIS, Silvia Helena; Chiapeta,Andrês Valente; Germary, Thamires De Oliveira . Fatores Biomecânicos Do Joelho E Quadril Como Causa De Osteoartrite. In: VI Simpósio de Iniciação Científica da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, 6, 2014, Viçosa. Anais... Viçosa: Facisa, Outubro, 2014.

[7] Teixeira, E.B. Nexo técnico epidemiológico e benefícios previdenciários por acidentes de Trabalho. 2011. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Capítulo 10

Motivação para a prática esportiva competitiva – Um estudo de caso

Marcella Fernandes Paticcié Nacif
Luana Karoline Ferreira
Elisângela Jerônimo
Rosana Ferreira Pessoa
Maria Elisa Caputo Ferreira

Resumo: Diante da relação que o esporte pode exercer com o envelhecimento e da pequena quantidade de estudos com idosos acima de 70 anos que estão inseridos na prática esportiva competitiva, o objetivo do presente capítulo é, através de um estudo de caso, compreender as motivações que levaram um idoso de 72 anos a estar inserido na prática esportiva competitiva.

1.INTRODUÇÃO

O envelhecimento tem sido descrito, de um modo geral, como uma fase da vida marcada por transformações bio-psico-sócio-culturais [1-3]. É um processo inevitável [4] e pode ser estudado sob o prisma de diversas abordagens, dependendo da área de atuação profissional. Contudo numa visão geral, ele nada mais é que um processo progressivo e natural que ocorre em seres vivos de qualquer espécie [5].

Alguns autores apresentam classificações quanto ao envelhecimento, sendo um por categorias funcionais e o outro por estágios, sendo eles relacionados e descritos a seguir: 1) envelhecimento primário e idosos jovens: com idade entre 65 e 74 anos, são mudanças intrínsecas, conhecido como envelhecimento normal de todo ser humano, sendo geneticamente determinado, atingindo de forma gradual e progressiva o organismo; 2) envelhecimento secundário e idosos velhos: de 75 a 84 anos, são mudanças relacionadas à doenças com sintomas clínicos onde estão incluídos os efeitos do ambiente; 3) envelhecimento terciário e idosos mais velhos: 85 anos ou mais, é um período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas decorrentes dos efeitos do envelhecimento bem como patologias associadas a idade [6-10].

Entretanto, muitos problemas que costumavam ser considerados decorrentes da idade cronológica, hoje são compreendidos como decorrentes não do envelhecimento propriamente dito, mas de fatores de estilo de vida e de doenças [9]. Assim, existe uma nova realidade mundial na qual o envelhecimento não é limitado a idade cronológica ou somente a fatores intrínsecos, criam-se novas perspectivas e necessidades [5,11,12]. A população passou a ter diferentes preocupações frente aos fatores que podem influenciar, de maneira positiva ou negativa, esta nova etapa da vida [5]. Diante disso, é cada vez mais frequente a procura por estilos de vida saudáveis que possam influenciar no processo de envelhecimento e a busca por práticas esportivas tem sido uma das opções desejadas, já que a prática regular traz muitos benefícios já comprovados cientificamente

(5,13,14).

Almeida [15] comprovou em seu estudo que pessoas com mais de 60 anos afirmaram ter ganhos de qualidades como solidariedade, melhora das relações sociais e um espírito de equipe que os ajudou nas relações familiares. Okuma [16] corrobora e diz que o esporte para idosos é benéfico no sentido de dar a eles autonomia para executar tarefas da vida diária, além de ajudar no processo de desenvolvimento social e na superação de crises e perdas ao longo da vida. Além disso, para que este idoso possa se engajar e permanecer em uma prática esportiva competitiva, é importante que ele esteja motivado e de acordo com Miranda [17], a motivação é o elemento integrador do treinamento esportivo e, quando o atleta está no estado ótimo desse elemento, ele estabelece uma relação entre a sua necessidade (melhora do rendimento) e o objeto capaz de satisfazê-la (treinamento de qualidade).

Nesse sentido, diante da relação que o esporte pode exercer com o envelhecimento e da pequena quantidade de estudos com idosos acima de 70 anos que estão inseridos na prática esportiva competitiva, surge a necessidade de ampliar o entendimento sobre o mesmo, e consequententemente, encorajar outros idosos à prática. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi, através de um estudo de caso, compreender as motivações que levaram um idoso de 72 anos a estar inserido na prática esportiva competitiva.

2.METODOLOGIA

O presente estudo apresenta características qualitativas, descritivas e transversais. Sendo que no primeiro, o pesquisador irá examinar e a partir disso tentar construir hipóteses pelo método indutivo; o segundo, se caracteriza pela ausência de modelos teóricos, objetivando detalhar os fenômenos de forma minuciosa; e o último observar como certas variáveis se manifestaram em um único momento [18].

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), seguindo a Resolução nº 466/12. A aprovação ocorreu em maio de 2017, através do Parecer nº 2.068.589 e número de inscrição CAAE: 62673916.0.0000.5147. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, sem nenhum custo ou vantagem financeira, e aqueles que concordaram tiveram de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra consistiu de apenas um indivíduo, homem de 72 anos e praticante de futebol competitivo, da cidade de Santos Dumont - MG. Como instrumento para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada em que as questões foram formuladas com antecedência e a entrevista ocorreu em formato de conversa informal.

Primeiramente foi realizado contato com o idoso para explanar os métodos e objetivos do estudo. Após ele concordar em participar da pesquisa, foi agendado melhor dia, local e horário para a realização da entrevista, bem como foi pedida autorização para grava-la.

Para análise dos dados, inicialmente, a gravação de áudio referente ao encontro foi transcrita na íntegra e uma leitura flutuante foi feita. Depois, um quadro de análise foi criado, e as respostas do participante foram agrupadas por temas e categorizadas que, segundo Bardin [19], são elementos que são reunidos e agrupados pelas características comuns desses elementos. A partir dessa categorização, buscou-se estabelecer relações entre as falas do idoso e os fatos, a partir do discurso e das fontes bibliográficas.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após fazer a análise da entrevista, a primeira motivação que o entrevistado relata para ter começado a praticar o futebol competitivo foi por ter recebido convite de amigos para ir a uma "pelada". E logo após ter entrado para o time oficial da cidade que competia, relatado pelas falas a seguir: "os colegas me chamavam... aí eu dizia: não, nunca joguei bola não! Mas ele disse: vamos...e aí comecei na quadra do tigre..."; "Eles eram companheiros de serviço, a gente trabalhava na... na... quase que na mesma sessão... aí eles chamavam..."; "Aí nessa época, nessa época eles me chamaram pra jogar e dali pra frente toda peladinha que tinha, quase que toda semana a gente ia."

De acordo com Massarella [20] o motivo que levou os idosos a se engajarem na prática de corrida foi a influência de alguém com quem existia um vínculo afetivo. Corroborando, Barreto [21] relatou em seu estudo que idosos são motivados ao esporte, pois sentem prazer na prática e se sociabilizam com os amigos.

Como outro fator motivador, o entrevistado citou o fato de estar e permanecer saudável nessa idade: "A minha saúde né...estou bem, estou andando, estou correndo...então, eu me sinto até bem." Freitas [22] & Lopes [23] encontraram que os motivos mais relatados para idosos começarem algum esporte, estão ligados a preocupação com um estilo de vida saudável como: melhorar a saúde, o desempenho físico e a redução do estresse. Um outro estudo apontou que homens idosos começam a praticar corrida por se sentirem menos ansiosos e estressados [24]. Ademais Rosenberg [25] verificou que idosos se engajaram em esportes para melhoria da saúde e mudança de alguns hábitos, como por exemplo fumar.

Como terceiro e último fator motivador, foi destacado pelo entrevistado o fato de melhorar a autoestima, comprovado pela fala a seguir: "quando eu chego no lugar pra jogar eles falam: "olha aqui oh...tem o tio aqui de 72 anos pra jogar. Ele é bom, corre os dois tempos..." De acordo com Ferrand [26], a maior parte dos idosos foi motivado por se sentirem bem-sucedidos com a prática e com os benefícios que o esporte proporcionou. Resultados semelhantes aparecem nos estudos de Truccolo [27] & Truccolo [24], que mostram que as razões mais fortes para idosos iniciarem o esporte são: a melhora do condicionamento físico e o aumento da autoestima. Corroborando com os autores, um outro estudo aponta a relação entre a motivação e a autoestima para a prática de esportes, além de estimular a competitividade [28-29].

4.CONCLUSÕES

Este estudo de caso proporcionou compreender um pouco sobre as motivações que cercam a vida de uma pessoa idosa para iniciar uma prática esportiva competitiva. Foi possível perceber que a família, os amigos, o aumento da autoestima e a melhora da saúde são essências para que o esporte comece a fazer parte da vida de idosos, bem como para que eles permaneçam e também participem de forma competitiva.

Entretanto, maiores estudos devem ser realizados a fim de corroborar a este, bem como saber se existem outros motivos para que a prática esportiva competitiva seja almejada. Além disso é importante outras pesquisas para que esse hábito da prática esportiva seja estimulado em idosos, com o intuito de que sejam beneficiados em sua saúde, alcançando assim cada vez mais a longevidade.

REFERÊNCIAS

[1] Amado NMBS. Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos socioculturalmente muito e pouco diferenciados. [Tese de Doutorado em Psciologia]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Programa de PósGraduação em Psicologia do Desenvolvimento; 2008.

[2] Fonseca AM. Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. Contextos Clínicos 2010; 3(2): 124-131.

[3] Meneses DLP, Silva Júnior FJG, Melo HSF, Silva JC, Luz VLES, Figueiredo MLF. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. Enfermagem em Foco 2013; 4(1): 15-18.

[4] Deslandes A. O relógio biológico não para, mas o exercício físico pode atrasar o tempo. Arquivos de NeuroPsiquiatria 2013; 71(2): 113-118.

[5] Becker AM. Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento WHOQOL-OLD. [Dissertação de Mestrado em Educação Física]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013.

[6] Birren JE, Schroots JJF. History, concepts and theory in the psychology of aging. In: Birren JE, Schaie KW. Handook of The Psychology of agin. 4. ed. San Diego: Academic Press; 1996. p. 3-23.

[7] Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional 2012; 1(7): 106-132.

[8] Mazo GZ. Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulinca; 2008.

[9] Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: AMGH; 2006.

[10] Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole; 2005.

[11] Calori D, Jambassi Filho JC, Gurjão ALD, Gonçalves R, Ferreira SA, Gobbi S. Efeito agudo de diferentes intensidades de exercício com pesos no desempenho muscular de idosas treinadas. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2012; 18(6):364-367.

[12] Raso V, Greve JMD. Exercício aeróbico ou com pesos melhora o desempenho nas atividades da vida diária de mulheres idosas. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2012; 18(2): 87-90.

[13] Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et. al. Exercise and physical activity for older adults. Medicine and Science in Sports and Exercise 2009; 41: 1510-1530.

[14] Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine and Science of Sports Exercise 2007; 39: 1435-1445.

[15] Almeida ST. Envelhecimento bem-sucedido e as aprendizagens no esporte competitivo: uma forma de adaptação de atletas que praticam corrida. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2011; 14(2): 233239.

[16] Okuma SS. Prescrição de exercícios para idosos. Apostila de Especialização em Atividade Física, Qualidade de Vida e Envelhecimento. Londrina-PR: UNOPAR, 2003.

[17] Miranda R, Bara Filho M. Construindo um atleta vencedor: uma abordagem psicofísica do esporte. Porto Alegre: Artmed; 2008.

[18] Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed; 2012.

[19] Bardin L. Análise de Conteúdo. 3. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

[20] Massarella FL, Winterstein PJ. Motivação intrínseca e o estado mental *flow* em corredores de rua. Movimento 2009; 15(2): 45.

[21] Barreto PS, Sanchez JCJ. Long-term adherence to exercise: the relationship with functional fitness and personal motivation among community-dwelling independent-living older women. Revista Brasileira de Ciências do Esporte 2011; 33(1): 193-206.

[22] Freitas CMSM, Santiago MS, Viana AN, Leão AC, Freyre C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano 2007; 9(1): 92-100.

[23] Lopes MA, Krug RR, Bonetti A, Mazo GZ. Envelhecendo na percepção das pessoas longevas ativas e inativas fisicamente. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento 2014; 19(1): 141-153.

[24] Truccolo AB, Maduro PBA, Feijó EA. Fatores motivacionais de adesão a grupos de corrida. Motriz. Revista de Educação Física UNESP 2008; 14(2): 108-114.

[25] Rosenberg M, Ferguson R. Maintaining relevance: an evaluation of health message sponsorship at Australian community sport and arts events. BMC public health 2014; 14(1): 1242.

[26] Ferrand C, Nasarre S, Hautier C, Bonnefoy M. Aging and well-being in French older adults regularly practicing physical activity: A self-determination perspective. Journal of aging and physical activity 2012; 20(2): 215-230.

[27] Truccolo AB. Adesão de mulheres à prática de atividade física regular. Revista da Educação Física 2007; 18: 239- 242.

[28] Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde 2010; 16(1): 18-24.

[29] Wu ZLJ. Examining the influencing factors of exercise intention among older adults: A controlled study between exergame and traditional exercise. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2015; 18(9): 521-527.

Capítulo 11

Hipermobilidade x Disfunção Temporomandibular: Caso clínico

Lúcia Helena Marques de Almeida Lima
Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima
Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
Alcione Barbosa Lira de Farias
Gustavo Dias Gomes da Silva
Alieny Cristina Duarte Ferreira

Resumo: As desordens temporomandibulares (DTM) se referem a um conjunto de condições que afetam os músculos da mastigação e/ou a articulação temporomandibular (ATM). Assim, é importante reconhecer os fatores etiológicos envolvidos na DTM para que se possa optar pelo tratamento mais adequado. O presente trabalho apresenta um caso clínico de uma paciente que procurou o atendimento da Clínica da Dor Orofacial do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I – Campina Grande, queixando-se de dor nas articulações temporomandibulares e cefaleia, além de um severo grau de desgaste dos seus dentes. Ao exame complementar (panorâmica das ATMs), foi observado que os côndilos mandibulares ultrapassavam o limite da eminência articular, caracterizando um deslocamento maior que o padrão de normalidade. Logo, foi proposto um tratamento com a intervenção multidisciplinar dos profissionais, incluindo Cirurgião-Dentista e Neurologista, realizado o aconselhamento frente as limitações que essa situação demandava. Nesse sentido, é ressaltada a importância da cooperação da paciente para que haja sucesso da terapia proposta.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Instabilidade articular, Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, Odontogeriatria.

1.INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é um termo geralmente utilizado para descrever uma condição que abrange uma variedade de problemas clínicos associados a alterações funcionais do sistema mastigatório, como desordens da articulação temporomandibular (ATM), músculos da mastigação e estruturas adjacentes (OKESON, 2013). A DTM caracteriza-se por diversos sinais e sintomas, tais como dor ou sensibilidade nos músculos mastigatórios, nas ATMs durante o movimento ou função mandibular, e podem também estar presentes limitação e/ou desvios dos movimentos mandibulares, ruídos articulares (estalidos e crepitações), cefaleias e zumbidos.

A articulação temporomandibular (ATM) é composta por tecidos duros como a fossa, eminência mandibular, côndilo e por tecidos moles compostos essencialmente por tecidos fibrosos da cápsula articular, do disco e dos ligamentos, sendo o mais importante o temporomandibular, que se encontra na superfície da cápsula, responsável pela limitação do movimento retrusivo da mandíbula (GUI; PIMENTEL; RIZZATTI-BARBOSA, 2015). Quando por algum motivo estes ligamentos se tornam flácidos o funcionamento da ATM pode se tornar prejudicado, resultando em uma hipermobilidade condilar (MARINHO; GANDA, 2010; PASINATO; SOUZA; CORRÊA; SILVA, 2011).

A amplitude de movimento articular é influenciada por vários fatores, incluindo alterações bioquímicas na estrutura do colágeno e elastina7, levando à perda de resistência à tração, frouxidão e aumento da mobilidade articular.

A dor pode ser oriunda de uma fonte primária, localizada diretamente na estrutura afetada ou de uma fonte secundária em áreas adjacentes. Os sintomas da DTM parecem advir do apertamento dental que se desenvolve a partir de estresse físico ou emocional. Para alguns autores, as DTMs são desenvolvidas a partir da alteração oclusal ou devido ao estresse associado a alteração oclusal, onde a oclusão pode ser estabelecida quando os côndilos estão simetricamente posicionados na fossa ou quando os côndilos estão localizados mais posterior e superiormente (PINTO, et al; 2012). Outros acreditam que o côndilo deve estar localizado anteriormente ao centro da fossa e posicionado contra a vertente posterior do osso temporal.

No entanto, dentre as causas oclusais, o contato prematuro parece ser o mais importante e pode retrair a mandíbula, e o côndilo pode comprimir e produzir alteração morfológica na borda posterior do disco (PEDRONI, DE OLIVEIRA, GUARATINI, 2003). Além do mais, a posição do côndilo na fossa mandibular parece ser um ponto de grande controvérsia e assume um papel importante no estabelecimento do diagnóstico e tratamento de pacientes que se apresentam com sintomas de disfunção e/ou desordem temporomandibular.

Em vista disso, é objetivo deste trabalho descrever o caso clínico relacionando a disfunção temporomandibular (DTM) e a hipermobilidade contextualizando sobre possíveis tratamentos que pode ser realizado pelo cirurgião-dentista.

2.RELATO DE CASO

O caso clínico descreve uma paciente, M.A.F.S., do sexo feminino, 51 anos, que buscou a Clínica da Dor Orofacial do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba/ Campus I, queixando-se de dor nas articulações temporomandibulares e cefaleia. De acordo com o índice anamnésico DMF obteve-se 70 pontos, diagnosticando sendo classificada como portadora de DTM severa. Foi observado perda da dimensão vertical de oclusão, tida como diminuída, o severo desgaste dos elementos dentários e a presença de estalidos na abertura mandibular e dor. Nos exames radiodiológicos, ortopantomografico e panorâmica das ATMs, foi observado os côndilos mandibulares além do limite articular, caracterizando um deslocamento maior que o padrão de normalidade. O tratamento imediato instituído para o paciente foi a orientação de exercícios fisioterápicos direcionados a hipermobilidade mandibular. Medicação sistêmica indicada para quadro álgico, tendo obtido sucesso na eliminação dor relatada. Posteriormente, a paciente foi encaminhada para reabilitação bucal que inicialmente foi instalada uma Overlay para recuperação da DVO perdida.

3.DISCURSSÃO

A articulação temporomandibular é uma estrutura altamente especializada, que difere das demais articulações do corpo humano pelo fato dos seus movimentos serem sinérgicos e sincrônicos com a articulação do lado oposto (Bevilaqua-Grossi, et al., 2006), o que determina um deslocamento frequentemente bilateral e sempre em direção anterior, além de ser a única articulação humana que pode ser deslocada sem a ação de forças externas (PINTO, et al., 2012). Porém, as disfunções temporomandibulares (DTMs) se caracterizam por um grupo de patologias que podem afetar a articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e estruturas associadas. Biasotto-Gonzales (2005) refere que as disfunções temporomandibulares (DTMs) têm sido definidas como um conjunto de sinais e sintomas manifestados em decorrência de alterações no sistema estomatognático, cuja etiologia envolve desde tensão emocional, interferências oclusais, má oclusão, alterações funcionais da musculatura mastigatória, alterações extrínsecas e intricas dos componentes estruturais da ATM.

A hipermobilidade articular é considerada como uma variação extrema da mobilidade articular normal na maioria das articulações, como também, a incapacidade de realizar movimentos mandibulares simples, como bocejar, falar, rir ou comer, sem que tais ações desencadeiem a uma luxação da ATM. Os pacientes geralmente relatam também a presença de dor articular, ruídos, estalidos, crepitações e em casos mais complexos, parestesia ou paralisia do nervo facial (CARDOSO, VASCONCELOS, OLIVEIRA, 2005).

O desenvolvimento de sintomas articulares em portadores de hipermobilidade pode estar relacionado a microtraumas por uso excessivo ou inadequado da articulação, portanto, as atividades que necessitem de movimentos repetitivos em sua execução podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios musculo-esqueléticos e quadro de dor em portadores de hipermobilidade articular (PINTO, et al; 2012). Além do mais, a hipermobilidade condilar envolve ligamentos colaterais da ATM, estruturas capsulares, intracapsulares e músculos mastigatórios e ao lado de outros fatores etiológicos tem alta incidência tanto na população com disfunção quanto na de indivíduos normais.

Hábitos parafuncionais são considerados danosos às estruturas mastigatórias por causarem hiperatividade muscular principalmente se associada à hipermobilidade articular (DUARTE, et al., 2001). Pacientes que se apresentam mais estressados e com menos suporte emocional que pessoas saudáveis, assim como, com alterações sistêmicas, podem influenciar a capacidade de adaptação das estruturas do sistema estomatognático, agindo como fatores predisponentes ou perpetuantes. Em estudo longitudinal, Disjkstra et al., (1993) avaliaram 13 pacientes com hipermobilidade condilar, 30 anos após tratamento para DTM. No grupo com hipermobilidade, o número de articulações com alterações radiográficas degenerativas aumentou significativamente se comparado com o controle.

Acredita-se que à frouxidão ligamentar, na articulação seja sobrecarregada, resultando em alterações degenerativas que podem se manifestar em desarranjos internos e/ou inflamação articular (DUARTE, et al; 2001). Logo, como qualquer outra articulação sinovial, a ATM pode ser afetada por hipermobilidade quando o côndilo move-se além da eminência articular. Este fato pode predispor alguns pacientes à sub-luxação da ATM, embora não sendo necessariamente acompanhada de dor ou disfunção (SAÉZ-YUGURO, et al., 2009).

4.CONCLUSÃO

A avaliação da presença de hipermobilidade articular é fundamental para se identificar pacientes de risco para o desenvolvimento de determinadas doenças e para a prevenção. Como os mecanismos patogenéticos para o desenvolvimento de sintomas articulares na hipermobilidade articular não são bem definidos, especula-se que estejam relacionados à uso excessivo e/ou inadequado da articulação, sendo um fator que talvez predisponha a este quadro. Além do mais, faz se necessário destacar a intervenção multidisciplinar para que possibilite um tratamento eficaz na reabilitação do paciente.

REFERENCIAS

[1] Bevilaqua-Grossi D et al. Anamnestic index reverity and signs and symptoms of TMD. Cranio 2006; Abr 24(2): 112-118.

[2] Biassotto-Gonzalez, D. A. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. São Paulo: Manole, 2005.

[3] Cardoso AB, Vasconcelos BCE, Oliveira DM. Estudo comparativo da eminectomia e do uso de miniplaca na eminência articular para o tratamento da luxação recidivante da articulação temporomandibular. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2005 jan/fev; 71(1): 32-7.

[4] Dijkstra PU et al. Temporomandibular joint osteoarthrosis and temporomandibular joit hypermobility. Cranio, 1993; jan./mar 11(4):268-275.

[5] Duarte, MSR et al. Hipermobilidade da ATM como fator etiológico de disfunção craniomandibular. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos. 2001; set/dez 4(3): 52-60

[6] Gui MS, Pimentel MJ, Rizzatti-Barbosa CM.Disfunção temporomandibular na síndrome

[7] da fibromialgia: comunicação breve. Rev Bras Reumatol. 2015 Apr;55(2): 189-94.

[8] Okeson, JP. Tratamento Das Desordens Temporomandibulares e Oclusão – Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

[9] Pasinato F, Souza JA, Corrêa EC, Silva AM.Temporomandibular disorder and generalized

[10] joint hypermobility: application of diagnostic criteria. Braz J Otorhinolaryngol. 2011 Jul-

[11] Aug;77(4):418-25.

[12] Pinto, L. et al. Eminectomia: tratamento para a luxação da articulação temporomandibular recidivante**.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.2012; jan./mar 12(1): 53-60.

[13] Pedroni CR, De Oliveira AS,Guaratini MI. Prevalence study of signs and symptoms of tempomandibular disorders in university students. J Oral Rehabil. 2003; Mar 30(3): 283-289.

[14] Saéz-Yuguero MR et al. Joint hypermobility and disk displacement confirmed by magnetic resonance imaging: A study of women with temporomandibular disorders. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics. 2009;107(6):54-57.

[15] Soto EMG, Pozos AOM, Castellanos JL. Bruxismo y desgaste dental. Revista ADM. 2015, 72 (2): 92-98.

Capítulo 12

Bruxismo excêntrico como fator Etiológico de disfunção Temporomandibular

Lúcia Helena Marques de Almeida Lima
Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima
Alcione Barbosa Lira de Farias

Resumo: As disfunções temporomandibulares se caracterizam por uma condição associada às alterações funcionais do sistema mastigatório, como desordens da articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e estruturas adjacentes. Em somatório, o bruxismo é considerado uma das parafunções mais prejudiciais ao sistema estomatognático, podendo desencadear desde desgastes dentários, lesões periodontais até lesões musculoarticulares em casos mais graves. A critério de estudo, investigação e diagnóstico dos fatores etiológicos envolvendo o bruxismo e as disfunções temporomandibulares (DTMs), relatou-se o caso de um paciente do sexo masculino, com 49 anos que procurou atendimento da Clínica do Serviço de Dor Orofacial do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I – Campina Grande - PB, queixando-se de dor nas articulações temporomandibulares e cefaleia. Ao exame clínico, constatou-se um severo grau de desgaste dos seus dentes devido ao hábito de rangê-los, aspecto característico de bruxismo excêntrico. Logo, foi proposto um tratamento multidisciplinar, através de exercício fisioterápicos e a instalação de um dispositivo do tipo overlay para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão e estabilização dos sinais clínicos. A confecção da overlay seguiu todo o protocolo clínico-laboratorial relatado na literatura, e após a instalação das peças protéticas o paciente foi proservado. Com a atuação da equipe multidisciplinar e da cooperação do paciente, pôde-se observar a sua satisfação na execução do tratamento, pois houve uma remissão dos sinais e sintomas, promovendo uma melhor qualidade de vida para o mesmo.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, Etiologia, Bruxismo

1.INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTM) se constituem em alterações funcionais das articulações temporomandibulares (ATM) e/ ou dos músculos da mastigação, cuja etiologia é tida como multifatorial. Um destes fatores é o bruxismo, que consiste em apertar ou ranger os dentes em atividades não funcionais do sistema estomatognático, realizado geralmente de forma inconsciente (GONÇALVES et al., 2010).

Assim, as DTMs caracterizam-se por um conjunto de sinais e sintomas, como dores na região da articulação temporo-mandibular (ATM), nos músculo da mastigação e em regiões irradiadas pela cabeça e o pescoço. A dor pode ser do tipo localizada, quando o paciente aponta a área específica, ou pode aparecer como uma grande área mal definida. Além disso, quando há dor, deve-se buscar obter informações sobre sua localização, comportamento, tipo, duração e intensidade. (DUARTE et al., 2001).

Deve-se considerar que a disfunção temporomandibular (DTM) é uma doença frequente e o seu diagnóstico inicial pode ser difícil. A caracterização populacional dos portadores pode facilitar a investigação inicial e nortear melhor o tratamento, tanto da disfunção em si, como de outros acometimentos associados que possam contribuir para o quadro de dor e alteração funcional. O diagnóstico diferencial pode ser difícil inicialmente e o paciente costuma procurar outros especialistas antes de chegar ao atendimento do cirurgião-dentista. Não é incomum, embora seja interessante para a eliminação de hipóteses diagnóstico, o paciente já ter visitado otorrinolaringologistas e neurologistas antes mesmo o paciente apresentando alterações mais claras do sistema estomatognático especificamente (SERRALTA et al., 2000).

A disfunção pode se manifestar decorrente de desgaste dentário, má oclusão, tratamentos ortodônticos, processos inflamatórios e infecciosos, trauma, estresse, ansiedade e outros fatores psicogênicos (MACEDO, 2008). A DTM pode coexistir com outras doenças músculo-esqueléticas ou que tenham repercussão neste sistema. Nesse sentido, o tratamento da DTM é variado e inclui desde orientações, terapia cognitivo-comportamental, placas de mordida, medicamentos miorrelaxantes, analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos tricíclicos, acupuntura, entre outros métodos e terapias complementares. (PORTINHO et al., 2012). O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico, de uma paciente que apresenta bruxismo excêntrico como fator etiológico de disfunção temporomandibular correlacionando seu tipo de tratamento.

2.RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, H.S.P, 49 anos, procurou o atendimento da Clínica do Serviço de Dor pertencente ao Programa de Extensão "Atenção ao portador de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial" do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I - PB. Na realização da anamnese foi verificado que o paciente teve como queixa principal o bruxismo e a dor (S.I.P.), e, na história clínica do paciente, o mesmo relatou sentir dor nos dentes desgastados pelo bruxismo há muito tempo, mas estava buscando o auxílio profissional pela primeira vez. Quando o paciente foi questionado a respeito das suas doenças sistêmicas, respondeu que tinha hipertensão, perda parcial de audição, problemas de coluna, fotofobia, tontura, já teve hepatite A e fez cirurgia para redução óssea das falanges.

Analisando os sintomas de estresse, o mesmo mencionou que tinha episódios de taquicardia, suor excessivo, irritabilidade, azia, gastrite, sono conturbado e dificuldade em respirar. Para tratar da gastrite, o paciente fazia uso regular de omeprazol. Após a aplicação do questionário de Avaliação da Autopercepção sobre Saúde Bucal - *GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index* - Atchison; Dolan (1990), de acordo com a sua pontuação do escore final de 25 pontos, pôde-se constatar que o paciente tinha uma baixa percepção.

Quando o paciente respondeu ao questionário do Índice Anamnésico de Fonseca (Fonseca et al., 1994), o mesmo relatou que tinha dores frequentes na cabeça, nuca e pescoço, o hábito de ranger os dentes e que se considera uma pessoa tensa, obtendo uma pontuação de 45 pontos, sendo enquadrado no grau de severidade moderada de Disfunção Tempomandibular. Utilizando a Escala Visual Analógica, pôde-se confirmar um grau 5 referente à dor articular. Ao exame clínico, apresentou um severo desgaste dos elementos dentários, ocasionado pelo seu hábito de ranger os dentes (Bruxismo excêntrico). (Fig.1)

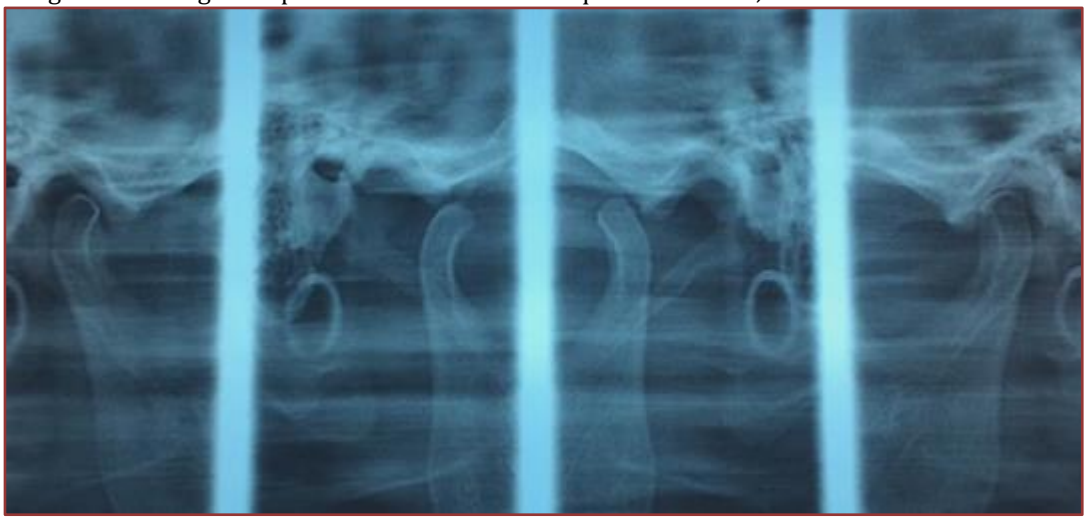
Figura 1. Vista frontal e intraoral da arcada superior, evidenciando os desgastes dentários causados pela atrição e erosão química endógena.

Figura 2. Vista frontal e intraoral da arcada inferior. Evidenciam-se os mesmos desgastes dentários erosivos e de atrição.

Ao avaliar a presença de DTM, obteve-se uma escala de 45 pontos no índice de Fonseca para classificação quanto aos sintomas de DTM, diagnosticando-o como portador de DTM moderada. Contudo, o paciente relatou frequentes dores orofaciais e a presença de estalidos na abertura bucal, onde no exame radiográfico das panorâmicas da ATM foi observado que os côndilos mandibulares estão com o deslocamento maior que o normal, como pode ser observado na figura a seguir:

Figura 3. Radiografia panorâmica do paciente.

Figura 4. Radiografias panorâmicas das ATMs esquerda e direita, com boca fechada e aberta.



Após a confirmação do diagnóstico, mediante avaliação de exames complementares associados ao exame físico, procedemos ao início da reabilitação. O paciente iniciou prontamente os cuidados fisioterápicos e, na clínica odontológica, foram feitas moldagens superiores e inferiores, reposicionamento mandibular e registro da futura DVO com dispositivo intrabucal JIG de Lucia, registro interoclusal de mordida e registro do arco facial para montagem dos modelos em articulador semi-ajustável.

No laboratório foram confeccionadas as duas placas com recobrimento de faces oclusais do tipo overlay. Em seguida, foram realizadas etapas de instalação e ajustes das placas em boca, bem como ajustes de guias dos movimentos excursivos e distribuição uniforme dos contatos oclusais. Foi necessário reembasar as overlays no momento da instalação.

Figura 5. Placas overlay finalizadas.

O tratamento imediato instituído para o paciente foi a orientação de exercícios fisioterápicos e posteriormente o paciente foi encaminhado e acompanhado na reabilitação com a overlay para recuperação da DVO perdida.

Figura 6. Aspecto clínico do paciente após instalação e ajustes das overlays. Evidencia-se significativa melhora funcional e estética do caso.

3.DISCUSSÃO

É de fundamental importância reconhecer os fatores etiológicos envolvidos na DTM, para assim, optar pelo tratamento mais adequado deste distúrbio. Acredita-se que o desenvolvimento de sintomas articulares em portadores de hipermobilidade esteja relacionada a microtraumas por uso excessivo ou inadequada da articulação, onde as atividades que necessitem de movimentos repetitivos em sua execução podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos e quadro de dor (SERAIDARIAN et al., 2001).

Os hábitos parafuncionais também são considerados danosos às estruturas mastigatórias, por causarem hiperatividade muscular, principalmente se associada à hipermobilidade articular (GARCIA et al., 2005). As DTMs têm uma interpretação muito ampla quando se considera a população geral que sofrendo de disfunção músculo articulares no sistema estomatognático, e usualmente, a sintomatologia dolorosa é patognomônica, como no caso clínico acima demonstrado. As mulheres geralmente são mais afetadas que os homens, assim, considera-se a DTM com a presença de dores nas articulações temporomandibulares e nos músculos mastigatórios (BERGER et al., 2017).

Tal desconforto pode ser o resultado de uma dor referida dos músculos mastigatórios, da ATM, de dentes e de áreas cervicais, apresentando-se como uma dor não pulsátil, severa e unilateral na região temporal e auricular (SILVA, CASTISAMO, 2009).

O acometimento dessas disfunções pode afetar significativamente a população, sendo que a dor da DTM pode ter um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, prejudicando as suas atividades do cotidiano. Algo importante a se enfatizar é que o bruxismo, por ser uma parafunção caracterizada pelo contato exagerado dos dentes, pode se manifestar pelo ranger ou apertar dos mesmos, ocorrendo de forma consciente ou inconsciente (GAMA et al., 2013). Acredita-se que o manejo das situações adversas voltadas para o autocontrole do estresse e mudanças de estilo de vida do indivíduo conduz à melhora do quadro clínico do bruxômano.

No tratamento odontológico para o bruxismo, as principais intervenções clínicas devem ser voltadas para a proteção dos dentes, a redução mecânica e/ou farmacológica do sintoma de rangido, ajustes oclusais e da superfície de restaurações, o alívio das dores faciais e temporais bem como a promoção de melhorias na qualidade do sono, (BOVE, GUIMARÃES, SMITH, 2005).

4.CONCLUSÃO

O bruxismo vem se tornando cada vez mais frequente em pacientes que procuram os consultórios odontológicos. Desta forma, compete ao cirurgião dentista estar preparado para realizar um bom diagnóstico de sinais e sintomas, com aspectos da identificação do problema, informando o paciente da severidade do caso que o acomete. Assim, através da atuação da equipe multidisciplinar e a cooperação do paciente pode-se conseguir uma maior eficácia na execução do tratamento, promovendo uma melhor qualidade de vida para o paciente.

REFERÊNCIAS

[1] Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. J Dent Educ. 1990;54:680–6.

[2] Berger M, Szalewski L, Szkutnik J, Ginszt M, Ginszt A. Different association between specific manifestation of bruxism and temporomandibular disorder pain. Polish Journal of Neurology and Neurosurgery 2017, 51: 7-11.

[3] Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção têmporo-mandibular e dor orofacial. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005 et-out; 13 (5): 686-91.

[4] Duarte, MSR et al. Hipermobilidade da ATM como fator etiológico de disfunção craniomandibular. 2001 set-dez; 4(2). 52-60.

[5] Fonseca DM, Bonfate G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. Rev Gaucha Odontol. 1994;42:23-8.

[6] Garcia, AR et al. Sintomas e aspectos radiográficos de pacientes com desordem temporomandibular. Rev Odontol de Araçatuba. 2005 Jul-dez; 26 (2):21-27.

[7] Gama, E et al. Bruxismo: Uma revisão da literatura. Ciência atual. 2013 set-dez 1(1): 20-97.

[8] Gonçalves, LPV et al. Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais. Dental Press J Orthod 15(20): 97-104, 2010.

[9] Macedo, CR. Bruxismo do sono. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008, mar-abr 13 (2): 18-22.

[10] Portinho, C. et al. Perfil dos pacientes com disfunção temporomandibular. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2012; 41(1): 34-53. N.1

[11] Seraidarian, P.I et al. Bruxismo: uma atualização dos conceito, etiologia, prevalência e

[12] gerenciamento. JBA 1(4): 290-295, 2001.

[13] Serralta, FB et al. Adaptação de um instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção craniomandibular e dor orofacial. JBA. 2000; jan.-fev 5(25):86-92.

[14] Silva, NR; Castisamo, MH. Bruxismo etiológico e tratamento. Revista Brasileira de odontologia. 2009 jul-dez 22(4): 465-472.

Capítulo 13

Tendência de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na região Nordeste do Brasil, 1996 – 2015

Flávia Steffany Leite Miranda
Karolayne Silva Souza
Milena Roberta Freire da Silva
Rafaell Batista Pereira
Kátia Cilene da Silva Felix

Resumo: As doenças do aparelho cardiovascular são as principais causas de hospitalização e de óbito no Brasil, sendo a síndrome coronária aguda (angina instável e infarto agudo do miocárdio), a grande responsável por esta mortalidade. O termo infarto agudo do miocárdio significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada, visto que este pode ser dividido em cinco classes diferentes de acordo com os mecanismos que levam a isquemia. Na maioria dos países a doença isquêmica do coração representa uma das principais causas de óbito em homens e mulheres acima de trinta anos de idade. Apesar da tendência de declínio observada a partir da década de 80 em vários países, a mortalidade por doença isquêmica permanece elevada no Brasil. Perante a importância desta doença, vários estudos têm sido conduzidos sobre as tendências de mortalidade, assim este trabalho teve como objetivo avaliar a tendência temporal de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na região Nordeste do Brasil, no período de 1996-2015. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo de uma série temporal, baseado em dados secundários coletados através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados dados de óbitos por IAM na Região Nordeste do Brasil, entre os períodos de 1996-2015, nas faixas etárias de 60-69, 70-79 anos e 80 anos mais. Para realizar as buscas dos dados, utilizou-se a 10ª revisão da versão brasileira da Classificação Internacional de Doenças (CID BR-10), para IAM: 068.1 (Infarto Agudo do Miocárdio). De 1996 a 2015, foram registrados cerca de 231.957 óbitos por Infarto agudo do miocárdio na região nordeste do Brasil, nas faixas etárias de 60 a 80 anos mais. Na faixa etária de 60-69 anos ocorreu 71.624 óbitos (30,8%), 70-79 anos 80.314 óbitos (34,6%), 80 anos mais 80.716 óbitos (34,8%). Observa-se que houve cerca de 106.829 óbitos (46%) para o sexo feminino e 125.051 óbitos (54%) para o sexo masculino. A taxa de mortalidade bruta variou de 154,6 óbitos/100.000 habitantes em 1996 para 331,7 óbitos/100.00 habitantes em 2015. As taxas específicas de mortalidade por sexo e faixa etária mostrou variações em ambos os sexos, sendo observado um número maior de óbitos no sexo masculino no período de 1996 a 2015. Nas taxas de mortalidade ajustada apresentou uma tendência crescente significativa no período de 1996 a 2015, para todas as faixas etárias. Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que houve uma tendência crescente significativa nas taxas bruta, especifica e ajustada de mortalidade por IAM em todas as faixas etárias no período de 1996 a 2015. Fator este explicado pelo crescente aumento populacional de indivíduos com mais de 65 anos, e devido a incidência de doenças cardiovasculares aumentarem dramaticamente com o envelhecimento e representarem importante causa de morbidade, mortalidade e pior qualidade de vida em idosos.

Palavras - chave: Infarto do miocárdio. Epidemiologia. Saúde coletiva. Tendência.

1.INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho cardiovascular são as principais causas de hospitalização e de óbito no Brasil, sendo a síndrome coronária aguda (angina instável e infarto agudo do miocárdio), a grande responsável por esta mortalidade. O termo infarto agudo do miocárdio (IAM) significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vaso espasmo sobre uma placa aterosclerótica [1].

A definição universal desenvolvida em conjunto pela European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) e World Heart Federation (WHF) subdivide o IAM em 5 tipos. O IAM tipo 1 é o espontâneo, resultante de trombose coronariana, a qual resulta, por sua vez, de ruptura, fratura ou erosão da placa aterosclerótica. O desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio caracterizam o IAM tipo 2, que ocorre em diversas condições não associadas a acidentes da placa aterosclerótica. Esse desequilíbrio pode ocorrer por disfunção endotelial, vasoespasmo coronariano, embolia coronariana, taqui e bradiarritmias, anemia, insuficiência respiratória, hipotensão e hipertensão. Os demais tipos compreendem o IAM tipo 3, que é definido quando ocorre IAM seguido de óbito, na vigência de sintomas sugestivos de isquemia miocárdica e alterações eletrocardiográficas isquêmicas. O tipo 4A é decorrente de intervenção coronariana percutânea, e o tipo 4B ocorre na trombose do stent. O tipo 5 caracteriza o IAM associado à cirurgia de revascularização miocárdica [2].

Na maioria dos países a doença isquêmica do coração representa uma das principais causas de óbito em homens e mulheres acima de trinta anos de idade. Apesar da tendência de declínio observada a partir da década de 80 em vários países, a mortalidade por doença isquêmica permanece elevada no Brasil [3].

A apresentação típica é caracterizada por dor precordial no lado esquerdo, irradiada para o membro superior esquerdo, na qual, possui elevada intensidade e com prolongamento da dor, visto que, não se evolui para melhora. Com isso, também possui possibilidade de apresentar irradiação para mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros e região epigástrica [4].

O diagnóstico clínico é feito através de características da síndrome e de manifestações clínicas. Segundo, Bevilacqua (1985), as manifestações clínicas são: ansiedade e agitação em geral devido ao débito cardíaco decorrente do processo abrupto de interrupção de fluxo sanguíneo ao miocárdio, sudorese, sinais de choque, com hipotensão arterial, diminuição de amplitude de pulso devido a necrose maciça com grande déficit de contratilidade, sinais de falência ventricular esquerda, arritmias e vômitos. O diagnóstico de IAM, baseado somente em critérios clínicos e eletrocardiográficos (ECG), pode ser difícil no momento em que o paciente é admitido à sala de emergência. Se o nível do segmento ST estiver alterado, haverá um problema cardíaco. No entanto, o ECG pode não avaliar ou não detectar o problema com certeza, assim sendo, ainda haverá o diagnóstico laboratorial [3].

A recanalização precoce da artéria coronária obstruída no IAM é o principal objetivo do tratamento. A realização da angioplastia primária com implante de stent é o procedimento terapêutico de escolha nestes casos, uma vez que se associam a maiores taxas de sucesso, menores taxas de complicações e melhor evolução tardia, especialmente se realizada nas primeiras horas após o início dos sintomas [5].

É considerável os estudos que estão sendo realizados sobre o Infarto Agudo do Miocárdio, tendo este, um estudo sobre a tendência de mortalidade pois é de suma importância, para observar o padrão de óbitos e saber se está havendo uma redução ou um aumento no número de mortalidade, e com isto elucidar as informações buscadas. Visto isso, este estudo tem como objetivo avaliar a tendência temporal da mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na região Nordeste do Brasil, no período de 1996-2015.

2.MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo de uma série temporal, baseado em dados secundários coletados através do Sistema Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram analisados dados de óbitos por IAM na Região Nordeste do Brasil, entre os períodos de 1996-2015, nas faixas etárias de 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos mais. Para realizar as buscas dos dados, utilizou-se a 10ª revisão da versão brasileira da Classificação Internacional de Doenças (CID BR-10), para IAM: 068.1 (Infarto Agudo do Miocárdio). Obteve-se dados sobre a população da região nordeste segundo a faixa etária e sexo masculino e feminino, sendo obtido através das estimativas do período de 1996-2015 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As taxas de mortalidade bruta, específica e ajustada foram calculadas por faixa etária, adotando um padrão mundial através do método direto proposto em 1960 (SERGI et al., 1960). Calculou-se as tendências através do software *Joinpoint Regression Program do National Cancer Institute*, USA [6,7], esse software cria modelos com segmentos lineares unidos por pontos de inflexão, onde permite identificar mudanças anuais e assim descrever tendências crescentes e decrescentes de óbitos por IAM, e o apresenta em forma de gráficos, no nosso trabalho será ilustrado os gráficos em que obtiveram os resultados estatisticamente significativos. O nível de significância adotado pelo *Joinpoint Regression Program do National Cancer Institute*, seguindo o modelo de Monte Carlo Permutation, $p \leq 0,05$ (alfa).

Esta pesquisa segue as normas do Conselho Nacional de Ética da Resolução n°. 466/2012, onde os dados que foram obtidos estão disponíveis ao público através da plataforma do DATASUS na internet, visto isso, não foi preciso a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, pois não utilizou dados de identificação de indivíduos.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

De 1996 a 2015, foram registrados cerca de 231.957 óbitos por Infarto agudo do miocárdio na região nordeste do Brasil, nas faixas etárias de 60 a 80 anos mais. Na faixa etária de 60-69 anos ocorreu 71.624 óbitos (30,8%), 70-79 anos 80.314 óbitos (34,6%), 80 anos mais 80.716 óbitos (34,8%). Observa-se que houve cerca de 106.829 óbitos (46%) para o sexo feminino e 125.051 óbitos (54%) para o sexo masculino.

A Variação Percentual Anual (APC) indica o aumento ou diminuição por ano em porcentagem da tendência, bem como a significância (p), o resultado positivo da APC representa o aumento na tendência de mortalidade e negativa diminuição.

Na análise das taxas de mortalidade observou-se que na taxa de mortalidade bruta variou de 154,6 óbitos/100.000 habitantes em 1996 para 331,7 óbitos/100.00 habitantes em 2015 (Tabela 1). As taxas específicas de mortalidade por sexo e faixa etária mostrou variações em ambos os sexos, sendo observado um número maior de óbitos no sexo masculino no período de 1996 a 2015 (Tabela 2). Observando também variações nas taxas ajustadas de mortalidade por faixas etárias nos anos de 1996 a 2015, apresentados na tabela 1, sendo observado uma maior variação no número de óbitos na faixa etária de 80 anos mais na taxa ajustada.

A partir da análise dos dados submetidos no software *Joinpoint Regression Program,* verificou que na taxa de mortalidade bruta no período de 1996 a 2015, houve um aumento significativo de 3,7% ao ano, no qual mostrou um acréscimo nos óbitos (Tabela 3).

Nas taxas de mortalidade ajustada apresentou uma tendência crescente significativa no período de 1996 a 2015, para todas as faixas etárias, sendo que na faixa etária de 60-69 anos obteve-se um Joinpoint no período de 2000 a 2006 com um crescimento significativo e um Joinpoint de 2006 a 2015 com crescimento não significativo, porém nos anos de 1996 a 2000 não houve a contabilização de Joinpoint e teve um crescimento também não significativo. Na faixa etária de 70-79 anos teve um Joinpoint no período de 2003 a 2006 com um acréscimo não significativo e em 2006 a 2015 obteve um Joinpoint com o crescimento significativo, e nos anos de 1996 a 2003 não houve nenhum Joinpoint, mas ocorreu um crescimento significativo. A faixa etária de 80 anos mais não teve nenhum Joinpoint (Tabela 3).

As taxas de mortalidade específica por sexo, demonstrou um aumento significativo nos anos de 1996-2015 tanto no sexo feminino (Tabela 4) quanto para o sexo masculino (Tabela 5) para as faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80 anos mais. Porém, apresentou dois Joinpoints no sexo feminino e masculino na faixa etária de 60-69 anos no período de 2000-2015, em 2000-2006 houve um crescimento significativo em ambos os sexos, mas em 2006-2015 no sexo feminino ocorreu uma redução não significativa e no sexo masculino não houve crescimento significativo, e de 1996-2000 não teve Joinpoint. Na faixa etária de 70-79 anos no sexo feminino teve um Joinpoint no período de 2006-2015 e nos demais anos não ocorreu Joinpoint, já no sexo masculino obteve-se dois Joinpoints nos anos de 2003-2006 com acréscimo significativo e em 2006-2015 com crescimento não significativo, no entanto no período de 1996-2003 não houve contabilização de Joinpoint mais o crescimento foi significativo. A faixa etária de 80 anos mais no sexo feminino apresentou dois Joinpoint em 2002-2006 e 2006-2015 ambos com crescimento significativo e em 1996-2002 não contabilizaram Joinpoint, no sexo masculino foi possível observar que nesta faixa etária teve três Joinpoint, no período de 2002-2007 e 2010-2015 houve uma contabilização crescente significativa, em 2007-2010 ocorreu um decréscimo não significativo, e de 1996-2002 não apresentou Joinpoint, porém teve um crescimento significativo.

Entre as mortes por doenças cardiovasculares, o infarto agudo representa a principal causa nos homens. Nas mulheres, a principal causa é constituída pelas doenças cerebrovasculares, ocupando o infarto agudo do miocárdio a segunda posição. Mas o conjunto das mortes por doenças isquêmicas (infarto + demais isquêmicas) supera o número de óbitos provocados pelas doenças cerebrovasculares [8]. De acordo com Kirchhoff et al (1999); Rosamond et al (1998); Lotufo (1998); Chor et al (1998), o número de mortes por isquemia do coração é muito elevada no Brasil, em comparação com outros países [9,14,15,16,17].

Na vida adulta, taxas de incidência e de mortalidade por doenças cardiovasculares, tanto em homens como em mulheres, apresentam gradientes em relação à renda, educação, ocupação e classe social [9].

Tabela 1 – Variação da taxa bruta e ajustada da mortalidade por IAM na região Nordeste do Brasil, no período de 1996 a 2015.

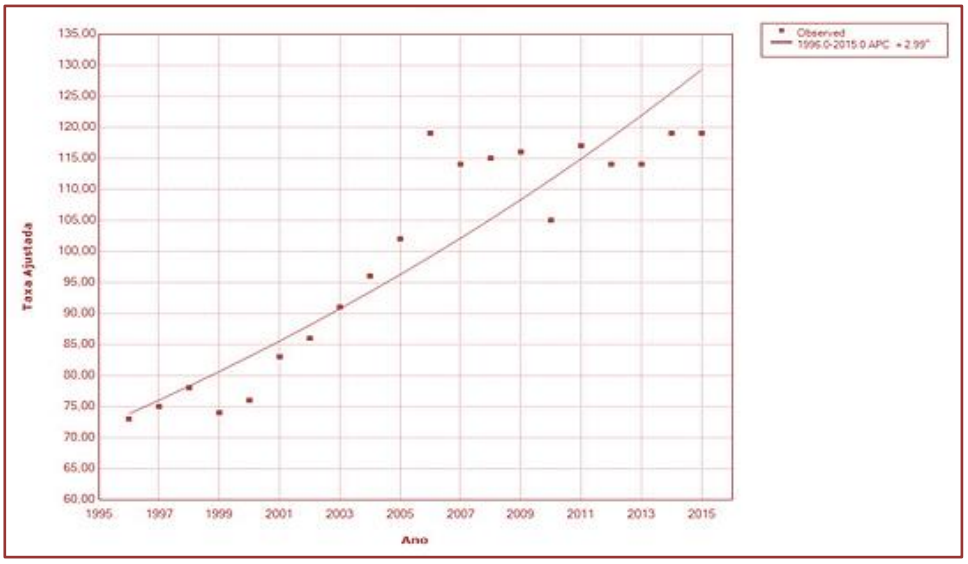
Taxa de mortalidade Bruta	Faixa etária 60-80 anos	Período 1996-2015	Óbitos /100.000 habitantes 154,6-331,7
Ajustada	60-69 70-79 80 +	1996-2015	7,3-11,9 9,0-18,0 2,9-9,1

Tabela 2 – Variação da taxa específica de mortalidade por sexo e faixa etária, do IAM na região Nordeste do Brasil no periodo de 1996 a 2015.

Taxa de mortalidade	Faixa etária	Período	Masculino (Óbitos /100.000 habitantes)	Feminino (Óbitos /100.000 habitantes)
Específica por Sexo	60-69	1996-2015	129,0 – 226,4	82,1 – 121,6
	70-79		216,8 – 469,3	143,2 – 281,6
	80 +		315,0 – 1113,0	277,1 – 792,6

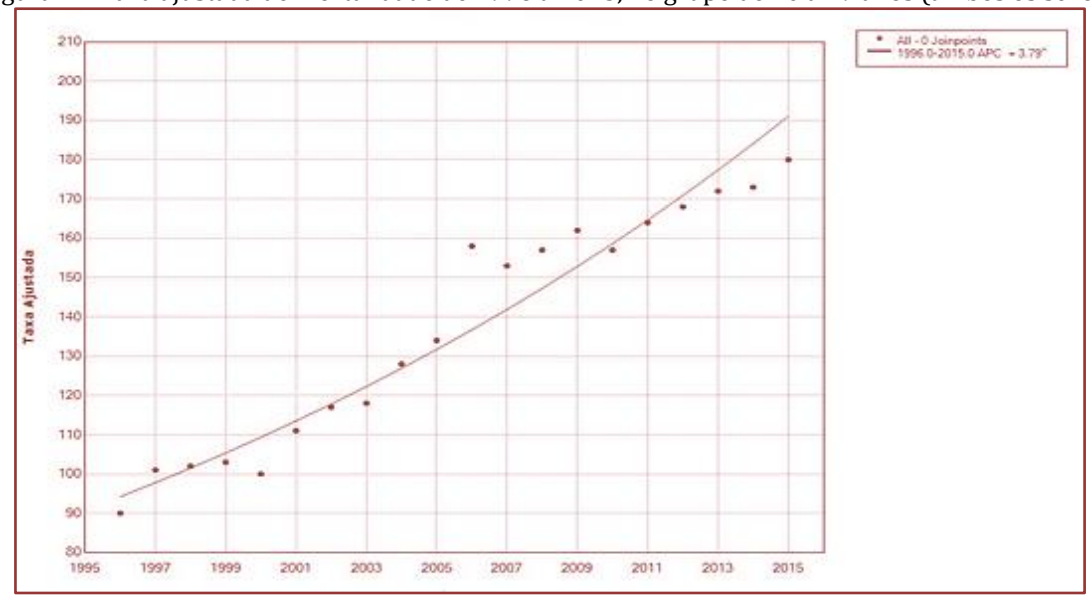
Os dados dos gráficos foram gerados em forma de figuras, apenas para os resultados significativos nos grupos de faixas etárias de 60 a 69 anos (Figura 1), 70 a 79 anos (Figura 2), e 80 anos mais (Figura 3), em ambos os sexos no período de 1996 a 2015.

Figura 1 – Taxa ajustada de mortalidade de 1996 a 2015, no grupo de 60 a 69 anos (ambos os sexos).



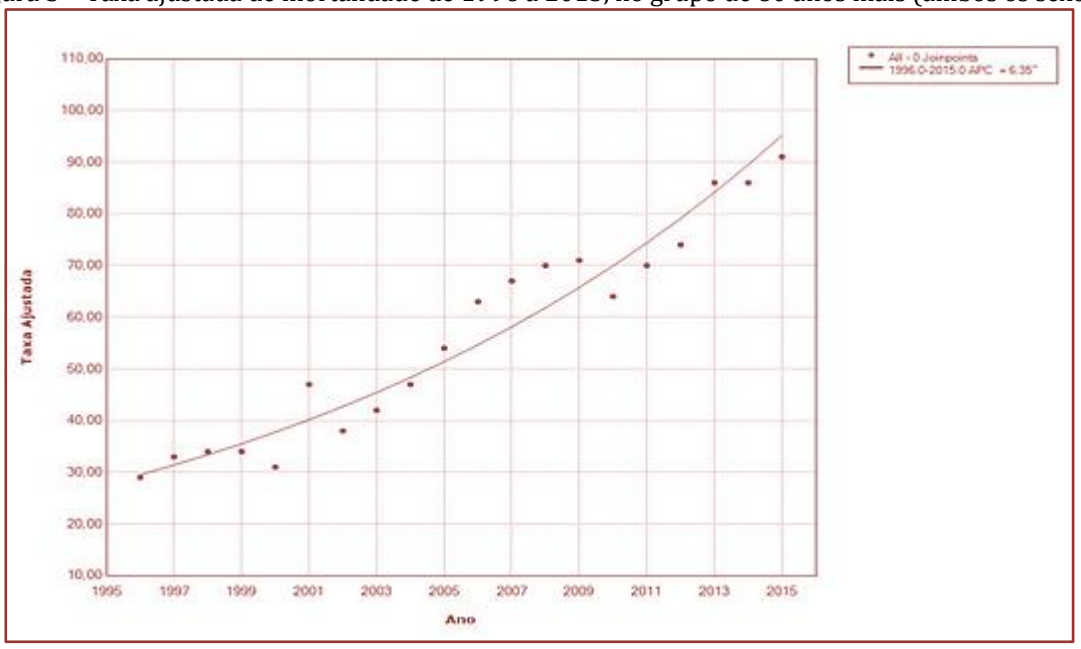
^ Indica que a Variação de porcentagem anual (APC) é significativamente diferente de zero no nível alfa = 0,05.

Figura 2 – Taxa ajustada de mortalidade de 1996 a 2015, no grupo de 70 a 79 anos (ambos os sexos).



^ Indica que a Variação de porcentagem anual (APC) é significativamente diferente de zero no nível alfa = 0,05.

Figura 3 – Taxa ajustada de mortalidade de 1996 a 2015, no grupo de 80 anos mais (ambos os sexos).



^ Indica que a Variação de porcentagem anual (APC) é significativamente diferente de zero no nível alfa = 0,05.

Os resultados presente neste trabalho demonstrou que houve uma tendência crescente significativa nas taxas bruta, específica e ajustada de mortalidade por IAM em todas as faixas etárias no período de 1996 a 2015.

No Brasil, a transição demográfica iniciada no final da década de 1960, com a diminuição da fecundidade, resultou num aumento progressivo do percentual de idosos. Em 1980, pessoas com 60 anos ou mais de idade perfaziam 6,1% da população, em 2000 eram 8,6%, e a projeção para 2050 é de 29,8%. A taxa de crescimento será mais acentuada ainda para os idosos mais velhos. O envelhecimento populacional tem elevado à carga das doenças cardiovasculares e de seus fatores de risco [10].

A proporção de indivíduos com mais de 65 anos vem aumentando, e consequentemente a incidência de doenças cardiovasculares aumenta dramaticamente com o envelhecimento e representam importante causa de morbidade, mortalidade e pior qualidade de vida em idosos. Os idosos representam uma parcela

expressiva dos pacientes que procuram atendimento cardiológico e suas características precisam ser bem conhecidas, principalmente porque os efeitos do envelhecimento sobre o aparelho cardiovascular alteram os conceitos de normalidade atribuídos à população mais jovem [11].

O mesmo estudo apontou que a proporção mortalidade por IAM para grupos etários acima de 50 anos foi maior para o sexo masculino, corroborando para o fato que o crescimento da frequência e da mortalidade de infarto agudo do miocárdio em idosos é maior nos homens do que nas mulheres [12].

Ainda não se conhece com precisão os limites entre alterações fisiológicas do envelhecimento e as doenças propriamente ditas. Sabe-se, porém, que o envelhecimento gera alterações anatômicas e funcionais que aumentam a prevalência dos fatores de risco e permite uma prolongada exposição a esses efeitos, predispondo ao surgimento de doenças. Assim a idade, por si só, aumenta a incidência e a mortalidade por IAM [13].

Tabela 3 – Taxas bruta e ajustada de mortalidade por IAM na região Nordeste do Brasil para ambos os sexos, no periodo de 1996 a 2015.

Taxa de mortalidade	Faixa etária	Período/ponto de inflexão (APC)[2]	IC (95%)	APC (%)	Significância (p)[1]	Tendência
Bruta	60-80 anos mais	1996-2015	2,3 - 5,1	3,7	0,01	Crescente
Ajustada	60-69	1996-2000	-2,5 - 3,7	0,6	0,7	Crescente
		2000-2006[2]	4,5 - 9,1	6,7	0,01	
		2006-2015[2]	-0,4 - 1,3	0,5	0,3	
	70-79	1996-2003	2,1 - 4,6	3,4	0,01	Crescente
		2003-2006[2]	-0,6-19,1	8,8	0,1	
		2006-2015[2]	0,9 - 2,6	1,8	0,01	
	80 anos mais	1996-2015	5,5 - 7,2	6,4	0,01	Crescente

[1] Nível de significância $p \leq 0,05$
[2] Observação de Joinpoint

Tabela 4 – Taxa específica de mortalidade por sexo e faixa etária, do IAM na região Nordeste do Brasil no período de 1996 a 2015.

Sexo	Faixa etária	Período/ponto de inflexão (APC)[2]	IC (95%)	APC (%)	Significância (p)[1]	Tendência
Feminino	60-69	1996-2000	-2,2 - 3,3	0,5	0,7	Crescente
		2000-2006[2]	4,4 - 8,5	6,4	0,01	
		2006-2015[2]	-0,9 - 0,6	-0,2	0,6	Decrescente
	70-79	1996-2006	3,9 - 6,2	5,0	0,01	Crescente
		2006-2015[2]	0,3 - 2,9	1,6		
	80 anos mais	1996-2002	-1,7 - 5,7	1,9	0,3	Crescente
		2002-2006[2]	3,6 - 28,5	15,4	0,01	
		2006-2015[2]	1,0 - 5,0	3,0		
Masculino	60-69	1996-2000	-2,7 - 4,9	1,0	0,6	Crescente
		2000-2006[2]	4,1 - 9,8	6,9	0,01	
		2006-2015[2]	-0,3 - 1,9	0,8	0,1	
	70-79	1996-2003	2,2 - 4,8	3,5	0,01	Crescente
		2003-2006[2]	-0,6 - 20,0	9,2	0,1	
		2006-2015[2]	1,8 - 3,5	2,7	0,01	
	80 anos mais	1996-2002	0,8 - 7,9	4,3	0,01	Crescente
		2002-2007[2]	5,6 - 19,9	12,6		
		2007-2010[2]	-19,0-21,1	-1,0	0,9	Decrescente
		2010-2015[2]	4,6 - 14,4	9,4	0,01	Crescente

[1] Nível de significância $p \leq 0,05$
[2] Observação de Joinpoint

4.CONCLUSÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), se apresentou na região nordeste do Brasil no período de 1996-2015, com uma tendência de mortalidade crescente de forma significativa. Demonstrou-se que a faixa etária mais acometida por IAM dentre as citadas no presente estudo (60-69, 70-79, e 80+), é a faixa etária de

80+, porém com uma diferença muito pequena em relação as faixas etárias de 70-79 anos. O número de óbitos por IAM também se apresentou elevado em indivíduos do sexo masculino em relação ao sexo feminino, estando relacionado pelo estilo de vida do homem que muitas vezes é menos saudável que o das mulheres.

A crescente mortalidade por IAM aparentemente está conectado à exposição mais elevada dos indivíduos aos fatores de risco da doença, como o tabagismo, alimentação rica em gorduras, uso excessivo de álcool e drogas, estresse e também ao sedentarismo. Diversas estratégias de prevenção como a sensibilização da prática de exercícios físicos e alimentação saudável, são realizadas pelas políticas públicas para a diminuição do número de óbitos por IAM, no entanto, esse número de óbitos parecem só aumentar, pois muitas pessoas mesmo cientes diante dos perigos, estão adotando estilos de vida menos saudáveis no período analisado.

Portanto, também é relevante ressaltar que o diagnóstico precoce de potenciais doenças cardiovasculares, são importantes para que o tratamento do indivíduo seja rápido, diminuindo os riscos de se ter um IAM ou ainda para que se proteja de novos eventos. No entanto, a permanência de hábitos saudáveis ainda é o melhor e mais importante meio contra o IAM, pois assim aumenta-se a sobrevida do paciente que já foi acometido pelo IAM, ou até mesmo previne aqueles indivíduos de eventos de IAM futuros.

REFERÊNCIAS

[1] Lopes, Juliana de Lima, et al. Mobilização e alta precoce em pacientes com infarto agudo do mioc·rdio - revis„o de literatura. Acta Paul Enferm. v. 2, n. 21, p. 345-350, 2008.

[2] Schmidt, Marcia Moura. et al., Prevalencia, etiolofia e características dos paciente com infarto agudo do miocárdio tipo 2. Revista Brasileira Cardiologia Invasiva. v 23, n. 2, 2015.

[3] Lozovoy, Marcell Alysson Batisti. et al., Infarto Agudo do Miocárdio: Aspectos Clínicos e Laboratoriais. Interbio. v.2, n.1, 2008.

[4] Pesaro, Antonio Eduardo Pereira. et al., Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronariana Aguda Com Supradesnível do Segmento ST. Rev Assoc Med Bras. v. 50, n. 2, 2004.

[5] Carvalho, Gustavo. Infarto Agudo do Miocárdio: uma Amostra de Atendimento na Cidade de Goiânia e o Valor Prognóstico da CK-MB. Goiana, 2015.

[6] Albuquerque, M. A. C. Tendência secular de mortalidade por doenças infecciosas no estado de Sergipe. 2016. 86 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

[7] Guimarães, R. M. et al. Aplicação de três técnicas para avaliação de tendência de mortalidade por câncer do colo do útero em série temporal no Brasil, 1980-2009. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 359-367, 2012.

[8] Boletim de Mortalidade. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. Dezembro, 2014.

[9] Sobrinho, José Renaldo Prata. et al. Infarto Agudo do Miocárdio: uma Revisão Bibliográfica. Scire Salutis. v. 5, n. 1, Out 2014 a Set 2015.

[10] Freitas, M. P. D. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos – coorte de idosos de bambuí, 2011, 98 f. Dissertação (Doutor em Ciências na área de concentração Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2011.

[11] Wajngarten, M. O Coração No Idoso, Jornal Diagnósticos em Cardiologia, v. 13, n. 43, 2010.

[12] Machado, D. P; Hillesheim, A. C; Ferraz, L. O perfil das internações e da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no município de Xanxerê, 2016. Disponível em < http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/Davi-Provenzi.pdf> Acessado em: 07 de agosto de 2017.

[13] Moraes, E. N. de; Moraes, F. L. de; Lima, S. de P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Revista Médica Minas Gerais. Minas Gerais: v.20, n1, p. 67 – 73, 2010.

[14] Kirchoff, M.; Davidsen, M.; Bronnumhansen, B.; Schnack H.; Eriksen, L. S.; Madsen, M. Incidence of myocardial infarction in the Danish Monica population 1982-1991. Int J Epidemiol., v. 28, p. 211-8, 1999.

[15] Rosamond, W. D.; Chambless, L. E.; Folsom, A. R.; Cooper, L. S.; Conwill, D. E.; Clegg, L.; et al. Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. New England Journal of Medicine, v. 339, p. 861-7, 1998.

[16] Lotufo, P. A. Mortalidade precoce por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. Arq. Bras. Cardiol., v. 70, p. 321-5, 1998.

[17] Chor, D.; Fonseca, M. J. M.; Andrade, C. R.; Waissman, W.; Lotufo, P. A. Doenças cardiovasculares. Mortalidade precoce no Brasil. Arq. Bras .Cardiol., v. 70, n.5, mai 1998.

Capítulo 14

Caracterização do envelhecimento populacional no Estado de Alagoas

Gabriella de Araújo Gama
Isabel Comassetto
Gustavo Henrique de Oliveira Maia
Anny Suellen Rocha de Melo
Fernanda Correia da Silva

Resumo: Introdução: O processo de Transição Demográfica implica em consequências para os sistemas de saúde e seguridade, logo, compreender os diferenciais do processo de envelhecimento populacional pode ajudar na formulação de políticas públicas que visem atender às necessidades de saúde da pessoa idosa. Objetivo: Descrever, através dos indicadores demográficos, as características do envelhecimento populacional no estado de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que utilizou dados obtidos nos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados nos anos de 2000 e 2010, para o cálculo dos seguintes indicadores demográficos: Porcentagem de Idosos; Índice de Envelhecimento Populacional (IEP); Longevidade; Razão de Dependência de Idosos (RDI). Resultados: Assim como ocorre mundialmente, o IEP do estado de Alagoas apontou mudanças na década analisada que indicam que o estado caminha para um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, contudo, a análise de outros indicadores demográficos indicou que de 2000 para 2010 houve uma redução da longevidade dos idosos residentes neste estado e uma menor concentração de pessoas idosas com 80 anos ou mais. Conclusão: Diante dos resultados do estudo, é possível apontar a demanda por políticas públicas específicas para essa população, com foco na atenção integral e promoção da saúde do idoso, bem como a necessidade de se intensificar a prevenção e o controle das morbidades associadas, a fim de garantir avanços no processo de envelhecimento populacional no estado.

Palavra chave: Envelhecimento Populacional; Características da População; Análise Espaço-Temporal.

1.INTRODUÇÃO

O tema do envelhecimento populacional vem sendo abordado progressivamente tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, tornando-se praticamente consenso que o ritmo deste processo nas próximas décadas será ainda mais acelerado.[1] No Brasil, o aumento da população acima de 60 anos vem contribuindo cada vez mais para mudanças na estrutura populacional, estando associado, ainda, a diminuição dos grupos etários mais jovens e aumento da população adulta.[2]

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa no Brasil aumentou de 3.313.623 para 12.398.678 na década de 60 até meados década de 90, correspondendo, respectivamente, a 4,7% e 7,9% da população total da nação.[3]

A esperança de vida brasileira total ao nascer, utilizada para monitorar as dimensões humanas relacionadas à qualidade de vida e a longevidade da população, também vem sofrendo aumento progressivo, sendo de 52,5 anos em 1960, alcançando 66,9 anos na década de 90, 69,6 anos em 2000, 73,9 anos em 2010, e chegando a 75,4 anos no ano de 2015, o que indica, em particular, melhoria das condições no âmbito da saúde pública e na atenção às questões ambientais.[4,5]

O processo de Transição Demográfica implica em consequências para os sistemas de saúde, de seguridade, e, visto que pode se apresentar de forma distinta em diferentes regiões de um país, especialmente em grandes nações como o Brasil, compreender os diferenciais do processo de envelhecimento populacional pode ajudar na formulação de políticas públicas que visem atender às necessidades de saúde da pessoa idosa.[6,7] Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever, através dos indicadores demográficos, as características do envelhecimento populacional no estado de Alagoas.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que utilizou dados obtidos nos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados nos anos de 2000 e 2010.[8] Com base nestas fontes, foram pesquisadas as tabelas da população residente por grupos de idade, do estado de Alagoas. Os dados foram extraídos e agrupados de acordo com os grupos etários necessários para o cálculo dos indicadores demográficos, conforme está representado na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis analisadas no estudo e métodos de cálculo

Variável	Método de cálculo
Porcentagem de Idosos	$\frac{\text{População com 60 ou mais anos de idade}}{\text{População Total}} \times 100$
Porcentagem de Idosos com 60 a 69 anos de idade	$\frac{\text{População com 60 a 69 anos de idade}}{\text{População com 60 ou mais anos de idade}} \times 100$
Porcentagem de Idosos com 70 a 79 anos de idade	$\frac{\text{População com 70 a 79 anos de idade}}{\text{População com 60 ou mais anos de idade}} \times 100$
Porcentagem de Idosos com 80 ou mais anos de idade	$\frac{\text{População com 80 ou mais anos de idade}}{\text{População com 60 ou mais anos de idade}} \times 100$
Índice de Envelhecimento Populacional – IEP	$\frac{\text{População com 60 ou mais anos de idade}}{\text{População com menos de 15 anos de idade}} \times 100$
Razão de Dependência de Idosos – RDI	$\frac{\text{População com 60 ou mais anos de idade}}{\text{População com 15 a 59 anos de idade}} \times 100$
Longevidade – LI	$\frac{\text{População com 75 ou mais anos de idade}}{\text{População com 60 ou mais anos de idade}} \times 100$

A Porcentagem de Idosos, que indica a razão entre a quantidade de pessoas com 60 anos ou mais na População Total foi analisada em conjunto com as Porcentagens de Idosos com 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade, indicadores que permitem identificar, dentre os idosos, a porcentagem mais jovem, com idade entre 60 a 69 anos e os mais velhos. Foram analisados também três indicadores: Índice de Envelhecimento Populacional (IEP), que relaciona a população idosa com a população jovem, a Razão de Dependência de Idosos (RDI), que relaciona a população idosa com a população ativa ou não dependente,

e a Longevidade (LI), que relaciona a população de idosos com 75 ou mais anos de idade com a população idosa.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Índice de Envelhecimento Populacional do estado de Alagoas, em 2000, era de 20,6 idosos para cada 100 jovens menores de 15 anos. Nesse ano, os idosos representavam 7,2% da população total do estado, sendo que destes, predominaram as pessoas idosas mais jovens, ou seja, que possuem idade entre 60 e 69 anos de idade, representando 55,3% do total de pessoas idosas. Já as pessoas idosas com mais de 80 anos de idade, representaram apenas 14,8%.

Na análise dos dados apresentados no Censo de 2010, foi possível observar um aumento do IEP alagoano, indicando a existência de 30,4 idosos para cada 100 jovens menores de 15 anos. A população do estado passou a ser representada por 8,9% de idosos, contudo, a porcentagem de pessoas com 80 anos de idade neste grupo apresentou uma queda (13,8%).

O IEP permite acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais. Sua análise permite avaliar tendências da dinâmica demográfica e, assim, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas em diversas áreas, como da saúde e da previdência social.[9]

Shryock & Siegel[10], definem o IEP como o melhor indicador do envelhecimento demográfico e consideram um valor menor que 15 como indicativo de uma população jovem; entre 15 e 30, uma população em nível intermediário; e acima de 30, uma população idosa. De acordo com esta classificação a população alagoana, desde o Censo de 2010, pode ser considerada idosa, o que vai ao encontro da classificação da população nacional, visto que o balanço entre a população idosa e os jovens menores de 15 anos, resultando em um IEP brasileiro de 44,8.[8]

A redução de idosos "mais velhos" também pode ser observada na análise da longevidade dos idosos residentes em Alagoas, visto que os dados do Censo de 2000 indicaram que 26,9% dos idosos tinham mais de 75 anos, e a análise do último censo, indicou que, em média, 25,6% dos idosos tinham mais de 75 anos.

As condições de saúde de determinada população podem ser estimadas por meio de indicadores demográficos. O conhecimento de aspectos demográficos permite avaliar, além das necessidades, as demandas presentes e futuras de recursos de toda natureza. O conjunto de informações e indicadores gerado pelos estudos demográficos tem especial relevância para a análise das condições de vida da população, acompanhamento e apoio à decisão com relação às políticas públicas, investimentos em saúde e intervenções específicas em áreas críticas.[11,12]

Nos dois períodos analisados é possível destacar que as mulheres apresentaram maior expectativa de vida, de maneira que, em 2010, das pessoas que se encontravam na faixa de 60 a 69 anos, 53,8% eram do sexo feminino, na faixa de 70 a 79 anos essa proporção foi de 56,3% e na faixa etária de 80 ou mais anos, de 58,9%.

A relação da população idosa com a população ativa ou não dependente apresentou elevação na década analisada. Em 2000, para cada 100 pessoas em idade economicamente ativa no estado de Alagoas, havia 12,5 idosos. Em 2010, a média da RDI foi de 14,3, ou seja, cerca de 7 indivíduos em idade potencialmente produtiva para cada idoso. Tal medida, permite estabelecer, em linhas gerais, o peso dos idosos sobre o segmento populacional que, em princípio, poderia estar exercendo alguma atividade produtiva.[5]

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo, representando um importante fenômeno demográfico da atualidade e que modificou a perspectiva de vida dos indivíduos. O desafio para o futuro é garantir que os indivíduos possam envelhecer com segurança e dignidade, mantendo sua participação ativa na sociedade, como cidadãos e com todos seus direitos assegurados, sempre compatíveis com aqueles de outras faixas etárias e que as relações entre as gerações sejam constantemente estimuladas. [13,14]

4.CONCLUSÃO

Assim como ocorre mundialmente, o IEP vem apontando para mudanças que indicam que Alagoas caminha para um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, contudo, a análise de outros indicadores

demográficos indicou que de 2000 para 2010 houve uma redução da longevidade dos idosos residentes neste estado e uma menor concentração de pessoas idosas com 80 anos ou mais.

Nesse sentido, é possível apontar a demanda por políticas públicas específicas para essa população, com foco na atenção integral e promoção da saúde do idoso, bem como a necessidade de se intensificar a prevenção e o controle das morbidades associadas, a fim de garantir avanços no processo de envelhecimento populacional no estado. A mudança na estrutura etária da população alagoana requer, ainda, investimentos na formação de profissionais aptos a cuidar e atuar junto a uma população em idade cada vez mais avançada

Além disso, pelo fato de os valores de IEP e RDI em Alagoas indicarem um maior número de jovens e adultos em relação ao número de idosos, políticas de saúde pública com foco no envelhecimento saudável e promoção da qualidade de vida da futura população idosa devem ser desenvolvidas e implementadas desde já, de forma a garantir a sustentabilidade em longo prazo.

REFERÊNCIAS

[1] Saad, Paulo M. "Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde." Séries Demográficas 3 (2016): 153-166.

[2] Melo, Aparecida V. "Envelhecimento populacional no Brasil e estado de São Paulo na década de noventa." Anais (2016): 2229-2237.

[3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 10 out 2017].

[4] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

[5] Brasil. Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento de Alagoas. Indicadores Básicos de Alagoas. Ano 1, n.1 (2014).

[6] Kinsella K., He W, Way PO. An Aging World: 2008 U.S. Census Bureau,. U.S. Government Printing Office, Washington, DC; 2009. Series P95/09-1.

[7] Lee N, van de Graaf P, Hopkins E, O'Flaherty M. Health of the UK population in 2040. Lancet. 2015;386(9994):643-4. http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(15)61491-X. PMid:26334147.

[8] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos. [acesso em 10 out 2017]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

[9] Rede Internacional de Informações para a saúde(RIPSA). Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde(DATASUS). Características dos indicadores – Fichas de qualificação, 2009. [acesso em 15 out 2017]; Disponível em: http://www.ripsa.org.br/.

[10] Shryock HS, Siegel JS. The Methods and Materials of Demography. Washington, DC: Bureau of Census - U.S. Government Printing Office, 1980.

[11] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2001-2010 [acesso em 15 out 2017]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/Pereira MG. Epidemiologia – Teoria e Prática. R. Janeiro: Guanabara Koogan AS; 2002.

[12] United Nations. DESA-Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing 1950-2050. 2002. [acesso em 10 out 2010]; Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/unpop.htm.

[13] Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; Jan 2002. Texto para discussão nº 858. (26)

Capítulo 15

Educando no envelhecer: Uma ação da residencia multiprofissional

Leticia Estevam Engel
Marina Aparecida Molina Gomes
Bruna Diniz Bordan
Luara Fazion Coelho

Resumo: Introdução: O envelhecimento deve ser um processo de otimização das oportunidades de saúde e as escolhas realizadas a partir do conhecimento são fundamentais para uma velhice saudável e sem doenças. Com isso se faz necessário de cada vez mais a criação de educação em saúde para mudanças no estilo de vida, prevenção agravos de doenças e melhora da qualidade de vida. Objetivo: Descrever um relato de experiência dos Residentes Multiprofissionais da saúde do idoso em uma educação em saúde no projeto Mais Terceira Idade. Método: Trata-se de um relato de experiência do Projeto Mais Terceira Idade desenvolvido em grupos de idosos que participam de aulas diversas desenvolvidas pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), e em parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso foi proposto o desenvolvimento de uma educação em saúde sobre o envelhecimento promovendo práticas de educação em saúde para prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde, além de contribuir para o entendimento do processo de envelhecimento; possibilitar a criação de estratégias de adaptação às transformações inerentes ao processo de envelhecimento e velhice; criar oportunidades para a troca de experiências; e promover hábitos saudáveis de vida, autonomia, independência e autoestima. Resultados e Discussão: Ao realizar as atividades propostas, os alunos aumentaram o bem-estar e a alegria de viver, e as aulas proporcionaram melhor participação social. Pode-se perceber a melhora da auto estima, pois se sentiram com a mente e o corpo ativos realizando aulas em uma universidade e podendo dividir experiências com os residentes. A educação no envelhecimento contribui para democratização do saber, sendo que o próprio idoso é sujeito multiplicador do conhecimento, compartilhando a todos os seus vínculos as informações, sendo um agente que promove mudanças nos hábitos de vida, do processo de prevenção de doenças, diminuição de agravos e gerando melhoria na qualidade de vida dele e de todos ao seu convívio. Conclusão: Promover a educação em saúde para idosos propiciaram uma ativa participação dos idosos fazendo com que os mesmos se tornassem corresponsáveis pelo processo saúde-doença e a construção de maior capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e prevenção de agravos, proporcionando autonomia ao idoso para um envelhecimento saudável e ativo. Neste sentido, acredita-se que este tipo de estratégia favorece a aprendizagem significativa e a interação social, além de favorecer a manutenção do estado cognitivo e funcional da pessoa idosa

1.INTRODUÇÃO

O envelhecimento foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". Essa definição, estima que no envelhecimento obtenha oportunidades favoráveis para controle da sua própria saúde e assim melhorar sua qualidade de vida[1].

A maioria das causas de morbidades que ocorrem no envelhecimento são modificáveis por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos. Assim, as escolhas realizadas a partir do conhecimento são fundamentais para uma velhice saudável e sem doenças. [2]

A educação em saúde tem o intuito de construir o conhecimento coletivamente, com isso os indivíduos são capazes de tomar decisões fundamentadas num processo ativo, crítico e transformador a partir da aprendizagem, troca de experiências, o fortalecimento dos sujeitos, a participação social e a reflexão crítica, provocar mudanças no estilo de vida e diminuição do risco de adoecer. [3,4] As ações de promoção de saúde visam autonomia do idoso, democratização do saber, cidadania, responsabilização pela própria saúde, conscientização sobre riscos e a formação de multiplicadores do conhecimento. [5]

A criação de ações de educação em saúde para idosos com múltiplas atividades que incentivem a busca pelo conhecimento acerca dos aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento e diminuem os riscos e agravos à saúde, proporciona um envelhecimento saudável e ativo por mais tempo.

Neste contexto, evidenciou-se a necessidade de se trabalhar com esta população, principalmente, no que diz respeito às ações de educação em saúde, no sentido de promover ações, voltadas para de como envelhecer com saúde, para que esses possam fazer suas escolhas sobre os seus comportamentos, de acordo com suas capacidades e valores culturais.[4]

Diante da relevância social que o grupo de idosos representa, principalmente, no acesso e garantia dos cuidados de saúde, este estudo tem como objetivo relatar uma experiência dos Residentes Multiprofissionais da saúde do idoso em uma educação em saúde no projeto Mais Terceira Idade.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do Projeto Mais Terceira Idade desenvolvido em grupos de idosos que participam de aulas diversas desenvolvidas pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), e em parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso foi proposto o desenvolvimento de uma educação em saúde sobre o envelhecimento.

Foram realizados cinco aulas ministradas pelos Residentes de Fisioterapia, Nutricionista, Farmacêutico e Enfermeira com duração de duas horas, dividas em teórico e pratica, onde a teórica era de forma expositiva com slides, realizadas quinzenalmente com a turma, no período de maio a junho de 2017, com um total de 10 idosos. As aulas tiveram como objetivo geral promover práticas de educação em saúde para prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde, concepções de saúde/doença, além de contribuir para o entendimento do processo de envelhecimento; possibilitar a criação de estratégias de adaptação às transformações inerentes ao processo de envelhecimento e velhice; criar oportunidades para a troca de experiências; e promover hábitos saudáveis de vida, autocuidado, autonomia, independência e autoestima.

Os temas abordados nos três primeiros encontros foram envelhecimento do cérebro, sistema gastrointestinal e sistema músculo esquelético, demonstrando a fisiologia dos sistemas, alterações normais, anormais e patologias no processo de envelhecimento, além de medidas preventivas e mudanças do estilo de vida.

No quarto encontro, o assunto discutido foi polifarmácia e uso de polivitamínicos, comentando as alterações farmacocinéticas no idoso, os problemas relacionados a polifarmácia, riscos da automedicação, interações medicamentosas e problemas relacionados ao uso excessivo de determinadas vitaminas.

E no último encontro existiu um momento de reflexão, com o seguinte tema: "quem sou eu na minha família: manter-me ativo e participar com prazer das tarefas da família", proporcionando um momento também com dinâmicas para melhorar a autoestima do idoso e desmistificando o envelhecimento, pois não podemos caracteriza-lo como apenas perdas e declínios. Encerrando com uma atividade lúdica de como devemos nos comportar e o estilo de vida que deveremos ter para uma vida longa e saudável.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Projeto Mais Terceira Idade, foi divulgado através de redes sociais, assim notou-se que o público foi de uma melhor classe social, aposentados, a maioria mulheres. Os alunos do Projeto se apresentaram muito interessados e que sempre buscam novas atividades na sua rotina, são ativos, independentes e autônomos, e sempre buscando um envelhecimento com melhor qualidade e saudável.

Ao realizar as atividades propostas, os alunos aumentaram o bem-estar e a alegria de viver, pois no envelhecimento o idoso se mantem ocupado mais nas atividades familiares, como também sofrem negligencia com a sociedade capitalista após aposentados por não contribuírem mais com o trabalho, e as aulas proporcionaram mais um sentido à sua vida e melhor integração social. [6] Pode-se perceber a melhora da auto estima que foi desenvolvida nos idosos, pois se sentiram com a mente e o corpo ativos realizando aulas em uma universidade, como jovens alunos e podendo dividir experiências com os residentes, realizando novas amizades. Principalmente na aula sobre o papel do idoso na família, mostrando que a coisa mais importante na vida dele é ele próprio, com dinâmicas podemos demonstrar que eles devem cuidar de si próprio, e que são a maior maravilha do mundo.

Como isso essas atividades de educação no envelhecimento fazem os idosos se sentirem valorizados, renascendo e continuando uma vida produtiva e também dando mais qualidade aos anos vividos. [7]

Em relação das temáticas discutidas muitas delas eram desconhecidas pelos idosos, apesar de ser frequente nessa população, como também apresentaram muitas dúvidas ou muitas concepções equivocadas, além de adotarem alguns comportamentos de riscos para a saúde. Em uma educação em saúde sobre osteoporose com idosos, puderam constatar que os idosos após o conhecimento passaram a enfrentar a doença de forma mais adequada e adotaram hábitos de vida mais saudáveis, principalmente, em relação à dieta e à atividade física. A pouca informação sobre a doença mostra a dificuldade no controle, cuidados e tratamento. [8]

O presente relato corrobora com outro estudo que através de relatos dos idosos foi notado as mudanças nas suas práticas no cotidiano como a melhora do autocuidado, uso correto e racional de medicamentos e alimentação balanceada.[2] Além também de interesse dos idosos de praticar as medidas preventivas educadas para seu desenvolvimento cognitivo-intelectual e da memória, exercícios para prevenção de quedas que podem ser realizados em casa e buscar sempre aprender coisas novas.

Assim, a educação no envelhecimento contribui para democratização do saber, sendo que o próprio idoso é sujeito multiplicador do conhecimento, compartilhando a todos os seus vínculos as informações, sendo um agente que promove mudanças nos hábitos de vida, do processo de prevenção de doenças, diminuição de agravos e gerando melhoria na qualidade de vida dele e de todos ao seu convívio.

4.CONCLUSÃO

Promover a educação em saúde para idosos propiciaram uma ativa participação dos idosos fazendo com que os mesmos se tornassem corresponsáveis pelo processo saúde-doença e a construção de maior capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e prevenção de agravos, proporcionando autonomia ao idoso para um envelhecimento saudável e ativo.

Neste sentido, acredita-se que este tipo de estratégia favorece a aprendizagem significativa e a interação social, além de favorecer a manutenção do estado cognitivo e funcional da pessoa idosa.[9]

REFERENCIAS

[1] Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectiva. Interface (Botucatu) 2010; 14(35): 867-877.

[2] Ribeiro AMVB; Araujo PO. Educação em Saúde para Autonomia e Independência no Envelhecer: Um relato de Experiência na UATI. Revista Focando a Extensão, 2012 v. 2, p. 29-36.

[3] Jardim MB et al. Uma proposta de trabalho em educação para a saúde com os idosos. In: Congresso Brasileiro De Extensão Universitária, 2, 2004, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: s.n., 2004.

[4] Ferrugem RD., Pekelman R., & Silveira, LR. Atividades educativas no serviço de Atenção Primária à Saúde: a Educação Popular em Saúde orienta os princípios dessas práticas? Revista de APS, 2016, 18(4).

[5] Carbone MH. Educação em Saúde. In: Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar.2. ed. Rio de Janeiro: Rubi, 2009.

[6] Victor JF. & Vieira NFC. Atividades educativas com grupos de idosos em unidade básica de saúde da família. Northeast Network Nursing Journal, 2016, 6(3).

[7] Jesus MRF. O papel da Uati na vida dos idosos que a frequentam: motivos que levam os idosos a não se desvincular da Uati. 1998. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.
[8] Carvalho CMRGD. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cadernos de saúde pública, 2004. 20(3), 719726.
[9] Cyrino R.S., da Silva LED, de Souza MR., Borges C J, & Pereira LTS. Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. Revista Ciência em Extensão, 2016, 12(3), 154-163.

Capítulo 16

O envelhecimento saudável entre octogenários brasileiros: O estudo ageqol

Ana Cristina Viana Campos

Resumo: O objetivo deste estudo foi testar e validar uma ferramenta que identifique idosos saudáveis na comunidade com base em critérios simples, bem como identificar os fatores mais importantes na construção de um indicador de envelhecimento saudável. O estudo Ageqol (Aging, Gender and Quality of Life) é uma coorte com idosos brasileiros com os idosos com 80 anos e mais (N=408. O indicador de envelhecimento saudável foi construído considerando-se os seguintes critérios para identificar um idoso saudável: autopercepção de saúde positiva; ser funcionalmente ativo nas atividades diárias e instrumentais sem déficit cognitivo; ser capaz de caminhar 3 quarteirões sem ajuda; não ter doenças agudas ou crônicas conhecidas; consumir menos de 3 medicamentos; não fumar nem beber de forma ativa. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para confirmar a consistência interna e a análise discriminante canônica foi utilizada para validar este indicador de envelhecimento saudável descrito, com um nível de significância de 0,05. Os resultados demonstraram que todos os critérios contribuíram significativamente para a criação do modelo, exceto "auto percepção de saúde" e "não beber". Por outro lado, os critérios "ausência de doenças agudas ou crônicas" e "caminhar 3 quarteirões" contribuíram 75,8% e 74,7% para a criação da função linear discriminante, respectivamente. Conclui-se que objetivo que o conjunto de nove perguntas foi capaz de identificar satisfatoriamente idosos saudáveis, sendo que os fatores mais importantes na construção do indicador de envelhecimento saudável para esta amostra de octogenários brasileiros foram caminhar 3 quarteirões sem ajuda e não possuir doenças agudas ou crônicas.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável, Envelhecimento ativo, Saúde do idoso, Idosos, Octogenários.

1.INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio de todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Historicamente, o processo de envelhecimento foi marcado por diferentes elementos teóricos, sem que houvesse uma definição consensual para o envelhecimento. As teorias sobre desenvolvimento humano e envelhecimento discutem alguns conceitos, de forma a enfatizar o que seria importante para se entender como ocorre o processo de envelhecimento humano.

As modificações biológicas dizem respeito às alterações morfológicas (aparecimento de rugas, cabelos brancos); fisiológicas relacionadas às alterações das funções orgânicas e bioquímicas no organismo. Os critérios psicológicos estão relacionados a senso subjetivo de idade feito pelo próprio indivíduo e pela sua autoestima e a imagem social[3]. Scoralick-Lempke, Barbosa4 ressaltam que a década de 1970 foi marcada por uma ampliação da produção científica sobre o envelhecimento, com destaque para o aumento do número de trabalhos na área de Psicologia do Desenvolvimento cujo enfoque era o curso da vida.

Duas abordagens merecem destaque. A primeira nasce no contexto da perspectiva Life-Span que contribuiu para a desmistificação a concepção de que o envelhecimento estaria associado somente ao declínio, à doença e à incapacidade. Esta é uma abordagem de orientação dialética que concebe a possibilidade de um envelhecimento saudável e funcional, enfatizando o caráter heterogêneo e multideterminado do mesmo.

Para se alcançar um envelhecimento saudável com longevidade satisfatória é importante à adoção de estilos de vida satisfatórios, manutenção de reservas funcionais prevenção de doença e incapacidade, e relações sociais adequadas para os idosos. Mantê-los saudáveis, funcionais e independentes gera resultados positivos a curto e médio prazo. Idosos podem contribuir para as suas comunidades e suas famílias com sabedoria e experiência.

O termo “Envelhecimento Ativo”, adotado pela OMS no final dos anos 90, é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos ficam mais velhos.

O envelhecimento ativo permite, pois, às pessoas reconhecerem o seu potencial para um bem-estar físico, social e mental durante todo o seu ciclo de vida, bem como promover a sua participação na sociedade através da garantia da necessária proteção, segurança e prestação de cuidados. Nesse sentido, a promoção do envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e a responsabilização e apoio permanente entre todas as gerações.

Entretanto, a falta de uma definição operacional padrão tornou difícil, na prática, descrever os idosos saudáveis e ativos nos aspectos funcionais, cognitivos, físicos e sociais, bem como parâmetros laboratoriais fisiológicos[8]. Quando se trata dos idosos com 80 anos e mais, chamados de octogenários, a situação é ainda mais complicada; pois há ainda menos estudos e muitas questões sem respostas ainda.

Estudos epidemiológicos de base populacional adquirem importância nesse cenário por possibilitarem a identificação dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento. Essa experiência se faz necessária, uma vez que os idosos estão sujeitos a inúmeras variações e, futuramente, poderá contribuir para o conhecimento mais profundo do processo de envelhecimento da população[9]. Esse estudo teve como objetivo testar e validar uma ferramenta que identifique idosos saudáveis na comunidade com base em critérios simples, bem como identificar os fatores mais importantes na construção de um indicador de envelhecimento saudável.

2.METODOLOGIA

O estudo AGEQOL (Aging, Gender and Quality of Life) é uma coorte com idosos de 60 anos e mais de idade realizado no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios: no primeiro, selecionaram-se setores censitários e, no segundo, foram selecionados os domicílios sob o critério de partilha proporcional ao tamanho de cada setor. Em cada domicílio foram entrevistados todos os indivíduos residentes com 60 anos e mais, independentemente do estado conjugal ou grau de parentesco. O estudo seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE-0413.0.203.000-11).

Todos os idosos deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Detalhes adicionais do método são descritos em Campos et al.

Do total de participantes selecionados (N=2.302), 250 se perderam antes do primeiro seguimento cuja coleta de dados foi realizada em 2012. O segundo seguimento foi realizado em 2014 apenas com os idosos com 80 anos e mais (N=408), dos quais 335 (81,5%) foram entrevistados, 35 (8,5%) faleceram, 31 (7,6%) não foram localizados após três visitas e sete idosos (1,7%) se recusaram a participar novamente do estudo.

O indicador de envelhecimento saudável foi construído a partir da proposta de Carrasco et al.[9] adaptada por Campos et al.[11], considerando-se os seguintes critérios para identificar um idoso saudável: autopercepção de saúde positiva; ser funcionalmente ativo nas atividades diárias e instrumentais sem déficit cognitivo; ser capaz de caminhar 3 quarteirões sem ajuda; não ter doenças agudas ou crônicas conhecidas; consumir menos de 3 medicamentos; não fumar nem beber de forma ativa.

A autopercepção de saúde foi avaliada por uma escala de Likert para as respostas (muito ruim, ruim, regular, boa e muito boa). A mobilidade foi avaliada por uma única pergunta "Você é capaz de caminhar três quarteirões sem ajuda? ", com resposta dicotômica (sim, não). O uso de medicamentos foi medido pela quantidade usada atualmente. Uma pergunta dicotômica foi utilizada para avaliar a presença ou ausência de doenças crônicas ou agudas atuais conhecidas. A frequência de ingestão de álcool foi avaliada em relação aos últimos três meses com a seguinte pergunta: "Em média, quantos dias por semana você tem tomado bebidas alcoólicas (exemplos: cerveja, vinho, licor, cachaça)? ". As categorias de resposta poderiam ser: nenhum; menos de 1 dia por semana; 1 dia por semana; 2 a 3 dias por semana; 4 a 6 dias por semana e; todos os dias. Em relação ao cigarro, o participante deveria responder se: 1) nunca fumou; 2) fumava, mas agora parou; 3) fuma ocasionalmente – menos de 1 por dia ou 4) fuma atualmente – 1 ou mais por dia.

O estado cognitivo dos idosos foi avaliado pelo o Mini Exame do Estado Mental validado no Brasil[12] com o ponto de corte de 21/22 pontos[13]. A pontuação ≤21 indica comprometimento cognitivo. A limitação funcional foi investigada por seis atividades básicas – AVD (tomar banho, vestir, ir ao banheiro, comer, deitar e levantar da cama/cadeira e incontinência urinária e fecal) e oito atividades instrumentais de vida diária – AIVD (uso do telefone, usar o transporte, fazer compras, preparar uma refeição, limpar a casa, lavar a roupa, cuidar das finanças e tomar medicamentos). Os indivíduos foram classificados como não limitado se apresentassem total independência na realização de AVD e AIVD, separadamente.

Para calcular a pontuação para cada item do indicador, as respostas foram ponderadas com valores maiores para respostas que indicaram um maior impacto. Esses valores foram somados e convertidos para uma escala de 0 a 100 usando uma regra simples de três. Dois grupos indicador de envelhecimento saudável (saudáveis e não saudáveis) foram estabelecidos e categorizados de acordo com a mediana.

O coeficiente alfa de *Cronbach* foi utilizado para confirmar a consistência interna do indicador de envelhecimento saudável em cada uma das variáveis definidas. A mesma confiabilidade foi encontrada nas subescalas e na escala total.

Em seguida, a análise discriminante canônica foi utilizada para validar o indicador de envelhecimento saudável descrito. A discriminação é realizada através da estimativa dos pesos de cada variável, com o objetivo de maximizar a variância entre e dentro dos grupos, de modo que os grupos se destacam tanto quanto possível pelos valores da função discriminante.

O primeiro passo da análise discriminante é dividir aleatoriamente a amostra em dois subgrupos: amostra de análise original e amostra de teste. O procedimento, conhecido como validação cruzada, é o mais utilizado na literatura. A validação cruzada tem uma função discriminante em um subgrupo dos participantes na amostra (amostra de análise original) e, em seguida, no teste de um segundo subgrupo (amostra de teste)

O segundo passo é escolher as variáveis que avaliam a função discriminante formada. Para isso, um teste F bivariado e o teste Lambda de Wilks foram utilizados para medir a contribuição potencial de cada item independente para separar os casos. Em seguida, a função linear discriminante é construída usando coeficientes que permitem entender o valor da pontuação dos dados analisados. As informações sobre a eficácia relativa de cada função discriminante são fornecidas por uma tabela de autovalores. Cada função pode ser representada pela seguinte equação: Z = a + W1x1 + ... + w2X2 wnXn, onde Z representa o escore da função discriminante, a é o coeficiente discriminante e w é o peso discriminante para a variável independente X e o valor de cada variável independente[15].

A avaliação interna dos resultados é obtida na análise discriminante para verificar a eficiência da classificação das observações originais e validação cruzada. Este método produz combinações lineares de variáveis independentes que discriminam melhor os grupos estabelecidos pela variável dependente, definindo as regras para classificar os elementos em cada grupo. A classificação dos casos originais, validados e não selecionados, é realizada calculando separadamente a porcentagem do total de casos classificados corretamente pelo total de casos.

Este estudo escolheu usar um método simultaneamente para avaliar todos os itens. Isso significa que o programa analisa os casos, um por um, e os aloca de tal forma que seja criada a melhor separação gráfica possível entre os grupos. A construção do banco de dados foi realizada utilizando o Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS), versão 19, para análise de dados, com um nível de significância de 0,05 para todos os testes no estudo.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 335 idosos que participaram deste estudo, a maioria era do sexo feminino (62,1%), idade entre 80 e 84 anos (50,4%). A idade da amostra em 2014 variou entre 80 e 108 anos, sendo que a idade média foi de 85,2 ± 4,6 anos (85,3 ± 4,8 para as mulheres e 85,1 ± 4,1 para os homens).

Embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior[16] (Campolina). Essa maior longevidade das mulheres é conhecida como feminização, isto é, o predomínio de mulheres na população. Esta é uma característica comum do envelhecimento populacional de nações em diferentes estágios de desenvolvimento. Na América do Norte e Europa, em 1900, as mulheres viviam dois a três anos mais que os homens; hoje vivem em média sete anos mais. Na França elas vivem oito anos mais que os homens e no Japão quase sete anos. Esta longevidade diferencial continua nos países em fases avançadas da transição demográfica, sugerindo que países em desenvolvimento também seguirão esta tendência ainda por algumas décadas.

Um estudo qualitativo realizado com 20 idosos do Programa Terceira Idade em Ação PTIA em Teresina, Piauí, teve como objeto investigar as questões de gênero presentes e determinantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A análise dos discursos apontou baixa autoestima vivenciada pelos homens idosos em contraposição à maior autonomia e a liberdade conquistada pelas mulheres idosas. As autoras identificaram nas falas dos homens pouca aceitação da aposentadoria, perda da vontade de viver sem autonomia e com dependência e surgimento de doenças crônicas. Já a mulher idosa experimentou uma maior autonomia financeira, a liberdade parece ser evidente, pois tem mais tempo disponível para si própria, pelo fato de ter uma redução nas obrigações com a família.

Em relação ao indicador de envelhecimento saudável, 179 (43,9%) idosos foram classificados como saudáveis, 156 (38,1%) como não saudáveis e 17,9% não foram classificados devido à falta de resposta no questionário.

Um estudo com uma amostra do Projeto Processos do Envelhecimento Saudável (PENSA) procurou investigar as multidimensões percebidas pelos idosos da comunidade sobre a definição de envelhecimento saudável. Em relação ao que é importante para se obter esse envelhecimento, as categorias mais apontados pelos idosos foram: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação/exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%).

Todos os critérios obtiveram valores para o alfa de *Cronbach* acima de 0,5 (intervalo: 0,563 a 0,703) e para a escala total 0,650, que também é considerado satisfatório. Na análise discriminante canônica, o teste para medir o significado global discriminante demonstrou que a análise realizada com os nove itens foi estatisticamente significativa para a funções formulada ($p < 0,001$). O autovalor foi de 2,593 para a função com correlação canônica que explica 85% ($R^2 = 0,850$) da discriminação entre os grupos saudáveis e não saudáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Coeficientes da função discriminante canônica para indicador de envelhecimento saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

Variáveis	Função
Ausência de doenças agudas ou crônicas	1,812
Auto percepção de saúde	1,243
Caminhar 3 quarteirões	1,558
Capacidade cognitiva	-0,152
Capacidade funcional AIVD	1,338
Capacidade funcional AVD	1,539
Consumir menos de 3 medicamentos	1,605
Não beber de forma ativa	1,168
Não fumar de forma ativa	1,446
(Constante)	-16,307
Função discriminante canônica	
Autovalor	2,593
Correlação canônica (R2)	0,85
Wilks 'Lambda Test	0,278
p-valor	0,000

Apesar da iniciativa de propor um instrumento para mensurar o envelhecimento saudáve[l] e o envelhecimento ativo[21,22], ainda não há na literatura instrumentos validados. Não há consenso entre os autores sobre a melhor forma de realizar esta análise. Por outro lado, a utilização de instrumentos multidimensionais na avaliação de idosos deve rastrear múltiplos problemas de saúde e atender às recomendações da OMS no que diz respeito ao cuidado com os idosos. Um estudo foi conduzido para examinar as caraterísticas psicométricas de testes de triagem para idosos e propor um roteiro para a atenção primária. O roteiro aplicável por um profissional de saúde em média em 16 minutos possibilitou o rápido rastreamento de problemas.

Na análise discriminante, o programa criou uma função discriminante linear para validar o indicador de envelhecimento saudável. Os resultados do teste Z demonstraram que, em um nível de significância de 5%, todos os critérios contribuíram significativamente para a criação do modelo, exceto "auto percepção de saúde" e "não beber". Por outro lado, os critérios "ausência de doenças agudas ou crônicas" e "caminhar 3 quarteirões" contribuíram 75,8% e 74,7% para a criação da função linear discriminante, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Igualdade e testes de matriz estruturada para cada variável na função discriminante para indicador de envelhecimento saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

Variáveis	Função Discriminante*	Lambda de Wilks	F	p-valor
Ausência de doenças agudas ou crônicas	0,758	0,816	74,864	0,000
Auto percepção de saúde	0,462	0,999	0,496	0,482
Caminhar 3 quarteirões	0,747	0,936	22,731	0,000
Capacidade cognitiva	-0,072	0,934	23,623	0,000
Capacidade funcional AIVD	0,614	0,848	59,731	0,000
Capacidade funcional AVD	0,595	0,804	81,222	0,000
Consumir menos de 3 medicamentos	0,681	0,742	115,686	0,000
Não beber	0,585	0,998	0,829	0,363
Não fumar	0,509	0,94	21,142	0,000

*Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizados

Este estudo é inovador, pois apresenta informações a respeito de nove preditores do envelhecimento saudável em uma amostra representativa de idosos octogenários para ambos os sexos. Além disso, nossos resultados indicam que os fatores mais importantes para o envelhecimento saudável é não possuir doenças crônicas ou agudas atuais conhecidas e ser capaz de caminhar pelo menos 3 quarteirões sem ajuda.

Esperava-se que a capacidade funcional fosse o preditor mais importante no indicador de envelhecimento saudável, uma vez que as atividades da vida diária são atividades complexas para os octogenários, principalmente para aqueles idosos que já possuem algum comprometimento da saúde. No entanto,

caminhar 3 quarteirões sem ajuda representa 75,8% do indicador de envelhecimento saudável. Uma explicação possível é o fato de que se trata de uma atividade que pressupõe envolvimento social e mobilidade. Berlezi et al.[24:650] salienta que muitos idosos são capazes de realizar todas as tarefas dentro de sua própria casa, mas se for necessário fazer qualquer atividade que necessita de um contato social fora das dependências em que está habituado ele se sente impossibilitado.

A morbidade autorreferida é um indicador do estado de saúde dos idosos muito utilizada em estudos epidemiológicos[25-27]. No entanto, nem sempre as doenças crônicas autorreferidas correspondam de fato à prevalência das mesmas[28]. Sendo assim, é preciso ter cautela na interpretação desses resultados, uma vez que a resposta depende da memória e de como cada idoso entende o que é doença.

A Tabela 3 contém informações sobre a classificação das observações nos respectivos grupos, considerando que a grande maioria dos casos originais (99,4%) e casos com validação cruzada (99,4%) foram corretamente classificadas pela análise discriminante. Dos 179 casos que foram pré-classificados no grupo saudável, apenas 2 (1,1%) não mantiveram essa classificação ao final da análise, o que pode ser considerado um resultado discriminatório positivo para confirmar a ótima capacidade discriminatória entre os grupos saudável e não saudável para essa amostra de idosos.

Tabela 3. Classificação dos idosos de acordo com a análise discriminante o indicador de Envelhecimento Saudável, Sete Lagoas, MG, 2014.

Testes	Indicador Envelhecimento Saudável	Associação prevista no grupo Saudável n (%)	Não saudável n (%)	Total n (%)
Original[a]	Saudável	177 (98,9)	2 (1,1)	179 (100,0)
	Não saudável	0 (0,0)	156 (100,0)	156 (100,0)
Validação cruzada[b]	Saudável	177 (98,9)	2 (1,1)	179 (100,0)
	Não saudável	0 (0,0)	156 (100,0)	156 (100,0)

[a]99,4% de casos agrupados originais classificados corretamente.
[b]99,4% de casos agrupados com validação cruzada classificados corretamente.

Este estudo é um dos primeiros a propor um método específico de análise para medir o envelhecimento saudável em uma amostra de octogenários brasileiros. Utilizou-se a análise de discriminante canônica para compilar as respostas a nove critérios em uma medida única para envelhecimento saudável. Esta análise foi efetuada para criar dois grupos internamente mais homogêneos. Encontramos classificação correta de 99,4% e alto coeficiente de correlação (0,85), indicando que a medida de envelhecimento ativo para os idosos desta amostra é estaticamente confiável (p=0,000).

É importante também discutir as limitações do estudo. A primeira envolve a dificuldade de aferir os diferentes fenômenos que acompanham o processo de envelhecimento saudável e ativo, juntamente com a dificuldade de seguimento de idosos muito idosos, o que impossibilita a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, comprometendo as evidências de relação causal.

No que se refere à interpretação dos resultados, as informações são autorreferidos e, portanto, podem sofrer influência de funções cognitivas, culturais, da linguagem utilizada e da escolaridade. Uma estratégia recomendada na literatura e utilizada neste estudo foi realização da coleta de dados nos domicílios dos idosos para amenizar essa interferência. Em contrapartida, as medidas subjetivas fornecem informações valiosas sobre o envelhecimento saudável e ativo.

4.CONCLUSÃO

Conclui-se que o conjunto de nove perguntas foi capaz de identificar satisfatoriamente idosos saudáveis, sendo que os fatores mais importantes na construção do indicador de envelhecimento saudável para esta amostra de octogenários brasileiros foram caminhar 3 quarteirões sem ajuda e não possuir doenças agudas ou crônicas.

Não se deve esquecer que o histórico médico detalhado por meio de uma avaliação geriátrica clínica, funcional e integral são elementos sensíveis na detecção de idosos saudáveis. Por outro lado, nossos resultados indicam que perguntas simples diretamente dirigidas aos idosos podem funcionar como bons preditores de envelhecimento saudável, que poderão ser complementados por exames mais sofisticados quando necessário. Deseja-se que esta seja uma ferramenta em estudos futuros em prol do conhecimento das mudanças fisiológicas associadas à idade e os determinantes do envelhecimento saudável e ativo.

REFERÊNCIAS

[1] Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Guía clínica para atención primaria a las personas mayores. Washington: OPAS, 2003.

[2] Fonseca, AM. Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. Contextos Clínic, São Leopoldo 2010 dez;3(2):124-131.

[3] Freitas EV, Py L, Cançado FAX et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

[4] Scoralick-Lempke NN, Barbosa AJG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de Psicologia 2012, out-dez; 29:647s-655s.

[5] Fuentes AJM, Díaz IEF. Ancianos y salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Oct 22] ; 24(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010&lng=es.

[6] Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization. (S, Gontijo Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005.

[7] Perista H, Perista P. Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, 2012.

[8] Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Hoyl T, Valenzuela E, Quiroga T et al. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. Rev Med Chile 2010; 138: 1077-83.

[9] Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública 2008 Feb; 24(2):409-15.

[10] Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. Health Qual Life Outcomes. 2014, 12:166.

[11] Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 22]; 24: e2724. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100398&lng=en. Epub Aug 29, 2016.

[12] Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH: Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr 2003, 61:77–81.

[13] Quiroga P, Albala C, Klaasen G: Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev Med Chil 2004, 132:467–478.

[14] Rencher AC: Methods of multivariate analysis. New York: John Wiley & Sons; 1995.

[15] Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. Análise Multivariada de Dados. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

[16] Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública;29(6):1217-1229.

[17] Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública 1997;31(2):184-200.

[18] Chaimowicz F. Saúde do idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Coopmed; 2009. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4000.pdf.> Acesso em: 12 mar. 2017.

[19] Figueiredo MLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loiola NLA. As diferenças de gênero na velhice. Rev. bras. Enferm 2007;60(4):422-427.

[20] Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica 2007;20(1):81-86.

[21] Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm 2012; 21(1):167-176.

[22] Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto Contexto Enferm 2013; 22(2):370-378.

[23] Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Rodrigues NCP, Andrade MKN, O'Dwyer G. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 23];32(7): e00086715. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000705004&lng=en. Epub July 21, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00086715.

[24] Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016;19(4):643-652.

[25] Campos ACV, Albala C, Lera L, Sánchez H, Vargas AM, Ferreira EF. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. BMC Public Health. 2015 Apr 11; 15:365. doi: 10.1186/s12889-015-1666-9.

[26] Fuentes–García A, Sánchez H, Lera L, Cea X, Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. Gac Sanit. 2013;27:226–32.

[27] Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). Ciênc. saúde coletiva 2011;16(6):2919-2925.

[28] Pimenta Fernanda Batista, Pinho Lucinéia, Silveira Marise Fagundes, Botelho Ana Cristina de Carvalho. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva 2015;20(8):2489-2498.

Capítulo 17

Assistência de enfermagem a idosos com estomas de eliminação cadastrados em um programa de estomias de um hospital público: Um relato de experiência.

Lucy Kelly Brito Bomfim Eustaquio
Kézia Eunice Costa de Souza
Larissa dos Santos Brandão
Lazaro Betel Eustaquio da Silva
Hilma Keylla de Amorim

Resumo: Este artigo relata a experiência de discentes e profissionais em um hospital público universitário quanto a assistência de enfermagem a pacientes idosos cadastrados em um programa de estomias. Em um estudo realizado em Maceió (2013) o câncer colorretal (40.7%) foi o principal motivo da realização de uma ostomia, seguido de trauma (18.1%) e abdome agudo (12%), sendo os idosos a população mais prevalente. No programa de estomias do hospital universitário os idosos estomizados com cadastro ativo correspondem no total de 39 pacientes, sendo a faixa etária predominante entre 60 a 69 anos, o sexo masculino é o mais frequente. O estoma afeta a qualidade de vida do paciente, principalmente em idosos, tem se de grande importância que a assistência de enfermagem torna-se fundamental na reabilitação desses pacientes.

Palavra chave: Estomia; Idoso; Cuidados de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O estoma trata-se de uma comunicação entre órgãos ou vísceras e o ambiente externo, cuja finalidade é alimentação, drenagem e eliminação. É um procedimento médico-cirúrgico que pode ser temporário ou definitivo, e é classificado de acordo com sua função e o local onde foi realizado.[1] Os principais estomas de eliminação de conteúdo intestinal e urinário, são: colostomia, ileostomia e urostomia. O estoma intestinal é o tipo mais comum e é indicado nos casos de obstruções intestinais, perfurações do cólon (por neoplasias, doença inflamatória intestinal, doença diverticular, colite isquêmica), traumas, fístulas e proteção de anastomoses de alto risco.[2] Em um estudo realizado em Maceió em 2013, constatou que câncer colorretal (40.7%) foi o principal motivo da realização de uma ostomia, seguido de trauma (18.1%) e abdome agudo (12%), sendo mais prevalente em idosos do sexo feminino de 60 a 69 anos.[3] Considerando a influência de uma estomia na qualidade de vida do paciente, é necessário explicar com detalhe o motivo do procedimento, se o estoma será temporário ou permanente, as possíveis complicações e os cuidados no manuseio e manutenção. Para possibilitar uma melhor adaptação do paciente estomizado a essa nova rotina, é necessário que ele seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar (composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e estomaterapêutas), que o oriente desde o período pré-operatório.[2] O sistema único de saúde (SUS) estabelece diretrizes para a atenção à saúde de pessoas ostomizadas e define que o serviço está classificado em 'Atenção às Pessoas Estomizadas I', o qual deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, e 'Atenção às Pessoas Estomizadas II', o qual realiza ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais). 4 A confecção de um estoma de eliminação pode causar desajustes físicos, emocionais e sociais, e exige que o paciente aprenda novas habilidades para enfrentar esses desafios e manter sua autonomia. 5 Em virtude dessas alterações a Enfermagem desempenha um importante papel na reabilitação através da minimização de complicações, orientando o paciente e seus familiares quanto ao uso correto da bolsa e os cuidados com a pele periestomal. O idoso estomizado deve ser entendido como um ser com potencialidades, que necessita de compreensão e que sozinho ou com auxílio é capaz de realizar seu autocuidado. As ações que são desempenhadas pelo enfermeiro à pessoa idosa com estomia e frequentadora do serviço de saúde visa a excluir o medo de realizar o autocuidado, devendo alcançar também seus familiares, para que a continuidade da assistência em domicílio seja garantida.[1] ,6 A intenção de realizar este relato de experiência justifica-se pela necessidade de explorar a função do profissional de enfermagem ao cuidar de um idoso estomizado e aprimorar cada vez mais essa assistência. Diante disso, objetiva-se relatar a assistência de enfermagem prestada à idosos com estomas de eliminação atendidos no programa de estomias de um hospital público universitário do Estado de Alagoas.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre a vivência enfermeiros e estudantes de enfermagem do último ano do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas ao prestar cuidados em um programa de estomias do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), na oportunidade do estágio extracurricular supervisionado, no período de julho a outubro de 2017.

3. RESULTADOS

O Programa de estomias do HUPAA é composto por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social, nutricionista e farmacêutico), estando classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas II. A assistência de Enfermagem desempenhada nesse programa se estende do pré operatório, pós operatório até a educação em saúde quanto ao autocuidado. Os idosos estomizados com cadastro ativo neste programa correspondem no total de 39 pacientes, sendo a faixa etária predominante entre 60 a 69 anos, o sexo masculino é o mais frequente, o tempo de permanência em destaque dos estomas entre os idosos é o de caráter definitivo, não apresentando complicações em sua grande maioria, porém, as complicações observadas que mais incidem são: dermatite irritativa, prolapso, retração, granuloma, abscesso, hérnia paracolostômica. As ações de enfermagem abrangem: admissão do paciente através da consulta de enfermagem e preenchimento da ficha de cadastro, onde são colhidos os dados pessoais e dados indispensáveis à realização do procedimento, além da entrega do cartão necessário para a dispensação mensal da bolsa na farmácia do hospital. A enfermagem também auxilia na escolha do dispositivo cirúrgico e sua adaptação, faz orientações com relação aos cuidados com o estoma, pele

periostomal, manuseio e aplicabilidade da bolsa. Os pacientes também são orientados a retornar ao serviço se ocorrer algum tipo de intercorrência com o dispositivo.

4. CONCLUSÃO

A assistência prestada pela Enfermagem ao idoso com estoma, torna-se bastante relevante para a qualidade de vida do idoso, bem como reflete na diminuição das possíveis complicações que o estoma possa vir a apresentar. O idoso com estoma apresenta por vezes mais dificuldades na implementação do cuidado, e pode apresentar-se, cheio de dúvidas e receoso quanto a nova situação. Dentro desse contexto o Enfermeiro deve levar em consideração suas fragilidades e angústias, auxiliando a conviver com a estomia abrangendo também a família no cuidado.

REFERÊNCIAS

[1] Salome, Geraldo Magela; Almeida, Sergio Aguinaldo de; Silveira, Maiko Moura. Qualidade de vida e auto-estima de pacientes com estômago intestinal. J. Coloproctol. (Rio J.) , Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 231-239, dezembro de 2014. Disponível em Rocha, J.J.R. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(1): 51-6.

[2] Neto Nafl, Fernandes Doa, Didoné EL . Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. J. Coloproctol. (Rio J.) [Internet]. 2016 June [cited 2017 Oct 18] ; 36(2): 64-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000200064&lng=en

[3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 400 de atenção à saúde das pessoas com estoma. Brasília-DF, 2009.

[4] Fernandes de Sousa, Clementina; Santos, Célia; Carvalho Graça, Luís Carlos; "Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação". Referência - Revista de Enfermagem (2015): 21-30.

[5] Salome, Geraldo Magela et al. Perfil dos pacientes com ostomia residentes na cidade de Pouso Alegre. J. Coloproctol. (Rio J.) , Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 106-112, junho de 2015. Disponível em . Acesso em 07 de setembro de 2017

Capítulo 18

Hipertensão e diabetes: Dados epidemiológicos de uma instituição de longa permanência para idosos em Maceió/AL

Roberta Lays da Silva Ribeiro
Rodrigo Santana de Luna Batista
Taciane Marques Cavalcante
Dayane de Vasconcelos Bazílio
Marcus Vinícius Palmeira Oliveira

Resumo: A expectativa de vida dos brasileiros vem aumentando devido à queda das taxas de mortalidade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos passou de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. Uma patologia muito comum entre eles é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assim como o Diabetes Mellitus (DM); corriqueiramente doenças concomitantes. A HAS é a mais frequente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares. Devido à alta incidência dessas doenças, justifica-se uma maior atenção a essas patologias, com objetivo de alertar aos profissionais sobre a necessidade de intensificação do cuidado. METODOLOGIA: Através de uma pesquisa documental com registos manuscritos e eletrônicos de uma ILPI em Maceió - AL, foram colhidos dados dos idosos hipertensos e diabéticos, subdividindo-os em 6 grupos a fim de facilitar a análise: homens/mulheres hipertensos (as); homens/mulheres diabéticos (as); homens/mulheres hipertensos (as) e diabéticos (as). RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em um universo de 26 mulheres e 50 homens com idade média de 79 anos, tem-se: entre as mulheres, 57,7% são hipertensas; 23% são hipertensas e diabéticas e 30,7% são diabéticas, sendo que destas 25% são somente diabéticas e 75% são hipertensas e diabéticas. Já a respeito dos homens, 50% são hipertensos; 18% são hipertensos e diabéticos e 24% são diabéticos, sendo destes 25% somente diabéticos e 75% hipertensos e diabéticos. Tais dados refletem o alto índice dessas comorbidades no público feminino, bem como a grande prevalência das duas patologias associadas, o que chama a atenção dos profissionais para um cuidado mais eficaz e de forma multiprofissional, a fim de prevenir os agravos dessas doenças. CONCLUSÃO: O perfil dos idosos vivendo nessa ILPI demonstra alta prevalência de DCNTs, que podem estar relacionadas a fatores fisiológicos da senescência, assim como ao padrão de vida dos usuários. Tais patologias acometem grande parcela da população idosa e trazem consigo comorbidades, que se apresentam de formas diversas. Dessa forma, o conhecimento desses indicadores permite a formulação de estratégias direcionadas à melhoria da qualidade de vida e da assistência aos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: Geriatria; Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Instituição de Longa Permanência para Idosos

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida dos brasileiros vem aumentando devido à queda das taxas de mortalidade, a qual está relacionada com a melhoria do saneamento básico, do acesso à água tratada, das condições socioeconômicas – aumento da renda e da escolaridade – e a maior oferta de serviços públicos voltados à saúde – vacinação, agentes comunitários de saúde, atenção ao prénatal[1]. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida das mulheres era de 77,6 anos em 2010 e passou para 79,1 anos em 2015[2]. Os homens apresentavam expectativa de vida de 70,2 anos em 2010, aumentando para 71,9 anos em 2015. E ainda, a proporção de idosos passou de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015.[3]

Nesse contexto, houve incremento da demanda de serviços especializados diante da assistência ao idoso e a necessidade de garantir qualidade vida para essa população emergente. Conforme o Estatuto do Idoso, seu cuidado deve ser realizado prioritariamente por sua família, reservando às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) o acolhimento daqueles que não possuem condições de manutenção da própria vida. Segundo o Instituto de Economia Aplicada[4], o Brasil tem apenas 218 asilos públicos e, considerando as instituições públicas e privadas, são 83 mil idosos usuários, mulheres em sua maioria. O Estado de Alagoas possui 17 ILPIs, as quais abrigam 460 idosos de um total de 260 mil.[5]

Entre eles, uma patologia muito comum é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cuja é um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, além de constituir um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, que, na última década, representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo. A HAS é a mais frequente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio, além da doença renal crônica terminal. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNTs.[6]

Outra comorbidade bastante comum é a Diabetes Mellitus (DM), que muitas vezes vem associada à HAS. Ademais, sua prevalência vem crescendo mundialmente, configurando-se, hoje, como uma epidemia resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Contudo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o aumento da obesidade também são responsáveis pela expansão global do DM. As hospitalizações atribuíveis ao diabetes mellitus representam 9% dos gastos hospitalares do Sistema Único da Saúde.[7]

Nesse panorama, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que, por sua vez, constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser acompanhados com satisfatória resolutividade pela Atenção Primária à Saúde.[8]

Dessa forma, este trabalho é justificado pela necessidade em se ter uma maior atenção à essas doenças, devido a sua alta incidência em idosos e aos agravos que elas podem causar em sua saúde, como eventos cardiovasculares e encefálicos, podendo ser causa desde limitação da mobilidade do paciente, até diminuição parcial ou completa de sua autonomia, prejudicando inclusive suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs).

Esse presente trabalho tem um objetivo maior de alertar os profissionais de saúde acerca da importância da intensificação do cuidado desses idosos institucionalizados portadores das comorbidades aqui tratadas, através da apresentação de dados colhidos em uma ILPI da cidade de Maceió, que retratam a alta

[1] BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2016. s/p.
[2] Idem
[3] Brasil. Em 10 anos, cresce número de idosos no Brasil. 2016.
[4] IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 71% dos municípios não têm instituições para idosos. 2011.
[5] 5 Alagoas 24 Horas. AL possui cerca de 460 acolhidos em Instituições de Idosos. 2012.
[6] 6 Lessa I. O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

[7] SCHMIDT, Maria Ines et al . Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autoreferida, Brasil, 2006.
[8] 8 Ministério da Saúde (Br). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2001

prevalência dessas doenças em pacientes que possuem inúmeros fatores de risco para desenvolver seus agravos, como ausência de atividade física regular.

2.METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa documental através dos registos manuscritos e eletrônicos inclusos no sistema informatizado de um Lar para Idosos em Maceió. A fim de facilitar a coleta, todos os idosos foram divididos em dois grandes grupos, homens e mulheres, cada um desses grupos foi subdividido em mais três: homens/mulheres hipertensos (as); homens/mulheres diabéticos (as); homens/mulheres hipertensos (as) e diabéticos (as). Após a coleta, os dados foram analisados com o objetivo de conhecer o caráter epidemiológico de ambas morbidades no local estudado.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ILPI analisada hoje é composta por 76 idosos, sendo 26 mulheres e 50 homens, com faixa etária entre 60 e 98 anos, sendo a média de idade 79 anos.

No tocante às mulheres, encontramos dados interessantes, como o fato de 57,7% serem hipertensas e 23% serem hipertensas e diabéticas. Idosas diabéticas condizem com 30,7% do total de mulheres da instituição, sendo que dessas, 25% são somente diabéticas e 75% são hipertensas e diabéticas.

No grupo de homens idosos, 50% são hipertensos e 18% são hipertensos e diabéticos. Os homens diabéticos representam 24% do total de idosos e desses, 25% são somente diabéticos, enquanto que 75% são hipertensos e diabéticos.

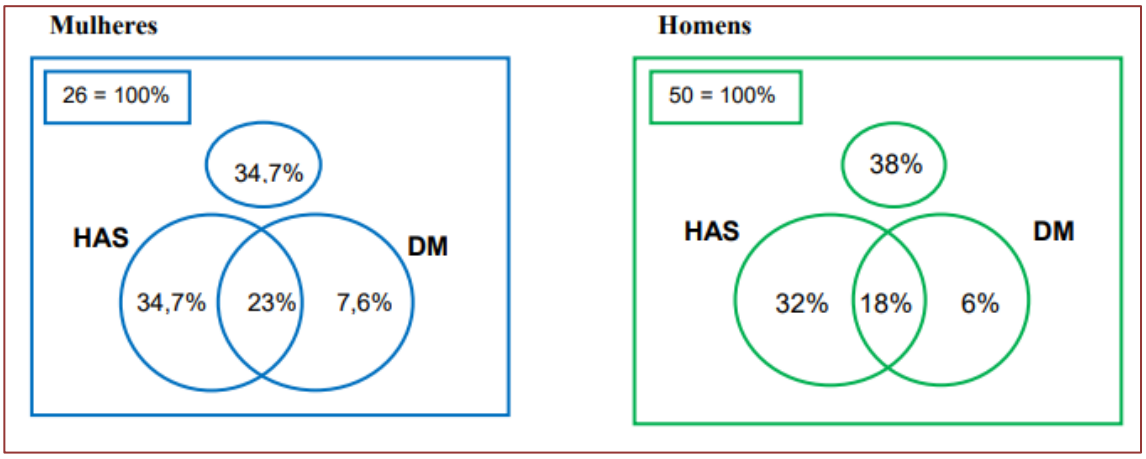
A porcentagem maior de mulher acometidas seja por uma patologia isolada ou as duas associadas, demonstra a maior vulnerabilidade dessas idosas pós-menopausa a eventos cardiovasculares devido a perda do efeito vascular protetor exercido pelo estrógeno[9]. Além disso, o alto índice dessas comorbidades em ambos sexos, ainda pode estar associado a outros fatores de risco, como o familiar, o estilo de vida, que envolve, entre outras coisas, a falta de prática de exercícios físicos e a dieta.

Ademais, percebe-se que o alto índice dos diabéticos que também são hipertensos, 75% em ambos sexos, o que enfatiza a atenção especial que deve ser dada à prevenção, em especial da associação dessas doenças e, consequentemente, de seus agravos.

Tudo isso reflete uma problemática que vai além dos dados apresentados: a prevenção dos agravos gerados pelas patologias desses idosos, bem como o surgimento de novos casos de hipertensão e diabetes. Tal fato é preocupante, em especial, devido ao fato desse idosos serem institucionalizados, tendo assim, acesso restrito a prática regular de atividade física, por exemplo. Além disso, nessa ILPI, precisamente, encontra-se uma população que oferece maior risco, em virtude do alto índice de idosos acamados e cadeirantes, que representam 11,8% e 48,7% dos idosos da ILPI.

Portanto, fica claro a necessidade de se dar uma maior atenção a esse grupo, através de estratégias multidisciplinares de promoção a saúde e prevenção de agravos, como o uso da fisioterapia e da terapia ocupacional, de maneira mais efetiva nesses idosos e que ocorra de maneira constante.

[9]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. P. 88.



4.CONCLUSÃO

O perfil dos idosos vivendo nessa ILPI demonstra alta prevalência e incidência de DCNTs, as quais podem estar relacionadas com fatores fisiológicos da senescência, como aumento do tecido adiposo e redução da complacência dos vasos sanguíneos, aliados a maus hábitos de vida. Do mesmo modo, tal achado pode estar relacionado com o padrão de vida dos usuários, em geral, pessoas em situação de vulnerabilidade psicológica, social, biológica e econômica.

O conhecimento desses indicadores permite que sejam formuladas estratégias direcionadas para melhoria da qualidade de vida dos idosos, com possibilidade de repercutir na diminuição do uso evitável dos recursos relacionados com tratamentos de saúde, aumento na expectativa de vida e, indiretamente, na melhoria da assistência aos institucionalizados em função da diminuição da sobrecarga de cuidados.

Tais patologias, que acometem uma parcela significante da população idosa, trazem consigo comorbidades. As consequências desses acometimentos se dão de formas diversas, as quais prejudicam a qualidade de vida e podem diminuir a capacidade funcional dos idosos, aumentando sua dependência de terceiros e caracterizando um processo progressivo de declínio funcional e, possivelmente, cognitivo.

Dentre as consequências biológicas, têm-se para a Hipertensão Arterial Sistêmica majoritariamente os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs). Para o Diabetes Mellitus há, principalmente, as complicações vasculares e neuropatias, que podem levar a quadros oftalmológicos - glaucoma, retinopatia diabética e cegueira –, quadros cardiovasculares, como Infarto Agudo do Miocárdio; e, em casos mais extremos, à amputação de membros.

Em suma, os AVEs e a amputação de membros são potenciais causadores de insuficiência cognitiva e imobilidade, condições constituintes dos cinco "i's" da geriatria, junto a instabilidade postural, incontinências urinária e fecal e iatrogenia. Essas condições impõem desafios diários a cuidadores e idosos, que, em função daquelas, tornam-se mais dependentes e têm limitadas suas habilidades para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVDs).

Além do comprometimento físico, as DCNTs e suas comorbidades trazem também impactos às questões biopsicossociais envolvendo a pessoa idosa e seus cuidadores. A capacidade funcional prejudicada leva à vulnerabilidade do indivíduo, que fica alheio a situações de descaso e violência, além de apresentar-se mais susceptível à depressão.

Como forma de prevenção a essas condições, é importante que os idosos sejam estimulados de forma cognitiva e a partir de exercícios físicos. A alimentação balanceada, a redução e o controle do peso dos idosos são fatores que, aliados à prática de exercícios físicos, possuem a capacidade de reduzir índices glicêmicos e previne secundariamente problemas cardiovasculares, melhorando de modo amplo a condição de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

[1] Alagoas 24 Horas. AL possui cerca de 460 acolhidos em Instituições de Idosos. Disponível em: <http://www.alagoas24horas.com.br/560572/al-possui-cerca-de-460-acolhidos-em-instituicoesde-idosos/>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[2] Brasil. Em 10 anos, cresce número de idosos no Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-nobrasil>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[3] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. – Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.

[5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 102 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[6] Goulart, Flávio A. de Andrade. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[7] Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 71% dos municípios não têm instituições para idosos. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8574>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[8] Lessa, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Doencas_cronicas_nao_transmissiveis_no_Brasil__desafio_para.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[9] Rosa, Roger dos Santos; Schmidt, Maria Inês. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999 - 2001. Epidemiol. Serv. Saúde. 2008;17(2), p.131-4. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[10] Siqueira Rodrigues B.G., Cader A.S., Oliveira E.M., Torres N.V .O.B., Dantas E.H.M. Avaliação do equilíbrio estático de idosas pós-treinamento com método pilates. R. bras. Ci. e Mov 2009;17(4):25-33. Disponível em: <file:///C:/Users/vb_da/Desktop/1191-7309-2-PB.pdf>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

[11] Schmidt, Maria Ines et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 7482, Nov. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000900010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

Capítulo 19

Alterações de comportamentos em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer: Um relato de experiência

Wedja Maria da Silva
Clécia Pinheiro Pimentel
Mayara Silva de Souza Guedes
Viviane Vanessa Rodrigues da Silva Santana
Maria Celeste Campello Diniz

Resumo: Entre as demências existentes, a doença de Alzheimer (DA) é a mais que se destaca, por ter maior incidência de caso. Esta é uma patologia neurodegenerativa, caracterizada pela perda progressiva das funções cognitivas, sendo fatal para memória; também reflete nas capacidades funcionais como dificuldade em realizar seu próprio autocuidado, gerando dependência total de seus familiares. São evidentes mudanças comportamentais e sintomas neuropsiquiátricos. Este estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadasatravés do estágio supervisionado da disciplina Saúde do Idoso em Enfermagem, observando as alterações de comportamentos em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer. Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, a partir de situações vivenciadas por discentes do curso de Enfermagem, da Faculdade Estácio de Alagoas - FAL, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, o Lar Mãe das Graças. O estudo ocorreu entre o período de abril e maio de 2017, no turno vespertino perpetuando uma vez na semana, através de visitas semanais, onde foram observados pacientes com a doença de Alzheimer e suas alterações de comportamentose a assistência prestada pela equipe de saúde da própria instituição. Foi possível observar a conduta de uma idosa diagnosticada com a Doença de Alzheimer. Com a realização deste estudo observa-se que, apesar de todas as dificuldades em prestar assistência, o cuidador deve ter um olhar diferenciado para esses pacientes e, mais importante, exercer a atividade de forma eficiente.O trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e os cuidadores deve propiciar a possibilidade de sistematização de tarefas, evitando hospitalizações, asilos e outras formas de segregação que podem representar experiências traumatizantes.

Palavras-chave: Doença neurodegenerativa, idosos, profissionais de saúde.

1.INTRODUÇÃO

A cada ano a população idosa vem crescendo em nível mundial e no Brasil essa realidade também vem ocorrendo[1]. Com isso, torna-se frequente o aparecimento de doenças crônicas nesta etapa da vida, dentre elas as degenerativas como as síndromes demenciais[2,3].

As demências são doenças adquiridas, progressivas que afetam diretamente as funções cognitivas do indivíduo, incluindo a memória, pensamento, compreensão, atenção e aprendizado, orientação, linguagem, julgamento e cálculo. Portanto, podem influenciar completamente a qualidade de vida do idoso principalmente no seu desempenho social como também nas suas tarefas diárias tais: higiene pessoal, alimentação, vestimenta e atividades fisiológicas com uso de banheiro[4].

Segundo a Organização Mundial da Saúde as demências estabelecem um importante problema de saúde pública, especialmente, nos países em desenvolvimento, pois a cada ano cerca de 7,7 milhões de pessoas são diagnosticadas no mundo com um tipo de demência[5,6].

Entre as demências existentes, a doença de Alzheimer (DA) é a mais que se destaca, por ter maior incidência de caso[7]. Esta é uma patologia neurodegenerativa, caracterizada pela perda progressiva das funções cognitivas, sendo fatal para memória; também reflete nas capacidades funcionais como dificuldade em realizar seu próprio autocuidado, gerando dependência total de seus familiares. São evidentes mudanças comportamentais e sintomas neuropsiquiátricos[8].

A DA é acompanhada de três estágios evolutivos representados por três fases: leve, moderada e final. A fase leve, pode perdurar de dois a quatro anos; o idoso começa a desenvolver problemas de memória e os atingidos normalmente por consequência da doença começam a perder alguns equipamentos pessoais (carteira, celular, chave, caneta, óculos e etc.), não se lembram de desligar o fogão e fechar a porta. Em certos casos são comuns as alterações de comportamentos, perda de iniciativa, desatenção, abandono dos passatempos e delírios.Na fase moderada, pode ter duração de dois a dez anos, momento em que o sujeito começa a ficar sob os cuidados de seus familiares ou pessoas próximas, uma vez apresente maior dano na memória, acompanhado de outros eventos progressivos da cognição tais: agnosia, afasia, apraxia, mudanças visuoconstrutivas, visuoespaciais e disfunção comportamental. Já na fase final, o idoso fica totalmente dependente, com função cognitiva completamente afetada, não reconhece mais a família e os amigos, apresentando incapacidade de se alimentar, ou seja, não tem conhecimento sobre o alimento e o que fazer com ele. Normalmente, nesta fase, os portadores da DA estão acamados usando fralda e sonda tanto para se alimentarem como urinarem. Podem entrar em óbito por consequência de algumas complicações da doença[4,9].

Em idoso que apresente problema de memória se faz necessária que uma avaliação clínica e a realização de testes de funções cognitivas. Para tanto, utiliza-se o Mini exame do estado mental (MEEM), que qualquer profissional da área de saúde capacitado pode realizar quando à suspeita de um possível achado, para então se ter um diagnóstico precoce para poder ajudar de forma adequada o paciente[4,10].

O tratamento dos portadores da DA deve ser realizado assim que se obtenha o diagnóstico clínico. O profissional especializado vai definir o tipo de tratamento que pode ser utilizado no paciente, que vai depender da evolução da patologia; se vai ser necessário o uso de medicamento ou não, bem como outro meio terapêutico[11].

Para se prevenir de qualquer tipo de doença é importante mudar o estilo de vida, optar por hábitos saudáveis como: praticar atividade física regular, escolher alimentos saudáveis, levar uma vida mais ativa, entre outros. Com isso, o idoso fica mais autônomo, melhora sua habilidade motora, além de retardar a demência da DA[12].

Diante desta perspectiva, este estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas através do estágio supervisionado da disciplina Saúde do Idoso em Enfermagem, observando as alterações de comportamentos em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer.

2.METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, a partir de situações vivenciadas por discentes do curso de Enfermagem, da Faculdade Estácio de Alagoas - FAL, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), o Lar Mãe das Graças, localizada no Bairro Village Campestre em Maceió-AL. O estudo ocorreu entre o período de abril e maio de 2017, no turno vespertino perpetuando uma vez na semana,

através de visitas semanais, onde foram observados pacientes com a doença de Alzheimer e suas alterações de comportamentos,e a assistência prestada da equipe de saúde da própria instituição.

Para este trabalho, foi utilizado o método observacional, o qual permite que o pesquisador analise, registre e identifique as ocorrências espontâneas de um determinado fato e suas causas[13].

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de estágio realizado no Lar Mãe das graças, através de visitas semanas foi possível observar a conduta de uma idosa diagnosticada com a Doença de Alzheimer, pois apresentava alterações de comportamentos durante o dia como: ansiedade, repetição da mesma palavra por muitas vezes, em certos momentos começava a surtar ficando agressiva, com explosões de raiva, irritabilidade, hiperatividade e utilizava palavras de baixo nível. Tempo depois, se acalmava voltando o estado natural da memória. Pois, são normais estes tipos de comportamentos para indivíduo com a DA[4].

Percebeu-se, que durante a realização do estágio pelos discentes, a senhora com DA se sentia muito feliz com a presença dessas pessoas, pela atenção prestada; ela chamava os estagiários muitas vezes. Sentia-se bem por estar conversando com outras pessoas. Por isto, que é de extrema importância enquanto acadêmico entender cada estágio da demência para poder dar assistência adequada principalmente quando estiver exercendo a função profissional no futuro[9].

Em idosos com a DA, são comuns as alterações de seus comportamentos, especialmente, a modificação de humor que são mais frequentes. Se um indivíduo sempre foi tranquilo, não quer dizer que não vai passar por essas alterações, todas vão, porque esse processo faz parte da síndrome[4].

Existem profilaxias fundamentais, que devem ser indicadas por qualquer profissional de saúde, para melhorar a qualidade de vida de indivíduo que já é portador da doença ou se não tem pode retardar por longo tempo, como o estímulo da prática de atividade física regular e uma alimentação saudável, são medidas ideais para ajudar esses pacientes de forma adequada e básica, sem falar da redução de outros riscos a que estão vulneráveis[12].

4.CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo é possível observar naturalmente as alterações de comportamentos da pessoa diagnosticada com doença de Alzheimer, pois constata-se que com o tempo a doença vai modificando o idoso, desde a perda das funções cognitivas, incluindo a memória, desorientação, como também as funcionais. Apesar de todas as dificuldades em prestar assistência, o cuidador deve ter um olhar diferenciado para esses pacientes e, mais importante, exercer a atividade de forma eficiente. O trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e os cuidadores deve propiciar a possibilidade de sistematização de tarefas, evitando hospitalizações, asilos e outras formas de segregação que podem representar experiências traumatizantes.

REFERÊNCIAS

[1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE) [homepage na internet]. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios. [acesso em 26.08. 2017] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

[2] Mac-Kay Apmg. Linguagem nas demências. In: Mac- Kay APMG., Assencio-Ferreira VJ, Ferri-Ferreira TMS. Afasias e demências – Avaliação e tratamento fonoaudiológico, São Paulo: Santos, cap. 5, p. 69-77, 2003.

[3] World Health Organization(Who). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Traducão Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.2. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. Lancet.2002;360:1759–66.

[4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

[5] Smeltzer SC, Bare BB, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médicocirúrgica.10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

[6] World Health Organization (WHO). Dementia: a public health priority. Geneva: WHO, 2012.

[7] Herrera E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Psiq. Clin. 1998; 25(2): 70-73.

[8] Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 491/GM, de 23 de setembro de 2010. Protocolo clínico e diretrizes para o tratamento da demência por Doença de Alzheimer. Diário Oficial da União, Brasília, 23 set. 2010.

[9] Carvalho HM. O design e as neurociências :reabilitação cognitiva. [dissertação] Portugal: Universidade de Aveiro; 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17037> Acesso em 11.10.2017.

[10] Wang SJ, Liao KK, Fuh JL, Lin KN, Wu ZA, Liu CY, et al. Cardiovascular autonomic functions in Alzheimer's disease. Age Ageing, 1994; 23:400-4.

[11] Grilo PA.Doença de Alzheimer.Portugal: Coisas de Ler, 2009.

[12] Oliveira AA. A demência de Alzheimer e os idosos: Investigação sobre conhecimento, prevenção e percepção. Special Edition-Article I: Pontifícia Universidade Católica (PUC). São Paulo, 82: 1-5. 2012.

[13] Gil, AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

Capítulo 20

Avaliação do declínio cognitivo em idosos institucionalizados

Ingrid Araújo Ribeiro
João Luis Almeida da Silva

Resumo: O presente estudo pretende avaliar o declínio cognitivo de idosos institucionalizados com a utilização do Mini Exame do Estado Mental. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para pessoas Idosas localizada no município de Ilhéus/Bahia. Para a realização desse estudo, a coleta de dados foi realizada em dois momentos: análise dos prontuários e aplicação do Mini Exame do Estado Mental no período de Outubro de 2016 a novembro de 2017. Na instituição pesquisada observou-se um predomínio de idosos com 80 anos ou mais (36,2 %); Entre os idosos estudados, (65,52%) correspondem à população feminina e (34,48%) equivale à população masculina; Dos 58 idosos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental 84,79% (49) possuía algum grau de comprometimento cognitivo, sendo mais significativa na classificação grave (65,52%); MEEM médio de 12, 45 de 30 pontos. No que concerne à escolaridade, observou-se que quanto menor a instrução educacional maior o risco de declínio cognitivo. Dos 58 idosos, 35 eram analfabetos, destes 31 (88,6%) possuíam déficit cognitivo, O Teste qui-quadrado não demonstrou significância estatística na comparação entre tempo de estudo e déficit cognitivo, p value = 0,66. Além disso, os fatores uso excessivo de medicamento, sedentarismo e falta de estímulos a atividades pioram o comprometimento. Conclui-se que o MEEM é uma escala de rastreamento, auxiliando a conduzir ações, estimular atividades cognitivas e encaminhamento a avaliação neurológica, não servindo para fins diagnósticos, mas como instrumento para traçar metas e estratégias que possibilitem uma melhor assistência à população idosa no intuito de reduzir a progressão da perda cognitiva e suas consequências.

Palavras Chave: Déficit cognitivo, idoso, institucionalização, Mine Exame do Estado Mental.

1.INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia, pelo processo de envelhecimento, uma acelerada transição demográfica, isto porque, houve uma redução significativa na taxa de fecundidade e mortalidade em paralelo ao aumento da expectativa de vida da população (VERAS, 2003). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísca, estima-se que em 2025, o Brasil terá cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, sendo o país com a sexta maior população de idosos em todo o mundo (IBGE, 2002).

Com o envelhecimento todos os sistemas do organismo são comprometidos, sendo o Sistema Nervoso Central um dos mais afetados devido alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral (ANDRADE et al, 2017). Tais alterações ocorrem principalmente nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas. A cognição descreve todo o domínio do funcionamento mental, implicando nas habilidades de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar e produzir respostas às solicitações e estímulos externos (ANDRADE et al, 2017). Nessa perspectiva o declínio cognitivo pode causar diminuição na velocidade do processamento de informação, déficits atencionais, alterações da memória, raciocínio lógico, nas funções práxicas e gnósicas, na orientação do espaço, na fala e outras formas de comunicação bem como na efetividade, na personalidade e na conduta (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

O Progressivo aumento do número de idosos bem como a deficiência da inclusão destes na sociedade, delineia implicações sociais, culturais e epidemiológicas, visto que, nessa faixa etária, a prevalência de morbidades, incapacidades e fragilidade é maior (NOGUEIRA et al, 2010). Em geral as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, exigindo assistência constante e medicação contínua (VERAS, 2003). Em decorrência desses fatores que exigem maiores cuidados e mediante as dificuldades socioeconômicas que permeiam os idosos e seus familiares, bem como o desamparo do estado, cresce a demanda por instituições de longa permanência para idosos (VERAS, 2009).

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é definida como "instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania" (RDC Nº 283, 2005). Calcula-se que 40% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos necessitarão em algum momento da vida de cuidados em uma instituição de longa permanência (VILAS BOAS; FERREIRA, 2007).

A institucionalização pode prover cuidados e ser um bom local para um envelhecer digno, trazendo resultados positivos para o bem estar biopsicossocial quando o suporte familiar é ineficiente ou inexistente, tornando-se a única alternativa para alguns idosos. Contudo, ILPIs atuam sobre normas institucionais, com comportamentos e condutas próprias, e em geral, ignoram a história de vida do idoso e suas singularidades, sendo a rotina praticamente igual para todos. Nesse contexto, a institucionalização pode levar a perda gradual da identidade e da autonomia do idoso por propiciar o isolamento, a privação social e por vezes piora do estado geral de saúde (MELO; KUBRUSLY; PEIXOTO JUNIOR, 2011). Essa conjuntura pode levar também ao comprometimento das funções cognitivas gradativamente, tornando-o mais dependente, fragilizado e vulnerável.

O declínio das funções cognitivas é um processo normal do envelhecimento, porém cada indivíduo possui um ritmo de comprometimento. Assim como os sistemas do corpo humano o cérebro também atua sobre um ritmo, quanto mais atividades intelectuais forem executadas mais tempo ele demorará em perder suas conexões e apresentar uma perda sintomática (NORDON et al, 2009).

O comprometimento cognitivo é uma variável importante a ser investigada, pois afeta o desempenho funcional do individuo no seu dia-a-dia, implicando perda de independência e autonomia com consequente perda da qualidade de vida do idoso (ABREU et al, 2005). Segundo Gurian (2012), a dependência e a falta de autonomia representam para a população geriátrica fatores de risco importantes para a mortalidade.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar o declínio cognitivo de idosos de uma ILPI considerando a possibilidade de traçar metas que possibilitem uma melhor assistência a essa população no intuito de reduzir a progressão da perda cognitiva.

2.MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para pessoas Idosas localizada no município de Ilhéus/Bahia. É um recorte do Projeto

de Pesquisa intitulado: avaliação do impacto de intervenção educacional na prevalência de infecção do trato urinário em idosos institucionalizados, aprovado no CEP-UESC sob o número 1050.366.

A pesquisa descritiva visa à descrição das características de determinada população ou fenômeno, além de estabelecer relações entre as variáveis do estudo em análise. Trata-se de um estudo detalhado, com levantamento de dados através de técnicas padronizadas para devida análise e interpretação (GIL 2002). Já a abordagem quantitativa tem como finalidade a mensuração precisa dos resultados a fim de evitar distorções de análise e interpretação e consequentemente garantir a margem de segurança quanto as inferenciais (ROUQUAYROL, 2003).

Para a realização desse estudo, a coleta de dados foi realizada em dois momentos: análise dos prontuários e aplicação do Mini Exame do Estado Mental (ANEXO A), no período de Outubro de 2016 a novembro de 2017.

Foram avaliados os prontuários de 74 idosos residentes na ILPI com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, a fim de extrair informações sóciodemográficas e da situação de saúde (idade, sexo, escolaridade, uso de medicamentos ou condições clínicas que podem afetar cognição). A avaliação do estado cognitivo foi realizada em 58 idosos, pois houve uma redução na população no período vigente, devido falecimento e desligamento. Excluiu-se todos os idosos institucionalizados há menos de 2 semanas ou que não possuíam ainda prontuário aberto.

A avaliação cognitiva foi realizada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que consiste em uma escala de avaliação cognitiva capaz de auxiliar na investigação e na monitorização da evolução de possíveis déficits cognitivos. Desde que foi proposto por Folstein et al (1975), vem sendo amplamente utilizado no mundo devido sua fácil aplicação, agilidade e acessibilidade para qualquer profissional usar. Contudo, não deve ser utilizado para fins diagnóstico.

No Brasil, o MEEM foi adaptado inicialmente por Bertolucci et al (1994), é composto por questões agrupadas em categorias de acordo com a funções cognitivas: orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. O escore do MEEM varia de a 0 a 30 pontos e o rastreio do estado cognitivo em idosos deve-se adequar à escolaridade, utilizando-se de pontos de corte conforme os anos de estudo seguindo as "sugestões para o uso do Mini exame do Estado Mental no Brasil" (BRUCKI et al, 2003).

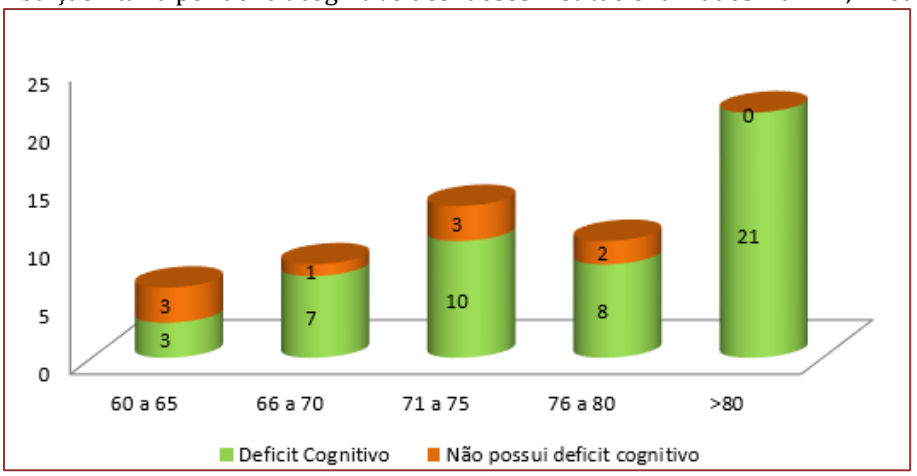
A análise dos dados foi efetuada por estatística descritiva e inferencial, aplicação de teste qui-quadrado para significância estatística com *p value* de 5% nas variáveis de comparação. Os dados foram analisados através do pacote estatístico SPSS 20.0 e Microsoft Excel; a apresentação se fez por gráficos e tabela.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

O envelhecimento causa uma série de alterações funcionais na saúde do idoso decorrente do processo de senescência e senilidade, acarretando prejuízos em nível funcional e cognitivo.

Segundo Andrade et al, (2017) a variável idade igual ou superior a 83 anos representa um fator de risco para o declínio das funções cognitivas. Esse achado também foi observado na instituição pesquisada, como mostra a figura 1. Dado esse que ratifica a associação do declínio da função cognitiva com a idade cronológica.

FIG 1: Distribuição Etária por déficit cognitivo dos Idosos Institucionalizados na ILPI, Ilhéus, 2017



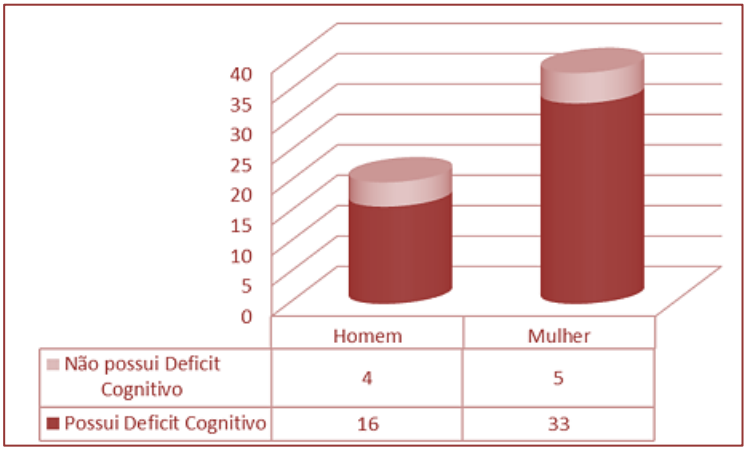
Dos resultados obtidos, a faixa etária predominante foi composta por idosos acima de 80 anos (36,2%), seguido daqueles com 71 a 75 anos (22,41%) e, por fim, os idosos mais jovens com 60 a 65 anos (10,34%). Observou-se que os idosos com idades mais avançadas obtiveram piores desempenhos no MEEM, 100% dos 21 idosos acima dos 80 anos apresentaram algum grau de declínio das funções cognitivas, embora o teste qui-quadrado aplicado para analisar associação entre variáveis não tenha dado relevância significativa na diferenciação da idade para déficit cognitivo p value = 0,56.

A prevalência de transtornos demenciais tem relação com o avançar da idade, passando de 1,3% nos idosos com 65 a 69 anos para cerca de 17% entre a faixa etária de 80 a 84, sendo bastante expressivo nos que possuem 85 anos ou mais, alcançando aproximadamente 37,8% (LENARD et al, 2009).

No presente estudo, as condições clínicas como demência somente em poucos prontuários dos idosos estudados estão descritas ou com registro dos diagnósticos, o que dificultou a comparação ou associação com o déficit cognitivo, bem como, outras situações de condições crônicas. Optou-se por tanto, de não apresentar essas informações para não prejudicar especificamente o objetivo proposto.

Entre os idosos estudados, (65,52%) correspondem à população feminina e (34,48%) equivale à população masculina, destes (86,8%) e (80%) desenvolveram déficit cognitivo respectivamente, como pode ser observado na figura 2 a seguir:

FIG 2: Percentual de distribuição dos idosos por sexo e Déficit Cognitivo com aplicação do MEEM em uma ILPI, Ilhéus 2017.



Trindade et al (2013), encontraram em seu estudo a maioria da população idosa constituída por mulheres o que não difere da presente pesquisa.

A expectativa de vida das mulheres aos 60 anos de idade é maior em relação aos homens, embora estejam mais susceptível a violência doméstica, discriminação no acesso a educação, salário, alimentação e trabalho (LENARDT et al, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), a pobreza, as limitações físicas e mentais bem como os demais problemas de saúde são comumente mais prevalentes em mulheres em idade avançada. Vale ressaltar que o Teste qui-quadrado com p value = 0,71 não demonstrou significância estatística na diferenciação entre os sexos, mas é importante observar que a frequência foi mais alta entre as mulheres (33).

No que se refere ao grau de déficit cognitivo apresentado foi mais significativa na classificação grave como mostra a tabela 1 seguir:

Tabela 1. Frequência do Déficit Cognitivo com aplicação do MEEM entre idosos de uma ILPI, Ilhéus – BA, 2017.

Variável	Classe	N	(%)
Déficit cognitivo	Sem déficit	9	(15,52)
	Leve	2	(3,45)
	Moderado	9	(15,52)
	Grave	38	(65,52)

Dos 58 idosos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental 84,79% (49) possuía algum grau de comprometimento cognitivo. Para a classificação do grau do declínio foi utilizado como parâmetro os fornecidos pelo Tratado de Geriatria e Gerontologia o qual pontua déficit cognitivo leve, 1 a 2 pontos abaixo do ponto de corte, déficit cognitivo moderado, 3 a 4 pontos abaixo do ponto de corte e déficit cognitivo grave, mais do que 4 pontos abaixo do ponto de corte (FREITAS, 2016).

A frequência de 65,52% de déficit cognitivo grave pode ser explicada pelo perfil diferenciado que idosos institucionalizados apresentam como, elevado nível de sedentarismo, carência afetiva, perda da autonomia e independência e ausência de apoio familiar para realizar o autocuidado (FURTUNATO; NUNES; PEREIRA, 2015). Idosos institucionalizados apresentam menor desempenho cognitivo quando comparados aos que vive em sociedade o que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão (TRINDADE et al, 2013).

O declínio das funções cognitivas compromete inicialmente as funções mais complexas, que exigem mais raciocínio, ao evoluir para estágios mais avançados as atividades básicas de vida diária também passam a declinar, levando o idoso a necessitar de auxilio (CHAIMOWICZ, 1997).

Estudos apontam que idosos com declínio das funções cognitivas apresentam maior susceptibilidade de desenvolver Doença de Alzheimer (DA), em especial aqueles com déficit de memória episódica (FICHMAN et al, 2005).

O presente estudo obteve MEEM médio de 12, 45 de 30 pontos. Caixeta e Ferreira (2009), ao estudarem o desempenho cognitivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados encontraram MEEM médio de 12,56. Esse valor corrobora com o encontrado no presente estudo, levando a concluir que a baixa escolaridade e a institucionalização contribuem de forma expressiva no comprometimento cognitivo. O declínio das funções cognitivas acentua-se quando associado à institucionalização devido o isolamento social e ao sedentarismo (LEITE; SALVADOR; ARAÚJO,2009).

O fator neuropsicológico associado ao envelhecimento seja ele senil ou não, exerce consequências aos processos cognitivos, que vai desde a aprendizagem até a memória (MELO; HADDAD; DELLAROZA, 2012). Nessa perspectiva, atividades que levem os idosos a serem mais ativos mentalmente e fisicamente, proporcionam maior autonomia e independência e consequentemente qualidade de vida.

O comprometimento cognitivo dificulta a realização das atividades de vida diária e na adaptação social, prejudicando gradativamente a autonomia e independência, com consequente perda da qualidade de vida do idoso (MACHADO et al, 2007).

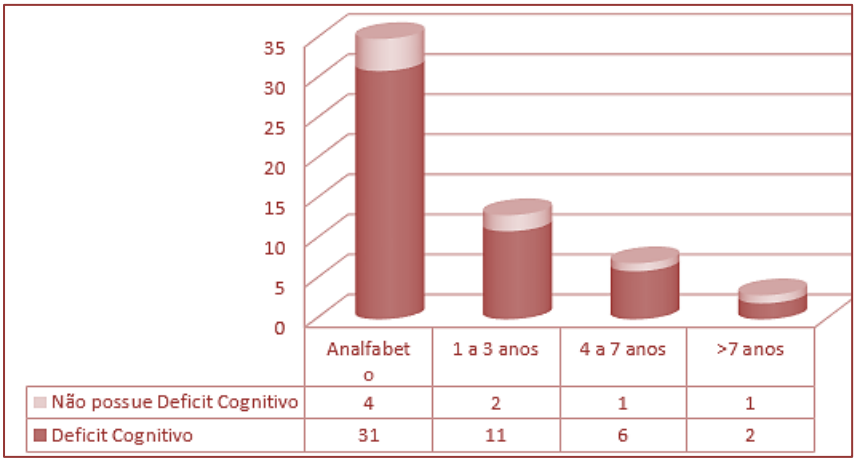
Em um estudo realizado por Souza e Chaves (2005) sobre o efeito do exercício de estimulação de memória em idosos saudáveis, aplicou-se o MEEM em uma amostra de indivíduos acima de 60 anos em dois

momentos, antes e após desenvolverem atividades estimuladoras de memória, como resolução de problemas, cálculos, memorização visual e leitura. A reaplicação do teste após as atividades mostrou que 66% dos idosos haviam apresentado melhora no desempenho do teste cognitivo aplicado. O estímulo ao cérebro por meio da aplicação de atividades que exigem atenção, concentração e pensamento lógico, aumenta a densidade sináptica cerebral, sua rede de transmissão é responsável pela plasticidade e dinâmica do cérebro (SOUZA, 2005).

"O envolvimento com a comunidade, diferentes atividades de lazer, convívio com os familiares e exercícios físicos podem atuar como fator de proteção ao declínio cognitivo" (ARGIMON; STEIN, 2005).

No que concerne à escolaridade, observou-se que quanto menor a instrução educacional maior a frequência de declínio cognitivo. O Teste qui-quadrado não demonstrou significância estatística na comparação entre tempo de estudo e déficit cognitivo (*p value = 0,66*) provavelmente pelo pouco quantitativo de população estudada. Com tudo, dos 58 idosos, 35 eram analfabetos, destes 31 (88,6%) possuíam déficit cognitivo e apenas 4 (11,4%) não possuíam inferindo que os anos de estudo (escolaridade) podem atuar como fator de proteção, como mostra a figura 3 abaixo:

FIG 3: Percentual de distribuição dos idosos por escolaridade e Déficit Cognitivo com aplicação do MEEM em uma ILPI, Ilhéus 2017.



Bertolucci et al, (1994) constatou escores menores nos indivíduos com níveis educacionais mais baixos, indicando forte influência da escolaridade em relação ao estado cognitivo. Essa afirmação fundamenta-se na teoria da "reserva cerebral" na qual a educação atuaria protegendo o Sistema Nervoso Central dos impactos das agressões causadas por fatores deletérios, por aumentar a densidade sináptica em áreas associativas neocorticais, levando ao atraso potencial no início do desenvolvimento de quadros demenciais (ARDLA et al, 2000).

Várias dimensões cognitivas avaliadas pelo MEEM sofrem influência da escolaridade tais como: orientação temporal e espacial, atenção, leitura, cópia dos pentágonos e escrita (BERTOLUCCI, 1994). A fim de minimizar o viés da escolaridade, pontos de cortes distintos são atribuídos conforme o nível educacional. Entretanto nota-se discordâncias entre os autores quanto aos pontos de corte a serem empregados para os escores do MEEM (LENARDT et al, 2009). Os pontos de corte estabelecidos pra essa pesquisas foram: 19 pontos para analfabetos, 23 pontos para escolaridade de 1 a 3 anos, 24 pontos para escolaridade de 4 a 7 anos e 28 pontos para escolaridade maior que 7anos, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Observou-se que além da instituição asilar pesquisada ser um ambiente carente de estímulos, há uso excessivo de medicamentos devido as múltiplas comorbidade presente nessa população. Dentre os medicamentos prescritos estão os antipsicóticos, anticonvulsivantes e os antidepressivos todos eles, possuem efeitos no Sistema Nervoso Cerebral podendo levar os idosos a terem reações adversas neurológicas como: insônia, tremores, descoordenação motora, dificuldades de fala, alteração do pensamento e perda de memória entre outros. Diante disso, a percepção de algum distúrbio cognitivo torna-se uma tarefa difícil, visto que, mudanças afetivas e cognitivas podem ser próprias da doença mental e mesmo do próprio efeito dos medicamentos (LEWIS, 2004).

Diversos estudos têm sugerido que os efeitos colaterais da medicação antipsicótica podem ocorrer como o bloqueio dos receptores dopaminérgicos, exatamente nas áreas responsáveis pelo afeto, cognição e motivação (BRESSAN et al, 2002; VORUGANTI; AWAD, 2004). Saeedi et al (2006), mostra que o haloperidol possui influência negativa na cognição no que diz respeito aos domínios da atenção, tempo de reação e processamento de informação.

A assistência à saúde do idoso dentro da instituição pesquisada é deficiente, pois o quadro de funcionários não condiz com a demanda dos idosos, dessa forma, os idosos tornam-se passivos em seu envelhecimento e os aspectos cognitivos bem como as atividades de vida diária ficam comprometidos, pois muitos possuem dependência total enquanto outros necessitam de supervisão.

Quanto mais grave o declínio da função cognitiva maior será a necessidade de um cuidado individualizado. Diante disso, atividades que auxiliem no desenvolvimento da autonomia necessitam ser empregadas.

4.CONCLUSÃO

Constatou-se que o declínio das funções cognitivas pode sofrer influências de fatores sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade). O estudo mostrou que a idade cronológica e a escolaridade podem atuam como fator de risco para o declínio das funções cognitivas, embora o teste qui-quadrado não tenha mostrado significância estatística na comparação entre tempo de estudo e déficit cognitivo. Dos 58 idos avaliados pelo MEEM, a maioria possuíam algum comprometimento cognitivo, sendo mais expressivo nos idosos acima de 80 anos do sexo feminino e com relação à escolaridade o desempenho no MEEM foi mais baixo em idosos sem escolaridade. Observou-se ainda que a própria institucionalização agrava o declínio das funções cognitivas devido o sedentarismo, isolamento social, ausência de estímulos recreativos e uso excessivo de medicamentos, embora não tenha sido realizado testes de associação entre os medicamentos e déficit cognitivo os achados apontam para repensar dosagens medicamentosas ou efeitos adversos que podem prejudicar ainda mais a cognição.

Vale ressaltar que o estudo apresentou limitações, pois o quantitativo estudado pode ter interferido nos testes de associação, necessitando assim de novos estudos com populações maiores ou mesmo comparando mais de uma instituição. A associação entre medicamentos; efeitos adversos e condições crônicas (claramente diagnosticadas) também é uma possibilidade a ser explorada em outro momento.

A evolução do declínio da cognição torna- se um desafio para os cuidadores, por incapacitar os idosos gradativamente. Nesse sentido, a utilização do MEEM como instrumento de rastreamento do declínio cognitivo auxilia a equipe de saúde no seu processo de trabalho, pois adequa os cuidados prestados, de acordo com a possibilidade real e individual de cada idoso.

É importante ressaltar que o mesmo não deve ser utilizado para fins diagnósticos e sim para realizar o devido encaminhamento a avaliações neurológicas mais pontuais para identificar possíveis distúrbios. Além disso, o conhecimento da equipe de saúde a cerca dos fatores de risco passíveis de modificação (estímulo de exercícios físicos e atividade que exigem atenção e memória) é de extrema relevância, pois medidas intervencionais podem ser implantadas a fim de minimizar a progressão do declínio das funções cognitivas.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

[1] Abreu, I. D.; Forlenza, O. V.; Barros, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, 32(3):131-136, 2005.

[2] Andrade, F. L. J. P.; Lima, J. M. R.; Fidelis, K. N. M.; Jerez-Roig, J.; Lima. K. C. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 20(2):186-197, 2017.

[3] Argimon, I. L.; Stein, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 21(1):64-72, jan-fev, 2005.

[4] Bertolucci, P. H. F.; Brucki, S. M. D.; Campacci, S. R.; Juliano, Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria. n. 52:1-7, 1994.

[5] Brasil. Resolução Nº 283, de 27 de Setembro DE 2005 - Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.

[6] Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Documentação do Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

[7] Brucki, S. M. D. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuropsiquiatria. São Paulo, 6(3):777-781, set., 2003.
Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 31(2):184-200, abr. 1997.

[8] Converso, M. E. R.; Iartelli, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 56(4):267-272, 2007.

[9] Fichman, H.; Caramelli, P.; Sameshimal, K.; Nitrini, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 27(12):79-82, 2005.

[10] Freitas, E. V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2016.

[11] Folstein, M.; Folstein, S.; Mchugh, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry. Res., 12(3):189-198, 1975.

[12] Furtunato, A. K. F.; Nunes, V. M. A.; Pereira, L. K. M. Avaliação Funcional e Cognitiva em Idosos Institucionalizados no Interior da Paraíba. Anais Cieh. (2)1; ISSN 2318-0854. 2015.

[13] Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. Atlas S/A. São Paulo, 2002.

[14] Gurian, M. B. F.; Oliveira, R. C.; Lapregall, M. R.; Rodrigues Junior, A. L. Rastreamento da função cognitiva de idosos não institucionalizados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 15(2), jan., 2012.

[15] Leite, B. F. T.; Salvador, D. H. Y.; Araújo, C. L. O. Avaliação cognitiva dos idosos Institucionalizados: Relatos de experiência. Revista Kairós. São Paulo, 12(1):247-256, jan. 2009.

[16] Machado, J. C.; Ribeiro, R. C. L.; Cotta, R. M. M.; Leal, P. F. G. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 14(1):109-121, 2011.

[17] Mello, B. L. D.; Haddad, M. C. L.; Dellaroza, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. Acta Scientiarum. Health Sciences. 34(1); 95-102, jan-jun, 2012.

[18] Melo, I. A. F.; Kubrusly, E. S.; Peixoto Junior, A. A. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no periodo de 2007 a 2008. Epidemiologia Serviço e Saúde. Brasília, 20(1):75-83, jan-mar, 2011.

[19] Nogueira, S. L.; Ribeiro, R. C. L.; Rosado, L. E. F. P. L.; Franceschini, S. C. C.; Ribeiro, A. Q.; Pereira, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, jul-ago, 2010.

[20] Nordon, D. G.; Guimarães, R. R.; Kozonoe, D. Y.; Mancilha, V. S.; Dias Neto, V. S. Perda cognitiva em idosos. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Sorocaba, 11(3):5-8, set., 2009.

[21] Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003.

[22] Oms - Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma Política de saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

[23] Souza, S. L. Educação musical com idosos. Textos Sobre Envelhecimento. 8(3);411-427, 2005.

[24] Souza, J. N.; Chaves, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Revista Escola Enfermagem. 39(1):13-19, 2005.

[25] Trindade, A. P. N. T.; Barbosa, M. A.; Oliveira, F. B.; Borges, A. P. O. Repercussão no declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisioterapia do Movimento. 26(2):289-290, 2013.

[26] Veras, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai-jun, 2003.

[27] Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista Saúde Publica. Rio de Janeiro, 43(3):548-54. 2009.

[28] Villas BÔAS, P. J. F.; Ferreira, A. L. A. Infecção em Idosos Internados em Instituição de Longa Permanência. Revista da Associação de Medicina do Brasil. São Paulo, 53(2):126-9, 2007.

Capítulo 21

Depressão em idosos não institucionalizados

Lízie Emanuelle Eulalio Brasileiro
Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo
Edivan Gonçalves da Silva Júnior
Maria do Carmo Eulalio

Resumo: A depressão na pessoa idosa tem surgido como objeto de estudo nas mais diversas dimensões, a partir de um número crescente na medida em que a população se torna mais longeva. Dentre os motivos, encontra-se o impacto na saúde pública por se revelar uma das doenças mais incapacitantes na população idosa. Para que se possa entender este fenômeno, faz-se necessário uma melhor compreensão dos fatores envolvidos. A fim de entender algumas dessas nuances, objetiva-se buscar avaliar se há associação entre fatores sócio demográficos e auto relato de doenças crônicas e a depressão. Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, com análise de frequência simples e teste inferencial de Pearson Qui-quadrado. Foi observada significância estatística no grupo das mulheres estudadas, idosos viúvos e algumas doenças auto relatadas como doenças cardiovasculares e doenças reumatológicas. Conclui-se diante dos resultados obtidos, que houve associação entre idosos depressivos com algumas características sócio demográficas e doenças auto relatadas. A observação desse tipo de relação é importante, especialmente por ser uma população de idosos não institucionalizada. Por serem considerados idosos que vivem na comunidade, observa-se que o rastreamento de depressão pode ser realizado, portanto, em última análise, a fim de contribuir na prevenção de incapacidades, além de poder incrementar a qualidade de vida.

Palavras-Chave: Idosos; Depressão; autopercepção de doenças.

1.INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a depressão tem sido cada vez mais estudada diante do extenso prejuízo por ela causado, notadamente a incapacidade. Nos idosos, embora o conhecimento sobre os transtornos depressivos esteja em ascensão, permanece como desafio aumentar a detecção da doença, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos portadores.

O fato de que a população mundial esteja envelhecendo está consolidado, o que conduz de forma crescente a necessidade de estudarem-se os aspectos associados à depressão no idoso. O estudo de Garcia-Pena[1] detectou uma prevalência de depressão, avaliada através da Escala de depressão Geriátrica (GDS- *Geriatric Depression Scale*)[2], na cidade do México de 21,7% entre os idosos de mais de 60 anos[1].

Acredita-se que a depressão no idoso apresente diferentes características predominantes quando comparada à depressão no adulto mais jovem. Entende-se que sintomas do tipo somáticos, cognitivos e perda de interesse predominem nesta faixa etária estudada, em contrapartida aos sintomas afetivos mais comuns no adulto[3].

Outrossim, a diminuição na capacidade funcional, na execução de atividades diárias, tal como a presença de doenças crônicas, podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de episódio depressivo, embora alguns estudos não encontrem associações ou correlação[4]. A percepção da iminência da morte pode estar associada com a alteração no bem-estar do idoso e consequente presença de sintomas depressivos[5].

Diante desse cenário, tem-se como objetivo descrever o perfil da população idosa não institucionalizada estudada, bem como avaliar se há associação entre características sócio demográficas e auto relatos de doenças crônicas com a depressão.

2.MÉTODOS

Trata-se de estudo seccional, com abordagem quantitativa, tendo sua coleta de dados ocorrido entre os anos de 2008 e 2009 no município de Campina Grande-PB.

O tamanho amostral necessário foi estimado respeitando-se o resultado do cálculo de $n= \{z^2 \times [p \times q / (d)^2]\}$, de modo a se ter 50% de ocorrência de uma determinada característica da população idosa[6], permitindo erro de 5%. O resultado do cálculo apontou 385 idosos como amostra mínima necessária. A amostra foi probabilística por conglomerados, a partir de setores censitários.

3.PROCEDIMENTOS

A partir de lista fornecida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)[7], foram sorteados os setores censitários, tal como os domicílios, onde os idosos foram recrutados. A totalidade dos domicílios foi incluída até obtenção de 20 idosos em cada setor.

Inicialmente, os idosos foram convidados a participar do estudo, para coleta das informações necessárias, em um local escolhido com base na acessibilidade dos mesmos. Portanto, a coleta dos dados ocorreu em uma única sessão, com tempo variável de duração, sendo em média de 45 minutos.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções fornecidas, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio. Os critérios de exclusão utilizados, foram os mesmos utilizados pela Rede Fibra, por meio de observação, foram os seguintes: a) idosos com déficit cognitivo grave; b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados ou com problemas de mobilidade; c) os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico; d) os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; e) os portadores de graves déficits de audição ou de visão; e f) os que estivessem em estágio terminal.

O início da sessão de coleta de dados ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário foi respondido pelos idosos que atingiram a pontuação mínima estabelecida pelo instrumento de rastreio cognitivo, já validado em outros idiomas além do português, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

4.INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foram utilizados questionários e escalas validadas: MEEM e GDS. O questionário era de cunho sócio demográfico e questões de problemas de saúde auto relatadas ("Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?", sendo lido uma lista de 9 tópicos relacionados a doenças prevalentes em idosos). O MEEM tem o propósito de avaliar o estado cognitivo de maneira global, e de forma prática, é utilizado para aplicação em estudos epidemiológicos em idoso. Consegue envolver avaliação da orientação, memória, atenção, nomeação, resposta a comandos, escrita espontânea e cópia de complexo polígono[8]. As notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram baseadas em replicação do teste em português[9].

Escala de Depressão geriátrica (GDS). Utilizou-se o instrumento para levantamento de transtorno depressivo recomendado pela Organização Mundial de Saúde/CID-10[2]. A Escala de Depressão Geriátrica – forma reduzida é composta por 15 itens que investigam o humor e o sentimento do sujeito nas últimas 2 semanas, sendo que aquele acima de 5 pontos sugere provável depressão[10].

5.ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram apresentados de maneira a demonstrar frequências absolutas e relativas, análise através de testes inferenciais no qual foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson ($\chi 2$). Em todas as medidas foi aceito erro de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$.

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 403 idosos, dentre os quais 249 (61,8%) foram inclusos após aplicação do MEEM. Destes, a média de idade foi de 72,7 (IC 95% 71,9 a 73,45), porcentagem de mulheres foi 68,6% e de depressão de 14,9%.

A partir dos testes que buscaram avaliar se há associação entre a depressão e dados sócio demográficos (expostos na tabela 1), foi observado que 28,7% das mulheres possuem depressão (p =0,007). Também, pôde-se perceber uma maior frequência de idosos viúvos com depressão (34%; p =0,02).

A diferença significativa observada quando se compara a presença de depressão em idosos do sexo feminino e masculino segue as estatísticas de alguns estudos[11, 12]. Propõe-se como hipótese a presença de alterações socioculturais, incluindo maior presença de eventos estressantes e experiências psicológicas negativas na mulheres[11]. Interessante ressaltar que mesmo com diferenças socioculturais mais acentuadas entre as cidades que compuseram o pólo Unicamp da Rede FIBRA por exemplo, houve predomínio significativo de sintomas depressivos nas mulheres[12]. Também, nos 17 estudos utilizados em revisão sistemática, houve confirmação da totalidade de depressão com maior frequência em mulheres[11].

Existe dificuldade na determinação da prevalência dos transtornos depressivos pelo fato destes apresentarem heterogeneidade no que diz respeito às formas de apresentação e aos diferentes instrumentos utilizados. As pesquisas buscam na maior parte dos estudos, identificar transtorno depressivo maior e sintomas depressivos, ao revés de transtorno depressivo menor e distimia, entre outros transtornos que são englobados pelo grupo de 'transtornos depressivos'. Entretanto, acredita-se que mesmo nas formas consideradas mais brandas de depressão, permanecem sendo considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares[13].

Segundo estudo de revisão sistemática[11], a depressão maior obteve variação de frequência de 3 a 15% em alguns estados do Brasil, enquanto que sintomas clinicamente significativos de depressão, avaliado por questionário único, apresentou variação de 13 a 39% em sua frequência. A *GDS* foi elaborada de modo a contemplar sintomas agudos depressivos em idosos. Neste caso, foi escolhida como instrumento para avaliar depressão, tendo sido encontrado frequência de 14,9% (n = 60) de idosos com depressão.

Tabela 1. Associação entre depressão e dados demográficos em idosos não institucionalizados participantes do estudo na cidade de Campina Grande-PB, 2009.

		Depressão GDS			
		Sem Depressão	Com Depressão	Total	*p*
Gênero	Masculino	72	11	83	0,007
		86,7%	13,3%	100,0%	
	Feminino	122	49	171	
		71,3%	28,7%	100,0%	
Faixa etária	65-69	78	17	95	0,17
		82,1%	17,9%	100,0%	
	70-74	60	17	77	
		77,9%	22,1%	100,0%	
	75-79	28	14	42	
		66,7%	33,3%	100,0%	
	>=80	28	12	40	
		70,0%	30,0%	100,0%	
Estado Civil	Casado ou vive com companheiro	102	22	124	0,02
		82,3%	17,7%	100,0%	
	Solteiro	19	3	22	
		86,4%	13,6%	100,0%	
	Divorciado, separado, desquitado	17	5	22	
		77,3%	22,7%	100,0%	
	Viúvo	56	30	86	
		65,1%	34,9%	100,0%	
Trabalha atualmente	Sim	33	6	39	0,19
		84,6%	15,4%	100,0%	
	Não	161	54	215	
		74,9%	25,1%	100,0%	

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 2 foram apresentados os dados relativos à associação entre depressão e doenças auto relatadas. Verificou-se que 31,5% dos idosos que relataram ter doença cardíaca possuem depressão, contra apenas 20,7% dos idosos que não relataram problemas dessa natureza (p = 0,05).

Sabe-se que depressão e doenças cardiovasculares estão relacionadas a fatores fisiopatológicos em comum, principalmente devido ao aumento de marcadores pro-inflamatórios como a proteína C reativa, alterações na frequência cardíaca, na função plaquetária, alteração no eixo hipotálamo- pituitária- adrenal [13, 14]. Pode-se observar que esta teoria fisiopatológica contribui para compreensão de que a depressão é doença de grande potencial nocivo, tendo sido demonstrado em estudos de coorte relação de bidirecionalidade entre doença cardiovascular e depressão [13, 14].

Observou-se ainda a existência de mais idosos com depressão que possuem artrite, osteoporose, perda involuntária de urina ou fezes (p < 0,05). A percepção de doenças crônicas pelo idoso está relacionada a incapacidades as mais diversas [15]. Este conceito, apresenta convergência teórica na medida que a depressão, como entidade mórbida, também costuma incapacitar os seus portadores através de alterações da vontade, na percepção do mundo, além das alterações cognitivas.

No presente estudo, as doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus não tiveram associação com depressão, o que demonstra a importância da auto percepção da doença, principalmente porque são doenças que inicialmente não se apresentam por sinais clínicos de gravidade.

Por ser um estudo seccional, isso se constitui na sua maior limitação, pois impossibilita a identificação do que é causa ou efeito da depressão.

Tabela 2. Associação entre depressão e doenças auto relatadas pelos idosos não institucionalizados participantes da pesquisa na cidade de Campina Grande, 2009

		Depressão GDS			
		Sem Depressão	Com Depressão	Total	P
Doenças do coração, angina, infarto	Sim	50	23	73	0,05
		68,5%	31,5%	100,0%	
	Não	142	37	179	
		79,3%	20,7%	100,0%	
Pressão alta, hipertensão	Sim	116	41	157	0,27
		73,9%	26,1%	100,0%	
	Não	76	19	95	
		80,0%	20,0%	100,0%	
Derrame, avc, isquemia	Sim	13	4	17	0,98
		76,5%	23,5%	100,0%	
	Não	179	56	235	
		76,2%	23,8%	100,0%	
Diabetes Mellitus	Sim	31	15	46	0,12
		67,4%	32,6%	100,0%	
	Não	161	45	206	
		78,2%	21,8%	100,0%	
Tumor, cancer	Sim	11	2	13	0,46
		84,6%	15,4%	100,0%	
	Não	181	58	239	
		75,7%	24,3%	100,0%	
Artrite, reumatismo	Sim	76	36	112	0,005
		67,9%	32,1%	100,0%	
	Não	116	24	140	
		82,9%	17,1%	100,0%	
Doenças pulmonares	Sim	13	7	20	0,22
		65,0%	35,0%	100,0%	
	Não	178	53	231	
		77,1%	22,9%	100,0%	
Osteoporose	Sim	37	22	59	0,006
		62,7%	37,3%	100,0%	
	Não	154	38	192	
		80,2%	19,8%	100,0%	
Perda involuntária de urina	Sim	44	24	68	0,009
		64,7%	35,3%	100,0%	
	Não	149	36	185	
		80,5%	19,5%	100,0%	
Perda involuntária de fezes	Sim	13	11	24	0,007
		54,2%	45,8%	100,0%	
	Não	180	49	229	
		78,6%	21,4%	100,0%	

Fonte: Dados da pesquisa

7.CONCLUSÃO

Houve associação significativa entre depressão e sexo feminino, viuvez, auto percepção de doenças cardiovasculares graves (infarto, angina), artrite, osteoporose e perda involuntária de urina ou de fezes. Embora não saibamos à cerca da causalidade dessas variáveis, considera-se importante a verificação e rastreamento nos idosos não institucionalizados em cidades de médio porte do nordeste brasileiro. Ainda, observar a relação que uma doença mental como a depressão pode apresentar com outras doenças clínicas permite compreender o seu impacto. Incapacidade e pior qualidade de vida estão entre os possíveis desfechos o que nos adverte para a importância de seu estudo.

Diante dessas inferências, acredita-se que esse tipo de relação seja importante por sedimentar o conhecimento na área de saúde do idoso, em especial naquele que não está institucionalizado. Acredita-se que o rastreamento de depressão nessa população pode fomentar mais estudos científicos, bem como possibilitar tratamentos mais direcionados à depressão do idoso com o perfil em questão.

REFERÊNCIAS

[1] Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. Journal of general internal medicine. 2008;23(12):1973-80. DOI: 10.1007/s11606-008-0799-2

[2] 2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale - a Preliminary-Report. Journal of Psychiatric Research. 1983;17(1):37-49. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759

[3] . Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annual review of clinical psychology. 2009;5:363-89. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

[4] 4. Sutin AR, Terracciano A, Milaneschi Y, An Y, Ferrucci L, Zonderman AB. The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. JAMA psychiatry. 2013;70(8):803-11. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.193

[5] 5. Gerstorf D, Ram N, Mayraz G, Hidajat M, Lindenberger U, Wagner GG, et al. Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. Psychol Aging. 2010;25(2):477-85. DOI: 10.1037/a0017543

[6] 6. Silva NN. Amostragem probabilística: Um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: USP; 2001.

[7] 7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2011. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/Volume_Brasil/pnad_brasil_2011.pdf.

[8] 8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

[9] 9. Brucki S, Nitrini R. Mini-Mental State Examination among lower educational levels and illiterates. Dementia & Neropsychologia. 2010;4:120-5. Disponível em: http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=215

[10] 10. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 1999;57:421-6. DOI: 10.1590/S0004-282X1999000300013

[11] 11. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. Int Psychogeriatr. 2010;22(5):712-26. DOI: 10.1017/S1041610210000463

[12] 12. Bastitone SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes LO, Khoury HT, Eulálio MC, Cabral BE. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. São Paulo: Editora Alínea; 2013. p. 283-95

[13] 13. de Jonge P, Rosmalen JG, Kema IP, Doornbos B, van Melle JP, Pouwer F, et al. Psychophysiological biomarkers explaining the association between depression and prognosis in coronary artery patients: a critical review of the literature. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2010;35(1):84-90. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2009.11.025

[14] 14. Mittag O, Meyer T. The association of depressive symptoms and ischemic heart disease in older adults is not moderated by gender, marital status or education. International journal of public health. 2012;57(1):79-85. DOI: 10.1007/s00038-011-0256-6

[15] 15. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2014;17:79-86. DOI: 10.1590/S1809-98232014000100009

Autores

AUTORES

ALCIONE BARBOSA LIRA DE FARIAS

Possui graduação em Odontologia pela Furne, Especialização em Prótese Dentaria, Mestrado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Federal da Paraíba (2006). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial atuando principalmente nos seguintes temas: resinas acrílicas, placas oclusais, disfunção temporomandibular e dor orofacial, saúde bucal e sistema estomatognático.

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 Cientifica com pesquisa intitulada "Avaliação da Atividade vicstrizante do laser e do diodo emissor de luz associado ao farnesol em roedores" pelo PIBIC/CNPQ - UNCISAL. Monitora da disciplina de Anatomia e Neuroanatomia.

ALIENY CRISTINA DUARTE FERREIRA

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba -UEPB (2018).Participou de programas de monitoria teórica e prática na disciplina de Dentística.Participou de programas de extensão em clínicas, extramuros e na área de laserterapia, assim como de dois projetos de Iniciação Científica (PIBIC) e Procard. Participou de estágio extracurricular não obrigatório no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes - PB e na Associação Excepcional de Pais e Amigos-APAE.

ANA CRISTINA VIANA CAMPOS

Formada em Odontologia pelas Faculdades Federais Integradas de Diamantina/UFJVM (2003), Mestre e Doutora em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, pela Faculdade de Odontologia/UFMG (2014) e especialista em Bioestatística pela Pontifica Universidade Católica de Minas Gerais (2013). Em 2015 foi bolsista no PNPD CAPES para o Pós-doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFPA sob a supervisão da Profa. Lúcia Takase. Atualmente, é Professora Adjunta C1 da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Atual Diretora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas - Portaria 617/2017 Unifesspa (Mandato 2017-2021). Pesquisa principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia e Modelos Estatísticos Multivariados; Educação em Saúde; Metodologias Ativas de Ensino; Tecnologias Digitais na Educação; Envelhecimento; Qualidade de Vida; Capital Social; Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais.

ANA EMÍLIA ALVES DOS SANTOS

Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário AGES

ANA ISABELLA ARRUDA MEIRA RIBEIRO

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2002), mestrado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (2007) e doutorado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (2009). Professora titular, foi Coordenadora Adjunta (2016-2018) do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Prótese Dentária, atuando principalmente nos seguintes temas: disfunção temporomandibular, prevalência, resistência de união, tratamento e epidemiologia da DTM e bruxismo.

ANA PAULA MORAES VENTURA

Professora/Pesquisadora do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba. Possui Graduação em Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba (1998), Mestrado no Prog. de Pós-graduação em Ciência e

AUTORES

Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba (2001) e Doutorado em Biotecnologia de Proteínas / Espectrometria de massa pela Université de Paris XI- Centre National de la Recherche Scientifique-CNRS/ FRANÇA (2005). Professora na Aréa de Ciencia e Tecnologia de Alimentos.

ANNA KÁSSIA TAVARES ALVES CHAVES SANTIAGO

Cirurgiã Dentista graduada pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Possui Curso de Aprofundamento em Cirurgia Oral. Monitoria nas disciplinas de Histologia e Embriologia Oral e Prótese Dentária I e II (Prótese Fixa, Total e Removível. Laboratório e Clínica). Participação em projetos de iniciação científica nas áreas de epidemiologia odontológica, avaliação de materiais odontológicos e disfunção temporomandibular. Foi extensionista no projeto de Atenção ao Portador de Disfunção da Articulação Temporomandibular e Dor Orofacial. Com pós graduação em Prótese Dentária e Periodontia.

ANNY SUELLEN ROCHA DE MELO

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Pós graduanda em Saúde da Família.

BEATRIZ SANTIAGO GUERRA

Graduada em Biomedicina pela Uninassau, foi monitora das disciplinas de Genética Humana e Biologia Molecular, fundadora da liga acadêmica de análises clínicas e membro do projeto de extensão abraço solidário, participou de cursos relacionados a área de hematologia e realiza projeto de extensão na UFPE

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 Cientifica 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.

BRUNA DINIZ BORDAN

Habilitação Técnica de Nível Médio em Farmácia (2011), Trabalhou em UBS (2011-2015), Graduação em Farmácia pela Universidade do Oeste Paulista (2016). Residente Multiprofissional em saúde do idoso (UNOESTE/HRPP) atuando na Atenção Básica nas ESF (Estratégia da Saúde da Família), Hospital regional nas áreas de Clinica Médica, Cardiologia, Clinicas Cirúrgicas, Ortopedia, Oncologia e UTI geral Adulto e Ambulatórios de Gerontologia HRPP, Centro de Referência do idoso-PP: Academia da Terceira idade e Serviço de Atendimento Universal Domiciliar ao Idoso (2017-2019). Estágio Optativo da Residência Multiprofissional do Idoso no Hospital Estadual Mario Covas, HEMC, Brasil (Novembro/2018).

CAIO VENANCIO DUARTE CARVALHO

Mestrando em Engenharia Biomédica pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em andamento na área de Engenharia de Desenvolvimento de Projetos Eletrônicos pelo Instituto Brasileiro de Formação. Possui graduação em Engenharia Elétrica pela Faculdade Independente do Nordeste (2018). É Técnico em Eletroeletrônica pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (2018). Tem experiência na área de Engenharia Elétrica, com ênfase em Eletrônica e Eletrotécnica, atuando principalmente nos seguintes temas: Engenharia Biomédica, Eletrônica e Saúde.

AUTORES

CARLOS EDUARDO TEODORO VIEIRA

É pedagogo, especialista em Educação Especial, Mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais, pela Universidade de Taubaté/SP, docente no ensino superior, Gerente do Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão – PRÓVISÃO, Delegado pelo Estado de São Paulo e Assessor da Secretaria de Educação e Cultura ambos pela Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB). Estuda e pesquisa nas áreas de educação especial, reabilitação, transdisciplinaridade, pessoa com deficiência, inclusão profissional, envelhecimento e deficiência visual.

CATARINA MARIA LEITE DE ABREU

Fisioterapeuta em formação pelo Centro Universitário CESMAC. Foi integrante do Projeto de Extensão Grupo de Ensino e Pesquisa em Gerontologia (GEPE) e do Projeto de Extensão Núcleo de Estudo e Pesquisa em Neonatologia (NEPNEO). Atualmente, é Estagiária de Fisioterapia na UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió e pesquisadora do Programa Semente de Iniciação Científica (PSIC) intitulado como: "Fatores de riscos associados ao sucesso na extubação em recém-nascido pré-termo extremos".

CLAUDIO JOSÉ DOS SANTOS JÚNIOR

Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Luterana do Brasil (2018). Especialização em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Cidade Verde (2019). Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Assistente em Serviços de Saúde da UNCISAL com lotação no Hospital Escola Dr. Hélvio Auto, onde desenvolve atividades de apoio ao ensino e de assistência à saúde. Foi Monitor da disciplina Integrada de Pesquisa em Saúde nos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da UNCISAL. Foi Bolsista-Colaborador de Iniciação Científica pelo Programa de Incentivo à Pesquisa (PIP/UNCISAL). Possui trabalhos principalmente nos seguintes temas: ensino na saúde, epidemiologia, saúde coletiva e saúde pública. E-mail: claudiosantos_al@hotmail.com.

CLÉCIA PINHEIRO PIMENTEL

Enfermeira. Feridóloga pela Clínica Integrada e escola de curativos ENFIMED. Pós Graduanda em Obstetrícia no Centro de Ensino e Pesquisa em Emergências Médicas LTDA (CEPEM).

DAYANE DE VASCONCELOS BAZÍLIO

Tem experiência na área da Construção Civil como Técnica em Edificações. Elaboração de projetos arquitetônicos, hidráulicos e elétricos. Atualmente estuda Medicina na Universidade Federal de Alagoas. Participa do projeto de extensão SAMU nas escolas, Liga Acadêmica de Patologia, Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia e projeto de pesquisa sobre Síndrome de Bornout.

DÉBORAH TAVARES MILHOMEM

Estudante de medicina na Universidad Internacional Tres Fronteiras, em Ciudad Del Este.

DEVYSON GABRIEL NEVES DOS REIS

Acadêmico do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário AGES

EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR

Graduado no Curso de Psicologia (formação e licenciatura) pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestre pelo programa de pós-graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. Atualmente é membro integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde (GEPES), atuando nas linhas de pesquisa Saúde Mental e Qualidade de Vida. Faz parte do grupo de pesquisa

Psicologia da Saúde, atuando na linha de pesquisa Processos Psicossociais e Saúde. É pesquisador colaborador no Núcleo de Estudos em Psicanálise na Saúde, Educação e Artes (NEPSEA). Psicólogo do Centro Estadual de Referência LGBT - Luciano Bezerra, Campina Grande. Psicólogo no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), Serra Branca.

ELISÂNGELA JERÔNIMO

Possui graduação em educaçao fisica pela Faculdade Ubaense Ozanam Coelho (2007). Atualmente é professora Educação Física nomeada pela PREFEITURA MUNICIPAL DE VISCONDE DO RIO BRANCO, onde atua com o NASF (Núcleo de Apoio á Saúde da Família) e professora nomeada no Estado de Minas Gerais também como Professora de Educação Física atuando nas séries iniciais na Escola Estadual Laudelina Barandier Esmeraldo.

ELIZABETE MARIA DA SILVA ROCHA

Graduanda em enfermagem na faculdade Maurício de Nassau Caruaru -Ser Educacional , liga académica Lemeci da -FMN, foi Monitora em APH pelo curso técnico -Cieenf, Trabalho científico publicado na revista do II congresso multiprofissional do agreste pela FMN- Caruaru,

EVA MARIA DA SILVA CAVALCANTI

Graduanda bacharelado em enfermagem na faculdade Maurício de Nassau Caruaru- Ser Educacional , participante curso de extensão PRO- IDOSO, participante da liga LAEC - Liga Acadêmica de enfermagem científica, Trabalhos científicos publicado no congresso CIEH congresso internacional do envelhecimento humano.

EVERSON MATEUS ALMEIDA MAGALHÃES

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (2018). Foi Bolsista do Programa Institucional de Voluntariado em Iniciação Cientifica (PIVIC) da FAINOR. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Gerenciamento e Prevenção das Doenças Crônicas em Idosos. Foi aluno extensionista voluntário no projeto de extensão Mais Saúde na Escola, promovido pela Faculdade de Independente do Nordeste FAINOR (2017)

FABIO 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

AUTORES

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.

FELIPE LIMA SOARES

Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba e Técnico em agroindústria pelo Colégio Agrícola Vidal de Negreiros

FERNANDA CORREIA DA SILVA

Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HUPAA/UFAL. Especialista em Redes de Atenção à Saúde. Especialista em Gestão e Enfermagem do Trabalho. Residente em Saúde da Família.

FLÁVIA STEFFANY LEITE MIRANDA

Formada em Técnico em Enfermagem e Graduanda do curso bacharelado em Biomedicina na Faculdade Sete de Setembro. Membro efetivo da Liga Acadêmica de Hematologia da Faculdade Sete de Setembro - LAHEM no período de Fevereiro à Junho 2018.

GABRIELLA DE ARAÚJO GAMA

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas- UFAL. Professora Substituta Assistente A da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - EENF/UFAL. Membro do Grupo de Pesquisa PROCUIDADO (CNPq).

GILVANA MARIA VIEIRA XAVIER

Possui graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas. Atualmente está na Coordenação da Vigilância Epidemiológica do Município de Junqueiro; enfermeira do trabalho da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Pós-graduada em Enfermagem em Saúde da Criança (UNCISAL) e em Enfermagem do Trabalho (FIP). Atuação na Atenção Primária à Saúde / Estratégia de Saúde da Família.

GISELLE SANTANA DÓSEA

Bacharela em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes, Doutoranda em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes, Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes, Pós Graduada em Gestão em Saúde Pública e da Família, Pós Graduada em Fisioterapia Ortopédica, Traumatológica e Desportiva, Professora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário AGES.

GRAZIELLY REZENDE PEDRA PRADO

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Rio Verde (2005).Especialização em Dermato-Funcional pela Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, FUNEC, Especialização Latu Senso em Fisioterapia Cárdiopulmonar e Terapia Intensiva pelo CEAFI- Pós - graduação em conjunto com a Universidade Católica de Goiás, PUC- Goiás. Atualmente atua como fisioterapeuta coordenadora da UTI no Hospital Padre Tiago na Providência de Deus e plantonista na UTI do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho.

GUSTAVO CARRIJO BARBOSA

Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí. Mestrando em Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos.

AUTORES

GUSTAVO DIAS GOMES DA SILVA

Atualmente é graduado em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (Conceito ENADE 4).Foi membro integrante de seis projetos de extensão do Departamento de Odontologia da UEPB, voluntário e bolsista de dois projetos de iniciação científica (PIBIC) pela UEPB e monitor acadêmico das disciplinas: anatomia, histologia e embriologia II e Anestesiologia e cirurgia odontológica I. Possui aprofundamento em Cirurgia oral menor e de Periodontia pelo IOP-Campina Grande. Atualmente está especializando-se em Endodontia- IOP/ Campina Grande (Em andamento).

GUSTAVO HENRIQUE DE OLIVEIRA MAIA

Enfermeiro. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA/UFAL. Pós graduando em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro de Ensino e Pesquisa em Emergência Médicas - CEPEM.

HÉRICA TAVARES MILHOMEM

Graduanda em Enfermagem pela Uninassau, foi monitora das disciplinas de Bioquímica Humana e Histologia, participou de cursos como: Venolise e Acesso venoso periférico, anatomia aplicada a enfermagem, prevenção do câncer de mama, Zika: abordagem clínica na atenção básica, manejo clínico da Chikungunya e participou de evento voluntário : acadêmico solidário

HILMA KEYLLA DE AMORIM

Enfermeira do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA,

IGOR MACEDO BRANDÃO

Bacharel em Nutrição pela Universidade Estácio de Sá, Licenciado em Ciências Biológicas pela Universidade Tiradentes, Bacharel em Biomedicina pela Universidade Tiradentes, Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe, Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Tiradentes, Pós graduado em Nutrição com Ênfase em Obesidade e Pediatria, Pós Graduado em Nutrição Clínica e Esportiva, MBA em Gestão e Direito Ambiental, Coordenador e Professor do curso de Nutrição do Centro Universitário AGES.

ILMA FALCÃO SILVA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2005). Atualmente é enfermeira PSF da Prefeitura Municipal de Palmeira dos Índios. , atuando principalmente nos seguintes temas: prevalência, causas externas e acidente de trânsito. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo IBPEX) e Emergência Geral (residência pela UNCISAL).

INGRID ARAÚJO RIBEIRO

Enfermeira (Universidade Estadual de Santa Cruz). Experiência em Pesquisa na Área de Saúde do Idoso (temas: idosos institucionalizados, cognição e memória).

IRIS DO CÉU CLARA COSTA

Professora Titular do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Pós Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Aberta-UAb de Lisboa-Portugal (2007-2008) . Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-Araçatuba/SP, UNESP-FOA-SP (2000), Mestrado em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense-UFF (1981), Especialização em Ativação no processo de mudanças na formação profissional em saúde pela Escola Nacional de

Saúde Pública/Rede Unida/Ministério da Saúde (2006) e Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN (1977). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde ocupacional, processo de trabalho, educação em saúde, envelhecimento, qualidade de vida. A produção científica inclui a organização de 5 livros, 26 capítulos de livros publicados, 121 artigos em periódicos, 120 trabalhos em anais, 17 orientações de mestrado, 20 orientações de doutorado, 43 orientações de especialização/aperfeiçoamento, 46 orientações de PIBIC, TCC de graduação e Extensão até 2018.

ISABEL COMASSETTO

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas EENF/UFAL.

ISABELY FRÓES CORREIA

Graduanda do Curso de Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste - FAINOR. Bolsista pelo Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC) - FAINOR. Presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem - FAINOR. Integrante do Grupo Interdisciplinar de Gerenciamento e Prevenção das Doenças Crônicas em idosos - FAINOR. Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde do Idoso - CNPq/FAINOR. Extensionista do Projeto Oficina de Memória para Idosos - FAINOR. Extensionista do Projeto Práticas Interdisciplinares para Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis - FAINOR. Extensionista do Projeto Suporte Básico de Vida - FAINOR. Monitora da disciplina Informática em Saúde de Enfermagem - FAINOR.

JAILTON ROCHA MISAEL

Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. Atualmente cursa o 9º período; Presidente da Liga de Infectologia da UNCISAL - LINFECTO; Monitor da disciplina de Farmacologia; Coordenador da disciplina de Língua Portuguesa do Projeto de Extensão MedEnsina. Pesquisador com iniciação científica em andamento pelo PIP/UNCISAL. Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Pós-Graduado em Urgência e Emergência pela Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO). Atuação na Atenção Primária à Saúde / Estratégia de Saúde da Família e Urgência/Emergência na Média e Alta Complexidades.

JOÃO LUIS ALMEIDA DA SILVA

Mestre em Enfermagem (Universidade Federal do Rio grande do Sul). Doutorando em Ciências (Universidade Federal de São Paulo). Professor Assistente do Depto. de Ciências da Saúde (Universidade Estadual de Santa Cruz). Experiência em Ensino, Pesquisa e Extensão nas Áreas: Saúde do Idoso; Saúde Coletiva; Práticas Integrativas e Terapias Complementares.

JOICE AMORIM SANTOS

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste - FAINOR. Foi estagiária pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), vinculado ao Programa Cotidiano SUS no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC). Foi Bolsista pelo Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica pela Faculdade Independente do Nordeste (PIBIC/FAINOR) da vigência 2017-2018.

JULIANA SANTOS DE ARAÚJO

Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário AGES

AUTORES

KARINNA SOARES OLIVEIRA

Graduanda do curso de Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

KARLA SILVA SOUTO

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí. Especialização Latu Senso em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada (CEAFI - Goiânia) (em andamento).

KAROLAYNE SILVA SOUZA

Formação em Técnica em Nutrição e Dietética, e Graduanda 7º período no curso de Biomedicina na Faculdade Sete de Setembro (FASETE). Diretora científica da Liga Acadêmica de Hematologia da Faculdade Sete de Setembro - LAHEM (2018)

KÁTIA CILENE DA SILVA FELIX

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Alagoas (2006). Mestre em Fitopatologia pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2009) e Doutora em Fitopatologia pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2012). Tem experiência na área de Fitopatologia, especificamente em Fitobacteriologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: Ecologia microbiana e controle de fitopatógenos.

KÁTIA RAU DE ALMEIDA CALLOU

Docente da Faculdade de Nutrição da UFPB. Nutricionista pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em nutrição clínica pela Faculdade Gama Filho, Mestre em Nutrição pela USP e Doutora em Ciências pela USP.

KÉZIA EUNICE COSTA DE SOUZA

Discente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

LARISSA DOS SANTOS BRANDÃO

Discente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

LAZARO BETEL EUSTAQUIO DA SILVA

Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes – UNIT

LETICIA ESTEVAM ENGEL

Graduação em Fisioterapia na Universidade do Oeste Paulista- UNOESTE no período de 2013 a 2016. Bolsista de iniciação cientifica PROBIC no período de 2013 a 2014 e PIBIC/CNPq 2014 a 2015. Formação complementar em Reeducação Postural Global e Pilates. Residente Multiprofissional em saúde do idoso (UNOESTE/HRPP) atuando na Atenção Básica juntamente com o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), Hospital regional nas áreas de Clinica Médica, Cardiologia, Clinicas Cirúrgicas, Ortopedia, Oncologia e UTI geral Adulto e Ambulatórios de Gerontologia HRPP, Centro de Referência do idoso- PP: Academia da Terceira idade, Ambulatório de Fisioterapia e Serviço de Atendimento Universal Domiciliar ao Idoso (2017- 2019), Estágio Optativo em Instituição de Longa Permanência de Idosos na Villa Magnolia, Portugal, Lisboa (agosto/2018)

LÍZIE EMANUELLE EULALIO BRASILEIRO

AUTORES

Graduação em Medicina - Faculdades de Medicina Nova Esperança (2010), Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL-UFRN), mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde- UFRN, especialização em Terapia Cognitivo Comportamental (em conclusão). Atualmente é doutoranda pelo Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva-UFRN e atua como médica psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Oeste) na cidade de Natal. Também atua como professora na Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte-EMCM/UFRN, lotada na cidade de Caicó-RN.

LUANA KAROLINE FERREIRA

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestra em psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2019). Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2015). Membro do grupo de pesquisa Corpo e Diversidade Humana (CNPq). Pesquisadora do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC). Atua na área de qualidade de vida, envelhecimento, imagem corporal e estilo de vida.

LUARA FAZION COELHO

Atualmente nutricionista clínica do Hospital Regional de Presidente e Casa de Repouso Oliveira em Presidente Prudente. Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade do Oeste Paulista/Hospital Regional de Presidente Prudente (2017-2018) . Especialista em Nutrição Esportiva pela Universidade de Marília -UNIMAR (2014-2015). Experiência profissional na área de alimentação coletiva, atuando no Serviço de Nutrição e Dietética no Hospital das Clínicas em Botucatu- HCFMB, responsável pelo gerenciamento da equipe de copeiros (2014-2015) e anteriormente nutricionista clínica autônoma em Clínica Corpus no município de Flórida Paulista, realizando atendimento individualizado (2014).

LÚCIA HELENA MARQUES DE ALMEIDA LIMA

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Regional do Nordeste (1983),Especialização em Prótese Dentaria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(1985), Mestrado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Federal da Paraíba (2006) e Doutorado em Ciência e Engenharia de Materiais pela Universidade Federal de Campina Grande (2011).Chefe do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba(2013 a 2016). Coordenadora Adjunta das Clínicas Odontológicas(2016 a 2018). Atualmente é professora doutora nível D da Universidade Estadual da Paraíba. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial atuando principalmente nos seguintes temas: resinas acrílicas, placas oclusais, disfunção temporomandibular e dor orofacial, saúde bucal e sistema estomatognático.

LUCY KELLY BRITO BOMFIM EUSTAQUIO

Enfermeira do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA

LUDMYLA ALBUQUERQUE SANTOS DE SOUZA

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba

MARCELLA FERNANDES PATICCIÉ NACIF

Possui graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2015) e mestrado em Educação Física pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2018). Tem experiência na área de Educação Física e academicamente se interessa por temas como Educação Física Inclusiva, Pessoa com Deficiência, Atividade Física, Envelhecimento Ativo

AUTORES

MARCICLÉA MACÊDO DE LIMA BATISTA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (2006) e graduação em Biologia pela Universidade Federal de Alagoas (2004). Atualmente terapeuta ocupacional em Centros de Atenção Psicossocial. Tem experiência na área de Ciências Biológicas e Terapia Ocupacional, atuando principalmente nos seguintes temas: terapia ocupacional, dor oncológica, economia solidaria, saúde mental, oficina de geração de trabalho e renda e capacidade laboral.

MARCUS VINICIUS PALMEIRA OLIVEIRA

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas (2012). Geriatra titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Associação Médica Brasileira (AMB). Atualmente é médico geriatra do serviço de geriatria da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Médico Plantonista e Preceptor no Hospital Universitário Alberto Antunes. Supervisor da residência de clínica médica do Hospital Geral Osvaldo Brandão Vilela.

MARIA CAROLINA DE ALBUQUERQUE WANDERLEY

Bióloga pela UPE, Maria Carolina de Albuquerque Wanderley. Pós-Doutora da UFPE/UFRPE. Doutora em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos – UFRPE. Mestre em Biotecnologia Industrial – UFPE. Especialista em Microbiologia Clínica - UPE

MARIA CELESTE CAMPELLO DINIZ

Bióloga. Docente da UNIT e da FAT. Doutoranda em Ciências da Informação. Linha de pesquisa: Doenças virais, bacterianas e parasitárias. Epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias. Relação parasitos e vetores.

MARIA DO CARMO EULÁLIO

Possui graduação em Psicologia - pela Universidade Estadual da Paraíba, graduação em Licenciatura Plena Em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, Mestrado em Diplome dEtude Ápprofoundi - Université de Montpellier II e doutorado em Psicopatologia Clínica - Université Paul Valéry. É professora associada da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: envelhecimento, pessoas idosas, qualidade de vida, resiliência e saúde mental.

MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA

Licenciada em EDUCAÇÃO FISICA pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1993) e Bacharel em SERVIÇO SOCIAL pela Faculdade de Serviço Social do Rio de Janeiro (1977).Especialista em Docência Universitária pela Universidade Castelo Branco (1995). Mestrado em Educação Física pela Universidade Gama Filho (1998), e Mestrado em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco (1996). Doutorado (2006) e Pós-doutorado em Educação pela Universidade de São Paulo (2002). Atualmente é professora adjunta na Faculdade de Educação Física e Desportos (FAEFID) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Líder do Grupo de Pesquisa ?Corpo e Diversidade? do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Orientadora Plena nos programas de Pós-Graduação Associado em Educação Física UFV-UFJF e em Psicologia ICH-UFJF. Tem experiência na área de Educação Física (Movimento Humano), com ênfase em Estudos do Corpo, atuando principalmente nos seguintes temas: imagem corporal, prevalência de (in)satisfação corporal em adolescentes, jovens e adultos atletas e não atletas, obesidade e envelhecimento. Bolsista de Produtividade em Pesquisa- CNPq.

MARIEL DIAS RODRIGUES

AUTORES

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás, especialização Latu Senso 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

MARÍLIA CAROLINE VENTURA MACEDO

Graduanda do curso de Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

MARINA APARECIDA MOLINA GOMES

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista (2014). Tem experiência na área da saúde em hemodiálise. Tem prática de enfermagem nos seguintes temas: enfermagem em UTI, enfermagem clínica, enfermagem em oncologia, saúde pública. Atualmente está no programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso.

MARLUCE AUXILIADORA BORGES GLAUS LEÃO

É psicóloga, com mestrado e doutorado em Ciências Biomédicas, na área de saúde mental, pela Universidade Estadual de Campinas. Docente aposentada da Universidade de Taubaté (Taubaté/SP), atuante no Programa de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais. Estuda e pesquisa nas áreas de educação, saúde mental e envelhecimento; educação e saúde do trabalhador.

MAYARA SILVA DE SOUZA GUEDES

Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde mental pela FAPAN.

MILENA ROBERTA FREIRE DA SILVA

Discente do curso de Biomedicina pela Faculdade Sete de Setembro. Atualmente estagiária do LABESF - Laboratório Escola da Faculdade Sete de Setembro.

MOEMI CAROLINE GUNTIJO

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí.

PATRÍCIA LEÃO DA SILVA AGOSTINHO

Fisioterapeuta graduada 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.

POLLYANNA VIANA LIMA

Doutora e Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) e Licenciada em Geografia pela UESB. Atualmente é docente, Coordenadora do Curso de Enfermagem, pesquisadora bolsista de produtividade NR2 da FAINOR e membro do Comitê de Ética da FAINOR. Foi Articuladora de Pesquisa durante três anos pelo Colegiado de Enfermagem da FAINOR. Foi Coordenadora de Iniciação Científica da FAINOR. Atua na Linha de Pesquisa Memória,

Envelhecimento e Dependência Funcional. Pesquisadora do Núcleo de Extensão, Pesquisa e Estudos sobre Envelhecimento. Pesquisadora líder do Grupo Interdisciplinar de Gerenciamento e Prevenção das Doenças Crônicas em Idosos - FAINOR. Pesquisadora líder do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde do Idoso. Descritores: Memória; Envelhecimento; Idoso; Narrativas, Capacidade Funcional; Doenças Crônicas; Gestão em Saúde, Metodologia da Pesquisa Científica, Educação em Saúde. Desenvolve dois projetos de extensão na área de Envelhecimento Humano: Oficina de Memória para Idosos e Práticas Interdisciplinares em Saúde para idosos com Doenças Crônicas.

PRISCILA LOPES DE GUSMÃO SALES

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Alagoas UFAL (2012). Especialista em Ortodontia (2015) pela Associação Brasileira de Odontologia ABO-AL. Tem experiência nas área de ortodontia e clínica geral. Atualmente cursando Especialização em Educação para a Saúde na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas UNCISAL. Atualmente trabalha como supervisora técnica na Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

RAFAELL BATISTA PEREIRA

Graduado em Fisioterapia pela Faculdade Alagoana de Administração/Instituto de Ensino Superior Alagoas, em 2007. Mestre em nutrição humana, com linha de pesquisa em Desenvolvimento Fisiológico, na área de Fisiologia cardíaca e Pulmonar, pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL/Acadêmico). Mestre e Especialista em Fisioterapia Intensiva profissionalizante) pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) e Especialista em Formação para Docência do Ensino Superior. Experiência nas áreas de Terapia Intensiva, Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardíaca, Docência em patologia,fisiologia humana, anatomia humana , Unidade de Terapia Intensiva. Editor Chefe da Revista Rios Saúde (saúde coletiva e ciências biológicas II)

RHAYRA PRISCILLA MORAES NÓBREGA

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba

ROBERTA LAYS DA SILVA RIBEIRO

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Ex-monitora de Habilidades Clínicas (UNIT) e de Comunicação em Medicina pela Casa da Palavra (UFAL). Fundadora e Diretora Científica da Liga Acadêmica de Nefrologia do Centro Universitário Tiradentes (LANUT), ex-membro da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência (LAUE/UNCISAL), da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia (LAGG/UFAL), do Projeto de Extensão Sorriso de Plantão (UFAL) e do Projeto Multidisciplinar de Extensão e Promoção à Saúde de Dependentes Químicos (PSDQ/UFAL).

RODRIGO SANTANA DE LUNA BATISTA

Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Alagoas; Trabalha no Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas; Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL; atualmente Membro da Liga Acadêmica de Diagnóstico por Imagem – LADI/UNCISAL; Diretor administrativo da Liga de Geriatria e Gerontologia – LAGG/UFAL de 2017 a 2018; Monitor da disciplina de Habilidades Clínicas IV do curso de Medicina de 2017 a 2018; Membro do projeto de extensão SAMU nas Escolas em 2016.

RÔMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO

Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2011), mestrado e doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente participa do Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sociomoral (NPDSM) e é professor da Faculdade Santa

Maria - PB. Tem se dedicado às áreas de psicologia de desenvolvimento humano e Saúde, desenvolvimento sociomoral, Avaliação psicológica e Envelhecimento Humano.

ROSANA FERREIRA PESSOA

Licenciatura Plena em Educação Física pela UNIPAC - Universidade Presidente Antônio Carlos (2006). Pós graduação em ANATOMIA HUMANA E BIOMECÂNICA e ESPLANCNOLOGIA E ANATOMIA PALPATÓRIA pela UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO - RJ. 2008 Formação Internacional em Yoga - TTC / TEACHERS TRAINING COURSE - International Sivananda Yoga Vedanta Centres (2007). Formação em Massoterapia pelo SENAC - SP. Professora de Anatomia Humana I e Fisiologia I nos Cursos livres de Formação em MASSOTERAPIA. Professora de Anatomia Humana I, Fisiologia I e Cinesiologia em Cursos livres de formação em YOGA. Professora de Yoga, Treinamento Funcional e Biodança. Massoterapeuta e professora em Cursos Livres de Massagens Terapêuticas.

SANDYERLLY DA PAZ DO NASCIMENTO

Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Licenciada em Biologia pela Universidade Vale do Acaraú-UVA. Técnica em Meio Ambiente pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba- IFPB.

TACIANE MARQUES CAVALCANTE

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL, atualmente monitora de Habilidades Clínicas III do curso de Medicina e membro da Liga Acadêmica de Diagnóstico por Imagem – LADI/UNCISAL, monitora de Histologia - 4º Período no curso de Medicina de 2018 a 2019, membro da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia – LAGG/UFAL de 2017 a 2018 e membro do Projeto de Extensão Resgatar no período de Janeiro a Junho de 2018.

TATIANE DIAS CASIMIRO VALENÇA

Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGM- UESB) na linha de pesquisa Memória, Discursos e Narrativas com Projeto Temático: Memória, Envelhecimento e Incapacidade Funcional ; Mestre em Enfermagem e Saúde / UESB, Pós-graduada em Geriatria e Gerontologia / UESB; Graduada em Fisioterapia / UCSAL. Docente Assistente do Departamento de Saúde I, Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia /UESB. Tem experiência na área de Fisioterapia com ênfase em Geriatria, Reumatologia, Saúde Coletiva, Família, Memória Coletiva, Representações Sociais.

THIAGO DE OLIVEIRA ASSIS

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (2007), mestrado em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2010) e doutorado em Ciências Morfológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015). É professor Adjunto I da Universidade Federal da Paraíba desde 2011, Adjunto A da Universidade Estadual da Paraíba desde 2016, Professor da UNIFACISA. Tem experiência na área de ciências morfológicas (embriologia, histologia, anatomia humana) e fisioterapia do trabalho e ergonomia, atuando nos seguintes temas: morfologia geral, inflamação, envelhecimento, perícia do aparelho locomotor (diagnóstico cinésio funcional), perícia judicial e extrajudicial.

TOMÁS LÚCIO MARQUES DE ALMEIDA LIMA

Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Especialista em Implantodontia pela ABO-PB e Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Participou de programas de monitoria teórica e prática nas disciplinas de Cirurgia Odontologica e Anestesiologia, Estomatologia e

AUTORES

Escultura Dental. Participou de programas de extensão em clínicas, extramuros e na área de planejamento e modelagem de imagens tomográficas para impressão de protótipos/biomodelos no laboratório NUTES, assim como de dois projetos de Iniciação Científica (PIBIC). Participou de estágio extracurricular não obrigatório no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes - PB. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO.

VANESSA RODRIGUES DA SILVA SANTANA

Docente na UFAL. Mestra em Ciências da Saúde pela UFAL. Linha de pesquisa: doenças infecciosas, parasitárias e negligenciadas e Epidemiologia.

VICTOR DE ANDRADE VIEIRA

Possui Especialização em Fisioterapia Hospitalar pelo Centro Universitário (CESMAC), em Gerontologia pela UNCISAL, e é especialista titulado pela ASSOBRAFIR em Fisioterapia em Terapia Intensiva. Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Atualmente é Fisioterapeuta do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Fisioterapeuta da Equipe de Atendimento Humanizado de Fisioterapia em Domicílio (SAÚD&FISIO). Tem experiência na área de Fisioterapia com ênfase em Gerontologia.

VINÍCIUS RAMON DA SILVA SANTOS

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. Atualmente está cursando o 6° período. Monitor da disciplina de Pesquisa em Saúde II. Assistente estudantil do Centro acadêmico de Fisioterapia da UNCISAL - CAFISIO. Diretor Científico da Liga de Fisioterapia Esportiva - LIFE e da Liga de Fisioterapia Neurofuncional - LIFIN.

WEDJA MARIA DA SILVA

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Alagoas - FAL

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7042-128-9
9 788570 421289