

TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 9



Editora Poisson

Editora Poisson

Tópicos em Ciências da Saúde Volume 9

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

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 9/
Organização Editora Poisson - Belo
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

Formato: PDF

ISBN: 978-85-7042-155-5

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5

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: Alzheimer: Aspectos psicossociais e nutricionais 07

Camila Madruga Paz da Silva, Roberta Machado Alves, Pedro Ribeiro das Chagas

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.01

Capítulo 2: Atuação da enfermagem no cuidado a família e ao idoso com Alzheimer:
Revisão sistemática da literatura..... 12

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

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.02

Capítulo 3: A sexualidade presente no processo de envelhecimento humano 16

Andrielly Silva dos Santos, Bruna Kajeline de Assis Gomes, Charles Mauricio Barros dos Santos

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.03

Capítulo 4: Adesão ao tratamento do HIV/AIDS em idosos do serviço de assistência
especializada: Relato de experiência..... 21

João Victor da Silva Rodrigues, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves, Valdirene Pereira da Silva Carvalho, Ana Karine Laranjeira de Sá, Silvana Cavalcanti dos Santos, Raimundo Valmir de Oliveira, Julianny Larissa Correia Santos, Jesse Leite de Almeida

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.04

Capítulo 5: HIV - Uma ameaça à melhor idade? Reflexões sobre a epidemia silenciosa
que cresce na população Geriátrica 25

Kydja Milene Souza Torres, Suelane Renata de Andrade Silva, Daniela de Aquino Freire, Márcia Carréra Campos Leal, Rosilene Santos Baptista

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.05

Capítulo 6: Principais comorbidades em pessoas idosas com HIV atendidas em serviços
de referência em Recife-PE..... 30

Suelane Renata de Andrade Silva, Kydja Milene Souza Torres, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.06

Capítulo 7: Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas que envelhecem com HIV/AIDS
acolhidos no Lar da Fraternidade em Teresina-Piauí..... 38

Keila Maria Gonçalves da Silveira Fortes, Maria Luiza da Silveira Fortes, João Gilberto de Oliveira Freitas, Lucas da Silveira Tertó

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.07

Capítulo 8: Benefícios da atividade física na promoção à saúde na terceira idade:
Revisão sistemática da literatura..... 42

Luciclaudio Silva Barbosa, Claudia Daniele Barros Leite Salgueiro, Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: A prática de atividade física em um grupo de mulheres idosas em um bairro de Maceió..... 47

Lyzandra Maria Lessa Silva, Vivianne de Lima Biana Assis

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.09

Capítulo 10: Adesão aos exercícios domiciliares através do aplicativo IPELVIS® em uma idosa com incontinência urinária de esforço: Relato de caso..... 51

Maria de Fátima Albuquerque Sousa, Meiry Lannuze Santos Silva, Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.10

Capítulo 11: Obesidade mórbida e o impacto sobre o envelhecimento ativo 54

Ivoneide Ribeiro Costa, Marilene Gomes Silvestre

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.11

Capítulo 12: Perfil lipídico, glicemia e parâmetros antropométricos de idosas hipertensas fisicamente ativas..... 59

Clodoaldo Antônio De Sá, Sabrina Lencina Bonorino, Chrystianne Barros Saretto, Cezar Grontowski Ribeiro, Vanessa da Silva Corralo

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.12

Capítulo 13: Panorama brasileiro das notificações de violência contra a pessoa idosa 66

Dharah Puck Cordeiro Ferreira Bispo, Fabyano Palheta Costa, Renata Laíse de Moura Barros, Maria Eduarda Morais Lins

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.13

Capítulo 14: A violência doméstica contra a mulher idosa: A busca pelos aparatos sociais de proteção..... 70

Rita de Cássia Bhering Ramos Pereira, Maria das Dores Saraiva de Loreto.

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.14

Capítulo 15: Violência contra o idoso na realidade de Natal/RN..... 78

Matias Laurentino dos Santos Filho, Hilderline Câmara de Oliveira

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.15

SUMÁRIO

Capítulo 16: Perfil de agressores que cometem violência contra a pessoa idosa em um município do interior do Estado de Pernambuco..... 95

Mariana Batista da Silva, Aline Silva Florêncio, Beatriz Santiago Guerra, Gabriela Oliveira Cavalcante, Italo Rocemberg de Moura Xavier, José Felipe Gomes, Hérica Tavares Milhomem, Raissa Wiviane Nunes dos Santos Sousa, Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.16

Capítulo 17: Visibilidade do idoso em situação de rua ao obituar 99

Amauri dos Santos Araújo, Isabel Comassetto, Maria Elizabete Rodrigues Viana, Maria Willianne Alves do Nascimento, Nathália Comassetto

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.17

Capítulo 18: Taxa de mortalidade em idosos acometidos por Neoplasia Maligna da Mama e Próstata: Nos anos de 2006-2016 na Paraíba..... 104

Gabriella Silva Nogueira, Mayrane Misayane Sousa dos Santos, Geane Sara de Holanda, Wagner Maciel Sarmiento, Paula Frassinetti de Oliveira Cezário, Flaviana Dávila de Sousa Soares

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.18

Capítulo 19: A importância da assistência de enfermagem às mulheres acometidas por mioma uterino: Um estudo de revisão 111

Fernanda Beatriz Dantas de Freitas, Wallison Pereira dos Santos, Myllene Miguel da Silva, Heloane Medeiros do Nascimento, Amanda Haissa Barros Henriques

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.19

Capítulo 20: Panorama da mortalidade por causas evitáveis entre idosos pernambucanos 115

Renata Laíse de Moura Barros, Dharah Puck Cordeiro Ferreira, Maria Eduarda Morais Lins, Fabyano Palheta Costa

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.20

Capítulo 21: A correlação entre o pensamento e a linguagem na tentativa de suicídio em idosos 121

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

DOI: 10.36229/978-85-7042-155-5.CAP.21

Autores:..... 127

Capítulo 1

Alzheimer: Aspectos psicossociais e nutricionais

Camila Madruga Paz da Silva

Roberta Machado Alves

Pedro Ribeiro das Chagas

Resumo: O envelhecimento é um fenômeno mundial, a pirâmide etária está sofrendo uma inversão de acordo com pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no tocante a população brasileira. No entanto, alguns idosos necessitam de cuidados para realizarem as suas atividades de vida diária (AVDs), principalmente nos casos de Alzheimer (DA) que é uma das formas mais comuns de demência entre os idosos, e que, em estágio mais avançado deixa o idoso totalmente dependente de seu cuidador. O presente artigo tem como objetivo destacar os aspectos psicossociais e nutricionais da pessoa idosa com doença de Alzheimer. O estudo trata-se de uma revisão sistemática de literatura que se desenvolveu por meio de uma pesquisa bibliográfica nos periódicos Scielo, Pubmed e Google Acadêmico. Como resultados percebeu-se que o diagnóstico do Alzheimer ainda é difícil de ser dado e que vários profissionais e instituições não estão preparados para atender essa demanda, a família e o cuidador também não conhecem bem o assunto, sendo a discussão sobre a saúde mental e a nutrição dos pacientes as maiores dificuldades relacionadas. Conclui-se que em muitos casos, o início da doença é interpretado erroneamente como parte do processo natural do envelhecimento, e que existe a necessidade de maior conhecimento a importância de se divulgar mais e esclarecer informações sobre a DA, a senescência e a senilidade.

Palavras-Chave: Alzheimer, Alimentação, Família, Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA), é conhecida como um dos tipos de demência que provoca alterações cognitivas, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) no Brasil, há cerca de 1,2 milhão de casos, em que a maioria não foram diagnosticados.

Além deste índice alarmante existem alguns fatores de risco, como por exemplo: a idade, que após os 65 anos o risco de desenvolver a doença aumenta. A situação do idoso como doente principal afetado pela doença e suas possibilidades de tratamento (farmacológico, estimulação cognitiva, estimulação social, saúde mental, alimentação), e também sobre a importância da família no tratamento como cuidador, se faz necessário estudar.

O presente artigo tem como objetivo destacar os aspectos psicossociais e nutricionais da pessoa idosa com doença de Alzheimer.

Devido às limitações que a doença provoca nos idosos, faz-se cada vez mais necessário a presença de estudiosos e cuidadores familiares que entendam a necessidade de se trabalhar questões como alimentação, saúde mental e o vínculo de afeto existente mesmo quando os idosos já não se lembram de fazerem por si próprios.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que se desenvolveu por meio de uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Marconi e Lakatos (2001), a revisão de literatura é realizada por meio de um levantamento bibliográfico de trabalhos já publicados podendo ser realizada por meio de livros, revistas e documentos eletrônicos. Os artigos para concretização deste estudo foram encontrados em publicações disponíveis no meio eletrônico e em livros relacionados aos assuntos. Utilizaram-se as seguintes palavras chave: doença de Alzheimer, Cuidado familiar, Alimentação no Alzheimer.

Estabeleceu-se como critério de inclusão para o estudo os artigos que estivessem escrito em português. Foram analisados aproximadamente 27 artigos relacionados e alguns trechos de livros sobre os assuntos em questão. Após a identificação das obras foi realizada uma leitura do material para o total conhecimento das informações contidas nos no material de pesquisa, em seguida foi feita uma leitura exploratória com o objetivo de verificar se os artigos obtidos interessavam para o estudo, obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos, analisando-os da introdução até a conclusão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo de diminuição progressiva de habilidades motoras, sensitivas e de conhecimento. Entretanto o ser idoso não pode, ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso (SANTOS, 2010).

O envelhecimento do ponto de vista biológico é entendido como o desgaste natural das composições orgânicas que, com isso, passam por transformações com o aumentar da idade, prevalecendo os processos degenerativos.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública atual. Este acontecimento ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos e recentemente nos países em desenvolvimento. Segundo Caldas (2002), delimitar o envelhecimento através de conceitos não é algo fácil, pois requer uma noção ampla de como os idosos estão inseridos no processo da construção social.

Para tanto, trataremos nesse artigos sobre os idosos que necessitam de ajuda para atividades de vida diária (AVDs), podendo incluir um simples auxílio como deslocamento para um cômodo da casa, a um mais complexo contínuo como, por exemplo, ajuda durante a higiene pessoal (BORN, 2008).

Um dos motivos dessa dependência são as demências. O termo "demência" refere-se a uma série de sintomas que se encontram geralmente em pessoas com doenças cerebrais que cursam com destruição e perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, mas em doenças que conduzem à demência isso ocorre a um ritmo mais rápido e faz com que o cérebro da pessoa não funcione de uma forma normal (BRASIL, 2008).

Acerca das demências, aprofundaremos no Alzheimer, o qual responde por cerca de 60% de todas as

demências, o que a torna a causa principal de demência (LoGiudice, 2002). Trata-se de uma patologia de natureza neurológica degenerativa, progressiva e irreversível, que tem início insidioso, sendo caracterizada pela perda gradual da função cognitiva e distúrbios do comportamento e afeto (ALEMEIDA, LEITE, HILDEBRANT, 2009).

Segundo Abreu (2005), os primeiros sintomas da doença aparecem frequentemente após os 65 anos. Nos estágios iniciais do Alzheimer o idoso demonstra dificuldade de raciocinar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir com facilidade, além de apresentar uma queda em seu rendimento funcional em tarefas complexas.

Para Nitrini et. al. (2005) A necessidade de consenso sobre o diagnóstico da doença de Alzheimer (DA) no Brasil pode não ser evidente a primeira vista, pois associações de especialistas em vários países já publicaram recomendações com esta finalidade. Ainda há discordâncias sobre os critérios para o diagnóstico mais adequado para ser utilizado para as demências. Este autor também se refere à presença do comprometimento da memória, relatado pelos familiares e cuidadores que acompanham diariamente o idoso é fundamental para o provável diagnóstico do Alzheimer.

Atualmente, não existem medicamentos capazes de interromper ou modificar o curso da Doença de Alzheimer (DA). Embora ainda incurável, esta doença é tratável. Mesmo nestas condições muito se pode fazer pelo paciente e por seus familiares. De acordo com as demandas surgidas nos diferentes estágios da doença, há a necessidade de uma intervenção interdisciplinar (BORN, 2008).

A doença tende a afetar todos os membros da família, uma vez que ocorrem diversas limitações impostas ao doente. O tratamento eficaz deve abordar o paciente, os familiares e os cuidadores, proporcionando bons resultados. As metas prioritárias do tratamento são melhorar a qualidade de vida, maximizar o desempenho funcional dos pacientes e promover o mais alto grau de autonomia factível em cada um dos estágios da doença. O tratamento inclui abordagens farmacológicas e não farmacológicas (MACHADO et al, 2006).

Os aspectos psicossociais também sofrem impactos, de acordo com a literatura e as práticas profissionais a doença de Alzheimer e suas características trazem consequências significantes para a dinâmica familiar, interferindo diretamente na qualidade de vida das famílias envolvidas e muitas vezes lavando os idosos afetados pela doença a um estado de total dependência dos familiares (SILVA, 2009).

Muitos são os desafios que surgem no cotidiano dos que cercam o idoso portador de Alzheimer, tais como a dificuldade para lidar e acalmar o idoso nos quadros de agitação e de agressividade, a deambulação constante, e noite que são provocadas pelas alterações nos hábitos de sono e repouso. Segundo Rocha (2008) Outros fatores como, os esquecimentos, a repetitividade, a teimosia e as solicitações constantes, a falta de etiqueta a mesa e no trato social e alguns comportamentos bizarros como despir-se, não devem ser levados em consideração.

Muitas vezes o cuidado é terceirizado pelos parentes para um cuidador, Luzardo et al. (2006), afirma que o cuidador ao assumir sozinho os cuidados com o idoso no domicílio, manifesta frequentemente seu desconforto e sentimentos de solidão, quando não encontra apoio de outros membros da família. O autor também enfatiza a necessidade de dividir com outras pessoas a realização desses cuidados, o desgaste provocado pelas situações de cuidados diários, de eventos negativos indica a vontade de suavizar o impacto provocado pela sobrecarga das tarefas.

Outro importante fator que será abordado, é o fator nutricional. Segundo Frank (2004) a medida que a DA progride, o paciente torna-se incapaz de alimentar-se independentemente, devido às suas limitações cognitivas e físicas, e desenvolve uma deficiência do olfato, provavelmente advinda da degeneração de células nervosas responsáveis pela sensação olfativa. Além disso, achados clínicos frequentes em pacientes com DA são a inexplicável perda de peso e caquexia, aumentando o risco de infecções, úlceras na derme e queda de temperatura.

O comprometimento das condições nutricionais do idoso portador de Alzheimer pode ser derivado da incapacidade de aceitação, mastigação, deglutição e assimilação dos alimentos ou nutrientes. Por isso, uma alimentação adequada ao longo do curso da doença é essencial para a preservação do estado físico do paciente, maximizando as funções orgânicas vitais e contribuindo para a estabilidade do perfil nutricional (BORN, 2008; OLIVEIRA 2012).

Várias recomendações nutricionais precisam ser passadas aos pacientes, familiares ou cuidadores, tais como: minimizar as distrações durante as refeições, facilitar as refeições (retirando cascas ou ossos, picando ou modificando a consistência dos alimentos, etc.), incrementar a apresentação das preparações

com cores e formas, evitar temperos fortes ou molhos picantes, supervisionar as refeições e certificar-se de que o paciente esteja saciado.

A ingestão de zinco acima das recomendações atuais teria um efeito na melhora das funções cognitivas em pessoas com mais de 65 anos, após a utilização de suplementação com quantidades moderadas dessas vitaminas e minerais (KRAUSE, 2005).

Segundo Cardoso (2003), O uso de substâncias como a colina, por exemplo, presente em alimentos como o ovo, e que preconiza o neurotransmissor acetilcolina, tem um papel importante na manutenção de uma boa memória, sua ausência pode estar associada ao aparecimento de Alzheimer.

O betacaroteno, que no organismo se converte em vitamina A importante para o crescimento adequado e diferenciação dos tecidos de vários órgãos, em especial, os olhos. Ela também mantém boca, nariz, olhos e estômago saudáveis, podendo ser encontrada em alimentos como peixe (principalmente no fígado), manteiga, requeijão e gema de ovo, já o caroteno está presente no espinafre, repolho, salsa, abobora, manga, caqui, pêssego, tomate e mamão, e a vitaminas C, um antioxidante que está envolvido na ansiedade, memória, estresse, fadiga, depressão e estado de humor (OLIVEIRA, 2012).

O estresse oxidativo pode desencadear distúrbios neuropsicológicos e os antioxidantes desempenham um importante papel terapêutico e beneficiam funções cognitivas relacionadas ao processo de envelhecimento. A suplementação de vitamina C parece promover bem-estar aos idosos por reduzir níveis de ansiedade e déficits de memória (CARDOSO, 2003).

Neste contexto, surge a hipótese que a suplementação de vitamina C poderia influenciar a cognição e potencializar os efeitos comportamentais, tal vitamina é encontrada nas frutas cítricas como limão, laranja (e o suco), tangerina, brócolis, repolho, agrião, batata e tomate, nos cereais integrais (trigo integral, arroz integral), no germe de trigo (e óleo), nos ovos e vegetais com folhas verdes e do complexo B, que são encontrados na maioria das frutas e vegetais, no fígado e rins, na levedura de cerveja e em grãos integrais, além do selênio, as principais fontes são: castanhas-do-pará, frutos do mar, aves e carnes vermelhas, grãos de aveia e arroz integral (LUZARDO et. al, 2006).

A ingestão de zinco acima das recomendações atuais teria um efeito na melhora das funções cognitivas em pessoas com mais de 65 anos, após a utilização de suplementação com quantidades moderadas dessas vitaminas e minerais (CHEMIN, 2004; KRAUSE, 2005).

4. CONCLUSÃO

Com a inversão da pirâmide etária e o aumento na expectativa de vida, o número de pessoas que apresentam demências vem aumentando progressivamente em nosso país, percebemos toda a complexidade que guia o universo do idoso com doença de Alzheimer e sua família.

Em muitos casos, o início da doença é interpretado erroneamente como parte do processo natural do envelhecimento. Isso comprova a importância de se divulgar mais e esclarecer informações sobre a DA, a senescência e a senilidade. O diagnóstico do Alzheimer ainda é difícil de ser dado. Infelizmente, vários profissionais e instituições não estão preparados para atender à demanda dos portadores de DA e a falta de informações específicas para lidar com essa demanda, dificulta ainda mais essa realidade. Em muitos casos, o início da doença é interpretado erroneamente como parte do processo natural do envelhecimento. Isso comprova a importância de se divulgar mais e esclarecer informações sobre a DA, a senescência e a senilidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Abreu, I. D. de; Forlenza, O. V. e Barros, H. L. de. Demência de Alzheimer: Correlação Entre Memória e Autonomia. Rev. Psiquiatr. clín. [online]. 2005. Disponível em. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300005> Acesso em 18/10/2018.
- [2] Almeida, K. dos S.; Leite, M. T.; Hildebrandt, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. Rev. eletrônica enferm; 11(2) jun.2009. Ilus.
- [3] Ballone, G.J. Doença de Alzheimer. In: Psiqweb - psiquiatria geral, Internet. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/alzh.html> Acesso em 13/10/2018.
- [4] Born, T. Cuidar Melhor e evitar a violência – Manual do cuidador de Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

- [5] Bottino, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em Pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de Trabalho em Equipe multidisciplinar. Arq. Neuro-Psiquiatr. [online]. 2002.;
- [6] Disponível em. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000100013>. Acesso em 13/10/2018.
- [7] Caldas C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO M.
- [8] C. S, Coimbra Jr C. E. A., organizadores. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-71.
- [9] Correia, S. de M. Avaliação fonoaudióloga da deglutição na doença de Alzheimer em fases avançadas. São Paulo, 2010. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- [10] CRUZ, M. da N. e HAMDAN, A. C. O Impacto da Doença de Alzheimer no cuidador. Psicol. estud. [online]. 2008, vol.13, n.2, p. 223-229. ISSN 1413- 7372.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000200004>.
- [11] Cuppari, L. Guia de Nutrição Clínica no Adulto. 2ed. Barueri, São Paulo. Manole, 2005. Frank, Andréa Abdala; Soares, Eliane de Abreu; Gouveia, Vanessa Essenfelder.
- [12] Práticas alimentares na doença de Alzheimer. In: Nutrição no envelhecer. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap.15, p.251-257.
- [13] Jardim, V. C. F. da S.; Medeiros, B. F. de e Brito A. M. de. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2006, vol.9, n.2, pp. 25-34. ISSN 1809-9823.
- [14] Krause. Alimentos, nutrição & dietoterapia. 11 ed. São Paulo. Roca. 2005.
- [15] Machado, J. de S ; Frank, A. A ; Soares, E. de A. Fatores dietéticos relacionados a doença de Alzheimer. Rev Bras Nutr Clín [online]. 2006, vol.21, n.3, p. 252-257.
- [16] Machado, Jaqueline de Souza; Frank, Andrea Abdala; Soares, Eliane de Abreu. Fatores Dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. Disponível em <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-N3-44.pdf> Acesso em 07/10/2018.
- [17] Mortiz, Bettina. Visão da Nutrição Funcional na Doença de Alzheimer e Parkinson. Revista Nutrição Saúde e Performance: Nutrição Clínica Funcional, 2007. Ano 7, edição 33.

Capítulo 2

Atuação da enfermagem no cuidado a família e ao idoso com Alzheimer: Revisão sistemática da literatura

Valdirene Pereira da Silva Carvalho

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Ana Karine Laranjeira de Sá

João Victor da Silva Rodrigues

Julliany Larissa Correia Santos

Resumo: O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Mas, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica, no qual a pessoa idosa vai necessitar de total assistência à sua saúde. A Doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária, ainda pouco conhecida em relação ao processo da doença, essa patologia envolve aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos, é a mais prevalente entre as diversas causas de demências. Diversos fatores fazem parte do processo da doença, sendo, portanto considerada uma patologia multifatorial, esse tipo de demência é associada a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia, bem como fatores genéticos são relevantes, pois além da idade a existência de um familiar próximo com demência é o único fator sistematicamente associado. O presente estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura que são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados. Entende-se por estudos primários os artigos científicos que relatam os resultados de pesquisa em primeira mão. Propôs-se analisar o conhecimento produzido nacionalmente acerca dos cuidados de enfermagem na assistência ao portador de Alzheimer, seu cuidador e sua família, a fim de analisar o impacto da Doença de Alzheimer na qualidade de vida desse cliente e seu cuidador. Diante dos elementos discutidos, têm-se a enfermagem enquanto integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, uma peça fundamental no auxílio à adaptação das famílias e dos cuidadores de idosos portadores da DA, no processo de evolução dos sintomas expressos em decorrência do agravamento da patologia e na manutenção do cuidado, promovendo a educação em saúde para os mesmos, visando aumentar a qualidade de vida destes e conseqüentemente, melhorar a assistência prestada, e otimizar o processo de prevenção de agravos evitáveis. Houve uma limitação referente ao quantitativo de artigos, na íntegra e em português, que abordasse tanto o aspecto da qualidade de vida do idoso portador da Doença de Alzheimer, quanto a qualidade de vida do cuidador.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Assistência de Enfermagem; Cuidado, Pessoa idosa.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Mas, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica, no qual a pessoa idosa vai necessitar de total assistência à sua saúde.¹

No Brasil idoso é o indivíduo que tem acima de 60 anos. Atualmente houve um aumento da expectativa média de vida no Brasil, que até 2025 será o sexto do mundo em número de idosos, porém a falta de informação relativa à saúde do idoso, e as particularidades do envelhecimento e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública. Nos anos de 1980 e 2000 a população idosa cresceu 7,3 milhões, chegando em 2000 a 14,5 milhões no Brasil. Esse aumento pode ser atribuído à melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.²

A Doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária, ainda pouco conhecida em relação ao processo da doença, essa patologia envolve aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos, é a mais prevalente entre as diversas causas de demências. Diversos fatores fazem parte do processo da doença, sendo, portanto considerada uma patologia multifatorial, esse tipo de demência é associada a diversos fatores de risco, tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia, bem como fatores genéticos são relevantes, pois além da idade a existência de um familiar próximo com demência é o único fator sistematicamente associado. Com o crescimento da Doença de Alzheimer o Ministério da Saúde decreta aprova a Lei 225 de 16 de Abril de 2002 para que o portador do Alzheimer consiga ser assistido e tenha acessibilidade ao Sistema Único de Saúde.³

A patologia é a causa da perda de memória gradativa, e que por essa perda o portador acaba necessitando de cuidados dos quais só poderão ser prestados por outras pessoas, fazendo assim que fique difícil a prática do autocuidado, o que faz com que haja um decaimento na qualidade de vida tanto do idoso, quanto do seu cuidador que tem diversas áreas da sua qualidade de vida afetada, portanto o profissional de Enfermagem é responsável por auxiliar nesse cuidado com o idoso, e assistência ao cuidador, ajudando na análise a evolução da doença em todos os seus aspectos, os tratamentos de exercício cognitivo, as terapias farmacológicas, enfim, tudo aquilo que serve de ferramenta para a construção de um melhor bem estar do indivíduo dependente de cuidado visando o seu estado de equilíbrio.⁴

O número de idosos com a Doença de Alzheimer têm crescido no Brasil, podendo ser considerada o tipo de demência mais freqüente com casos de 50% a 65%, Segundo o grau de evolução da demência, a perda das capacidades funcionais (déficit de memória, percepção e coordenação motora) é o que mais afeta o indivíduo, comprometendo principalmente suas condições para realizar o autocuidado.⁵

O presente artigo visa fazer uma revisão sistemática da literatura acerca dos cuidados de enfermagem na assistência ao portador da Doença de Alzheimer, ao seu cuidador, sua família e como o Enfermeiro pode ajudar na melhoria da qualidade de vida, e qual o seu papel na manutenção e atenção na Estratégia de Saúde da Família as pessoas diagnosticadas com Alzheimer.

2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura que são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados. Entende-se por estudos primários os artigos científicos que relatam os resultados de pesquisa em primeira mão.⁶ Propôs-se analisar o conhecimento produzido nacionalmente acerca dos cuidados de enfermagem na assistência ao portador de Alzheimer, seu cuidador e sua família, a fim de analisar o impacto da Doença de Alzheimer na qualidade de vida desse cliente e seu cuidador. O levantamento bibliográfico desta pesquisa foi realizado nos meses Agosto e setembro de 2016, na biblioteca virtual em saúde (BVS-Brasil), LILACS, Scielo, MEDLINE, bem como a lei brasileira que dispõe sobre os direitos do portador de DA.

Partindo para o processo dos descritores Alzheimer and saúde do idoso; Doença de Alzheimer and atenção básica, como indicador booleano and. Com tudo os critérios de inclusão foram selecionados artigos respeitando o período dos últimos cinco anos, ou seja de 2012 à 2015, cujo assunto principal é doença de Alzheimer, apenas textos na íntegra, assistência do profissional de saúde para com o portador a família e a qualidade de vida, somente artigos traduzidos para língua portuguesa ou artigos publicados no

Brasil. Já foram usados como critérios de exclusão artigos que não abordavam as dificuldades da Doença de Alzheimer na vida do portador e do cuidador, ou que não envolvia o papel da enfermagem na atenção básica no auxílio ao tratamento do portador de Alzheimer, os artigos que não eram disponibilizados em texto completo, bem como os artigos que estavam em línguas estrangeiras, e os que não foram publicados no Brasil de 2010 a 2015.

A pesquisa foi realizada de forma descritiva, possibilitando a observação, contagem e classificação dos dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema abordado.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cuidadores são, em geral, integrantes da família do idoso portador da DA e conseqüentemente moram no mesmo domicílio, fatores estes que podem ser responsáveis pelo baixo índice de conhecimento por parte dos mesmos com relação à patologia. Esse déficit de informação influencia na falta de compreensão dos agravos da patologia, que acometem os idosos de modo progressivo e aumenta a probabilidade de ser um fator influenciador da redução da qualidade de vida da pessoa que presta o cuidado.

Dos artigos incluídos no estudo, 2/5 foram estudos exploratórios descritivos, construídos com base em experiências vivenciadas pelos participantes da pesquisa que, por sua vez, tiveram um quantitativo igualitário entre as duas partes (idoso portador de DA e cuidador), com uma amostra significativa, permitindo uma maior compreensão dos aspectos relevantes apontados pelos entrevistados.

O primeiro estudo analisou a necessidade de estudos que permitam uma maior quantidade de percepções dos portadores de DA, com relação a sua própria qualidade de vida, encontrando um número significativo de queda na qualidade de vida de cuidadores que não têm orientações de pessoas especializadas no assunto, em especial, os profissionais de saúde.⁷

Foi observado nos estudos do ano 2012 e do ano 2013, que a enfermagem na atuação de educação em saúde, consegue minimizar as dúvidas relacionadas aos processos ligados a patologia, além de e catalisar o processo de adaptação do cuidador e do idoso, uma vez que compreendendo os processos, e sabendo como lidar com cada um deles, facilita a convivência com a patologia.

Diante dos elementos discutidos, têm-se a enfermagem enquanto integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, uma peça fundamental no auxílio à adaptação das famílias e dos cuidadores de idosos portadores da DA, no processo de evolução dos sintomas expressos em decorrência do agravo da patologia e na manutenção do cuidado, promovendo a educação em saúde para os mesmos, visando aumentar a qualidade de vida destes e conseqüentemente, melhorar a assistência prestada, e otimizar o processo de prevenção de agravos evitáveis.

4.CONCLUSÕES

Houve uma limitação referente ao quantitativo artigo, na íntegra e em português, que abordasse tanto o aspecto da qualidade de vida do idoso portador da Doença de Alzheimer, quanto a qualidade de vida do cuidador.

É importante ressaltar que a enfermagem tem papel fundamental no tratamento do Alzheimer já que este profissional na atenção básica está mais próximo do paciente e da família, analisando todo o contexto que o paciente está envolvido e também o seu cuidador que deve ser ter atenção especial, caracterizando e promovendo a sua qualidade de vida, principalmente ao cuidador que deixa toda a sua vida para prestar cuidados ao portador do DA.⁵

Portanto, é visto que os textos que abordam e fazem a análise da qualidade de vida do portador do alzheimer e de seu cuidador são insuficientes de maneira que são necessários estudos que abordem a temática ajudando a fazer uma análise integral do DA, partindo não somente de seu aspecto biológico, mas o seu contexto biopsicossocial e seus efeitos na vida do portador e do cuidador e a assistência do enfermeiro ao alzheimer, já que a maioria dos estudos são completamente voltados ou ao portador ou somente a doença o que deixa de lado o aspecto psicossocial da doença.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7685> Acesso: 25/09/2016
- [3] Ministério da Saúde, Portaria nº 255 de 16 de Abril de 2002. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaseprogramasnacionaisparAdoen%C3%87asespecificas/Portaria255.pdf> Acesso: 25/09/2016
- [4] Brum, Ana Karine Ramos; et al.. Programa para cuidadores de idosos com demência: um relato de experiência. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, v. 4, n. 2, p. 2898-2904, 2012.
- [5] Camacho, Alessandra Conceição Leite Funchal et al. Revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), v. 5, n. 3, p. 186-193, 2013.
- [6] Galvão, Tais Freira; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1):183-184, jan-mar 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf> De Queiroz, Ronaldo Bezerra et al. Percepção de idosos sobre alzheimer. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 1, p. 3873-3882, 2016.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Mal de Alzheimer. Brasília. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/mal-de-alzheimer> Acesso: 25/09/2016

Capítulo 3

A sexualidade presente no processo de *envelhecimento humano*

Andrielly Silva dos Santos

Bruna Kajeline de Assis Gomes

Charles Mauricio Barros dos Santos

Resumo: O envelhecimento envolve uma série de alterações fisiológicas e biológicas, tanto em homens como em mulheres, que também são visíveis na sexualidade, contudo, estas mudanças não significam que a senilidade está associada à doença. Atividade sexual, esta ligada a uma melhor qualidade de relacionamentos íntimos, menores taxas de sintomas depressivos, melhor saúde cardiovascular e menos obesidade em homens e mulheres. A respeito da prática sexual na velhice, mesmo nos tempos atuais com a revolução da temática e da sua prática, o que ainda vemos são preconceito e resistência. **Objetivo:** Analisar a relação da sexualidade no processo de envelhecimento enfatizando os seus benefícios. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de caráter qualitativo. A coleta de dados foi feita a partir dos descritores: “sexualidade”, “envelhecimento”, “atividade sexual”, “fatores culturais” e “idoso com critérios de inclusão e exclusão para a escolha dos artigos. O estudo buscou identificar a importância da sexualidade para o envelhecimento. **Resultados e Discussão:** Entre os estudos encontrados, a maioria confirma que disfunção sexual é altamente prevalente entre os mais idosos e comorbidades acentuam essa tendência. Em relação aos homens, fatores orgânicos e relacionais passam a ter um impacto maior no desencadeamento da disfunção erétil durante o envelhecimento, já em relação às mulheres os hormônios são apenas um dos muitos fatores relacionados a sua função sexual. **Conclusão:** Conclui-se que sexualidade é um assunto relevante em qualquer etapa da vida, pois ela ajuda na qualidade de vida, no relacionamento social e na satisfação pessoal, com isso ajuda a melhorar a saúde evitando o declínio físico, o isolamento e doenças tais com a depressão.

Palavra chave: Descritores: Envelhecimento; sexualidade; idoso; fatores culturais.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde/OMS considera idoso o indivíduo com idade maior ou igual há 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos.¹ O Brasil apresenta taxa de envelhecimento populacional elevada, associada a um processo de transição demográfica. Conforme o censo demográfico realizado em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos, correspondendo a 10,8% desta população.²

O envelhecimento envolve uma série de alterações fisiológicas e biológicas, tanto em homens como em mulheres, que também são visíveis na sexualidade, contudo, estas mudanças não significam que a senilidade está associada à doença. Falar sobre sexo na terceira idade é uma tarefa árdua por ser um assunto pouco abordado e, em muitos casos, torna-se abusivo por parte da sociedade. Este é um tema que muitos consideram um tabu, incluindo os próprios idosos e boa parte dos profissionais de saúde.³

A população de pessoas acima de 60 anos, na sociedade brasileira, está em franco crescimento. Associando-se a esse fenômeno, os rápidos avanços da medicina e da tecnologia favorecem para que as pessoas envelheçam de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida, inclusive, prolongando sua atividade sexual.⁴

O impacto negativo que determinadas doenças e medicamentos exercem sobre a função sexual de homens e mulheres acima de 55 anos tem sido bem estudado. Entretanto, o interesse pelo estudo da sexualidade em idosos saudáveis é bastante recente. Preconizava-se que indivíduos mais velhos e saudáveis não tinham ou não estavam interessados em sexo,⁵ mas, atualmente, já está bem estabelecido que a regularidade da atividade sexual garante o bem-estar físico e psicológico, além de contribuir para a redução de problemas físicos e de saúde mental associados com o envelhecimento.⁶

Atividade sexual, esta ligada a uma melhor qualidade de relacionamentos íntimos, menores taxas de sintomas depressivos, melhor saúde cardiovascular e menos obesidade em homens e mulheres.² Estudo desenvolvido em 29 países, envolvendo mais de 27.000 homens e mulheres entre 40 e 80 anos, identificou a importância da manutenção da atividade sexual para 80% dos homens e 60% das mulheres.⁷

A sexualidade dos idosos possui muitos estereótipos e merece ser mais discutida, pois ainda é grande a negligência da sociedade e de alguns profissionais de saúde ao abordar o assunto, apesar da sua importância. Mesmo com o receio ao tocar no assunto, estudos revelam que idosos a cada dia quebram preconceitos relacionados à sexualidade, e o profissional de saúde deverá estar atento para auxiliá-lo quando o mesmo referir algum problema relacionado à temática.⁸

A respeito da prática sexual na velhice, mesmo nos tempos atuais com a revolução da temática e da sua prática, o que ainda vemos são preconceito e resistência. O culto ao corpo jovem, idealizado pela mídia, perpetua a convicção de que a sexualidade esteja ligada à beleza jovial.⁹ Nessa perspectiva, surgem estereótipos voltados, principalmente, para a imagem corporal: o corpo que envelhece, portanto, não produz mais interesse, é retratado sem desejo, sem atração física e em um estado de declínio. Assim, as pessoas que envelhecem são, na maioria das vezes, rotuladas de assexuadas ou incapazes de sentirem desejo, tornando evidente que o assunto da sexualidade do idoso está impregnado de rótulos, tabus e preconceitos, expressando os fatores socioculturais e históricos envolvidos.¹⁰

A pesquisa mostra que há uma grande falta de informação das pessoas com relação à sexualidade e o envelhecimento humano. Estudos apontam que o envelhecimento não é um fator determinante, mas que existem vários outros fatores que explicam a perda da prática sexual em idoso.

Diante desse contexto a pesquisa tem como objetivo, analisar a relação da sexualidade no processo de envelhecimento enfatizando seus benefícios.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de caráter qualitativo, elaborada a partir da definição da questão de pesquisa: Como a sexualidade pode auxiliar no processo do envelhecimento saudável?

A coleta de dados foi feita a partir dos descritores: “sexualidade”, “envelhecimento”, “atividade sexual”, “fatores culturais” e “idoso”. Os critérios de inclusão para a escolha dos artigos primários foram artigos

publicados na íntegra, no período de 2010 a 2017, idioma português e artigos que tinham relação com o tema proposto. Artigos que falavam sobre sexualidade sem relação com o envelhecimento, ou que não tinham haver com o tema foram excluídos da pesquisa. Foram selecionados 20 artigos, mas apenas 5 respondiam a questão de pesquisa.

O estudo buscou identificar a importância da sexualidade para o envelhecimento. A busca ocorreu no período de setembro a outubro de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre os estudos encontrados, a maioria confirma que disfunção sexual é altamente prevalente entre os mais idosos e comorbidades acentuam essa tendência. Em relação aos homens, fatores orgânicos e relacionais passam a ter um impacto maior no desencadeamento da disfunção erétil durante o envelhecimento.¹¹ Entre esses, apenas 22,2% buscam tratamento, sendo que menos da metade dos que se tratam (36,9%) toma medicação adequada. Muitos atribuem a disfunção ao estresse e ao cansaço.¹²

Em relação às mulheres, há tendência de aumento do desejo sexual hipoativo entre os 60 e 70 anos, enquanto o desconforto com essa condição diminui com a idade.¹³ Além do desejo, a frequência do orgasmo e da atividade sexual declinam com a idade,¹⁴ caracterizando o impacto de fatores psicológicos, relacionais, sociais, culturais e biológicos no bem-estar sexual durante o envelhecimento.¹⁵

As maiores influências no declínio da função sexual feminina são: padrão anterior da função sexual, mudanças na parceria (perda ou novo relacionamento), sentimentos em relação ao parceiro, humor e a diminuição nos níveis do estradiol, sendo o padrão anterior e os aspectos relacionais mais importantes do que fatores hormonais.¹⁶

Fatores psicossociais, estilos de vida e frequência da atividade sexual variam entre mulheres de diferentes países europeus, cabendo aos aspectos relacionais, ao estado menopausal e ao estresse as maiores influências sobre a função sexual,¹⁷ da mesma forma que saúde, condições psicológicas, importância dada ao sexo, etnicidade, bem-estar e atividade física também são considerados.¹⁸ Além do envelhecimento, a duração do relacionamento com o parceiro está associada ao declínio da função sexual.¹⁶

O European Male Ageing Study identificou que mais de 50% dos homens, entre 40 e 79 anos, apresentavam uma ou mais morbidades. As mais comuns eram: hipertensão (29%), obesidade (24%) e doenças cardíacas (16%). As disfunções sexuais acometiam 36% dos homens (30% com disfunção erétil e 6% com impedimentos para o orgasmo) e estavam associadas ao envelhecimento e a essas comorbidades. No entanto, apenas 38% daqueles com disfunção erétil preocupavam-se com essa condição.¹⁹

O estudo identificou associação entre ereção matinal comprometida, pouco desejo sexual e disfunção erétil com níveis diminuídos de testosterona, caracterizando um critério mínimo para identificação de hipogonadismo tardio.²²

Os hormônios são apenas um de muitos fatores relacionados à função sexual feminina.^{21,22} Já na população idosa do sexo masculino o que pesa é a alta prevalência de comorbidades e a associação dessa condição com o comprometimento da função sexual que confirmam o crescente desinteresse da satisfação sexual nessa população.¹⁹

4. CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa, identificou-se que a sexualidade quando relacionada ao envelhecimento, ainda enfrenta bastante preconceito. Mesmo que estudos comprovem que manter uma vida sexual ativa ofereça uma melhor qualidade de vida para o idoso, esse assunto tem se mostrado pouco referenciado e discutido.

Os idosos têm desejos sexuais e podem sim, manter em atividade sexual, porém a sociedade impõe ao indivíduo com idade avançada que ele não necessita de sexo e com isso muitos acabam abdicando do seu prazer para não serem julgados pela mesma.

A função sexual deste indivíduo fica comprometida, mas isso não implica em dizer que o mesmo não

possam manter relações sexuais por estar em uma idade avançada. Conclui-se que sexualidade é um assunto relevante em qualquer etapa da vida, pois ela ajuda na qualidade de vida, no relacionamento social e na satisfação pessoal, com isso ajuda a melhorar a saúde evitando o declínio físico, o isolamento e doenças tais com a depressão.

REFERÊNCIA

- [1] Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OMS; 2005.
- [2] Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- [3] Vasconcellos D, Novo R F, Castro O P, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud psicol (Natal)*. 2004; 9(3): 413-19.
- [4] Andrade Has, Silva SK, Santos Mipo. AIDS em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2010 Oct/Dec [cited 2015 May 12];14(4):712-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a09>
- [5] DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):125-41.
- [6] Brody S. The relative health benefits of different sexual activities. *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1336-61.
- [7] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17(1):39-57.
- [8] Catusso MC. Rompendo o Silêncio: Desvelando a Sexualidade em Idosos. *Rev. Virtual Textos & Contextos*. 2005.[Acesso 21 de Setembro de 2017]; 4. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1996/776>.
- [9] Goldenberg M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. *Cad. Espaço Feminino, Uberlândia*, v. 25, n. 2, p. 46-56, 2012.
- [10] Coelho DNP. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 11, n. 4, p. 163-173, 2010.
- [11] Corona G, Mannucci E, Mansani R, et al. Aging and pathogenesis of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2004;16(5):395-402.
- [12] Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans [Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70]. *Prog Urol*. 2003;13(1):85-91.
- [13] Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. 2007;87(1):107-12.
- [14] Hayes R, Dennerstein L. The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *J Sex Med*. 2005;2(3):317-30.
- [15] Lamont J. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(8):769- 75.
- [16] Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. *Am J Med*. 2005;118 Suppl 12B:59-63.
- [17] Dennerstein L, Lehert P. Women's sexual functioning, lifestyle, mid-age, and menopause in 12 European countries. *Menopause*. 2004;11(6 Pt 2):778-85.
- [18] Avis NE, Brockwell S, Randolph JF Jr, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(3):442-52
- [19] Corona G, Lee DM, Forti G, et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1362-80.
- [20] Wu FC, Tajar A, Beynon JM, et al. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *N Engl J Med*. 2010;363(2):123-35.
- [21] Davis SR, Guay AT, Shifren JL, Mazer NA. Endocrine aspects of female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):82-6.
- [22] Wierman ME, Nappi RE, Avis N, et al. Endocrine aspects of women's sexual function. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):561-85.
- [23] Nascimento EKS, Albuquerque LPA, Marinelli NP et al. História de vida de idosos com HIV/AIDS. *Rev enferm UFPE on line*, Recife.[Acesso 29 de Setembro de 2017] 11(4):1716-24, abr., 2017 1716. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8481/pdf_2925.

- [24] Heloisa JF , Carmita HNA. Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual. Diagn Tratamento. 2012.[Acesso 10 de Outubro de 2017];17(4):201-5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3340.pdf>.
- [25] Mariana S, Silva M, Sonia MVB, Lígia C, Vanessa DAB. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. Saúde soc. 2015 São Paulo July/Sept.[Acesso 13 de Outubro de 2017]; 3(24) . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300936.
- [26] Adão CGL, Ana LGM , Gilvan FF, Emmanuela MT, Maria JS, Marília BM. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. J. res.: fundam. care. online 2015. abr./jun. [Acesso 21 de Setembro de 2017];7(2):2229-2240. Disponível em: <file:///C:/Users/Almerindo/Downloads/3580-24563-2- PB.pdf>

Capítulo 4

Adesão ao tratamento do HIV/AIDS em idosos do serviço de assistência especializada: Relato de experiência

*João Victor da Silva Rodrigues
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves
Valdirene Pereira da Silva Carvalho
Ana Karine Laranjeira de Sá
Silvana Cavalcanti dos Santos
Raimundo Valmir de Oliveira
Julianny Larissa Correia Santos
Jesse Leite de Almeida*

Resumo. O envelhecimento saudável e a redução de doenças crônicas incapacitantes contribuíram para continuidade e qualidade no desempenho sexual da população idosa. Entretanto, a continuidade da vida sexual desencadeou o aumento de idosos infectados pelo HIV. O presente trabalho objetivou mapear o número de usuários soropositivos que são idosos e como é o acolhimento, o apoio emocional e adesão dos mesmos ao tratamento antirretrovirais. Trata-se de um estudo descritivo efetuado a partir de uma prática interdisciplinar realizada por discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira. foram feitas três visitas para observar a rotina de um Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Arcoverde-PE distante 256 km da capital pernambucana- Recife, com uma área total de 350,899 km² e com uma população estimada em 72.672 habitantes. Constatou-se que todos os usuários estão em tratamento regular e sem quedas quanto ao uso das medicações. Observou-se também que mensalmente são realizados encontros com a equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e farmacêutico), onde se discutem efeitos das medicações, importância do tratamento a escuta e o acolhimento de cada um dos usuários. observa-se a importância de uma equipe multidisciplinar para trabalhar frente a esse público que requer maior atenção por parte dos profissionais. Com o aumento da faixa etária idosa do Brasil faz-se necessário programar estratégias para diminuir o estigma em relação à vida sexual das pessoas mais velhas, práticas educativas para esta população, bem como incentivar pesquisas que focalizem a relação entre idosos e HIV.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do ser humano e, segundo a Organização Mundial de Saúde, é considerado idoso o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 anos para os desenvolvidos. 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.¹

O envelhecimento saudável e a redução de doenças crônicas incapacitantes contribuíram para continuidade e qualidade no desempenho sexual desta população específica. Entretanto, a continuidade da vida sexual desencadeou o aumento de idosos infectados pelo HIV.² A incidência de HIV/Aids na população brasileira acima de 50 anos cresceu de 3,6 para 7,1 em 100.000 habitantes entre 1996 a 2006, representando um aumento de 50% de casos novos. A doença neste grupo específico apresenta particular relevância epidemiológica pelas altas taxas de incidência, prevalência e letalidade.¹

O diagnóstico de HIV/Aids também poderá ser realizado numa fase mais tardia, depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e tratamento por mais de dez meses. Isto ocorre porque certos sintomas da infecção, tais como cansaço, perda de peso e distúrbios na memória, não são específicos desta infecção, podendo acontecer em outras doenças que são comuns nesta faixa etária. Na maioria dos casos, a doença é descoberta quando o paciente é internado para tratar alguma infecção oportunista ainda não diagnosticada ou em exames pré-operatórios.¹

Apesar das mudanças sexuais em curso, a sexualidade está longe de ser vista como saudável e natural em idosos. O preconceito e a falta de informação reforçam a idéia da velhice assexuada, o que aumenta a vulnerabilidade do idoso para as DSTs, entre elas, o HIV/Aids.¹

Dados nacionais referem que o índice de HIV entre idosos já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos. Este aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como um desafio para o Brasil, exigindo o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida a estas pessoas.¹

Buscando pela melhor qualidade de vida, o estatuto do Idoso vem institucionalizando uma política social que valoriza as pessoas da terceira idade no Brasil. Questões vêm sendo feitas sobre a terceira idade, elas são cada vez mais objeto de interesse dos pesquisadores nas áreas da saúde, da educação e das ciências sócias, colocando em pauta as questões de interesse sobre a prevenção e ao controle do HIV/AIDS.³

A Política Nacional do Idoso foi instituída através da Lei nº 8.842, de 04/11/94, e regulamentada através do Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, com o intuito de esclarecer as dúvidas da população idosa. Algumas campanhas de prevenção contra a Aids em idosos vêm sendo organizadas em cumprimento do Artigo 10 do Capítulo IV, que visa garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso no Brasil.³

Neste contexto, faz-se necessário um estudo sobre os idosos soropositivos que são usuários do CTA e adeptos ao tratamento para poder traçar um plano de cuidados específico para a determinada faixa etária. O presente trabalho objetivou mapear o número de usuários soropositivos que são idosos e como é o acolhimento, o apoio emocional e adesão dos mesmos ao tratamento antirretrovirais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo efetuado a partir de uma prática interdisciplinar realizada por discentes do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira, ocorrida no mês de junho de 2017, supervisionada por um docente. Onde foram feitas três visitas para observar a rotina de um Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Arcoverde-PE distante 256 km da capital pernambucana- Recife, com uma área total de 350,899 km² e com uma população estimada em 72.672 habitantes.

Os CTAs constituíram-se como uma modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de realizar o teste sorológico do HIV de forma gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes teria a finalidade de promover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção e àqueles já infectados. Outro dos objetivos dos CTAs era desviar a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue, devido ser muito elevada.⁴

Além disso, os CTAs são unidades de saúde que oferecem testagem para as hepatites B e C e sorologia para Sífilis, atendendo a demanda social, tanto por procura espontânea como por indicação de outros serviços de saúde. O sigilo, o acolhimento e o aconselhamento são marcas específicas desses serviços. Quando algum usuário é diagnosticado como positivo para o vírus HIV, por exemplo, este é encaminhado para as unidades de referência para tratamento ao HIV/AIDS, recebendo toda assistência e acompanhamentos necessários. O mesmo acontece com sorologias positivas para as Hepatites e/ou Sífilis. Nesse caso, os usuários são referendados às Unidades de Atenção Básica, para tratamento e acompanhamento.⁴

Traçado também um mapa dos usuários que são idosos que possuem diagnóstico confirmado de HIV/AIDS e observar como é o acolhimento por parte da equipe multiprofissional e a adesão dos soropositivos ao tratamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento de mapeamento dos usuários constatou-se que a unidade possuía um total de seis idosos com o diagnóstico de HIV e em acompanhamento do tratamento, dentre eles 50% são homens e 50% são mulheres, divergindo com dados de 2015 do UNAIDS, que alega que a razão é de um caso em mulheres para três casos de AIDS no público masculino.⁵

Constatou-se que todos os usuários estão em tratamento regular e sem quedas quanto ao uso das medicações. Observou-se também que mensalmente são realizados encontros com a equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e farmacêutico), onde se discutem efeitos das medicações, importância do tratamento a escuta e o acolhimento de cada um dos usuários.

Dentre os seis usuários, três deles tiveram o diagnóstico confirmado no início de 2017, diagnóstico confirmado decorrente de processos patológicos que os mesmos passaram. Um dos usuários possui uma maior vulnerabilidade social, mora na Casa de São Vicente (Abrigo dos Idosos), aonde a equipe vai semanalmente para realizar atividades educativas com o mesmo e atender as demandas biopsicossociais diagnosticada pela equipe. São realizadas atividades de promoção e prevenção em saúde também com os funcionários quanto aos cuidados em lidar com o paciente e com os outros idosos a respeito das IST'S (infecções sexualmente transmissíveis).

4. CONCLUSÃO

Portanto, constatando-se um total de seis idosos soropositivos, observa-se a importância de uma equipe multidisciplinar para trabalhar frente a esse público que requer maior atenção por parte dos profissionais. Com o aumento da faixa etária idosa do Brasil faz-se necessário programar estratégias para diminuir o estigma em relação à vida sexual das pessoas mais velhas, práticas educativas para esta população, bem como incentivar pesquisas que focalizem a relação entre idosos e HIV. Tendo em vista que a adesão ao tratamento pelos usuários, o acolhimento e o apoio emocional por partes dos profissionais existe no campo de pesquisa em questão, se faz necessário um processo de educação continuada com os usuários e profissionais para desmistificar tabus sobre a doença e melhorar consequentemente a comunicação usuário-profissional e assim obter uma reflexão mais abrangente acerca dos mesmos, bem como das ações de promoção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em todos os ciclos da vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Santos, Alessandra Fátima de Mattos; Assis, Monica. 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. Rio de Janeiro, 2011; 14(1):147-157. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403834041015.pdf>
- [2] Silva, L.B. Representações sociais do HIV/AIDS para mulheres idosas. 2014.133f. Dissertação (mestrado em enfermagem) Faculdade de Enfermagem da Federal de Juiz de Fora-UFJF. Minas Gerais. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/834/1/lauraberrieldasilva.pdf>
- [3] Rocha, F.C.V. et al. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. R. Interd. v.6, n.2, p.137- 143, abr.mai.jun. 2013. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/57/pdf_31

[4] Oliveira. R.E. Repensando as práticas: O papel do aconselhamento após 30 anos da epidemia de HIV/AIDS. São Paulo. 2011. 49f. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gerencia-de-prevencao/trabalho-s-curso-nepaids/oliveira_re.pdf

[5] Unaid. Estatísticas. Brasília, 2017. Disponível em: <http://unaid.org.br/estatisticas/>

Capítulo 5

HIV - uma ameaça à melhor idade? Reflexões sobre a epidemia silenciosa que cresce na população Geriátrica

Kydja Milene Souza Torres

Suelane Renata de Andrade Silva

Daniela de Aquino Freire

Márcia Carréra Campos Leal

Rosilene Santos Baptista

Resumo: A pirâmide populacional vem passando por uma mudança estrutural decorrente do envelhecimento humano. Como consequência temos, além do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), o aumento das infecções sexualmente transmissíveis nesse público, principalmente pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV). Nesse sentido, o objetivo da presente pesquisa é identificar quais fatores influenciam o aumento da infecção por HIV na terceira idade. Método: trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados LILACS e Scielo. Inicialmente foram selecionados 52 artigos, que após análise criteriosa do conteúdo foram eliminados 14. Assim, a amostra foi totalizada com 38 artigos. Resultados: na análise dos 38 artigos selecionados foram identificados como responsáveis pelo aumento das infecções pelo HIV o fato da invisibilidade da sexualidade na terceira idade, o uso de medicamentos de forma indiscriminada para disfunção erétil, não aceitação em relação ao uso do preservativo, além de uma política pública deficiente de prevenção do HIV voltada ao público idoso.

Palavras-chave: HIV. Idoso. Envelhecimento

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é o resultado da transição demográfica (ALVES et al., 2016). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), são idosos os indivíduos com 60 anos ou mais e que vivem em países desenvolvidos. Os que residem em países em desenvolvimento são considerados idosos a partir dos 65 anos. Considerando o rápido envelhecimento da humanidade, é primordial lembrar os diversos desafios que acompanham este cenário. Dentre eles, pode-se citar o aumento das infecções sexualmente transmissíveis neste público. Uma atenção especial deve ser dada à infecção pelo HIV, a qual vem crescendo na terceira idade (ARAUJO; SALDANHA, 2009).

A transmissão do HIV ocorre pelas relações hétero ou homossexuais através da mucosa do trato genital ou retal durante um ato sexual desprotegido (BRASIL, 2015), também ocorre por contato direto de sangue e/ou outros fluidos corporais de uma pessoa já infectada e através da transmissão vertical (mãe para filho), seja na gestação, no parto ou no aleitamento (PIERI; LAURENTI, 2012). O aumento no número de pessoas idosas, a melhoria da qualidade de vida, o uso indiscriminado de medicamentos para disfunção erétil, a resistência quanto ao uso de preservativos torna a população idosa vulnerável a este agravo (ARONSON; BRITO; SOUZA, 2005).

Por aproximadamente 10 anos o HIV pode permanecer em estágio latente, porém, alguns sinais ou sintomas da infecção podem surgir. A maioria desses sinais ou sintomas podem desaparecer entre 3 e 4 semanas, o que torna difícil o diagnóstico nessa fase (BRASIL, 2014). Novas estratégias para diminuir o avanço do HIV no Brasil foram adotadas em 2013. Tais estratégias referem-se ao tratamento de todas as pessoas que vivem com o HIV, independente de sua carga viral. Um outra estratégia refere-se à descentralização desse tratamento, ao aumento na oferta do teste rápido para homens homossexuais, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas transgênero, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e pessoas privadas de liberdade (UNAIDS, 2016).

2. OBJETIVO

Este capítulo tem como objetivo buscar na literatura os possíveis fatores que corroboram com o aumento da infecção por HIV no público conhecido como “a terceira idade” e identificar as tendências clínicas do envelhecer com o HIV.

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Este tipo de estudo permite condensar informações provenientes de outros estudos. É um tipo de pesquisa que permite a sintetização de evidências científicas, cooperando para a prática baseada em evidências. Para o presente estudo foram seguidas as seguintes fases: 1) elaboração da pergunta norteadora, 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão, 3) definição dos descritores e coleta dos dados, 4) análise criteriosa dos estudos escolhidos e discussão dos resultados, 5) síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os artigos foram selecionados com base na seguinte pergunta norteadora: quais os possíveis fatores que corroboram com o aumento da infecção por HIV no público conhecido como “a terceira idade”? Em busca da resposta para tal questionamento, a busca na literatura ocorreu utilizando-se como descritores os seguintes termos: “HIV”, “Idoso” e “Envelhecimento”. Para cruzamento dos descritores utilizou-se o operador booleano (AND). Para coleta dos dados foram selecionadas as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram incluídos apenas os artigos disponíveis na íntegra e de forma gratuita, publicados em português e espanhol.

Realizado o cruzamento dos descritores, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos e verificada a possibilidade de resposta da pergunta condutora deste estudo. Em seguida, os trabalhos selecionados foram lidos na íntegra. Enfatiza-se que aqueles que encontravam-se em duplicidade foram contabilizados uma única vez, optando-se pela base de dados que apresentava maior número de publicações após o cruzamento dos descritores.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após cruzamento dos descritores surgiram 52 artigos. Após seguimento das etapas anteriormente descritas, foram eliminados 14 artigos. Dessa forma, a amostra foi constituída por 38 artigos que foram lidos na íntegra. Foi identificado que dentre os fatores que favorecem o aumento na taxa de detecção do HIV na terceira idade encontra-se a maneira invisível como a sexualidade é encarada na terceira idade, a participação dos idosos nos grupos que objetivam a socialização na terceira idade, o uso indiscriminado e de certa forma “irresponsável” dos medicamentos para disfunção erétil, a resistência quanto ao uso do preservativo e a deficiência nas políticas de prevenção do HIV voltadas para o público idoso. Depressão, ansiedade, polifarmácia e maior possibilidade de interação medicamentosa, tendência à carga viral indetectável fazem parte das tendências clínicas do envelhecer com o HIV.

Conviver com o HIV na velhice significa mais que uma doença, pode ser considerado como um fenômeno social de grandes proporções que causa impacto nos princípios morais, religiosos e éticos (REZENDE; LIMA; REZENDE, 2009). Este agravo no público idoso tem-se mostrado como uma grande problemática do campo da saúde pública, pois a estatísticas mostram o crescente número de infectados ao longo dos anos, a saber: na década de 80 eram apenas 240 homens idosos e apenas 47 mulheres idosas convivendo com o HIV em todo o território nacional. Na década de 90 os números já mostravam 2.681 homens e 945 mulheres e até junho de 2009 já existiam 8.959 homens e 2.489 mulheres na terceira idade com este agravo (BRASIL, 2010).

Para Aronson, Brito e Souza (2006) a população idosa torna-se mais vulnerável ao HIV devido à sua vulnerabilidade física e psicológica, a uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à invisibilidade em relação à exposição ao risco. Novos relacionamentos tornam-se também cada vez mais comuns e trazendo consigo a liberdade sexual que culmina com uma vida sexualmente ativa mais prolongada. Há também tendência ao relacionamento íntimo mas não de co-habitação (POTTS et al., 2003).

A liberdade sexual vivenciada na atualidade não veio acompanhada de reflexões sobre as consequências do sexo sem limites no público idoso. A dificuldade em abordar a temática “sexualidade” com os familiares ou até mesmo com os profissionais de saúde, o mito associado ao uso do preservativo de que este prejudica a ereção ou que é apenas para evitar uma gravidez indesejada, torna o público idoso extremamente vulnerável à vários tipos de agravos transmitidos de maneira sexual (SILVA, 2006).

Muitos homens temem pela perda da ereção ao usar o preservativo, ou até mesmo não possuem habilidade para colocá-lo corretamente (SCHRODER, 2012). Já as mulheres idosas, por não estarem em período reprodutivo, enxergam o preservativo apenas como instrumento para evitar a concepção e assim não julgam necessário o seu uso (SILVA; PAIVA, 2006). Também por acharem que prejudica a espontaneidade, evitam muitas vezes pedir ao companheiro o seu uso (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Em relação aos aspectos clínicos do indivíduo que envelhece com o HIV, a depressão (40%) e a ansiedade (20%) são constantes ao longo do tempo (CODY; VANCE, 2015). A infecção por HIV influencia tanto a saúde física quanto a mental pois ainda permanece associada ao processo do morrer, pelo fato de ainda não existir a cura (LIU C et al, 2006; OLIVEIRA et al, 2008). Nesse sentido, trata-se de um fator de risco para o desenvolvimento do estresse, para o surgimento de sintomas psíquicos e simbólicos com a doença, influenciando assim na perspectiva sobre o futuro e nos pensamentos relacionados à morte (OLIVEIRA; LIMA; SALDANHA, 2008).

Já em relação à uma maior possibilidade de carga viral indetectável, esta provavelmente é decorrente do controle mais rigoroso no uso dos antirretrovirais. O envelhecimento com o HIV também implica na maior probabilidade de desenvolver comorbidades como: insônia, hipertensão, disfunção lipídica, diabetes, problemas renais e a temida hepatite C (CODY; VANCE, 2015). Para tratar tais comorbidades, a polifarmácia tende a surgir, assim, estima-se que 53% dos indivíduos que vivem com o HIV apresentarão interação farmacológica em 2030. Essas interações são potencializadas pela diminuição das funções renal e hepática (SMITH et al., 2015).

Um outro aspecto clínico relacionado ao envelhecimento com o HIV refere-se à maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos neurocognitivos. Os idosos com HIV tem três vezes mais chances de desenvolver a conhecida “demência associada ao HIV” quando comparados aos mais jovens. As alterações típicas do envelhecimento comprometem as reservas cerebrais e a função neurocognitiva, e quando associadas ao HIV há uma tendência de exacerbação dos sintomas (VALCOUR et al., 2014).

5. CONCLUSÃO

Conviver com o HIV implica em sérias mudanças em todos os aspectos da vida do indivíduo, e pode-se assumir que este é um problema que traz muitas consequências à qualidade de vida. Nesse contexto o suporte emocional é essencial no auxílio do enfrentamento, quer seja oferecido por familiares, amigos ou até mesmo profissionais da saúde. É fundamental garantir aos que envelhecem anos com qualidade de vida, independentemente do problema de saúde que possuem.

Também é de suma importância o olhar aberto à sexualidade na terceira idade, uma vez que permanece ainda muito enraizado na sociedade o pensamento a respeito da “velhice assexuada”. É necessário a divulgação de informações em larga escala a respeito dos riscos do sexo desprotegido na terceira idade, é necessário o incentivo à adoção das medidas de proteção das infecções sexualmente transmissíveis neste público. E o mais importante, é necessário que o indivíduo idoso reconheça que não é imune e que necessita proteger a si e a outrem.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves, D.A.S.B; Barbosa, M. T. S.; Caffarena, E. R.; Silva, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro, contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cad. Saúde. Coletiva*, Rio de Janeiro v.24, n.1, p. 63- 69, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016005002103&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10/07/2019
- [2] Araújo, L.; Saldanha, A. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. *R. Interam. Psicol.* 43(2), 2009. Disponível em: <https://amjpi4.webnode.com/products/a-aids-na-terceira-idade-na-perspectiva-dos-idosos-cuidadores-e-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 10/07/2019.
- [3] Aronson, W; Brito, A. M.; SOUSA. *Viver com AIDS na terceira idade*. 2006.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais*, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2010>. Acesso em 11/07/2019
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf. Acesso em 11/07/2019
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*. 2ª ed, 2015. Disponível em: http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/diversos/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf. Acesso em 11/07/2019
- [7] Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(5): 78995. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a22.pdf. Acesso em 12/07/2019
- [8] Cody LS, Vance ED. Predictions of geriatric HIV in 2030. *Lancet Infect Dis* 2015; published online June 10. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(15\)00063-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(15)00063-8/fulltext). Acesso em 12/07/2019
- [9] Liu C et al. Impacts of HIV infection and Haart use on quality of life. *Qual Life Res*. 2006;15(6):941-949. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16900275>. Acesso em 12/07/2019
- [10] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em 12/07/2019
- [11] Oliveira, J. S. C., Lima, F. L., Saldanha, A. A. W. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. *DST-J Doenças Sex. Transm.* p.179-184, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=Lilacs&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=537748&indexSearch=ID>. Acesso em 12/07/2019
- [12] OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 13/07/2019

- [13] Pieri, F.M.; Laurenti, R. HIV/AIDS: Perfil epidemiológico de adultos internados em Hospital Universitário. *Rev Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11(suplem.): 144-152. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17069>. Acesso em 13/07/2019
- [14] Potts A, Gavey N, Grace V, Vares T. The downside of Viagra: women's experiences and concerns about Viagra use by men. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25(7): 697-719. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774744>. Acesso em 13/07/2019
- [15] Rezende, M. C. M; Lima, T. J. P. L; Rezende, M. H. V. Aids na terceira idade: determinantes biopsicossociais. *Rev. Estudos*, vol.36, n.1/2, p. 235-253, jan./fev. Goiânia, 2009. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/1027/725>. Acesso em 13/07/2019
- [16] Schroder, E. F. Idosos e HIV/Aids. *Estudos Teológicos, São Leopoldo*, v.1, p. 774-789, 2012. Disponível em; <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/80>. Acesso em 14/07/2019
- [17] Silva, Lucineide. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. Salvador. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, 2006. 111p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9439>. Acesso em 14/07/2019
- [18] Smit M, Brinkman K, Gerrlings S et al, on behalf of the Athena observational cohort. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2015; published online June 10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4528076/>. Acesso em 15/07/2019
- [19] Unaid. Prevention Gap Report. January 2016. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>. Acesso em 15/07/2019

Capítulo 6

Principais comorbidades em pessoas idosas com HIV atendidas em serviços de referência em Recife-PE.

Suelane Renata de Andrade Silva

Kydja Milene Souza Torres

Márcia Carréra Campos Leal

Ana Paula de Oliveira Marques

Resumo: Cresce o quantitativo de idosos portadores de HIV. Com isso, também emerge o número de pessoas com 60 anos ou mais com doenças crônicas associadas ao HIV, em decorrência do uso continuado da terapia antiretroviral. O presente capítulo objetiva descrever as principais comorbidades em pessoas com 60 anos ou mais assistidas nas unidades de referência para o tratamento de HIV/AIDS no município de Recife-PE. Métodos: trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas face a face e utilizado um questionário com aspectos sociodemográficos e clínicos. Participaram pessoas com 60 anos ou mais cadastradas nas unidades de referência para HIV. Foram excluídos os idosos que apresentavam rastreio positivo para comprometimento cognitivo, avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental. A amostra foi caracterizada quanto aos aspectos sociodemográficos (sexo, idade, renda, escolaridade, residir com companheiro, e condições de saúde (tempo de internamento, morbidades, medicamentos de uso crônico índice de massa corporal, circunferência de panturrilha e de cintura). Resultados: Foram incluídos 241 idosos, de sete unidades de referência de Recife. As morbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (41,4%), diabetes mellitus 26,1% e osteoporose (13,8%). Em relação às multimorbidades, observa-se similaridade em ter uma doença e ter duas ou mais associada ao HIV (32,4%) e ter 2 ou mais (31,5%). Esses agravos com estreitas relações com as alterações metabólicas decorrentes do uso crônico de antiretrovirais, porém também apresentam-se como comuns à população geral, podendo ser atenuados por fatores modificáveis no estilo de vida. Conclui-se que a identificação desses agravos é importante para que sejam tomadas medidas de prevenção principalmente em relação aos fatores modificáveis e intervenção para postergar as complicações relacionadas, mediante a atuação da equipe de cuidado à saúde multidisciplinar nos diversos campo do saber.

Palavras-chave: HIV. Idoso. Comorbidades.

1. INTRODUÇÃO

A redução da fertilidade, aliada à queda da mortalidade e às novas tecnologias contribuíram para o aumento do número de idosos. Como conseqüência, o perfil de doenças passou por transformações importantes no tocante a uma maior incidência e prevalência de doenças crônicas como as principais causas de morte. (VERAS, 2009). Entre as pessoas com 60 anos ou mais encontram-se o predomínio desses agravos (BRITO *et al.*, 2013).

Outra doença que emerge entre os idosos no Brasil é o HIV/AIDS. A terapia antiretroviral introduzida a partir de 1996 proporcionou a redução das taxas de morbimortalidade associadas à infecção, melhorou a qualidade de vida e aumentou a longevidade de pessoas infectadas (DUTRA; LIBONATI, 2008). A incidência de HIV/AIDS na população brasileira entre 60 anos ou mais, cresceu de 5,9 para 13,4 em homens e de 1,8 para 6,4, para cada 100.000 habitantes entre 1996 a 2017. Em Pernambuco houve um aumento global de 29% entre 2007 a 2017 (BRASIL, 2018) e dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a tendência é que em 2030, 70% da população mundial idosa terá o vírus causador da AIDS.

O uso prolongado de antiretrovirais favorece às alterações metabólicas e na composição corporal, com acúmulo de gordura visceral, perda de peso ou sobrepeso e obesidade, ocorrência de dislipidemias, resistência à insulina e diabetes mellitus (DUTRA; LIBONATI, 2008; SILVA *et al.*, 2010; LADEIRA; SILVA, 2012). Todas apresentam relação com as doenças crônicas, o que traz ao HIV um perfil de multicausalidade de fatores ocasionadores do adoecimento e distintas causas de mortes, principalmente quando às alterações metabólicas da doença apresentam-se associadas às inadequações do estilo de vida, a má alimentação, o excesso de peso, o tabagismo e o sedentarismo (PEREIRA *et al.*, 2016; LADEIRA; SILVA, 2012; SBC, 2013).

2. OBJETIVO

Esse capítulo trata de descrever as principais comorbidades investigadas em pessoas com 60 anos ou mais assistidas nas unidades de referência para o tratamento de HIV/AIDS no Município de Recife-PE.

3. METODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa e de corte transversal, com aplicação de questionário próprio, elaborado pelos autores com inclusão de dados sociodemográficos e clínicos, sendo a coleta dos dados, obtida utilizando-se a técnica da entrevista face a face, realizada nas Unidades de referência e por meio de consulta aos prontuários médicos.

3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas com 60 anos ou mais cadastrados nas unidades de referência para HIV no município de Recife que aceirassem participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)..

3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os idosos que apresentavam rastreio positivo para comprometimento cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental - MEEM (FOLSTEIN; MCHUG, 1975).

3.4. PARTICIPANTES

Um total de 241 idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, que possuísem o diagnóstico de HIV integraram essa investigação.

3.5. LOCAL DE ESTUDO

Os participantes foram entrevistados em alguma das 07 unidades de referência para o tratamento do HIV em Recife – PE.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo foi um recorte do projeto “Identificação do Perfil Social e Epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 57919716.0.0000.5208), atendendo aos requisitos preestabelecidos na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, referente à pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

3.7. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foi utilizado para esta pesquisa o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (apêndice A) e um questionário estruturado (apêndice B) o MEEN e os prontuários dos pacientes.

3.8 PROCEDIMENTOS

A seleção dos participantes se deu por conveniência nas unidades de referência, conforme critérios de elegibilidade já referidos anteriormente. Foram registradas informações referentes às comorbidades descritas nos prontuários, identificação dos medicamentos de uso crônico, os quais também foram questionados ao entrevistado.

3.9. PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

Todas as informações pessoais, contendo dados sócio-demográficos e clínicos foram adquiridos por meio de entrevista face a face.

3.8.2 PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

As comorbidades e o tempo de internamento foram dados extraídos dos prontuários, que para identificação pós entrevista o registro da carteira de saúde institucional do idoso assistido na unidade.

3.0. PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Após organização dos formulários, os dados foram digitados em planilha do Excel para Windows®, em entrada dupla, verificados com o VALIDATE (do Programa Epi-info versão 3.5.4), para checagem de consistência e validação.

A análise descritiva dos dados deu-se por meio de freqüências absoluta e relativa para as variáveis categóricas; e para as contínuas, valores mínimo, máximo, média, desvio padrão, mediana e Quartil 1 e 3.

4. RESULTADOS

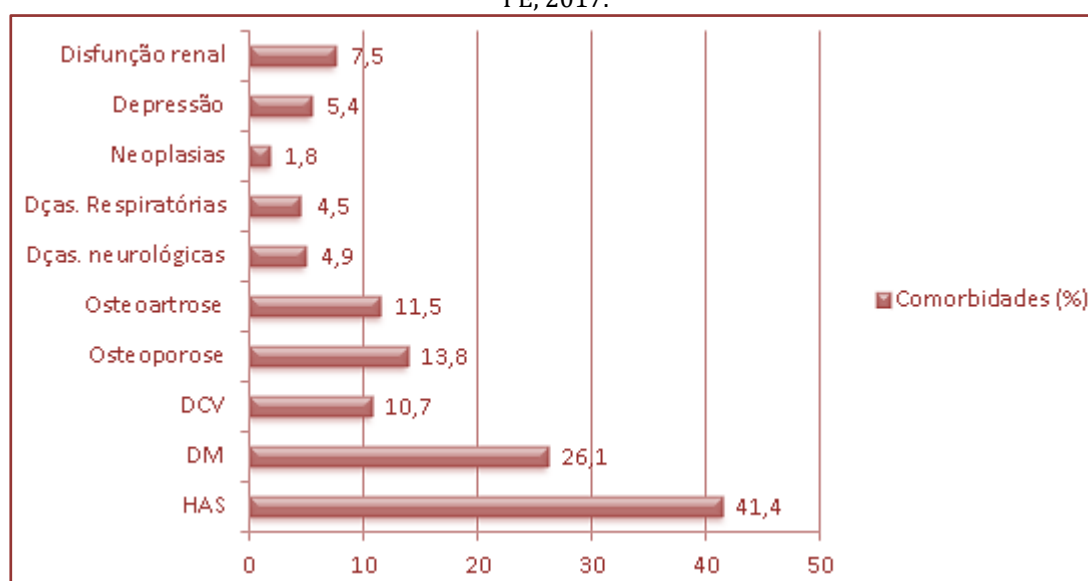
Os participantes consistiram em 241 idosos. Entre os investigados, 62,7% eram do sexo masculino e a média de idade foi de $64,96 \pm 4,34$ anos, variando entre 60 a 82 anos. Em relação à situação conjugal, observou-se que aproximadamente 31% dos entrevistados residiam com companheiro. Prevaleram o predomínio de baixa escolaridade equivalente a 39% dos investigados com até 4 anos de estudos e o rendimento mensal insuficiente com 17,4% sobrevivendo com menos de um salário mínimo e 55% dos idosos com renda de 1-2 salários.

A independência funcional foi uma característica importante porque esteve presente em mais de 80% dos portadores de HIV. No rastreamento para sintomatologia de depressão, 45,6% dos idosos apresentavam compatibilidade com depressão leve a grave.

Em relação ao estilo de vida, o etilismo ocorreu em 31,5%, os fumantes corresponderam a 16,6% e 61% eram sedentários. Quanto ao estado nutricional, os idosos com excesso de peso representaram 23,7%, embora os eutróficos representem 43,6% da casuística, percebeu-se um quantitativo. A massa muscular preservada em 83%, pode ter sido reflexo do uso regular de TARVS que reduziu ativação viral e a circunferência de cintura elevada em 45,2% dos idosos, componente da síndrome metabólica.

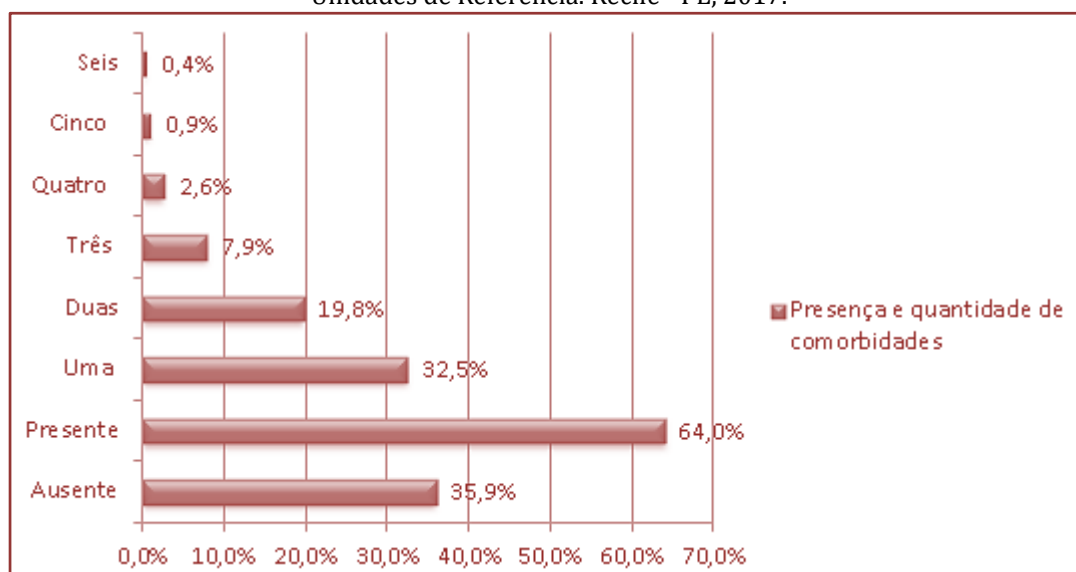
Das características relacionadas à infecção por HIV, o tempo de diagnóstico foi de 12,0 anos, carga viral indetectável em 88,1% e contagem de células CD4 em fase precoce (ou inicial) em 65,2%. As comorbidades mais prevalentes corresponderam por ordem de grandeza a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e osteoporose. Dos 64% que apresentaram doença coexistente ao HIV, (32,4%) apresentaram apenas uma patologia e 31,5% duas ou mais enfermidades (frequência acumulada), segundo o gráfico 1.

Gráfico 1-Comorbidades em idosos infectados pelo HIV/AIDS, assistidos em Unidades de Referência. Recife - PE, 2017.



Fonte: Dados obtidos da pesquisa, 2017

Gráfico 2 - Presença e quantidade de comorbidades em idosos infectados pelo HIV/AIDS, assistidos em Unidades de Referência. Recife - PE, 2017.



Fonte: Dados obtidos da pesquisa, 2017

5.DISSCUSSÃO

A Infecção por HIV tem como base para o tratamento os medicamentos antirretrovirais (TARV), excelente ferramenta para inibir a transmissão do vírus, como fator redutor da morbimortalidade dos soropositivos e melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2015). Entretanto, essas drogas quando usadas de forma crônica, como no caso dos soropositivos idosos, considerados sobreviventes, desencadeiam reações adversas e efeitos colaterais que motivam o abandono do tratamento (BRASIL, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2011) e contribuem para o surgimento de outros problemas de saúde, tanto pelo uso prolongado da terapia, como pela toxicidade medicamentosa ou pelo aparecimento de comorbidades (RIGHETTO *et al.*, 2014).

De acordo com Righetto *et al* (2014), as pessoas infectadas pelo HIV apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, devido a alta prevalência dos fatores de risco (sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, excesso de peso e aumento do volume abdominal), além de alterações metabólicas tais como: dislipidemias, resistência à insulina, e diabetes mellitus (LADEIRA; SILVA, 2012). Tanto os fatores de risco cardiovascular como as alterações metabólicas são provocados pelo uso continuado da terapia antirretroviral, como também a uma ativação imune sistêmica que promove cronicamente a inflamação endotelial e aterosclerose (RIGHETTO *et al.*, 2014), fatores relacionados à gênese da hipertensão arterial sistêmica, o que justifica ser a mais prevalente.

O agravo mais prevalente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assim como no estudo ELSI-Brasil, uma coorte da população brasileira que teve 52,2% da população (NUNES, BP *et al*, 2018). Na realidade, a HAS é considerado fator de risco para outras doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, situada entre as maiores causas de morte no Brasil. A HAS, condição clínica multifatorial caracterizada por sustentados níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg justifica-se no HIV por estar frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitus (SBC, 2016).

Em um estudo realizado em Pernambuco com 958 indivíduos para investigação de HAS em pessoas com HIV/AIDS, com idades a partir de 18 anos, foram encontrados 40,5% de normotensos, 33,9% de pré-hipertensos e 25,6% de hipertensos. Destes, 70,2% já sabiam da presença de HAS e 54,4% foram diagnosticados com HAS pós diagnóstico de HIV. A idade mais avançada, a circunferência de abdome elevada e IMC altos foram fatores associados. Isso demonstra a emergência na identificação e controle. Entre os 172 que sabiam ser portadores de hipertensão (70,2%), 95 deles (38,8%) faziam uso contínuo de medicação anti-hipertensiva. Apenas 36 (20,9%), que sabiam ser hipertensos, estavam com os níveis tensionais controlados (JUNIOR *et al.*, 2010), o que torna a HAS ainda mais grave nessa população, uma vez que essa patologia já é bem conhecida na “Atenção Básica, constituindo-se como programa para seu controle.

A segunda doença mais encontrada o diabetes mellitus (DM), assim como a HAS, apresentam relação com os efeitos metabólicos e de alterações de composição corporal, o que torna mais importante a atuação nos fatores de risco modificáveis, uma vez que os antiretrovirais devem permanecer com uso crônico por garantirem a sobrevivência do indivíduo. Dessa forma, essa população não difere da população geral, que tem principalmente no envelhecimento, as doenças cardiovasculares como primeira causa de morte (ARAÚJO, 2012). Entretanto, em relação a DM, que ocupou a sétima colocação com 15,8%, não teve seu diagnóstico coexistindo com outras patologias, sendo então um importante alerta quando se trata de portadores de HIV (NUNES *et al.*, 2018), o que não reduz a sua gravidade e complicações associadas .

Em relação à osteoporose, terceira doença mais prevalente, definida como agravo esquelético sistêmico com diminuição da massa óssea e deterioração microarquitetural do tecido ósseo, tendo como consequência a fragilidade óssea e risco de fratura (OMS, 2003; SILVA-SANTOS, 2008). Fisiologicamente, o osso é depositado continuamente por osteoblastos (formação de nova matriz celular) e absorvido nos locais com osteoclastos ativos (que removem o osso antigo) proporcionando uma remodelação. Na osteoporose, existe desproporção entre atividade osteoblástica e osteoclástica, com maior processo de remodelação e menor de formação (GALI, JC; 2001)

A osteoporose pode ser tipo I, quando associada à mulher em pós menopausa recente por um processo não bem esclarecido às custas da diminuição da produção de estrógenos que acelera o processo de remodelação, parecendo ter relação com a redução ovariana. Entretanto a do tipo II, ou senil, está relacionada ao envelhecimento e aparece por deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea (GALI, JC; 2001).

Pacientes infectados pelo HIV apresentam osteopenia ou osteoporose numa proporção que varia de 28 a 50%, contra 16% na população geral. As principais causas apontadas são as seguintes: 1) Alterações significativas em marcadores bioquímicos da atividade metabólica óssea, como as piridinolinas, fosfatase alcalina, NTX, CTX, hidroxiprolina e osteocalcina; 2) A resposta imune relacionada à infecção pelo HIV produz ativação de citocinas pró-inflamatórias, como interleucinas e fatores de crescimento que alteram a homeostase do metabolismo ósseo (osteoblastos e osteoclastos); 3) Uma proteína encontrada no próprio vírus, chamada “proteína viral TAX”, contribui para a replicação e desenvolvimento da imunodeficiência, logo, envolvida com estas alterações inflamatórias; 4) A AIDS se relaciona-se a maior intensidade das alterações metabólicas e endócrinas; 5) A terapia antiretroviral aumenta os níveis de NTX (marcador de reabsorção) e de osteocalcina (marcador de formação) neste grupo de pacientes, desequilibrando o metabolismo ósseo (SILVA-SANTOS et al., 2008).

No que se refere a presença de multimorbidades, a ocorrência simultânea de problemas de saúde em uma mesma pessoa, normalmente operacionalizada pela ocorrência de ≥ 2 doenças crônicas é um achado frequente em pessoas idosas, mais da metade deste segmento populacional (NUNES *et al.*, 2018)

As investigações sobre acúmulo de doenças e seus fatores associados são importantes. Estudo demonstra alta ocorrência do problema em mais de 60% da população, com mais frequência entre mulheres, pessoas mais velhas, aqueles com nível socioeconômico mais baixo e com menor escolaridade, assim como entre residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. (NUNES *et al.*, 2015). A partir da identificação dos grupos de risco, os serviços de atenção apresentam a possibilidade de atuar na prevenção e na reestruturação dos aspectos investigados na população idosa portadora de HIV, visando a melhora da qualidade de vida, a prevenção de complicações das já existentes, além da dispensa do aparecimento de novos agravos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população encontrada foi composta predominantemente por homens idosos, com faixa etária compreendida entre 60-69 anos. A renda e escolaridade foram baixas, e embora o estilo de vida presente tenha sido o sedentarismo e a eutrofia segundo o IMC e circunferência de cintura elevadas, os participantes evoluíram com preservação de capacidade funcional.

Com a identificação desse agravo é importante que se atue na identificação dos fatores associados e na intervenção, uma vez que já existe programas específicos para controle e HAS e DM na Atenção Básica, por meio do Hiperdia (Controle de Hipertensão e Diabetes). Como os pacientes portadores de HIV são referenciados às unidades cadastradas para tratamento de doenças infecto-contagiosas, as questões relacionadas aos fatores modificáveis (alimentação, atividade física, bebida alcoólica, consumo abusivo de sal e/ou açúcar e tabagismo) precisam ser reforçadas, assim como o estímulo ao uso das medicações crônicas, prevenindo as complicações relacionadas.

Da mesma forma que os medicamentos antiretrovirais apresentam participação nas alterações metabólicas e na gênese dessas comorbidades seu uso deve persistir cronicamente e a atuação da equipe de cuidado à saúde reformular as intervenções que norteiem a minimização desses agravos com estímulo não só aos fatores modificáveis como também o suporte social e a atuação das diversas especialidades médicas no tocante às reposições especializadas.

REFERÊNCIAS

- [1] Alves, Davi Da Silveira Barroso et al. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro, contribuições para políticas públicas sustentáveis. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.24, n.1, p. 63- 69, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010272>>. Acesso em: 15/11/2017
- [2] Araújo, José Duarte. Polarização epidemiológica no Brasil* Epidemiologia dos Serviços de Saúde, Brasília, v.21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>>. Acesso em: 08/12/2016
- [3] Arruda Junior, Evanizio Roque De et al. Perfil dos pacientes com hipertensão arterial incluídos em uma coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro; v. 95, n. 5, p. 640-647, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000138>>. Acesso em: 12/09/2017.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS, 2018.

- [5] Brito, Maria da Conceição Coelho et al Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 16, n. 3, p.161-178, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18552/13738> >. Acesso em: 15/11/2017
- [6] Dutra, Claudia Daniele Tavares; Libonati, Rosana Maria Feio. Abordagem metabólica e nutricional da lipodistrofia em uso da terapia antiretroviral. Revista de Nutrição, Campinas, v.21, n. 4, p. 439-446, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000400008> >. Acesso em: 18/11/2017
- [7] Ladeira Patrícia OC, Silva, Danielle Cristina Guimarães da. Estado nutricional e perfil alimentar de pacientes assistidos pelo programa de DST/AIDS e hepatites virais de um centro de saúde de Itaperuna-RJ. DST J Bras Doenças Sex Transm.; v.24, n. 1, p. 28-31, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5533/2177-8264-201224108>>. Acesso em: 02/11/2017.
- [8] Nunes, Bruno Pereira; Thumé, Elaine; Facchini, Luiz Augusto. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. BMC Public Health; v.15:1172. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2505-8>>. Acesso em: 02/11/2018.
- [9] NUNES, Bruno Pereira; Thumé, Elaine; Facchini, Luiz Augusto. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: Elsi-Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.52 Supl 2:10s, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000637>>. Acesso em: 02/11/2018.
- [10] Pereira, Ingrid Freitas Da Silva; spyrides, maria helena constantino; Andrade, Lára De Melo Barbosa. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n. 5, p. 178-814, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178814>>. Acesso em: 05/08/2017
- [11] Righetto, Rosângela Casa et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. Revista Rene, Fortaleza; v. 15, n.6, p. 942-8, 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=27467&indexSearch=ID>>. Acesso em 09/06/2019
- [12] SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo; v.101, n. 6, Supl. 2, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf >. Acesso em: 02/04/2019
- [13] SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018; São Paulo; Editora Científica Clamad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 02/07/2019
- [14] SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: <<https://10.5935/abc.20160140>>. Acesso em: 02/04/2016
- [15] Silva, Erika Ferrari Rafael et al. Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/AIDS em assistência ambulatorial no município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo v.13, n.4, p.677-688, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400012> >. Acesso em: 11/07/2017.
- [16] Silva-Santos, Antônio Carlos; Matos, Marcos Almeida; Galvão-Castro, Bernardo; Reabsorção no metabolismo ósseo de pacientes HIV-positivo. Acta Ortop Bras.; n.17, v.2, p. 50-2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v17n2/10.pdf>>. Acesso em: 28/06/2019
- [17] SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo; v.101, n. 6, Supl. 2, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/V_Diretriz_Brasileira_de_Dislipidemias.pdf >. Acesso em: 02/04/2019
- [18] SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018; São Paulo; Editora Científica Clamad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 02/07/2019
- [19] SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. Disponível em: <<https://10.5935/abc.20160140>>. Acesso em: 02/04/2016
- [20] Unaid. Prevention Gap Report, 2016. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/campaigns/prevention-gap>>. Acesso em: 02/07/2019
- [21] Who Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis (2000: Geneva, Switzerland, 2003. Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42841>>. Acesso em:

[22] Veras, Renato Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações Revista de Saúde Pública, São Paulo; v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>> Acesso em 01/06/2016.

Capítulo 7

Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas que envelhecem com HIV/AIDS acolhidos no Lar da Fraternidade em Teresina-Piauí

Keila Maria Gonçalves da Silveira Fortes

Maria Luiza da Silveira Fortes

João Gilberto de Oliveira Freitas

Lucas da Silveira Terto

Introdução: Das 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo em 2015, 5,8 milhões tinham 50 anos ou mais. O aumento da população idosa e a liberação sexual com maior acesso a medicamentos estimulantes, proporcionaram aumento de casos de AIDS nesses indivíduos e, a evolução do seu tratamento, faz com que eles sobrevivam e envelheçam. Diante dessa realidade, é necessário conhecer a epidemiologia desse grupo, para adotar políticas públicas que enfrentem esse desafio. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas com 50 anos ou mais, que convivem com HIV/AIDS, acolhidas no Lar da Fraternidade, em Teresina-Pi. **Método:** Estudo descritivo com dados de portadores de HIV/AIDS, acolhidos no Lar da Fraternidade. Foram examinadas todas as 186 fichas cadastrais ativas e selecionadas 39, tendo como critério, pessoas com 50 anos ou mais. A compilação de dados foi feita pelo preenchimento de uma planilha elaborada no programa Excel 2007. As variáveis investigadas foram sexo, faixa etária, grau de escolaridade, Unidade Federativa de residência, tempo de uso de medicamentos Antiretrovirais e aparecimento de manifestações clínicas, analisados através de diferenças percentuais e discutidos tendo por referência o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-2016. **Resultados e Discussão:** Em relação ao sexo, esse estudo mostra predomínio de homens. Segundo o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-2015/2016, as taxas de detecção de AIDS em homens têm apresentado crescimento, com um aumento de 15,9%, no período de 2006 a 2015. Entre as mulheres, observou-se declínio nesse mesmo período. Quanto à escolaridade, o maior percentual encontrado foi com ensino fundamental completo. A maioria dos participantes do estudo é natural do estado do Maranhão, procuram Teresina para tratamento e acompanhamento de sua saúde e são acolhidos no Lar de Fraternidade, onde recebem abrigo, alimentação balanceada, assistência social, de enfermagem e espiritual cristã, em alguns casos, a reinserção familiar. Utilizam os medicamentos entre 10 a 20 anos atrás, sendo que 5,13% usam há mais de 30 anos. Quanto às manifestações clínicas, o estudo detectou: Pneumonia, Câncer de Pulmão e Fígado, deficiência visual, Hepatite B, depressão, meningite, dermatites, tuberculose, aneurisma e leishmaniose. **Conclusão:** Os resultados desse estudo mostram um aumento na detecção de HIV em indivíduos com 50 anos ou mais, principalmente homens, maiores de 60 anos, baixa escolaridade, residentes em vários estados do Brasil, apresentando manifestações clínicas diversas e pessoas com mais de 30 anos de uso de antiretroviral. Esses resultados mostram a necessidade de se perceber a vulnerabilidade do idoso ao contágio pelo vírus HIV e a adoção de ações preventivas e de promoção, considerando sua integralidade e particularidades.

Palavras-chave: Envelhecimento; AIDS; Estudo Epidemiológico.

1. INTRODUÇÃO

Das 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo em 2015, 5,8 milhões tinham 50 anos ou mais.¹ O aumento da população idosa, que é definida como pessoas com 60 anos ou mais pela Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994 e pelo Estatuto do Idoso, em 2003, assim como da liberação sexual fez com que muitos tabus fossem quebrados, e o maior acesso inclusive de medicamentos estimulantes da atividade sexual proporcionou aos idosos o sentimento de maior segurança para manter a atividade sexual; isso acabou gerando um aumento de casos de AIDS nesses indivíduos. A AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV que compromete o sistema imune do organismo e apresenta-se como uma das mais complexas e desafiadoras pandemias já enfrentadas pela humanidade.² Com a evolução do tratamento dessa doença, mais pessoas nessa condição, estão sobrevivendo e envelhecendo. A sexualidade nos idosos era negligenciada por parte de profissionais e sociedade em geral, mas hoje desperta interesse e preocupação.³ Sua orientação deve ser diferenciada em termos de tempo e ele costuma precisar de ajuda para entender o que são os remédios ou até mesmo quando deve tomá-los.⁴ Diante dessa realidade, faz-se necessária a realização de descrições epidemiológicas desse grupo, como forma de contribuir para adoção de políticas públicas para enfrentar esse desafio. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas com 50 ou mais anos de idade, que convivem com HIV/AIDS, acolhidas no Lar da Fraternidade, em Teresina-Pi, coordenado pela Arquidiocese de Teresina, em parceria com instituições públicas e privadas.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo com dados referentes a portadores de HIV com 50 anos ou mais, acolhidos no Lar da Fraternidade, em Teresina-Pi. Foram examinadas as 136 fichas cadastrais ativas, dos pacientes abrigados no Lar, para fazerem consultas e exames de rotina ou alguma emergência médica. Após a análise, foram selecionadas 39 fichas, tendo como critério, pessoas com 50 anos ou mais.

A compilação de dados foi feita através do preenchimento de uma planilha elaborada no programa Excel 2007. As variáveis investigadas foram sexo, faixa etária, grau de escolaridade, UF de residência, tempo de uso de medicamentos Anti-retrovirais e aparecimento de manifestações clínicas, analisados através de diferenças percentuais e discutidos tendo por referência as informações contidas no Boletim Epidemiológico de DST/AIDS-2016, que tem como objetivo descrever, anualmente, o cenário epidemiológico do HIV/AIDS, segundo regiões, estados e capitais brasileiras.⁵

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

De acordo com a Tabela 1, esse estudo mostra predomínio de homens infectados pelo vírus HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico- HIV- AIDS de 2016, as taxas de detecção de AIDS em homens têm apresentado tendência de crescimento, com um aumento de 15,9%, no período entre 2006 a 2015. Entre as mulheres, observa-se tendência de queda, que apresentou uma redução de 19,6% de 2005 para 2006.

Quanto à escolaridade, o maior percentual encontrado foi de indivíduos com ensino fundamental completo. O Boletim Epidemiológico supracitado mostra uma concentração maior de pessoas que estudaram da 6ª a 9ª séries do ensino fundamental.

A maioria dos indivíduos que participaram do estudo é natural de cidades do interior do Maranhão, que procuram Teresina para tratamento e acompanhamento de sua saúde e são acolhidos no Lar de Fraternidade, onde recebem abrigo, alimentação balanceada, assistência social, assistência de enfermagem, assistência espiritual cristã e, em alguns casos, a reinserção familiar.

Sobre o tempo de uso de anti-retrovirais, a maioria utiliza os medicamentos há 10 a 20 anos atrás, e 5,13% usam anti-retroviral há mais de 30 anos.

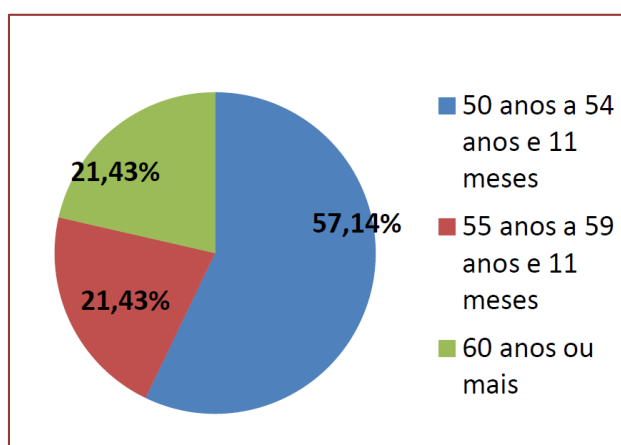
Tabela 1: Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com mais de 50 anos que convivem com HIV/AIDS, acolhidos no Lar da Fraternidade, em Teresina- Pi

Sexo	N	%
Masculino	28	71,8
Feminino	11	28,2
Escolaridade	N	%
Não informado	3	7,7
Não alfabetizado	5	12,82
Alfabetizado	6	15,38
Ensino Fundamental Incompleto	5	12,82
Ensino Fundamental Completo	16	41,02
Ensino Médio	4	10,26
UF de residência	N	%
Piauí	17	43,6
Maranhão	18	46,15
Rio Grande do Norte	2	5,13
Paraíba	1	2,56
Ceará	1	2,56
Tempo de Uso de Anti-retroviral	N	%
Mais de 10 anos	9	23,08
De 10 a 20 anos	25	64,1
De 20 a 30 anos	3	7,69
Mais de 30 anos	2	5,13

Fonte: Lar da Fraternidade, Teresina-Pi

No Gráfico 1, observa-se um predomínio de homens com HIV/AIDS, na idade entre 50 anos a 54 anos e 11 meses. Conforme o Boletim Epidemiológico DST/AIDS-2016, entre os homens, no período de 2006 a 2015, houve aumento da taxa de detecção, principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais.

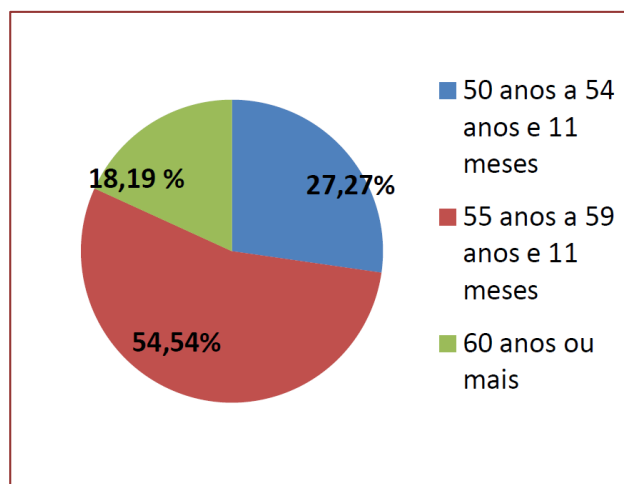
Gráfico 1: Homens que convivem com HIV/AIDS, com 50 anos ou mais, segundo a faixa etária, acolhidos no Lar da Fraternidade, Teresina-PI



Fonte: Lar da Fraternidade, Teresina-PI

Segundo o Gráfico 2, a maioria das mulheres com 50 anos ou mais abrigadas no Lar da Fraternidade, estão na faixa etária de 55 anos a 59 anos e 11 meses. No Boletim DST/AIDS -2016 verifica-se que entre as mulheres, no período de 2006 a 2015, a taxa de detecção vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, exceto entre as de 15 a 19, 55 a 59 e 60 anos e mais. Quanto às manifestações clínicas, o presente estudo detectou as seguintes: Pneumonia, CA de Pulmão, deficiência visual, Hepatite B, depressão, CA hepático, meningite, dermatites, tuberculose, aneurisma e leishmaniose.

Gráfico 2: Mulheres que convivem com HIV/AIDS, com 50 anos ou mais, segundo a faixa etária, acolhidas no Lar da Fraternidade, Teresina-PI



Fonte: Lar da Fraternidade, Teresina-PI

4. CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostram um aumento na detecção de HIV em indivíduos com 50 anos ou mais, principalmente do sexo masculino e de forma especial em maiores de 60 anos, com baixa escolaridade, residentes em vários estados do Brasil, com manifestações clínicas diversas e indivíduos com mais de 30 anos de uso de anti-retroviral. Esses resultados mostram a necessidade de se perceber a vulnerabilidade do idoso ao risco de infecção pelo vírus HIV e a adoção de ações preventivas e assistenciais, levando em conta a sua integralidade e particularidades.

REFERÊNCIAS

- [1] <http://unaids.org.br/2016/11/novo-relatorio-do-unaids-mostra-que-182-milhoes-de-pessoas-estao-em-terapia-antirretroviral-em-todo-o-mundo/>
- [2] Silveira MS, Batista JS, Colussi EL, Wibelinger LM. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. Revista Temática Kairós Gerontologia: 2011 dezembro; 14(5): 205-221. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/59/2013_59_5813.pdf
- [3] Valcarenghi RV, Lourenco LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):705-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419j>
- [4] Gorinchteyn J. Sexo e AIDS Depois dos 50.1ª Edição. São Paulo: Ícone; 2010.
- [5] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano V, Nº 1. 2015-2016.

Capítulo 8

Benefícios da atividade física na promoção à saúde na terceira idade: Revisão sistemática da literatura

Luciclaudio Silva Barbosa

Claudia Daniele Barros Leite Salgueiro

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Resumo: A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso. Quando praticada de forma regular, traz vários benefícios aos diversos sistemas do organismo. Ademais, proporciona liberação de substâncias capazes de ativar os sistemas corporais, além de promover as relações interpessoais; trabalhar as funções metabólicas e funções vitais do corpo que, quando somadas ao hábito nutricional adequado tornam-se sinônimo de qualidade de vida. O presente estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura. Estes são considerados estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados. Entende-se por estudos primários, os artigos científicos que relatam os resultados de pesquisa em primeira mão. A estratégia de busca nas bases de dados, se deu a partir do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das bases de dados Medline, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), durante o período de junho a julho de 2017. Trabalhou-se com 12 artigos científicos que atenderam aos critérios de elegibilidade e pergunta condutora. Nos estudos resgatados, há consideração de que a atividade física é de suma importância para todos os ciclos da vida, destacando-se o ciclo de vida da terceira idade, pois, nesta, observou-se melhora relativamente à capacidade funcional, cognitiva, física, de auto-estima/auto-imagem e psicossocial mais abrangentemente falando, pois idosos que praticam exercícios físicos tendem a expandir laços sociais e construir nova conduta com base na rotina de exercícios físicos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo marcado pelo declínio da funcionalidade de diversos sistemas do organismo humano gradativamente. Tais alterações ocorrem de forma progressiva e irreversível. Não se sabe ao certo quando essas mudanças começam a ocorrer, uma vez que difere de um indivíduo para o outro. As alterações mais perceptíveis englobam alterações fisiológicas, arcada pela diminuição da funcionalidade de algumas estruturas corporais; e mecânicas, como a incapacidade de realizar movimentos básicos do corpo humano.¹

Com a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida, ocorridas no século XX, é evidente o aumento do número de idosos e conseqüentemente o aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que em 2020 há uma estimativa de crescimento no número de idosos para cerca de 25 milhões de idosos no país.²

A organização mundial de saúde (OMS) aponta que, para se ter boa saúde, é necessário adotar algumas medidas como: alimentação saudável, evitar o uso de drogas, praticar atividade física, entre outros são componentes importantes para promoção da saúde e redução dos fatores de risco que envolvem as morbidades.^{3,4}

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso. Quando praticada de forma regular, traz vários benefícios aos diversos sistemas do organismo. Ademais, proporciona liberação de substâncias capazes de ativar os sistemas corporais, além de promover as relações interpessoais; trabalhar as funções metabólicas e funções vitais do corpo que, quando somadas ao hábito nutricional adequado tornam-se sinônimo de qualidade de vida.⁵

Dentre os benefícios que a prática de atividade física traz para a terceira idade, destacam-se a melhora da força, da massa muscular e da flexibilidade articular. Atua ainda na prevenção de doenças neurodegenerativas, como por exemplo, Alzheimer e Esclerose. Além de ocasionar maior vigor possível, e melhorar a disposição para realização de diversas outras atividades, combatendo assim o sedentarismo, e contribuindo para uma maior independência pessoal, acarretando no aumento da qualidade de vida desses idosos.^{1,2}

Praticar exercícios físicos desencadeia uma série de benefícios nas áreas psicofisiológicas, a saber: fatores da percepção positiva sobre a autoimagem e autoestima tal como a redução do risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II, atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso ponderal, auxilia na prevenção da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão.⁶

Ante ao exposto, esta pesquisa teve por objetivo, identificar os principais benefícios da prática de atividade física por idosos, a partir de literaturas referentes ao tema.

2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura. Estes são considerados estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados. Entende-se por estudos primários, os artigos científicos que relatam os resultados de pesquisa em primeira mão.⁷ A estratégia de busca nas bases de dados, se deu a partir do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das bases de dados *Medline*, *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), durante o período de junho a julho de 2017.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos sobre idosos, incluídos no recorte temporal compreendido 2010 a 2016, texto completo disponível e idioma português. E de exclusão: teses e dissertações, capítulos de livros, editoriais, artigos não relacionados com a proposta do estudo, artigos não disponibilizados na íntegra, fora do rol temático, e publicações repetidas em mais de uma base de dados.

Utilizou-se como palavras chave: atividade física, idosos e benefícios. Durante a busca, houve o cruzamento dessas palavras utilizando-se do operador booleano AND.

Foram encontrados a principio 151 estudos, destes 99 estavam disponíveis em texto completo, quando selecionada as bases de dados obteve-se um total de 83, uma vez realizado o recorte temporal restaram 56 estudos, destes ficaram 26 quando estabelecidos os limites de serem artigos disponíveis em português e estarem relacionados diretamente a idosos. Os resumos foram lidos e relidos na integra e ao final 12 artigos foram selecionados para subsidiar os resultados do presente estudo.

Por se tratar de um estudo com dados secundários e com documentos de domínio público, não houve a necessidade de aprovação por um comitê de ética em pesquisa com seres humanos, mas cabe ressaltar, que os princípios éticos e protocolares na execução da pesquisa, foram respeitados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos critérios de inclusão, foram encontrados 12 artigos, que melhor atendiam ao alcance do objetivo aqui proposto. Quanto à distribuição anual dos artigos publicados, revelou-se decrescente, evidenciando-se um predomínio das produções científicas nos anos de 2010 e 2012. Tal dado é preocupante, uma vez que a falta de discussão temática, pode ocasionar lacunas na produção científica. Em relação ao tipo de estudo, aparecem com mais frequência os estudos quantitativos, transversais e as revisões.

De acordo com o levantamento dos dados, foi possível verificar quais os principais benefícios que a atividade física ocasiona na terceira idade. Neste cerne, o primeiro estudo destacado para esta revisão evidencia que, a prática de exercício físico aeróbico é uma ferramenta eficaz no tratamento da população de idosos hipertensos. E que quando feito o acompanhamento, de forma regular e com intensidade moderada, estes parecem gerar mais benefícios do que os de alta intensidade, para redução da pressão arterial, por exemplo.⁸

Considerando-se a prática do Karatê como precursor da melhoria das funções do organismo na terceira idade, a segunda literatura analisada, aponta que é um exercício físico capaz de melhorar as condições de saúde das pessoas idosas, retardando o déficit decorrente do envelhecimento para a capacidade funcional. Nesse contexto, ainda é perceptível as melhorias relacionadas ao sistema cardiovascular, como a diminuição da pressão arterial, o aumento da aptidão cardiorrespiratória, a diminuição do IMC (Índice de massa corporal) e também, a diminuição do perímetro da cintura.⁹

Visto isso, o estudo de Santana (2010), demonstra que os benefícios da atividade física na terceira idade, vão além dos que ocorrem a nível fisiológico, uma vez que atividades em grupo, estimulam os idosos a procurar por autonomia, os ajuda a descobrirem a si mesmos e a empoderar-se.¹⁰ Reforçando assim, outro estudo que salienta que, os exercícios físicos de fortalecimento muscular, de equilíbrio e alongamentos, são capazes de trazer benefícios para idosos com baixa massa óssea, através de melhora na sua mobilidade funcional.¹¹

O quinto artigo analisado, trata-se de um estudo caráter transversal, este endossa que a estimulação perceptual é capaz de provocar modificações positivas no esquema corporal e promover maior autoaceitação.¹²

Outra literatura analisada, afirma que a dança como atividade física, feita apenas uma vez por semana durante três meses, não é suficiente para a melhora da força muscular de idosos. Contudo, a mesma atividade é relevante na melhora perceptiva do idoso quanto à melhora da força, da mobilidade, da jovialidade, da elasticidade e da autoestima.¹³ Enfatizando assim, que a prática de exercícios físicos é indicada às idosas, e reconhecida por elas, por proporcionar benefícios nos âmbitos biológico, psicológico e social, garantindo, com isso, um envelhecimento ativo, saudável e satisfatório em relação ao corpo.¹⁴

Determinado estudo acrescenta que o exercício físico funcional é de fundamental importância, pois melhora as suas capacidades físicas funcionais e integra novamente o idoso às tarefas cotidianas, o que possibilita sua reintegração social.¹⁵ Em outro estudo comparacional, foi detectado que a atividade física proporciona uma diminuição nas variáveis antropométricas e no perfil glicêmico dos idosos diabéticos praticantes de atividade física regular.¹⁶

Já o estudo quantitativo de Lima e colaboradores (2010), observa que um programa direcionado de ginástica localizada e alongamento são capazes de melhorar as alterações posturais comumente encontradas nos idosos, como cifose torácica acentuada, muitas vezes associada à prostração escapular e anteriorização da cabeça, e retroversão pélvica; além de resgatar parte da flexibilidade perdida.¹⁷

Não obstante, há evidência limitada a respeito dos benefícios de exercícios na água e de um programa composto por treino aeróbico associado a exercícios de coordenação e fortalecimento na qualidade de vida de idosos vivendo na comunidade.¹

O último artigo analisado, reforça que o incentivo a campanhas que visem à conscientização da população para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, também é uma atitude que somente trará benefícios, tanto para a qualidade de vida, quanto para a autonomia da pessoa idosa, fortalecendo a relação saúde-doença, por intermédio do exercício físico.¹⁸

4. CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que a atividade física é de suma importância para todos os ciclos da vida, destacando-se o ciclo de vida da terceira idade, pois, nesta, observou-se melhora relativamente à capacidade funcional, cognitiva e física dos mesmos. Além de reduzir significativamente os índices de pressão arterial, IMC, e perfil glicêmico. Sendo imprescindíveis mais estudos e ações afirmativas voltadas à prática de exercícios por parte da população idosa, para assim promover o autocuidado, a saúde, a atuação social, a autoestima e aspectos biopsicossociais diversos, e evitando assim a prevalência de doenças e o isolamento social, melhorando assim sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira, A. C. de. et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 301-312, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a14v13n2.pdf>
- [2] Rocha, E.C de A. Prática de Atividades Físicas X Saúde do Idoso. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 12 dez. 2012. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/monografia-tcc-tese/pratica-de-atividades-fisicas-x-saude-do-idoso.41134.html>
- [3] Organização Mundial de Saúde (OMS). O papel da atividade física no Envelhecimento saudável. Florianópolis, 2006.
- [4] Maciel, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf>
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [6] Santos, M. L. dos; Borges, G. F. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 289-299, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/12.pdf>
- [7] Galvão, T. F; Pereira, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 23(1):183-184, jan-mar 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>
- [8] Nogueira, I.C. et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):587-601. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a19.pdf>
- [9] Squarcini, C.F.R. et al. Benefícios da prática do caratê para pessoas idosas. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), pp. 27-42. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/21011/15448>
- [10] Santana, M.S. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.239-254, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11995>
- [11] Moura, M.S. et al. Efeitos de exercícios resistidos, de equilíbrio e alongamentos sobre a mobilidade funcional de idosos com baixa massa óssea. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde • Pelotas/RS • 17(6):474-484 • Dez/2012*. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/2348/pdf2>

- [12] Fonseca, C.C. et al. Benefícios da estimulação perceptual corporal no esquema corporal de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(2):353-364. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n2/17.pdf>
- [13] Silva, J.R. et al. Influência da dança na força muscular de membros inferiores de idosos. Revista Kairós Gerontologia 14(1), ISSN 2176-901X, São Paulo, março 2011: 163-179. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/6934/5026>
- [14] Coradini, J.G. et al. Satisfação da imagem corporal e visão de idosas ativas sob a influência do exercício físico na sua autoimagem. Revista Kairós Gerontologia, 15(5): 67-80. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8741/11431>
- [15] Paulo, T.R.S de. et al. O exercício funcional para idosos institucionalizados: Um novo olhar para as atividades da vida diária. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 413-427, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/24211/25392>
- [16] Franchi. K.M.B. et al. Comparação antropométrica e do perfil glicêmico de idosos diabéticos praticantes de atividade física regular e não praticantes. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2010; 13(1):73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a08v13n1.pdf>
- [17] Lima, H.C.O. et al. Avaliação dos benefícios da ginástica localizada sobre a postura e a flexibilidade de mulheres na terceira idade. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.24, n.4, p.525-34, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v24n4/a09v24n4.pdf>
- [18] Zago, A. S. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2010; 13(1):153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a16v13n1.pdf>

Capítulo 9

A prática de atividade física em um grupo de mulheres idosas em um bairro de Maceió

Lyzandra Maria Lessa Silva

Vivianne de Lima Biana Assis

Resumo: Introdução. Com o envelhecimento ocorre uma diminuição progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente determinadas pelas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas de cada indivíduo. O aumento da expectativa de vida da população mundial acarretou em diversos novos hábitos saudáveis e práticas de atividade físicas. Estudos comprovam que a população da terceira idade estar praticando mais frequente atividades físicas. Com o surgimento das doenças crônicas houve mudanças da morbimortalidade. E o sedentarismos como o principal fator de risco para a mesma. O conceito saúde passa por um processo de transformação. Focando na implementação de atividade física considerando que viver ativamente é uma proteção para a saúde. Seguindo os princípios de: universalidade, equidade e integralidade. A Estratégia Saúde da Família prioriza o cuidado. Sendo fundamental o trabalho interdisciplinar. Para que seja eficaz a atenção a saúde. Objetivo. Descrever a experiência do estágio integrado em saúde coletiva e as atividades desenvolvidas por graduandos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), em um grupo de mulheres idosas de uma comunidade auxiliada pela Estratégia de Saúde da Família. Métodos. O presente trabalho constituiu-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência das vivências do estágio em Saúde Coletiva dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante o primeiro semestre do ano de 2017. Os discentes planejavam, discutiam e elaboraram as atividades. E utilizavam um Protocolo de Planejamento criado pelas docentes dos respectivos cursos. As ações eram divididas em: acolhimento, aquecimento, atividade, alongamento e relaxamento. Sempre monitorando a pressão arterial. Além de orientações educativas, com enfoque de prevenção e promoção de saúde. Resultados e Discussão. A atividade física surge como um instrumento positivo na capacidade física das idosas estimulando sua autonomia para realizar sem auxílio as tarefas diárias (AVDs e AIVDs). Melhorando a qualidade de vida das mesmas. É importante a implementação de práticas regulares de atividade física ligadas a força, coordenação, equilíbrio e flexibilidade, para gerar a participação ativa das idosas. Melhorando também as relações interpessoais entre as idosas entre os estagiários e as idosas e em entre os estagiários. Para estabelecer as relações interpessoais cotidiana do cuidar devemos: compreender o indivíduo e as pessoas que convivem mutuamente com ele sendo necessário a escuta, a presença, a sensibilidade, e a compreensão do ambiente. Considerações finais Foi observado que a prática regular de atividade física com um olhar interdisciplinar melhora a qualidade de vida e a percepção das idosas sobre si. E a importância do estabelecimento das relações interpessoais. Com o intuito de olhar o indivíduo de forma integral estimulando as ações integradas entre os profissionais da saúde e os usuários para estabelecer um cuidado longitudinal e integral.

Palavras-chave: Saúde; Envelhecimento; Atividade Física.

Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

1. INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento ocorre uma diminuição progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente que são determinadas pelas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas de cada indivíduo. Dentre eles podemos citar uma das principais alterações o declínio da função cognitiva e outras alterações que ocorrem no sistema nervoso central alterando as fases do processo de informação, como percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas¹.

O aumento da expectativa de vida da população mundial acarretou em diversos novos hábitos saudáveis e práticas de atividade físicas sistemáticas mudando a qualidade de vida das pessoas. Atualmente estudos comprovam que a população da terceira idade estar praticando mais frequente atividades físicas. Demonstrando assim que a prática de atividade física diminui problemas de saúde, lvidade física na agenda mundial de saúde pública, lançando a Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde³.

O conceito saúde passa por um processo de transformação inteiramente ligado ao fator epidemiológico. Nesse contexto foram eleitos aéreas temáticas prioritárias para a implementação da PNPS focando na implementação de atividade física- práticas corporais, considerando que viver ativamente é um proteção para a saúde⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por transformações no seu modelo assistencial, no financiamento e no implemento de novos profissionais através da necessidade epidemiológica da população. Para que sejam cumpridos os princípios de: universalidade, equidade e integralidade. Mudando a nossa percepção de saúde curativa e reabilitadora para uma saúde preventiva⁵.

A Estratégia Saúde da Família surge com o intuito de mudar o modelo assistencial. Facilitando a entrada de sujeitos e linguagens na atenção básica. Priorizando o cuidado e principalmente o princípio da integralidade do SUS. Com o intuito de observar o indivíduo como um todo. Trazendo ainda a presença ativa das pessoas e as interações e as dinâmicas ampliando os horizontes da racionalidade para orientar as práticas e as tecnologias do cuidado. Na maioria dos municípios a atenção básica assume a responsabilidade com o acesso e o acolhimento dos usuários implementando as práticas de serviço de saúde praticando a integralidade do cuidado com uma melhora na oferta e na expansão dos serviços de forma qualitativas⁶.

O trabalho interdisciplinar é essencial Para que seja eficaz a atenção a saúde ampliando a compreensão do processo saúde e doença. Desta forma abrangemos a integralidade como a consolidação das práticas de atenção à saúde com acesso aberto para as mulheres seguindo as suas singularidades do contexto histórico dessas mulheres e o seu ciclo vital feminino. Sendo o cuidado prolongado pelo acolhimento, com escuta qualificada tendo cuidado com a diferença de classe social, relações de gênero, raça/cor e o ambiente no processo de adoecimento⁷.

2. OBJETIVO

Descrever a experiência do estágio integrado em saúde coletiva e as atividades desenvolvidas por graduandos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), em um grupo de mulheres idosas de uma comunidade auxiliada pela Estratégia de Saúde da Família.

2.1. MÉTODOS

O presente trabalho constituiu-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência das vivências do estágio em Saúde Coletiva dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante o primeiro semestre do ano de 2017. Sendo realizado atividades com o grupo de mulheres idosas duas vezes por semana, com duração de uma hora, em uma quadra de esportes da comunidade. Sendo composto por uma média de 20 mulheres que tem como ocupação a confecção de renda trabalho muito comum na região.

Os estagiários se reuniam para planejar, discutir e elaborar as atividades de forma interdisciplinar. Para

realizar a atividade utilizávamos um Protocolo de Planejamento criado pelas docentes dos respectivos cursos. Com os seguintes itens: Descrição da Atividade, Local, Público Alvo, Objetivos, Estratégia Utilizadas, Materiais e Resultados Esperados. Além de identificarem aspectos envolvidos na atividade, tais como: Aspectos Físico, Motor e Cinesiológico; Cognitivo e Perceptivo-Sensorial; Psíquico-emocional e Sócio Cultural.

As atividades eram pertinentes para as práticas corporais, como: memória, atividades que trabalhavam esquema e imagem corporal, auto alongamento, lateralidade, coordenação, equilíbrio e treino respiratório. As ações eram realizadas com o tempo estipulado e de forma interdisciplinar.

Em seguida eram executadas as atividades planejadas. Inicialmente, a medida que as participantes chegavam, eram orientadas a permanecerem sentadas em repouso por alguns minutos, sendo verificada a pressão arterial inicial e após realizavam um acolhimento com mensagens de autoestima depois uma caminhada como forma de aquecimento associada a atividade de dupla tarefa como quis de perguntas e respostas em seguida era realizado um circuito com exercícios de pular, sentar, correr, agachar, arremessar e desviar de obstáculos em seguida eram realizados alongamentos globais em dupla para estimular a união com duração de 30 segundos seguindo por um relaxamento com música sendo realizados de forma lenta e associada a treino respiratório. Sendo monitorada a pressão arterial durante as atividades ao final elas eram convidadas a ficarem sentadas e depois era aferida as pressões arteriais. Seguida de orientações de educação em saúde para prevenção de doenças e promoção da saúde.

Ao fim das ações as mulheres davam um feedback das atividades e em seguidas os alunos se reuniam com os docentes para discutirem e compartilharem as experiência acerca das atividades executadas. Sendo discutidas as dificuldades encontradas para a elaboração da atividade, e tratados os pontos positivos e negativos percebidos.

2.3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade física surge como um instrumento que pode apresentar um acréscimo positivo na capacidade física das idosas estimulando sua autonomia para realizar sem auxílio as tarefas diárias (AVDs e AIVDs). Sendo observado uma melhor na qualidade de vida.⁸ Desta forma é importante a implementação de práticas regulares de atividade física ligadas a força, coordenação, equilíbrio e flexibilidade, e que são incorporadas ao relaxamento, com a finalidade de gerar a participação ativa das idosas do grupo e melhorar a percepção das mesmas sobre si mesmo. Tendo como intuito compreender suas limitações físicas e cognitivas, e adequá-las ao trabalho em grupo.

Desta forma observamos um aumento das relações interpessoais entre as idosas entre os estagiários e as idosas e em entre os estagiários. Sendo evidente que para estabelecer as relações interpessoais cotidiana do cuidar devemos: compreender o indivíduo e as pessoas que convivem mutuamente com ele sendo necessário a escuta, a presença, a sensibilidade, e a compreensão do ambiente para entender a verdadeira dimensão e as particularidades existenciais de cada participante dessa relação.⁹ Desta forma essas relações podem fazer a diferença entre o sofrimento e o bem-estar sendo observado que a vida social e construída no cotidiano.

3.CONSIDERAÇÕES

Foi observado que prática regular de atividade física ligada a força, coordenação, equilíbrio e flexibilidade associada a um olhar interdisciplinar estimula a autonomia para realizar AVDs e AIVDs. Melhorando a qualidade de vida e a percepção das mesma sobre si.

Observamos também um aumento no estabelecimento das relações interpessoais Considerando importante esse tipo de intervenção na atenção primaria e a responsabilidade compartilhada na Saúde. Com o intuito de olhar o indivíduo de forma integral estimulando as ações integradas entre os profissionais da saúde e os usuários para estabelecer um cuidado longitudinal e integral.

REFERÊNCIAS

- [1] Cordeir, J.; Castillo, B. L. D.; Freitas, C. S. D.; Gonçalves, M.P. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos Effects of physical activity in declarative memory, functional capacity and quality of life in elderly , Curso de Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia e Reabilitação. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.
- [2] Teixeira, C.S.; Lemos, L. F.C.; Lopes, L.F.D.; Rossi, A.G.; Mota, C.B. Equilíbrio corporal e exercícios físicos: uma investigação com mulheres idosas praticantes de diferentes
- [3] Modalidade, Corporal balance and physical exercises: an investigation in elderly women who practice different exercise modalities, Universidade Federal de Santa Maria,2008.
- [4] Hallal, P. C.; Dumith, S. D. C.; Bastos, J. P.; Reichert, F.F.; Siqueira, F.V.; Azevedo, M. R. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. Evolution of the epidemiological research on physical activity in Brazil: a systematic review. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. Rev. Saúde Pública vol.41 n.3 São Paulo Jun. 2007.
- [5] Malta, D. C.; Castro, A. M. D.; Gosch, C. S.; CRUZ, D. K. A.; Bressan A; Nogueira
- [6] J D; Neto O L D M; Temporão J G.A política Nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the National Health System in Brazil.
- [7] Júnior, J. P. B. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais Physiotherapy and collective health: challenges and new professional responsibilities. Instituto Multidisciplinar de Saúde, Universidade Federal da Bahia. Av. Olívia Flores 3000, Candeias. 45055-090 Vitória da Conquista BA. jpatricio@ufba.br. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.
- [8] Souza, E. C. F. D.; Vilar, R. L. A. D.; Rocha, N. D. S. P. D.; Uchoa, A. D. C.; Rocha P D M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro Jan. 2008.
- [9] Coelho, E.A.C.; Silva, C.T.O.; Oliveira, J.F.; Almeida, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher, Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 154-160
- [10] Borges, M. R. D.; Moreira, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. Faculdade Cenecista de Osório, RS, Brasil.
- [11] Cunha, P. J.; Zagonel, I. P. S. As relações interpessoais nas áreas de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Artigo extraído da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná UFPR - Curitiba (PR), Brasil; defendida em 11 de fevereiro de 2007.

Capítulo 10

Adesão aos exercícios domiciliares através do aplicativo IPELVIS® em uma idosa com incontinência urinária de esforço: Relato de caso

Maria de Fátima Albuquerque Sousa

Meiry Lannuze Santos Silva

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

Resumo: Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina, podendo ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM). A IUE é um dos tipos de incontinência mais comuns e impacta de forma negativa no processo de envelhecimento. Considerando que o sucesso terapêutico depende da adesão do paciente ao tratamento, estudar novas tecnologias aplicadas à saúde pode ser útil para ampliação dos recursos existentes na fisioterapia. OBJETIVO: Descrever, a partir de um relato de caso, a adesão aos exercícios domiciliares através do aplicativo Ipelvis® em uma idosa com IUE. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso de M.S.A, sexo feminino, com idade de 74 anos, com diagnóstico clínico de IUE. Após a avaliação inicial, foi proposto o plano terapêutico com o objetivo de reabilitar a musculatura do assoalho pélvico (MAP). Os exercícios domiciliares foram solicitados como terapia complementar, sendo a paciente orientada a realizar o download do aplicativo Ipelvis®. O aplicativo proporciona uma nova proposta para realização dos exercícios domiciliares tendo como objetivo fidelizar o paciente ao exercício, já que pode ser acessado em qualquer ambiente, contendo vídeos explicativos, com exercícios divididos em níveis, dando possibilidade para os pacientes com disfunções pélvicas de realizar o treino da musculatura durante as atividades do dia a dia, das atividades físicas e esportivas. Resultados: Após 12 sessões de tratamento, foi realizada uma reavaliação, sendo possível observar melhora clínica, com incremento força, da conscientização da musculatura do assoalho pélvico, resultando no controle urinário. Conclusão: O uso do aplicativo Ipelvis® possibilitou uma melhor adesão ao programa de exercícios domiciliares, mostrando-se uma importante ferramenta auxiliar na terapêutica da IUE.

Palavras chaves: fisioterapia. Incontinência urinária. Exercícios domiciliares.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Internacional de Continência, a Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina, uma condição que muitas vezes é erroneamente interpretada como um processo natural do envelhecimento. A IU pode ser classificada em incontinência urinária de esforço (IUE) quando há perda de urina associada ao aumento da pressão intra-abdominal em atividades como tossir, espirrar ou realizar algum exercício físico, sendo o tipo mais comum entre as mulheres jovens com idade entre 25 a 49 anos; a incontinência urinária de urgência (IUU) que é uma vontade súbita e inadiável de urinar que ocorre devido a uma contração não inibida do músculo detrusor, mais frequente nas idosas; e a incontinência urinária mista (IUM) que é a combinação dos sintomas de incontinência de esforço e de urgência¹.

A IU é multifatorial e pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas algumas questões contribuem para a perda da função esfinteriana como idade avançada, multiparidade, cirurgias prévias, hipoestrogenismo, fatores anatômicos, obesidade, os antecedentes obstétricos e a menopausa. Além desses fatores, algumas mudanças decorrentes do envelhecimento como alterações hipotróficas no colágeno, no tecido elástico e na musculatura lisa da bexiga, ocasionam micções mais frequentes, que em conjunto com tônus muscular diminuído, na bexiga, nos esfínteres interno e externo e nos músculos pélvicos, contribuem para uma tendência das mulheres idosas à perda urinária. A diminuição do volume vesical e o comprometimento funcional do sistema nervoso podem contribuir para o surgimento da IU, pois reduzem a elasticidade e a contratilidade da bexiga².

A IU é um problema de saúde pública. Não é considerada uma doença, mas um conjunto de sinais e sintomas que atingem alguns indivíduos, interferindo na vida social e psicológica do mesmo, dificultando as relações interpessoais devido a situações de constrangimento que esta condição pode provocar, impactando de forma negativa na qualidade de vida^{3,4}.

O tratamento conservador através da fisioterapia pélvica tem sido apontado como primeira opção de tratamento da IUE, uma vez que os exercícios perineais são de baixo custo e risco e tem como objetivo reabilitar os músculos do assoalho pélvico, incrementando a força e a resistência e adequando o tônus muscular. Os principais recursos apontados na literatura para o tratamento fisioterapêutico da IUE são a cinesioterapia, a eletroestimulação e o biofeedback. Sabe-se que é muito importante a realização de exercícios domiciliares para um maior sucesso terapêutico.

Considerando a necessidade de ampliar as opções terapêuticas, através de novas tecnologias na área saúde, foi desenvolvido o aplicativo Ipelvis®, uma nova proposta terapêutica que tem como objetivo fidelizar o paciente ao exercício, já que pode ser acessado em qualquer ambiente, contendo vídeos explicativos, com exercícios divididos em níveis, dando possibilidade para os pacientes com disfunções pélvicas de realizar o treino da musculatura durante as atividades do dia a dia, das atividades físicas e esportivas⁵.

Tendo em vista que a IUE influencia negativamente no processo de envelhecimento e que o sucesso terapêutico depende da adesão do paciente ao tratamento, estudar novas tecnologias aplicadas à saúde pode ser útil para ampliação dos recursos existentes na fisioterapia. Para tanto, foi proposto este estudo que tem como objetivo descrever, a partir de um relato de caso, a adesão aos exercícios domiciliares através do aplicativo Ipelvis® em uma idosa com IUE.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de M.S.A, sexo feminino, com idade de 74 anos, com diagnóstico clínico de IUE há aproximadamente 1 ano.

A paciente foi encaminhada para fisioterapia apresentando perda urinária a esforços moderados como tosse, espirro e durante a prática de atividade física (caminhada diária), necessitando de uso de protetor higiênico diário. A mesma relatou ser nulípara, não sendo sexualmente ativa e sem doenças associadas. Refere constipação intestinal, sendo comprovada através dos critérios de Roma II.

No exame físico, foi realizada a Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA), através da palpação bidigital, sendo observada redução do tônus muscular e grau força 1 (Escala de Oxford), e ausência de consciência da musculatura perineal com utilização musculatura acessória durante a contração.

Para o tratamento, foram propostas duas sessões semanais com duração 60 minutos, com o objetivo de reeducar os MAP's através de recursos como a cinesioterapia, o biofeedback e a eletroestimulação, além do uso de figuras ilustrativas para orientar a paciente sobre a anatomia e funcionamento dos MAP's, para ganho de consciência corporal e ênfase na terapia comportamental com orientações sobre a ingestão hídrica e posicionamento para urinar e evacuar.

Exercícios domiciliares foram propostos como complementares a fisioterapia e para realização destes a paciente foi orientada a realizar o download do aplicativo Ipelvis®, desenvolvido por Maura Regina Seleme, Cláudia Veloso e Bary Berghmans. O aplicativo é um programa criado por especialistas em fisioterapia pélvica que apresenta conteúdos em vídeos e imagens exclusivas para cada paciente, que possibilita o conforto do paciente poder escolher o melhor horário para prática dos exercícios e do fisioterapeuta poder acompanhar mesmo que a distância.

Como critérios de reavaliação foram utilizados o diário miccional e a AFA.

3.RESULTADOS

Após 12 sessões de tratamento, a paciente foi reavaliada sendo possível observar melhora clínica, com incremento da conscientização da musculatura do assoalho pélvico.

Na avaliação da força dos MAP's houve ganho de força de 1 (avaliação inicial) para 3 (após 12 sessões) a partir da Escala de Oxford, com tônus normal e redução da queixa de perda urinária, que era diária (na avaliação) e passou a ser eventual, apenas durante a realização de atividades de impacto como a corrida.

4.DISSCUSSÃO

Sabe-se que a adesão ao tratamento, seja através da assiduidade nas sessões, seja na realização de exercícios orientados para domicílio é condição obrigatória para qualquer intervenção ser positiva.

Os programas de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico devem ter uma prescrição apropriada para que possam gerar melhores resultados. Para que ocorra um aumento na força, estes músculos devem ser requisitados repetidamente contra uma resistência cada vez maior, e a realização de exercícios durante a rotina de vida diária dos pacientes pode favorecer o processo terapêutico. Um aplicativo acessado facilmente, em ambiente domiciliar, pode gerar uma maior adesão ao programa ^{6,7,8}.

5.CONCLUSÃO

O uso do aplicativo Ipelvis® possibilitou uma melhor adesão ao programa de exercícios domiciliares, mostrando-se uma importante ferramenta auxiliar na terapêutica da IUE. Estudos qualitativos podem elucidar a compreensão do tema e devem ser incentivados.

REFERÊNCIAS

- [1] Pitangui, A, C, R; da Silva, R, G; de Araújo, R, C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-626, 2012.
- [2] De Carvalho, Maitê Peres et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-730, 2014.
- [3] Torrealba, F, D, C, M; de Oliveira L, D, R. Incontinência urinária na população feminina de idosas. Rede de revistas científicas da América Latina, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 159 - 175, 2010.
- [4] Silva, Joelson dos Santos et al. Repercussão da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres idosas institucionalizadas. Fisioterapia Brasil, João Pessoa, v. 13, n. 6, p. 135- 141, Nov/Dez, 2012.
- [5] Klüber L, Moriguchi e, Cruz IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. R Méd PUCRS. 2002;12(3):243-9.
- [6] Zanetti MRD, Castro RA, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girão MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. São Paulo J Med. 2007;125(5):265-9.
- [7] Oliveira JR, Garcia RR. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Rev Bras Geriat Gerontol. 2011;14(2):343-51.
- [8] Santos PFD, Oliveira e, Zanetti MRD et al. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. Rev Bras Ginecol Obstet.; 31(9):447-52, 2009.

Capítulo 11

Obesidade mórbida e o impacto sobre o envelhecimento ativo

Ivoneide Ribeiro Costa

Marilene Gomes Silvestre

Resumo: Este capítulo buscou analisar os efeitos da obesidade mórbida em idosos e os seus impactos no processo de envelhecimento ativo, bem como identificar a percepção que os idosos obesos têm sobre seu próprio peso e os impactos da obesidade no envelhecimento contribuindo para o desenvolvimento de comorbidades. Para alcance de tal objetivo, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa ancorada na Teoria das Emoções. Como técnica foi utilizada uma entrevista com uma abordagem sociodemográfica e outra com entrevista semiestruturada.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde – OMS (OMS, 2017), resume o conceito de obesidade como sendo o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas, não distinguindo raça, cor ou sexo. Revela, ainda, que a população idosa brasileira seja de 20,6 milhões, representando 10,8% da população total (IBGE, 2010). Apresenta também múltiplos fatores causais como as questões: biológicas, epidemiológicas, ecológicas, econômicas, sociais e políticas, e as questões geradoras de adoecimento emocional (BRASIL, 2003). Aponta ainda a OMS a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

As questões biológicas da obesidade estão ligadas aos fenômenos genéticos (BRASIL, 2006). As questões epidemiológicas revelam as múltiplas interações entre a saúde, o mercado global de alimentos, a mídia, as políticas agrícolas, os processos de urbanização, o perfil de educação, o acesso aos transportes e ao lazer (3,4). As causas políticas, econômicas e sociais da obesidade remontam a conjectura atual e remetem à globalização e formatação dos padrões de vida. A obesidade mórbida apresenta no Brasil altos índices: de 70,3% e 63,4% para homens e mulheres respectivamente na faixa etária de 65 a 74 anos (IBGE, 2008/2009).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas e emocionais e traz a diminuição gradual da capacidade funcional, que é progressiva. Capacidade funcional é a manutenção da capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma (FERREIRA, 2012).

Pesquisa realizada pelo IBGE revelou que a população de idosos no Brasil com distúrbios nutricionais apresenta baixo peso no Nordeste e Centro-oeste, nos substratos rurais (IBGE, 2012). O sobrepeso esteve mais presente no estrato urbano e nas regiões Sul e Sudeste (ABESO, 2009). Idosos sozinhos tendem a apresentar mais problemas de saúde por alterações no apetite e na aquisição de alimentos, predispondo-o à desnutrição. A solidão pode influenciar nos valores elevados de IMC, pelo consumo alimentar de baixa qualidade nutricional (FERREIRA, 2003).

A experiência profissional e a observação direta da autora, em ambiente de trabalho, do sofrimento pelo qual passa o paciente obeso em diferentes ciclos da vida serviram de influência para a elaboração deste trabalho. Assim, no presente trabalho pretende-se analisar os efeitos da obesidade mórbida em idosos e os seus impactos no processo de envelhecimento ativo, bem como identificar a percepção que os idosos obesos têm sobre seu próprio peso e os impactos da obesidade no envelhecimento contribuindo para o desenvolvimento de comorbidades.

2. METODOLOGIA

Pesquisa de campo, exploratória, descritiva, qualitativa ancorada na Teoria das Emoções. Utilizou-se o Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE para as entrevistas. A amostra foi constituída por 28 (vinte e oito) obesos, de ambos os sexos, e de diferentes idades, cujo IMC foi \geq que 30 kg/m², usuários do Sistema Único de Saúde. A submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HUOC/UPE, em obediência a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS2 gerou número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 56544516.2.0000.5192. Fornecida pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/PE. A técnica utilizada para a apreensão dos dados foi a de entrevista com um questionário dividido em duas dimensões: uma abordagem sociodemográfica e outra abordagem com entrevista semiestruturada. Empregou-se como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito coletivo (LEFEVRE & LEFEVRE, 2017).

2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estimativas apontam que em 2025, no mundo, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos⁵. O último levantamento oficial feito pela ABESO revelou que o Brasil possui 20,6 milhões de idosos, representando 10% da população total (ABESO, 2009).

O diagnóstico de obesidade é clínico, realizado a partir da história clínica-nutricional, exame físico minucioso, e medidas antropométricas. O parâmetro estipulado pela OMS é o de *body mass index* (BMI) ou Índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corporal, e estatura (m²) dos

indivíduos. Através deste parâmetro, são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m². Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30% (BRASIL, 2006). Na realidade brasileira e de acordo com estudos fomentados pelo IBGE e ABESO, o excesso de peso aumenta com a idade, chegando a mais de 70,0% na faixa de 55 a 64 anos (IBGE, 2010; ABESO, 2009).

Retomando o aspecto emocional ligado a obesidade e ainda segundo o Descritor de Ciências em Saúde (DECS) emoção é: “Aqueles estados afetivos que podem ser experimentados e que tem a propriedade de excitar e motivar o indivíduo” (DeCS, 2017).

As emoções são um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa, entretanto, podem-se reconhecer diversos papéis para a emoção. As emoções permitem o acesso, ao mundo social e cultural, participando de forma efetiva na construção dos sentidos (DAMASIO, 2007). É numa perspectiva semelhante que Sartre se refere às emoções como uma transformação do mundo e, entendendo-se aqui o mundo, o apreendido pelo sujeito (SARTRE, 2014). Damásio propõe para entendimento, a importância da emoção e sua natureza nos processos reguladores da vida (DAMASIO, 2007).

Os entrevistados apresentaram as seguintes características mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de pacientes obesos, entrevistados no ambulatório do HC, Recife, 2016.

Variáveis	%	Total
Sexo		
Masculino	17.85	05
Feminino	82.14	23
Idade		
20-40 anos	60.71	17
41-60 anos	39.28	11
61 +	0.00	0
Cor		
Preta	14.28	04
Prada	57.14	16
Branca	14.28	04
Outras	14.28	04
Estado Civil		
Casado (a)	46.42	13
Solteiro (a)	32.14	09
Divorciada (s)	7.14	02
União Estável	14.28	04
Religião		
Católico (a)	28.57	08
Evangélico (a)	64.28	18
Espiritualista	7.14	02

Fonte: A autora, 2016

Para tabulação e organização dos depoimentos e construção da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo foi utilizado o Programa Qualiquantsoft. O resultado da entrevista semiestruturada facultou a criação da Tabela 2.

Tabela 2 – Entrevista semiestruturada categorizada.

Tópico da Discussão	Objetivo	Resposta
1. Como você percebe o seu corpo?	Descrever a auto-percepção	A categorização desse grupo de respostas deu origem à autopercepção do corpo enquanto excluído, sofrido e preconceituado
2. Quais as emoções você experimenta quando é observado em público?	Descrever a auto-percepção	Desejo de ser respeitado e bem aceito socialmente
3. Quais as transformações que aconteceram em sua vida após o ganho de peso?	Identificar resultantes subjetivas emocionais e sociais e, se essas respostas impactam a QV desses indivíduos	Categorização de vergonha, tristeza e raiva
4. Você consegue visualizar a diferença entre o trabalho do enfermeiro e do médico?	Analisar se o obeso sabe identificar a dinâmica do internamento e do ato cirúrgico com o aporte das ações de enfermagem.	Priorizar as ações de enfermagem em educação em saúde
5. Qual a emoção que mais predomina?	Agrupar e definir o conceito emocional	A categorização retornou às fragilidades sobre o auto-conceito

Fonte: A autora, 2016

A confecção das Expressões-chave em Ideias Centrais foi idealizada a partir das respostas para o instrumento semiestruturado.

Nos resultados das questões abertas o discurso verbal foi preenchido por palavras como gordo, feio, pesado, triste, solidão, preconceito, dor, sou muito grande, não temos energia, discriminação e vergonha pelo excesso de peso. A relação da emoção que o corpo obeso proporciona é de sofrimento e desesperança. Não há funcionalidade no excesso de peso. Tarefas simples exigem grandes esforços o que acaba frustrando e entristecendo ainda mais o obeso.

3. CONCLUSÕES

O pilar da qualidade de vida já foi identificado enquanto roteiro a ser seguido. Itens como alimentação saudável, exercícios físicos, diminuição das porções alimentares, higiene, prevenção a radiação solar, boa saúde física e mental independência e autonomia, constituem regras para a saúde e longevidade.

Para o sociólogo Le Breton a causa dos transtornos ligados ao corpo, às emoções e às doenças psicossomáticas reside no constructo social inerente aos seres humanos. Para o limite destas patologias cumprem observar o modo como os movimentos sociais e a própria sociedade cumpre seu papel e os estende aos cidadãos (LE BRETON, 2009).

Enquanto enfoque político as medidas contidas no Plano Nacional de Promoção à Saúde visam prioritariamente à estabilização e recuo dos alarmantes índices de sobrepeso na sociedade brasileira, porém estas medidas encontram entrave sério em sua implementação e materialidade.

REFERÊNCIAS

- [1] OMS Organização Mundial de Saúde. Estatísticas de saúde Mundial 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pt/pt/countries/>. Página visitada em 20 de outubro de 2017.
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. XII censo. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo.html>.
- [3] Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Obesidade. Brasília, 2006.
- [4] Ferreira VA. Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo. Rio de Janeiro. Tese (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- [5] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. 2010.

- [6] Ferreira OGL. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Rev. Texto e Contexto – Enfermagem. 2012; 21 (03).
- [7] Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras da Obesidade. Ed. 3ª. São Paulo, 2009.
- [8] Lefevre F, Lefevre AMC. O que é o DSC/Qualiquantisoft. IPDSC – Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.pag=> ou [≥](http://www.ipdsc.com.br/scp/showtexto.pag=). Acesso em: 20 de outubro de 2017.
- [9] DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Acessado em outubro de 2017.
- [10] Damásio AR. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo. 2 ed. Companhia das Letras; 2007.
- [11] Sartre JP, Esboço para uma teoria das emoções. Porto Alegre. 2014.
- [12] Le Breton D, As paixões ordinárias – Antropologia das Emoções. Petrópolis, RJ. Vozes, 2009.
- [13] Azevedo JML, A educação como política pública. São Paulo. 3. ed. 2004 (56)

Capítulo 12

Perfil lipídico, glicemia e parâmetros antropométricos de idosas hipertensas fisicamente ativas

*Clodoaldo Antônio De Sá
Sabrina Lencina Bonorino
Chrystianne Barros Saretto
Cezar Grontowski Ribeiro
Vanessa da Silva Corralo*

Resumo: O envelhecimento populacional tem se acentuado nas últimas décadas, sobretudo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Conseqüentemente, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis também em apresentado um aumento considerável. Dentre as intervenções não medicamentosas, a prática regular de exercícios físicos tem se destacado por afetar positivamente diferentes aspectos relativos a fisiopatologia dessas doenças, a capacidade funcional, autonomia e a qualidade de vida da população idosa. No presente estudo, buscou-se investigar a relação entre parâmetros antropométricos, perfil lipídico e glicêmico de idosas hipertensas e fisicamente ativas. Para tanto, foram avaliadas 60 idosas, com idades entre 60 e 70 anos, fisicamente ativas, que participavam regularmente de programas de exercícios físicos na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). A análise dos resultados evidenciou uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre percentual de gordura, percentual de massa magra e níveis de triglicérides. A glicemia, o colesterol total, LDL-colesterol e HDL-colesterol não apresentaram nenhuma correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com as variáveis antropométricas analisadas ou com a glicemia. Concluiu-se que a idade e as variáveis antropométricas analisadas não apresentaram associações consistentes com o perfil lipídico e a glicemia em idosas hipertensas fisicamente ativas.

Palavras-chave: Envelhecimento, perfil bioquímico, exercícios físicos.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado da população idosa, caracterizado pela inversão da pirâmide etária é um fenômeno relativamente recente em países desenvolvidos. O fenômeno do envelhecimento é processo natural e complexo e está associado a diferentes processos deletérios, oriundos de mudanças nos mecanismos metabólicos, fisiológicos e sociais, que podem vir a interferir na capacidade funcional e na saúde dos idosos[1]. Algumas das alterações decorrentes do envelhecimento podem ser contributivas para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas faixas etárias mais avançadas[2].

Dentre os principais DCNT na saúde dessa população, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade, as quais estão diretamente relacionados a um estilo de vida não saudável e as alterações morfofisiológicas comuns aos idosos[3]. No Brasil as DCNT representam mais de 70% dos fatores associados a morbimortalidade da população[2], e as doenças cardiovasculares são responsáveis por uma alta frequência de internações hospitalares e a maior causa de morte nacional[3].

Há consenso na literatura que a HAS é uma doença endêmica mundial[4]. Quando se trata da população idosa, Souza et al.[5] afirma que 16,4% dos idosos com idade entre 60-69 anos são hipertensos, a partir dos 70 anos a HAS chega a atingir 24,6% dos indivíduos e de acordo com Fuchs et al.[6] a HAS atinge cerca de 80% dos idosos mais velhos (com mais de 80 anos).

Autores como Gami et al.[7] afirmam que 80% dos hipertensos investigados, apresentam sobrepeso e/ou algum grau de obesidade, e Perissinotto et al.[8] destaca que o aumento do tecido adiposo e a redução da massa muscular são alterações morfológicas comum à população idosa. O estudo de Carneiro et al.[9] referem que além de a obesidade ser apontada enquanto um predisponente para HAS, ela pode ser a causa de até 30% de seus casos, e a união dessas duas DCNT potencializa o risco cardiovascular e de morbimortalidade[8-10]. Ainda, para Mártires et al.[11] a relação entre obesidade e HAS parece estar diretamente associado aos altos níveis de colesterol dos idosos investigados.

Ainda, outro fator importante é o fato de que a Organização Mundial da Saúde destaca a inatividade física como responsável por aumentar em 30% a mortalidade da população[12], além disso, atividade física é reconhecida enquanto um dos principais aliados à redução de risco a diferentes DCNT1-2,[10]. Os idosos apresentam um alto índice de inatividade, principalmente com o avançar da idade[13]. Em contrapartida diferentes organizações relacionadas à saúde reconhecem a importância da prática de atividade física tanto para a população idosa[1], quanto hipertensos [2,10] e obesos [2,10,14], tanto visando a promoção, prevenção, tratamento de saúde, visando a melhora da qualidade de vida.

Em contrapartida, existem comprovações científicas relacionadas ao efeito protetor do exercício físico para o sistema cardiovascular, inclusive para idosos hipertensos[15], tal fator está associado à redução dos fatores de risco cardiovascular e a menor morbimortalidade, principalmente se comparar tal fator a sujeitos inativos ou insuficientemente ativos. Fator esse que inclui a prática de atividades físicas enquanto recomendação na atenção primária das DCNT2, além disso, quando se trata em promoção da saúde, a prática de atividade física está dentre as principais ações de enfrentamento governamental das DCNT e da promoção de um envelhecimento ativo, que busca colocar em prática uma política destinada aos idosos, considerando sua capacidade funcional, autonomia, participação, cuidado e autossatisfação para um envelhecimento ativo[2].

Com base nesses pressupostos pretende-se, por meio desse estudo, analisar a relação entre parâmetros antropométricos, perfil lipídico e glicêmico de idosas hipertensas e fisicamente ativas.

2. MÉTODO

O presente estudo caracterizou-se como descritivo. Fizeram parte da amostra 60 idosas com diagnóstico de HAS (Pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg), fisicamente ativas, participantes de projetos de pesquisa e extensão da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), Chapecó, Santa Catarina, Brasil, cujas características estão descritas na Tabela 1.

Após a apresentação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, as idosas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e iniciaram as etapas de coletas de dados.

As variáveis antropométricas foram avaliadas de acordo com as recomendações do International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK). Foram avaliados os seguintes parâmetros:

- **Estatura:** foi determinada por meio da distância entre a planta dos pés e o vértex da cabeça, utilizando o estadiômetro portátil (Gofeka®, Criciúma, Santa Catarina, Brasil) com precisão de 0,1 cm. Para o qual a altura total dos sujeitos.
- **Massa corporal:** O peso corporal foi determinado pela massa corporal total do indivíduo, utilizando uma balança digital (Urbano® OS-100, Canoas-RS, Brasil) com precisão de 50 g.
- **Índice de Massa Corporal (IMC):** o IMC foi calculado dividindo-se a massa corporal de cada participante pelo quadrado da sua estatura expressa em metros, conforme recomendações da ABESO14.
- **Percentual de gordura:** A avaliação do percentual de gordura foi realizada por meio de bioimpedância elétrica tetrapolar (Maltron-906®, Rayleigh, UK).
- **Perfil lipídico e glicemia:** foram realizadas por profissionais treinados, habilitados e capacitados, respeitando todo o procedimento de biossegurança recomendado para essa finalidade, sendo que para o dia da coleta, foi solicitado para as idosas que estivessem em jejum de 10 à 12h.

Para avaliação do perfil lipídico e glicemia, amostras sanguíneas foram obtidas através de punção venosa da veia antecubital, utilizando-se o sistema de vácuo em tubos estéreis. Foram realizadas coletas de duas alíquotas de 5ml de sangue, sendo uma em um tubo com gel separador e outra em tubo com fluoreto de sódio. Após as coletas todas as amostras foram preparadas, armazenadas adequadamente e encaminhadas ao laboratório para as análises bioquímicas. Para as análises das concentrações plasmáticas de triglicérides, colesterol HDL e LDL foi utilizado o método colorimétrico; a glicemia e o colesterol total foram analisados a partir do método enzimático. A classificação do perfil lipídico, seguiu as recomendações da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose¹⁰ e a glicemia foi classificada a partir das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)¹⁶.

3.RESULTADOS

A análise das variáveis do perfil lipídico (colesterol total, HDL-colesterol e triglicérides) e glicemia em função da faixa etária e do IMC são apresentados nas tabelas 1 e 2, respectivamente. Nenhuma associação estatisticamente significativa entre as variáveis do perfil lipídico e glicemia e a faixa etária ou o IMC ($p > 0,05$).

Tabela 1. Perfil lipídico e glicêmico das idosas hipertensas, fisicamente ativas, por faixa etária.

	Até 65 anos		66 anos ou mais		p
	N	%	N	%	
Colesterol total*					
Desejável (< 190 mg/dl)	7	21,9	5	17,9	0,698
Alterado (> 190 mg/dl)	25	78,1	23	82,1	
HDL-C#					
Desejável (> 50 mg/dl)	29	90,6	26	92,9	1,000
Alterado (< 50 mg/dl)	3	9,4	2	7,1	
Triglicérides*					
Desejável (< 150 mg/dl)	13	40,6	15	53,6	0,316
Alterado (> 150 mg/dl)	19	59,4	13	46,4	
Glicemia*					
Normal (< 100mg/dl)	23	71,9	19	67,9	0,735
Alterado (\geq 126mg/dl)	9	28,1	9	32,1	

*Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Exato de Fischer.

Tabela 2. Perfil lipídico e glicemia de idosas hipertensas, fisicamente ativas em função do índice de massa corporal (IMC).

	IMC ≤ 27		IMC > 27		p
	N	%	N	%	
Colesterol total					
Desejável (< 190 mg/dl)	2	11,1	10	23,8	0,317#
Alterado (> 190 mg/dl)	16	88,9	32	76,2	
HDL-C					
Desejável (> 50 mg/dl)	18	100	37	88,1	0,309#
Alterado (< 50 mg/dl)	0	0	5	11,9	
Triglicérides					
Desejável (< 150 mg/dl)	11	61,1	17	40,5	0,167*
Alterado (> 150 mg/dl)	7	38,9	25	59,5	
Glicemia					
Normal (< 100mg/dl)	13	72,2	29	69,0	0,806*
Alterado (≥ 126mg/dl)	5	27,8	13	31,0	

*Teste Qui-quadrado de Pearson; # Teste Exato de Fischer.

Tabela 3. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis: Idade (anos), massa corporal (kg), índice de massa corporal (IMC - kg/m²), Gordura (%), massa livre de gordura (LBM - kg), colesterol total (mg/dl), HDL-colesterol (mg/dl), triglicérides (mg/dl) e glicemia (mg/dl).

	Massa Corporal	IMC	% Gordura	LBM	Colesterol Total	Colesterol HDL	Triglicérides	Glicemia
Idade	-,250	-,188	-,050	-,305*	,147	-,026	-,176	,217
Massa corporal		,818**	,697**	,668**	-,067	,024	,158	,104
IMC			,918**	,236	-,080	-,090	,257*	,054
% Gordura				,025	-,003	-,141	,270*	,151
LBM					-,027	,106	-,052	,013
Colesterol Total						-,104	,125	,086
Colesterol HDL							-,503	-,182
Triglicérides								,241

* Correlação estatisticamente significativa (p < 0,05); ** Correlação estatisticamente significativa (p < 0,001).

Conforme pode ser observado na Tabela 3, as variáveis de composição corporal (massa corporal, IMC, percentual de gordura e LBM) apresentaram correlações estatisticamente significantes (p < 0,001) entre si (Tabela 3). O IMC e o percentual de gordura apresentaram correlação estatisticamente significativa com os valores de triglicérides (p < 0,05) e, entre as variáveis do perfil lipídico, apenas os valores de triglicérides e HDL apresentaram correlação estatisticamente significativa entre si (p < 0,001). Os valores de glicemia não apresentaram correlação estatisticamente significativa com nenhum dos parâmetros antropométricos ou de perfil lipídico analisados (p > 0,05)

4.DISCUSSÃO

O principal achado desse estudo que investigou o estado nutricional, perfil lipídico e glicêmico de idosas hipertensas fisicamente ativas deu-se a partir da análise da correlação entre os parâmetros antropométricos (massa corporal, IMC, gordura percentual, peso gordo, massa magra e massa magra percentual) perfil lipídico (colesterol total, LDL-Colesterol, HDL-Colesterol e triglicérides) e glicemia (Tabela 3), evidenciou que apenas o percentual de gordura e IMC apresentaram correlações estatisticamente significantes (p < 0,05) com os níveis de triglicérides.

Ao analisar o estado nutricional das idosas hipertensas, fisicamente ativas, que participaram desse estudo, podemos observar que 82% delas tinham idade entre 60 e 69 anos e apenas 18% apresentam mais do que 70 anos. Nenhuma das avaliadas apresentava mais do que 80 anos, quando do período de coleta de dados. A prevalência de obesidade na amostra estudada foi de 40%, e foi maior entre as mulheres com idades mais avançadas, corroborando com os apontamentos de Ferreira et al.[17] no qual reforça que do ponto

de vista epidemiológico a obesidade ocorre mais em mulheres e sua incidência parece aumentar com o avanço da idade.

De acordo com as diretrizes da ABESO[14], o paciente que apresenta sobrepeso ou obesidade associada à HA, ou algum outro fator de risco, deve ser orientado a promover mudanças em seu estilo de vida, realizando dieta com baixas calorias e aumento na prática de atividade física, com a finalidade de promover melhoras clínicas significativas, capazes de reduzir os fatores de risco associados.

Destaca-se que no presente estudo 70% das idosas apresentaram índices glicêmicos dentro da margem recomendada[16]. Além disso, afirma que o exercício físico aliado ao plano alimentar poder ser benéfico para o controle glicêmico, além de promover melhorias no perfil antropométrico dos praticantes, independentemente do peso corporal[16]. Cabe destacar ainda que, além de promover melhoras na sensibilidade à insulina, inclusive em pacientes hipertensos, pessoas fisicamente ativas apresentam menor incidência de diabetes mellitus tipo 2.

Em relação as pessoas idosas, a SBD[16] destaca que a prática de exercícios físicos e alimentação adequada constituem os pilares da intervenção não medicamentosa. No entanto, sugere que se deve atentar para questões associada ao tipo de tratamento (medicamentoso) realizado concomitantemente, se há interações medicamentosas e seus efeitos colaterais, para considerar a equação risco-benefício para essa população.

Da mesma forma, em relação aos níveis de HDL-Colesterol, a maioria das investigadas, cerca de 92% das idosas, apresentam valores dentro de parâmetros considerados como adequados[10]. Mártires et al.[11] afirmam que a prática regular de exercícios físicos além de ser reconhecido como essenciais, tanto para tratamento e/ou prevenção da HAS, quanto para a obesidade, também é capaz de promover o aumento da lipoproteína de alta densidade (HDL), principalmente se comparados indivíduos ativos e sedentários[18]. A proporção de idosas com valores de HDL-colesterol considerados adequados foi maior no presente estudo do que no estudo de Venturini et al.[19], que investigou idosos hipertensos e, em sua maioria, sedentários.

Outro achado importante do presente estudo foi o fato que 80% das idosas avaliadas apresentaram hipercolesterolemia e 53% hipertrigliceridemia. Embora a prática de atividade física seja um fator que influencia positivamente nos níveis plasmáticos de colesterol e triglicérides[18], a alta prevalência de indivíduos com alterações nos níveis de colesterol total e triglicérides observada no presente estudo, constitui um indicativo de que a prática de exercícios por si só, não é um fator de proteção para alterações do perfil lipídico. Considerando que nenhuma das idosas avaliadas estava sob regime alimentar com orientação especializada, entende-se que a associação de exercício e dieta balanceada poderia afetar positivamente o perfil lipídico das idosas com níveis de colesterol total e triglicérides alterados.

Considerando que o nível de prática de atividades físicas reduz com o avanço da idade[20], que este fator está associado a alterações no perfil lipídico e que essas alterações, sobretudo nos níveis de colesterol total e LDL-colesterol, estão relacionadas ao surgimento de doenças cardiovasculares[21], é fundamental a avaliação constante do perfil lipídico, mesmo entre indivíduos ativos, com vistas a promover ações adicionais que contribuam para manutenção desses valores dentro dos parâmetros de normalidade.

Os achados desse estudo favorecem a compreensão de que, de maneira geral, as idosas hipertensas, fisicamente ativas, apresentam os níveis séricos de glicose adequados, não sendo necessária a indicação de medidas terapêuticas adicionais[16]. No entanto, 17% das idosas apresentam os valores glicêmicos com níveis alarmantes, o que alerta para a necessidade de medidas adicionais para o controle da glicemia, como orientação alimentar e acompanhamento médico. Além disso, no presente estudo, no que diz respeito ao estado nutricional, a maioria das idosas hipertensas fisicamente ativas, cerca de 61%, não apresentam obesidade, enquanto, 39% das idosas investigadas apresentam obesidade, que associada a HAS elevam ainda mais o risco de doenças cardiovasculares. Pode-se dizer que o fato das idosas do presente estudo praticarem exercícios de maneira regular, pode ter contribuído para um menor número de obesos do que no estudo de Montenegro Neto et al. [22] que constataram que 57,5% dos idosos apresentavam obesidade, em uma população com maior número de sedentários.

A correlação positiva entre IMC e percentual de gordura indica que o IMC é uma boa referência para avaliação de obesidade nessa população. Além do mais, a correlação inversa dessas variáveis antropométricas com os níveis de triglicérides, embora com coeficientes de correlação baixos, constitui um indicativo importante de que, mesmo que outros fatores como a dieta contribuam para o aumento dos níveis de triglicérides, ser fisicamente ativo, pode constituir um fator de proteção. Por outro lado, o fato do perfil lipídico e a glicemia não serem diferentes entre as idosas com IMC menor que 27 e IMC maior que

27 kg/m² (Figura 2), constitui um indicativo de que, isoladamente, a obesidade não é um indicativo de alterações do perfil lipídico e na glicemia.

5. CONCLUSÕES

A análise dos dados permite concluir que apenas os níveis de triglicérides apresentaram relação com o percentual de gordura e IMC e esta correlação foi considerada fraca. As demais variáveis do perfil lipídico e a glicemia não apresentaram correlação com a idade e com as variáveis antropométricas analisadas.

Independentemente da faixa etária considerada para avaliação (até 65 anos e mais de 65 anos) ou da classe de IMC (até 27 e maior que 27 kg/m²), um alto percentual de indivíduos avaliados apresentou níveis de colesterol total e triglicérides alterados, por outro lado, para essas mesmas categorias os níveis de HDL-colesterol e glicemia foram adequados.

De maneira geral, a idade e as variáveis antropométricas analisadas não apresentaram associações consistentes com o perfil lipídico e a glicemia em idosas hipertensas fisicamente ativas.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial de Saúde. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2011; 160p.
- [3] Brandão AA, Magalhães MEC, Ávila A, Tavares A, Machado CA, Campana EMG, et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J Bras Nefrol. 2010 Set; 32(Suppl. 1): 1-4.
- [4] Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JAMA. 2003; 289: 2560-72.
- [5] Souza ARA, Costa AN, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(4): 441-6.
- [6] Fuchs SC, Petter JG, Accordi MC, Zen VL, Pizzol-Júnior AD, Moreira LB, et al. Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. Arq Bras Cardiol. 2001; 76(6): 449-52.
- [7] Gami AS, Witt BJ, Howard DE, Erwin PJ, Gami LA, Somers VK. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. JACC. 2007 Jan; 49(4): 403-14.
- [8] Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. Br J Nutr. 2002; 87: 177-86.
- [9] Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF, Guimaraes A, Lerario D, Ferreira SR, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(3): 306-11.
- [10] Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013 Oct; 101(4 Suppl. 1): 1-20.
- [11] Mártires MAR, Costa MAM, Santos CSV. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. Texto contexto Enferm. 2013 Sep; 22(3): 797-803.
- [12] World Health Organization. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [13] Queiroz BM, Coqueiro RS, Leal Neto JS, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. Cien Saude Colet. 2014; 19(8): 3489-96.
- [14] Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes Brasileiras de Obesidade. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP; 2016.
- [15] Dutra MT, Lima RM, Mota MR, Veloso, JHCL. Hipotensão pós-exercício resistido: uma revisão da literatura. Rev Ed Física/UEM. 2013; 24(1): 145-57.

- [16] Milech A, Angelucci AP, Golbert A, Matheus A, Carrilho AJF, Ramalho AC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Org. José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio – São Paulo: A. C. Farmacêutica, 2016.
- [17] Ferreira VA, Silva AS, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R, et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(Suppl. 1): 1423-32.
- [18] Martins MV, Ribeiro AQ, Martinho KO, Franco FS, Souza JD, Morais KBD, et al. Anthropometric indicators of obesity as predictors of cardiovascular risk in the elderly. *Nutr Hosp* 2015; 31(6): 2583-9.
- [19] Venturini CD, Engroff P, Gomes I, De Carli GA. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Geront*. 2013; 16(3): 591-601.
- [20] Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte*; 2001 Set; 7(1): 2-13.
- [21] Krause M, Hallage T, Miculis CP, Gama MPR, Silva SG. Análise do perfil lipídico de mulheres idosas em Curitiba - Paraná. *Arq Bras Cardiol*. 2008 mai; 90(5): 327-32.
- [22] Montenegro Neto AN, Simões MOS, Medeiros ACD, Portela AS, Dantas PMS, Knackfuss MI. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. *Arch Latinoam Nutr*. Organó oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. 2008; 58(4): 350-6.

Capítulo 13

Panorama brasileiro das notificações de violência contra a pessoa idosa

Dharah Puck Cordeiro Ferreira Bispo

Fabyano Palheta Costa

Renata Laíse de Moura Barros

Maria Eduarda Morais Lins

Resumo: O presente capítulo justifica-se na necessidade de ampliação da produção científica acerca da violência contra o idoso, contribuindo, dessa forma, tanto no campo teórico como também como subsídio para intervenções. Para tal, foi estabelecido como objetivo desta pesquisa caracterizar os casos de violência contra o idoso no Brasil nos últimos cinco anos. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, também chamado de seccional. Os dados são de origem secundária, obtidos através do SINAN do Ministério da Saúde, referentes aos casos de violência contra idosos no Brasil, entre os anos de 2009 a 2014.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está ocorrendo a nível mundial. No Brasil, acontece de forma acelerada.⁽¹⁾ Com o aumento da expectativa de vida que o país vem experimentando nas últimas décadas, esse fenômeno passou a ser um grande desafio da modernidade.⁽²⁾

A proporção de idosos vem crescendo de maneira mais rápida do que a proporção de crianças, fato que pode ser explicado pela queda da fecundidade e do aumento das taxas de longevidade. O aumento da expectativa de vida acontece, dentre outras causas, pela evolução das condições econômicas e ambientais e o avanço da medicina.⁽³⁾ Em projeções para 2020, o Brasil aparece como o sexto país do mundo em número de idosos.⁽⁴⁾

Dentre as várias dificuldades que o idoso pode enfrentar no processo de envelhecimento, a violência continua sendo uma preocupação mundial.⁽⁵⁾ Esta compromete a qualidade de vida do idoso provocando doenças físicas e psíquicas e até mesmo a morte.⁽⁶⁾

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência contra o idoso como um ato único ou repetido ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional como involuntária, que cause dano, sofrimento ou angústia ⁽⁴⁾. A violência acontece numa relação onde há expectativa de confiança, sobretudo dos filhos, cônjuges, da comunidade e da sociedade de um modo geral.⁽⁵⁾

Minayo (2005) define a tipologia da violência contra a pessoa idosa. São elas: violência física, violência psicológica, violência sexual, abandono, negligência, violência financeira ou econômica, autonegligência, violência medicamentosa e violência emocional e social.⁽⁷⁾ Estudos nacionais apontam para o predomínio da violência doméstica. Segundo Souza et al (2010), dados de uma pesquisa realizada em 2007 revelam que, dos 18 milhões de idosos brasileiros, 12% já sofreram algum tipo de violência, das quais 54% foram causadas pelos filhos.⁽⁸⁾

Em 2011, foi sancionada uma portaria nacional que estabelece que casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso como evento de notificação compulsória por qualquer serviço de saúde. Este agravo também consta na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, atualizada no ano de 2014. Este documento determina que além dos profissionais de saúde, qualquer cidadão que tenha conhecimento do evento pode fazer a notificação^(9,10). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) reúne os dados referentes aos eventos de notificação compulsória. Alguns destes, como a violência, têm uma ficha de notificação específica para o agravo, o que permite melhor caracterização.

Souza et al (2010) destacam a importância de se reunir esforços na produção de conhecimentos sobre a violência contra a pessoa idosa a fim de ampliar o campo teórico e proporcionar embasamento para intervenções.⁽⁸⁾

Nesse cenário, pode-se afirmar que a problemática da violência exige intervenções visando seu enfrentamento, bem como a sua prevenção. Assim, justifica-se o presente trabalho na necessidade de ampliação da produção científica acerca da violência contra o idoso, contribuindo, dessa forma, tanto no campo teórico como também como subsídio para intervenções. Para tal, foi estabelecido como objetivo desta pesquisa caracterizar os casos de violência contra o idoso no Brasil nos últimos cinco anos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, também chamado de seccional. O termo “seccional” dá uma ideia de corte no fluxo histórico, demonstrando características daquele intervalo de tempo. Como principais vantagens desse método, pode-se citar o baixo custo, a clareza e simplicidade de análise, além do elevado potencial descritivo.^(11,12)

Os dados são de origem secundária, obtidos através do SINAN do Ministério da Saúde, referentes aos casos de violência contra idosos no Brasil, entre os anos de 2009 a 2014. Foram considerados como idosos os indivíduos com idade mínima de sessenta anos, visto que este é o corte etário utilizado pela Política Nacional do Idoso.⁽¹³⁾

A violência foi analisada por sexo da vítima, tipo de violência e violência de repetição.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados do SINAN, no período estudado (2009-2014), ocorreram 38.990 casos de violência contra o idoso no país. Com relação ao sexo, cerca de metade dos casos notificados ocorreram contra pessoas do sexo feminino (54%). Um estudo de revisão sistemática encontrou essa realidade em diversas pesquisas, sendo as mulheres idosas com mais de 80 anos, frágeis e deprimidas com maior risco de sofrerem violência⁽¹⁴⁾.

Com relação à ocorrência de violência de repetição, ou seja, caso em que o idoso já tinha sido vítima de violência pelo menos mais uma vez, 30% das notificações assinalaram como “ignorado” e em cerca de 3% essa informação não foi preenchida. Naqueles em que se sabia sobre esse fator, 52% informaram como sendo caso de repetição. Estudo semelhante identificou que as mulheres estão mais sujeitas à violência de repetição do que os homens⁽¹⁵⁾.

Conforme trazido na Tabela 1, o tipo de violência mais prevalente foi a violência física (24.553 casos), e o menos prevalente foi a violência sexual (862 casos). É importante ressaltar que em uma única ficha de notificação, podem ser notificados mais de um tipo de violência. Estudos brasileiros identificaram que a maior parte de boletins de ocorrências registrados em delegacias por idosos diz respeito à lesão corporal, o que corrobora os achados do presente estudo^(16,17).

Tabela 1. Distribuição dos casos de violência contra idosos ocorridos no período de 2009 a 2014 por tipo. Brasil, 2015.

Tipo de violência	n
Física	24553
Psicológica/Moral	10341
Sexual	862
Financeira/Econômica	2838
Negligência/Abandono	10283
Autoprovocada	3931

4. CONCLUSÕES

A partir do acima descrito, conclui-se que é de extrema importância a identificação do cenário da violência contra o idoso como o primeiro passo para se estudar esse fenômeno e conduzir medidas de enfrentamento desse problema de saúde pública, tendo em vista o percentual importante de casos de repetição. A subnotificação é uma limitação desse estudo, pois dificulta a identificação de um panorama acerca da situação de violência contra os idosos no Brasil. Apesar disso, o presente estudo já oferece dados que podem servir de auxílio para a criação de estratégias de enfrentamento e prevenção desse problema. Também salienta-se a necessidade de novos estudos, visto que ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no âmbito da violência contra o idoso, sendo fundamental a ampliação da produção científica na área.

REFERÊNCIAS

- [1] Duque AM, Leal, MCC Marques, APO Eskinazi, FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2015 ago]; 17(8):2199-2208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>.
- [2] Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. Rev Rene [Internet]. 2010 [acesso em 2015 ago];11(2):72-78. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a08v11n2.pdf.
- [3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (2010).
- [4] Carvalho, JAM, Garcia, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [acesso em 2015 ago];19(3):725-733. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>.
- [5] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [6] Sacol KLP, Zappe JG. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. Mudanças – Psicologia da Saúde, 19 (1-2) 39-50, Jan-Dez, 2011.
- [7] Minayo MCS. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: 2ª edição, 2005.
- [8] Souza DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GT, Cintra FA, D'Elboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na Internet]. 2010 Ago [citado 2014 Out 20]; 13(2): 321-328. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt.
- [9] Brasil. Portaria nº 1721, Brasília; 2014.
- [10] Brasil. Portaria nº 12461, Brasília; 2011.
- [11] Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 268-87.
- [12] Pereira M G., Transição Demográfica e Epidemiológica. In: Pereira, M G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 157-85.
- [13] Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, DF: O Ministério; 2003. [acesso 2010 jul 27]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf.
- [14] Espindola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. Rev Saúde Pública 2007;41(2):301-6.
- [15] Miziara CSMG et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. Saude Etica e Justiça. 20(1):1-8, 2015.
- [16] Fonseca MM, Gonçalves HS. Violência contra o idoso: suportes legais para intervenção. Rev. Interação em Psicologia 2003 jul-dez; 2:121- 128.
- [17] Gaioli CLO. Ocorrências de maus-tratos em idosos no domicílio [dissertação]. Ribeirão Preto; 2004.

Capítulo 14

A violência doméstica contra a mulher idosa: A busca pelos aparatos sociais de proteção

*Rita de Cássia Bhering Ramos Pereira
Maria das Dores Saraiva de Loreto.*

Resumo: O presente artigo objetivou investigar a trajetória feminina na busca pelos aparatos sociais de proteção feita por idosas que sofreram violência doméstica, no município de Viçosa, Minas Gerais. Metodologicamente foi feito uso da pesquisa documental e a entrevista semiestruturada. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres solicitou medidas protetivas de urgência, com e sem desejo de representação contra o agressor, pelo fato de se sentir ameaçada física e ou psicologicamente, demonstrando ser esta uma ação valorizada pelo segmento feminino vitimizado. Conclui-se que o conhecimento dos instrumentos legais de proteção à mulher e ao idoso, principalmente, a Lei Maria da Penha, embora não tenha correspondido às expectativas das vítimas, em termos de punição, aumentou o seu acionamento, principalmente, com o objetivo de dar um basta nas agressões sofridas, implicando em melhorias em suas vidas.

Palavras-chave: Violência, Idosa, Aparatos sociais de proteção.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno que sempre esteve presente na história; mas, ao longo dos anos, ela tem se intensificado em todas as sociedades e grupos sociais, consistindo em um dos graves problemas que atinge a humanidade, estando entre as principais causas de morte. Além disso, para cada pessoa que morre devido à violência, outras são feridas ou sofrem em função de vários problemas físicos, sexuais, reprodutivos e ou mentais.

Assim, a cada ano que passa, a violência reduz a vida de milhares de pessoas em todo o mundo e, com isso, prejudica a vida de muitas outras, desestruturando famílias e a sociedade em geral. Ela passou a fazer parte de nossas vidas, de tal modo que pensar e agir em função dela se transformou em uma rotina diária, estando este fenômeno enraizado na vida do homem moderno. No entanto, apesar desse fenômeno estar sempre presente, não se deve aceitá-lo, como parte inevitável da condição humana. (ARCOVERDE, 2005).

Outra questão a ser destacada é que, embora a violência possa atingir homens e mulheres, ela ocorre de maneira diferenciada. Enquanto o homem tende a ser vítima de uma violência praticada principalmente no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares.

Esse tipo de violência contra a mulher é um fenômeno que dura há milênios, pois a mulher era tida como um ser sem expressão, uma pessoa que não possuía vontade própria dentro do ambiente familiar. Ela não podia sequer expor o seu pensamento e era obrigada a acatar ordens que, primeiramente, vinham de seu pai e, após o casamento, de seu marido.

No caso da Violência Doméstica¹ contra a mulher, de acordo com Andrade e Barbosa (2008), esta vem afetando muitas vítimas independentes da cor, idade, ou grupo social a que pertencem, podendo se desenvolver em diferentes ambientes e pelos mais diversos agentes. A grande maioria dos casos ocorre no próprio ambiente familiar da vítima, onde o marido, namorado, companheiro, filho, neto, dentre outros membros da família, desempenha o papel de agressor.

Trindade et al (2018, p.1), ao realizarem uma revisão teórica sobre a violência doméstica, destacaram que:

Dentro dos processos violentos, a violência do tipo doméstica é um fenômeno caracterizado como um enigma que aborda a constelação familiar, em geral, de forma silenciosa e dissimulada. A questão atinge de forma hostil os seres mais indefesos da sociedade, acarretando danos biológicos e psicossociais aos mesmos, sobretudo quando esse tipo de violência advém da atmosfera familiar, envolvendo seus cuidadores ou outros.

Santos et al (2007) também comentam a respeito, sinalizando que, dentre os segmentos mais atingidos pela violência doméstica destacam-se a criança, a mulher e o idoso, em função da vulnerabilidade social desses grupos. Para Trindade et al (2018), com o desenvolvimento do país, por meio da industrialização, urbanização e avanço tecnológico, tanto as taxas de natalidade quanto de mortalidade têm reduzido, invertendo-se a pirâmide demográfica. Mas, ao mesmo tempo em que o número de idosos aumenta, sua posição dentro da família como instituição e da própria sociedade, vem sendo desvalorizada, percebendo-se a falta de respeito, atenção (estima, acolhimento), com aumento da violência.

Tal realidade tem exigido instrumentos legais de proteção aos direitos individuais, sociais, coletivos e políticos, sobretudo de grupos mais vulneráveis, como é o caso das mulheres, por meio da Lei Maria da Penha² (2006).

Motta (2009) destaca que a violência contra as mulheres não se restringe à vitimização daquelas em idade jovem, no período reprodutivo, como retrata a grande maioria dos trabalhos. Ao contrário, essa violência continua e assume novas formas, velhice adentro, como uma expressão das relações intergeracionais, em função das relações e desigualdade de gênero.

Pesquisa realizada por Araújo e Lobo Filho (2009) revelam que, no geral, há uma construção psicossocial da violência contra a pessoa idosa, embasada nas suas relações intrafamiliares, na qual os agressores são pessoas de confiança, que mantêm uma relação íntima com as vítimas, em sua maioria os filhos.

¹ Segundo Romeiro (2008), a Violência Doméstica pode ser definida como qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional praticado não só pelo parceiro íntimo, mas, por outros membros, como filhos e netos, contra membros vulneráveis do sistema familiar, como mulheres, crianças e/ou idosos.

²A Lei Maria da Penha (nº 11.340 de agosto de 2006), de acordo Andrade e Barbosa (2008), visa coibir a violência contra a mulher por intermédio de medidas não somente de caráter repressivo, mas preventivo e assistencial.

Segundo Faleiros (2007) a violência contra pessoas idosas possui três grandes dimensões: (a) violência sociopolítica, concernente às relações sociais mais gerais de exclusão/exploração; violência institucional, relacionada às ações ou omissões dos serviços prestados por instituições privadas ou públicas, como hospitais, clínicas e Instituições de Longa Permanência, que negam ou atrasam o acesso, hostilizam o idoso e não respeitam sua autonomia; (c) violência intra-familiar, que possui como agressoras pessoas mais próximas, como familiares (filhos, netos, noras, cônjuges), além de vizinhos e cuidadores.

Pesquisas mostram que há predomínio da violência intra-familiar ou doméstica contra idosos; pois o abuso ou maus tratos ao idoso são cometidos predominantemente por familiares ou cuidadores formais/informais, que possuem estreita relação sócio-afetiva com a vítima (OMS, 2005). Minayo (2003) registrou que 90% dos atos de violência acontecem nos lares dos idosos e que 2/3 são praticados por seus filhos, genros e cônjuges.

No trabalho, “A construção social da violência contra idosos”, os autores Santos et. al. (2007) ressaltam que esse tipo de violência, que se desenvolve principalmente no espaço intrafamiliar, é um fenômeno complexo, multifacetado, dinâmico e de difícil controle, pois a insegurança e o medo de represálias oriundos do conflito da consanguinidade, da proximidade, do afeto, do amor, do instinto de proteção em defesa do agressor, muitas vezes, justificam a omissão dos idosos, quando violentados por seus familiares. Além disso, o fato de um número elevado de vítimas pertencerem ao sexo feminino mostra a forte influência da violência de gênero que ocorre dentro da sociedade em diversos níveis, classes e faixas etárias. Ou seja, na escala social do exercício da dominação-exploração por legitimação do poder ou imposição através da violência, o homem adulto, branco e de classe alta tem predominância sobre as mulheres, crianças, velhos, pobres e negros.

Assim, apesar do avanço no que se refere à disponibilidade de dispositivos legais de fiscalização/punição dos casos de maus tratos e violência na velhice, como o Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, a instalação de Promotorias de Defesa dos Direitos do Idoso e de Delegacias de Proteção à pessoa Idosa, ainda não há uma notificação efetiva dos casos de violência contra pessoa idosa no âmbito familiar, devido ao fato dos agressores em geral serem familiares. O silêncio frente aos maus-tratos está apoiado nos sentimentos de família idealizada internalizada pelos idosos e no amor dos pais pelos filhos. Ancora-se também no medo de viver novas situações de maus-tratos e na desigualdade de poder dos idosos em relação aos jovens.

Além disso, muitas mulheres ainda desconhecem as leis e os órgãos que a protegem, continuando, dessa forma, sendo agredidas em silêncio; enquanto, outras denunciam o seu agressor e passam a arcar com as consequências dos pós-denúncia; ou seja, criam os filhos sozinhas, proveem o sustento da família. Outro fato registrado pelas pesquisas é que as mulheres convivem com ameaças que as acompanham por muitos anos e, ainda, carregam um preconceito e discriminação por parte da sociedade, sendo, muitas vezes, tratadas como as responsáveis por terem sido agredidas.

Em face ao exposto, esta pesquisa teve como objetivo investigar a trajetória feminina na busca pelos aparatos sociais de proteção feita por idosas que sofreram violência doméstica. Acredita-se que esse tipo de pesquisa possa contribuir para um maior conhecimento sobre as percepções das vítimas acerca do fenômeno da violência, além de subsidiar as políticas, programas e ações de combate à violência contra a mulher.

2. METODOLOGIA

Em termos dos procedimentos metodológicos, procurou-se delimitar a natureza da pesquisa e local do estudo; população e processo de amostragem, técnicas de coleta de dados e variáveis analíticas, além dos procedimentos de análise.

Este estudo caracteriza-se como sendo de natureza exploratório-descritiva³, uma vez que busca explorar melhor o tema a ser estudado, buscando proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa.

O estudo foi realizado no município de Viçosa/MG, localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais, situado a 225 km de Belo Horizonte, capital do estado, com uma área territorial de 299 Km².

³ Como destaca Gil (2005), a pesquisa exploratória tem como objetivo de explicar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema, por ser realizada numa área na qual há pouco conhecimento científico acumulado ou sistematizado. Por outro lado, a pesquisa descritiva se faz presente nesse estudo, uma vez que ela se destaca por expor características de determinada população ou determinado fenômeno.

O desenvolvimento do município se dá pela presença da Universidade Federal de Viçosa, com uma economia centrada no setor de comércio e serviços. Em virtude da universidade, o município conta com uma população flutuante de aproximadamente 12 mil habitantes, somados a uma população estimada de 72.244 habitantes, conforme a contagem populacional feita pelo IBGE (2011), no ano de 2010, sendo que 67337 pessoas residem no meio urbano e 4907 no meio rural.

A população estudada foi constituída de mulheres, residentes no município de Viçosa/MG, que passaram pelo processo de violência doméstica, no ano de 2010, com idade igual ou superior a 60 anos. Para a identificação dessas mulheres foram coletadas informações junto a Polícia Civil, onde se constatou 306 casos de ocorrências de violência doméstica contra a mulher.

Dessa população, foi selecionada uma amostra com o objetivo de investigar trajetória aos aparatos sociais de proteção feita pelas mulheres idosas que sofreram violência doméstica. Esse tipo de amostra, definida por tipicidade⁴, foi composta de mulheres, que, de alguma forma, acionaram os instrumentos legais de proteção a mulher e ao idoso, como a lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso.

De acordo com os dados coletados junto à Delegacia e Fórum da Comarca de Viçosa/MG, no ano de 2010, tiveram 17 idosas na delegacia, que registraram queixa de violência na polícia Militar ou Civil da cidade. Deste total foram entrevistadas cinco mulheres idosas. O número da subamostra foi definido em função da possibilidade de contato e consentimento da entrevista.

A coleta de dados é a forma como se obtém os dados necessários para responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2005). Assim, as técnicas de coleta dos dados foram: pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada⁵.

Primeiramente foi realizada uma consulta nos registros de eventos de defesa social (REDS), antigo boletim de ocorrência, da Delegacia de Polícia Civil de Viçosa/MG, do ano de 2010, para verificar o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica e sua tipificação. Foi possível verificar que foram registrados 1044 casos, onde a vítima era mulher, porém, nem todos os casos eram de violência doméstica. Foi observado que do total de 1044 notificações, 306 eram de violência doméstica, sendo que os outros casos eram principalmente de furto, estelionato, estupro, ameaça, lesão corporal, entre outros, que eram realizados fora do ambiente familiar e por pessoas que não faziam parte do convívio familiar. Em um segundo momento, procurou-se identificar o tipo de violência sofrida e o perfil das mulheres idosas vítimas de violência. Assim foi possível observar que dos 306 casos de violência doméstica, 17 eram contra mulheres idosas.

No terceiro momento, foram feitos contatos com as possíveis pesquisadas (idosas), verificando-se a possibilidade de participação. As mulheres idosas entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre, após receberem os esclarecimentos acerca dos objetivos e aspectos éticos da pesquisa, garantindo-lhes o sigilo. Em seguida, foram coletadas as informações por meio das entrevistas semiestruturadas, que possuíam questões abertas e fechadas.

Posteriormente, indagou-se sobre a trajetória aos dispositivos legais de proteção à mulher e ao Idoso, bem como sobre as implicações da violência em suas vidas.

As entrevistas foram aplicadas na casa da entrevistada e duraram, em média, uma hora, sendo gravadas, quando consentidas pelo sujeito da pesquisa, ou escritas, no momento da entrevista. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e ou reescritas, para que não fosse perdida nenhuma informação.

Quanto aos procedimentos de análise dos dados, as questões subjetivas associadas aos motivos e implicações, após terem sido transcritas, foram analisadas categoricamente, por meio do tratamento qualitativo dos dados. Desse modo, após sucessivas leituras das entrevistas transcritas e dos dados obtidos foram elaboradas categorias analíticas para o estudo, com base nos objetivos propostos. Assim, as entrevistas foram organizadas de modo a aprofundar a compreensão das questões investigadas.

O agrupamento das informações foi feito por meio da construção de tabelas, onde foram colocadas todas as informações referentes à categoria em questão, facilitando a visão global das informações a respeito do

⁴ O processo amostral por tipicidade é definido por Lakatos e Marconi (1991, p. 224), como uma amostra representativa de um subgrupo da população estudada, que, de acordo com as informações disponíveis, fazem inferência a uma população em geral.

⁵ A entrevista semiestruturada serve de guia para trazer uma série de questões específicas, sendo que muitas contêm partes mais estruturadas, permitindo obter detalhes, como também questões mais abertas, onde o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (LAVILLE; DIONNE, 2008).

tema determinado. Após o agrupamento das informações, iniciou-se a fase de descrição dos dados, que, de acordo com Gil (2005), tem o objetivo de descrever, interpretar e explicar os dados coletados, de forma a responder as questões formuladas no estudo.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa confirmam que, na maioria dos casos, as mulheres tendem a não dar prosseguimento com os processos e acabam desistindo. De acordo com os dados coletados na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, das 306 ocorrências policiais de violência doméstica realizadas, no ano de 2010, 147 (48%) boletins de ocorrência foram sobrestados ou suspensos temporariamente, por falta de provas contra o suposto agressor, ou, ainda, porque a vítima manifestou o desejo de não representar na delegacia contra o agressor e desistiu de dar continuidade com a denúncia, alegando não ter chamado a polícia, e, por esse motivo, não querer denunciar o “suposto” agressor. Nesses casos, em sua maioria, a polícia é acionada por parentes, vizinhos, conhecidos ou desconhecidos, quando a violência ocorre fora do ambiente familiar.

Depois analisar os BOs e ouvir as vítimas que notificaram ocorrência policial contra um suposto agressor, o delegado de polícia Civil decidiu por, arquivar 16 ocorrências policiais (5,35% das denúncias), por entender que não se tratava de crime de violência doméstica, não indiciando como agressor a pessoa citada no BO; instaurar Inquérito Policial para averiguar se o crime relatado na ocorrência policial se tratava ou não de violência doméstica, em termos de 13% das ocorrências, o que totalizava 40 BOs; enquadrar o agressor em outro tipo de crime, por não se tratar de crime de violência doméstica em 32 casos (10,45%). Desse modo, 235 ocorrências feitas na delegacia por mulheres que alegaram ter sofrido violência doméstica não deram prosseguimento com ao processo.

Constatou-se que 17 dessas mulheres que fizeram BOs eram idosas e disseram ter sofrido algum tipo de violência doméstica. Porém, nem todas as denúncias prosseguiram para o Fórum de Viçosa devido à falta de provas, quando instaurado o Inquérito Policial para averiguar se o crime relatado na ocorrência policial se tratava ou não de violência doméstica.

Apesar de todas as vítimas terem feito Boletim de Ocorrências na Delegacia de Polícia, quando perguntado às cinco idosas entrevistadas se conheciam a lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso, constatou-se que 100% das entrevistadas responderam conhecer a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso, e, dentre os principais meios que elas tiveram acesso para conhecer esses instrumentos, se destacaram, principalmente, a televisão, os jornais, os amigos e a delegacia.

No entanto, quando perguntado se já haviam acionado a Lei Maria da Penha, quatro afirmaram não ter acionado, o que confirma que não sabiam que, ao fazer a queixa, estavam acionando a lei. Também foi perguntado se já haviam acionado o Estatuto do Idoso, e todas disseram não. Apesar do Estatuto do Idoso ser um instrumento útil para a prevenção e o combate à violência contra o idoso, a sua divulgação carece de mais investimentos no que se refere à sua utilização.

Com relação aos casos de prisão em flagrante do agressor por este portar arma branca (faca, pau, machado), não houve incidência. No momento da representação na delegacia de polícia, 100% das vítimas solicitaram medidas protetivas de urgência, vistas como providências de bastante interesse das mulheres, uma vez que contribuem para a preservação de sua integridade e segurança, bem como de sua família. Por este motivo, trata-se de uma aplicação relevante nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher. Tal resultado mostra que as medidas protetivas são bastante requeridas pelas mulheres viçosenses diante da agressão sofrida.

Não cabe à autoridade policial requerer ou representar pelas medidas protetivas à ofendida, apenas encaminhá-la ao juiz competente que poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente algumas medidas requeridas pela vítima, no ato do preenchimento do termo na delegacia e se ele julgar necessidade da concessão da medida. Certo é, caso reconheça a necessidade de uma medida mais severa e estando presentes os requisitos legais, a autoridade policial deverá representar pela prisão preventiva do agressor, com embasamento no artigo 313, inciso IV do Código de Processo Penal (BRASIL, 2002).

No município de Viçosa, de acordo com os 17 processos da Vara Criminal da Comarca do Fórum de Viçosa analisados, todos haviam sido encaminhados da delegacia para o fórum em face ao pedido de medida protetiva requerido pela vítima. Desses processos, 3 eram referentes a mulheres que manifestaram o desejo de representarem contra o agressor. Apesar do restante não desejar representar, 14 delas

requereram, na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa, Medidas Protetivas de Urgência, por se sentirem ameaçadas físicas ou psicologicamente.

Foi constatado, também, que dos 17 processos, 14 mulheres optaram por assinar um “Termo de Desinteresse” na delegacia, desistindo de dar continuidade ao processo. Nesses casos, o processo fica paralisado, tendo a vítima um prazo de até 6 meses para manifestar o interesse por dar continuidade ou não ao processo. Esse processo, segundo Brasilb, (2002), transforma o B.O. em Inquérito Policial (I.P.), o que significava dizer que as mulheres não desistiram totalmente da denúncia realizada. Caso não seja feita a representação no prazo estipulado, o procedimento/processo será remetido ao Ministério Público e depois ao juiz, com o posterior arquivamento, extinção da punibilidade – decadência do direito de representação ou queixa (BRASILb, 2002).

As medidas protetivas de urgência podem ser concedidas pelo Juiz a requerimento da ofendida ou do Ministério Público e, geralmente, têm início com o recebimento de ofício de encaminhamento do pedido pela autoridade policial ou do requerimento feito pelo Ministério Público, Defensoria Pública ou advogados particulares.

Quando o pedido de medida protetiva de urgência for feito diretamente pela vítima perante a autoridade policial, no prazo de até 24 horas, a delegacia de polícia deve remeter o expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida. E, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, deverá remeter os autos do inquérito policial ao juiz e ao Ministério Público. A equipe cartorária deverá tomar e autuar o procedimento preferencialmente com capa de cor diferente da do processo principal (CNJ, 2010).

Juntamente com o pedido de medidas protetivas de urgência, o processo deverá conter todos os elementos probatórios que a vítima lograr reunir, tais como, documentos pessoais, certidão de casamento e de nascimento dos filhos, declarações de testemunhas, boletim de atendimento médico, auto de exame de corpo de delito, fotografias e, se possível, contar com relatório elaborado pela equipe de atendimento multidisciplinar do Juizado.

Recebido, portanto, o expediente com o pedido da ofendida, deve o juiz, no prazo de 48 horas, segundo dispõe o art. 18 da lei, conhecer do expediente e do pedido e decidir sobre as medidas protetivas de urgência, independentemente de audiência das partes e de manifestação do Ministério Público, que adotará as providências cabíveis e determinará o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso.

Assim, o Juiz da Vara Criminal da Comarca do Fórum de Viçosa, após ter recebido o expediente apartado e o pedido de medidas protetivas por parte da vítima, concedeu para 3 das mulheres medidas protetivas de urgência. Para o restante não foi concedido devido, principalmente, aos seguintes motivos: falta de dados no BO; ou por não se tratar de violência doméstica; ou porque a vítima decidiu a não representar perante ao juiz.

No que tange às medidas protetivas concedidas pelo juiz, foram constituídas: afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida, além da proibição de determinadas condutas, tais como, aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estas e o agressor.

No caso de deferimento das medidas protetivas pelo Juiz, a equipe de processamento do Juizado procede à expedição do mandado de citação do requerido, para oferecer resposta no prazo de 5 dias, conforme disposição do Art. 802 do Código de Processo Civil, mandado de intimação do requerido acerca do deferimento das medidas protetivas e mandado de notificação da vítima. Além da expedição dos mandados, a equipe cartorária de processamento deve proceder ao cadastro no sistema das medidas protetivas de urgência deferidas naquele procedimento e a data do seu deferimento, para fins de estatística.

Posteriormente, vítima e acusado deverão comparecer na Vara Criminal da Comarca do Fórum de Viçosa, em data e hora marcada mencionadas no mandado de intimação, entregue a ambos. No entanto, as três mulheres foram devidamente notificadas de que as Medidas Protetivas de Urgência foram deferidas pelo juiz e que deveriam comparecer na Vara Criminal da Comarca do Fórum de Viçosa, em data e hora mencionadas no mandado de intimação. Porém, não compareceram para prestar esclarecimentos ao juiz, afim de declararem se as medidas concedidas estavam sendo cumpridas e se desejavam que as mesmas continuassem a resguardar a sua integridade.

Com relação ao agressor, apenas 1 não foi intimado por não ter sido encontrado, no endereço comunicado “nesses casos a vítima é intimada a comparecer no fórum para que informe do paradeiro do acusado”. Os

outros 2 restantes foram notificados de que as medidas protetivas de urgência deveriam ser cumpridas e que o mesmo, se não as respeitasse, iria ser preso, sendo também intimado a comparecer no fórum, em data e hora mencionados na intimação; porém, não compareceram na audiência marcada, que tem o intuito de escutar as partes envolvidas.

Dos processos analisados, o juiz solicitou saber se houve Instauração de Inquérito Policial para a averiguação se a violência realmente ocorreu e se a mesma continua a ocorrer. Em 1 dos casos teve resposta afirmativa, significando que, nos casos restantes, não ocorreu a Instauração de Inquérito Policial.

Em se tratando dos motivos que levaram ao arquivamento do processo, pode-se citar os seguintes: não comparecimento ao Fórum para audiência com o juiz, marcada mediante intimação recebida pela mesma; falta de representação contra o agressor perante ao juiz; ausência de interesse em dar prosseguimento com o processo, uma vez intimadas e ausentes na audiência. Mesmo com a ausência, o juiz solicita que haja Instauração de Inquérito Policial para verificar se há ainda caso de violência doméstica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade brasileira a violência doméstica contra a mulher idosa é um fato real, onde a tolerância a esse tipo de violência pode ser vista como uma ofensa aos seus direitos de liberdade, saúde, segurança e sua proteção. Frente a esse contexto, surgiu a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso a fim de minimizar a violência contra a mulher e o idoso, e conscientizar o agressor de que ele deve ser punido uma vez que seus atos não são considerados normais.

A maioria das mulheres vítimas de violência solicitou medidas protetivas de urgência com e sem desejo de representação contra o agressor, pelo fato de se sentir ameaçada física e ou psicologicamente, demonstrando ser esta uma ação valorizada pelo segmento feminino vitimizado.

O conhecimento dos instrumentos legais de proteção à mulher e ao idoso, principalmente, a Lei Maria da Penha, embora não tenha correspondido às expectativas das vítimas, em termos de punição, aumentou o seu acionamento principalmente com o objetivo de dar um basta nas agressões sofridas. Além disso, a resolução que ocasionou a separação do agressor implicou em melhorias em suas vidas, com o termino da violência.

REFERÊNCIAS

- [1] Andrade, Leandro F. e Barbosa, Sérgio F. A lei Maria da Penha e a implementação do grupo de reflexão para homens autores de violência contra mulheres em S.P. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero: “Construindo novas relações de gênero: a presença feminina nos territórios do saber”, Florianópolis: 2008.
- [2] Araújo, L. F.; Lobo Filho, J. G. Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 22, n. 1, p.153-160, 2009.
- [3] Arcoverde, M. L. V. Cotidiano dos familiares vítimas de violência. 2005, 96f. Dissertação (Mestrado Educação em Saúde), Universidade de Fortaleza. - UNIFOR Fortaleza, 2005.
- [4] Brasil (b). Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF, 7 ago. 2006.
- [5] Brasil(b). Manual da Secretaria Juizados Especiais Federais Criminais. Brasília: Tribunal Regional Federal da Primeira Região, 2002.
- [6] Brasil(a). Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientação para a prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 8. Brasília, 2002.
- [7] C.N.J. Manual de Rotinas e Estruturação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2010.
- [8] Faleiros, V. P. Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores. Brasília, DF: Universa. 2007.
- [9] Gil, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- [10] Lakatos, E. M.; Marconi, M. de A. Técnicas de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- [11] Laville, C.; Dionne, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas / Christian Laville, Jean Dionne; revisão técnica e adaptação da obra: Lana Mara Siman. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 340 p.

- [12] Minayo, M. C. S. Violência contra idosos: Relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n.3, p. 783-791, 2003.
- [13] Motta, Alda Brito da. Violência contra as mulheres idosas- Questão feminista ou questão de gênero? In: Congresso da Lasa (Associação de Estudos Latino-Americanos), Rio de Janeiro, Brasil, de 11 a 14 de junho de 2009.
- [14] OMS. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Genebra: OMS, 2005.
- [15] Romeiro, J. A Lei Maria da Penha e os desafios da institucionalização da “violência conjugal” no Brasil. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero: “Construindo novas relações de gênero: a presença feminina nos territórios do saber”. Florianópolis, 2008.
- [16] Santos, Ana Carla Petersen de Oliveira; Silva, Cátia Andrade da; Carvalho, Lucimeire Santos; Menezes, Maria do Rosário de. A construção da violência contra idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.10 n.1, p. 1-10, 2007.
- [17] Trindade caroline gabriele; queiroz, adriana santos; domingos, Laura Costa Silva. O valor social do idoso e a violência no âmbito familiar: uma revisão teórica. 03/2018. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/64617/o-valor-social-do-idoso-e-a-violencia-no-ambito-familiar-uma-revisao-teorica>. Acesso junho de 2019.
- [18] Vergara, S. C. Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas, 2005.

Capítulo 15

Violência contra o idoso na realidade de Natal/RN

Matias Laurentino dos Santos Filho

Hilderline Câmara de Oliveira

Resumo: Diante dos altos índices da criminalidade e violência contra pessoas idosas que são registrados nos órgãos de prevenção e repressão a este tipo de delito, este artigo tem como finalidade trazer à baila algumas questões relacionadas ao trabalho de polícia judiciária realizado pela Delegacia Especializada de Proteção à Pessoa Idosa – DEPI, mostrando a sua competência e estratégia de trabalho exercido pelos policiais civis no cumprimento da Lei Federal nº 10.741/2003 – Estatuto da Pessoa Idosa. Aborda ainda o diagnóstico sobre as estatísticas reais, confrontando os números dos registros de denúncias com a instauração dos procedimentos de polícia judiciária, e outros fatores sobre o funcionamento da unidade especializada. Há ainda um relato sobre as denúncias anônimas, as quais, na sua maioria não correspondem à veracidade dos fatos, principalmente quanto aos índices de maus-tratos e exploração de ordem financeira. Portanto, o presente estudo tem como objetivo mostrar a verdadeira estatística diagnosticadas nas investigações preliminares que foram feitas nos últimos dois anos pela Delegacia de Defesa da Pessoa Idosa da cidade de Natal/RN. Mostra ainda, que a maioria dos casos não autorizam a instauração de Inquérito Policial ou Termo Circunstanciado de Ocorrência- T.C.O. Veem-se, neste estudo, os fatores que deram causas aos registros de denúncias contra pessoa idosa. Os dados evidenciaram que a maioria de fatos não existiram e outros que a luz do direito não constitui indício da prática dos crimes contra pessoa idosa, especialmente os casos que foram denunciados anonimamente.

Palavras-chave: Prevenção. Violência. Pessoa idosa.

1 INTRODUÇÃO

A ideia de escolher o tema sobre a prevenção e repressão aos crimes contra pessoa idosa, surgiu, basicamente, em decorrência da experiência adquirida na qualidade de delegado titular da Delegacia Especializada de Proteção a Pessoa Idosa durante dois anos, quando percebemos que a maioria das denúncias que são feitas e publicadas pela mídia não oferecem indícios da materialidade e autoria dos crimes denunciados que possam embasar uma ação penal.

Nesse sentido, este artigo apresenta os resultados das pesquisas desenvolvidas nos Anais da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, fazendo parte deste contexto o índice de registro de denúncias anônimas, a forma de investigação e apuração, mostrando a real e confiável estatística sobre a violência contra a pessoa idosa na cidade de Natal/RN.

O tema é de salutar importância em razão de poder contribuir para esclarecer à população a forma de se investigar e diagnosticar quais os reais índices de violência contra pessoa idosa, colaborando para a diminuição da sensação de insegurança que a mídia escrita e falada tem provocado, colocando o Rio Grande do Norte como a cidade onde se registra um dos maiores índices de violência contra pessoa idosa no Brasil.

Portanto, se por um lado a imprensa tem divulgado que o Rio Grande do Norte se encontra entre os estados do Brasil que se registra o maior número de crimes contra o idoso, por outro lado, este artigo faz alusão a real e confiável estatística, mostrando que parte das denúncias que chegam ao conhecimento da Delegacia do Idoso decorre de forma anônima. Na sua maioria registrada no disque 100, da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, ou no disque 181 da rede estadual de segurança pública.

Importante também destacar neste artigo os principais óbices que a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso enfrenta para atender a alarmante demanda criminal, especialmente a sua deficiência de ordem estrutural, objetivando esclarecer que não é por culpa ou dolo que os operadores do direito e aplicadores da Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso - deixam de prestar um atendimento mais célere, eficiente e eficaz à população idosa.

Os dados estatísticos sobre a produtividade de inquéritos policiais também foram coletados para ilustrar o presente artigo, sendo analisados ainda os demais documentos, utilizando-se a seguinte metodologia: Pesquisa documental junto aos livros de tombo de inquéritos policiais, onde consta o registro das instaurações dos procedimentos policiais; em consultas às pastas de investigações preliminares, com relatórios do setor de investigações e despachos da autoridade policial; Análises nos livros de registros e cópias dos Termos Circunstanciados de Ocorrência – TCO, que foram lavrados nos últimos anos naquela Especializada; pastas contendo ofícios e memorandos expedidos e recebidos. Utilizou-se ainda das denúncias anônimas encaminhadas através da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos da Presidência da República; consultas ao sistema SAJ/TJRN, sobre a tramitação dos inquéritos e TCOs que foram encaminhados à justiça nos últimos dois anos; entrevistas com os agentes responsáveis pelas visitas sociais, bem assim pelas investigações e registros das ocorrências policiais;

No final deste artigo se vislumbra os desafios que podem melhorar o atendimento às pessoas maiores de 60 (sessenta) anos que sofrem de violência em razão da idade, com sugestões pertinentes e oportunas.

2 O CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E SEUS REFLEXOS

É sabido que com o crescimento da população idosa, os problemas de ordem social tende a se agravar. Tanto à família, quando o estado não dispõe de estrutura organizacional para atender ao elevado número de pessoas idosas que sofrem de violência.

Vê-se nos estudos apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que em 2012 a expectativa de vida ao nascer no Brasil passou de 74,6 anos, apresentando um pequeno aumento em relação a 2011, quando a esperança de vida do brasileiro era de 74,1 anos. Já em 2002, era de 71 anos de idade. Anuncia ainda as pesquisas que a maioria dos 14.536.029 idosos nordestinos vive nas grandes cidades.

Ressalta-se que em cinco anos, a população brasileira com 60 anos ou mais de idade cresceu 18,8% entre 2012 a 2017. Os dados indicam, ainda, que a população, ao manter a tendência de envelhecimento dos

últimos anos, ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando os 30,2 milhões em 2017. Em 2012, os brasileiros com 60 anos ou mais eram 25,4 milhões⁶.

Este aumento da expectativa de vida da população idosa, conquistado graças aos avanços da medicina, não garantiu a qualidade dessa existência prolongada. Para a maioria das pessoas, há dificuldade de compreender a ocorrência do problema, inclusive os próprios familiares não percebem o estado de vulnerabilidade da pessoa idosa e passam a tratá-lo da forma como entendem ser conveniente, esquecendo que os atos que atingem a sua dignidade atentam contra os direitos humanos.

Há de se registrar, que ao mesmo tempo em que cresce a pressão dos jovens para ocupar seu lugar na sociedade, cresce também o número de pessoas idosas que se sentem descartadas não só do mercado de trabalho, mas da própria sociedade.

Nesse giro, a pessoa idosa tende a perder seu espaço na sociedade devido à perda de alguns fatores biológicos e psíquicos que o deixa incapacitado para o desempenho de algumas funções na vida civil, como muito bem explica a lição de Agostinho Both, segundo o qual “[...] são excluídos do enriquecimento semântico das palavras e, logo, sentem-se desambientados e pressionados a perder o sentido da linguagem, instrumento indispensável para o desenvolvimento das funções mentais superiores” (BOTH, 2001, p. 66).

É forçoso fazer constar, que apesar dos avanços decorrentes dos movimentos políticos e sociais nos últimos anos voltados para a defesa dos direitos da pessoa idosa, na prática ainda é preciso operacionalizar a legislação que protege a pessoa idosa da violência e da criminalidade em todos os sentidos, inclusive quanto aos conflitos de ordem familiar inerentes a disputas pela guarda do idoso, domínio dos seus bens e do seu salário.

Nesse sentido, insta destacar, que temos observado nas investigações e apurações de crimes contra pessoa idosa, que tanto as denúncias procedentes e passíveis de apuração deixam as vítimas constrangidas, quanto àqueles fatos que são denunciados anonimamente e que na sua maioria constitui constrangimento ilegal e denúncia caluniosa, sendo este um dos temas do presente artigo.

Os estudos anunciam que os números de ocorrência contra pessoa idosa muitas vezes são subnotificados, não revelando a magnitude do problema. Este tipo de violência na maioria das vezes é repetitivo e continua causando grande sofrimento psíquico como medo e tensão, revelando doenças psicossomáticas e podendo leva-lo a óbito. Não é fácil para o idoso quebrar este silêncio, visto que a maioria dos casos acontece no âmbito familiar e são praticados pelos seus companheiros, filhos, netos e parentes próximos ou cuidador de sua confiança. (MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, 2009).

Ademais, entre os obstáculos que a Polícia encontra para conseguir fazer um trabalho mais eficiente de repressão aos crimes contra pessoa idosa, é que a maioria das vítimas tende a minimizar a gravidade dos fatos denunciados, mostrando-se leais aos seus agressores. Não querem adotar medidas legais contra seus entes queridos. Nem mesmo discutir o assunto com terceiros.

Na área da saúde também não é diferente. Estudos como o de Kreneger e Palterson (1997), também ressaltam as dificuldades apontadas pelos médicos para detecção da violência contra o idoso quando comparece ao consultório, porque eles tendem a ocultar a verdade.

É bom lembrar, que nos últimos anos houve um elevado aumento da criminalidade no País, em razão do tráfico e uso das drogas, o que tem corroborar para o aumento da violência contra a pessoa idosa que faz parte das camadas mais pobres, inclusive pelos filhos e netos que cometem abuso financeiro para manter o vício.

Entre outros fatores que faz crescer a violência de uma forma geral, os estudos tem mostrado um número assustador de evasão escolar, já sendo comprovado que quando o jovem sai da sala de aula seu futuro é mais para o fracasso que para o sucesso, mormente quando vivemos em um mundo globalizado onde há ofertas de produtos de marcas, tais como celulares sofisticados e outros que todas as classes sociais desejam. Sejam eles pobres, classe média ou alta.

É cediço ainda, que o aumento da criminalidade e da violência é fruto da falta de políticas públicas voltadas para a educação, saúde e assistência social, destacando-se a falta de oportunidade para os jovens, principalmente daqueles que a família não teve condições de proporcionar-lhe uma boa qualidade de vida.

⁶ Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-04/populacao-com-60-anos-ou-mais-cresce-quase-19-em-cinco-anos>.

Falhou a família, o Estado, e a própria sociedade que não soube escolher quem melhor poderia adotar políticas públicas de prevenção à violência e a criminalidade.

No que diz respeito à violência contra a pessoa idosa, a aprovação da Lei Federal nº 10.741/2003, veio a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, contando no seu art. 4º, que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão e todo atendado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da Lei”. (BRASIL, 2003).

É de se ressaltar, que apesar do alarmante número de denúncias que surgiram com a vigência da referida lei, bem assim com a criação das Delegacias Especializadas e o brioso trabalho das Promotorias do Idoso, este estudo deixa à baila o fato de que a justiça e a polícia quase não encontram elementos suficientes para aplicação da legislação que defende a integridade física e psíquica do idoso.

Na prática, se observa que a maior parte das denúncias que são investigadas pela polícia, com o acompanhamento do Ministério Público, não chega a se obter indícios suficientes da autoria. Os inquéritos ficam no “vai e vem” entre a Polícia e o Ministério Público. Em alguns casos há ausência da materialidade que possa fundamentar a propositura de uma ação penal. Os fatos denunciados se apresentam sempre de forma inconsistentes. As vítimas nem sempre confirmam aquilo que se registrou, e os anônimos não aparecem para ratificar o que denunciou.

Daí a razão dos números de denúncias serem bem superior ao índice de Inquéritos Policiais e Termos Circunstanciados de Ocorrências que são lavrados na Delegacia de Defesa da Pessoa Idosa, eis que diante da investigação preliminar, se constata, logo à primeira vista, que a maioria dos fatos denunciados não tem procedência.

Ademais, os inquéritos instaurados e remetidos à justiça não proporcionam a aplicação de sanções aos indiciados da forma prevista na legislação vigente, eis que nem sempre os depoimentos colhidos na instrução policial são reproduzidos da mesma forma no curso da marcha processual penal quando é concedido o direito a defesa e aos recursos a ela inerentes, com a orientação de advogados que por muitas vezes são pagos pelos próprios idosos para defender os filhos ou netos.

3 DELEGACIA ESPECIALIZADA DE PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA – DEPI/NATAL/RN.

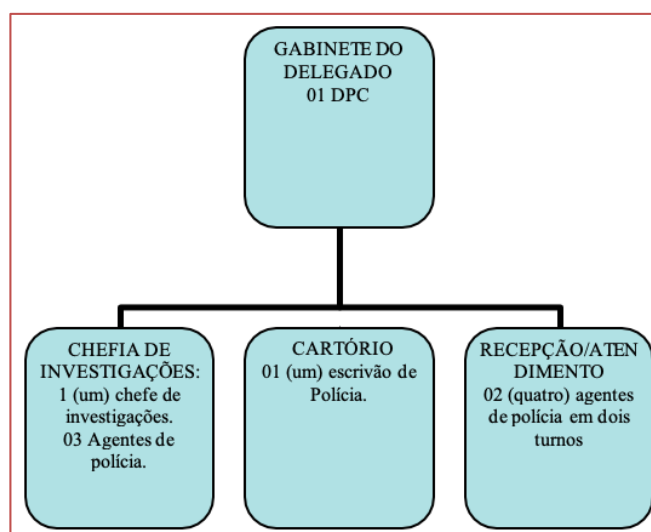
A Delegacia Especializada de Proteção da Pessoa Idosa – DEPI, foi criada através do Decreto nº 21.314, de 14 de setembro de 2009, publicada no Diário Oficial do dia 15/09/2009, tendo como competência investigar fato relacionado à pessoa idosa que configure crime previsto na Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – (Estatuto do Idoso), e ainda os tipificados nos Capítulos intitulados “Das Lesões Corporais” e “dos Crimes Contra a Liberdade Sexual”, bem assim aquele descrito na Seção intitulada “Dos crimes Contra a Liberdade Pessoal”, todos do Código Penal Brasileiro.

Mesmo conferindo todas as atribuições a que se refere o Decreto que criou a DEPI, ainda ocorrem constantes conflitos de atribuições com a Delegacia de Defesa da Mulher – DAME, e a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente-DEA. Inclusive nos casos de violência doméstica ou maus-tratos.

O corpo instrutivo da DEPI compõe-se de um contingente formado por 01 (um) Delegado de Polícia, 01 (um) escrivão e 06 (seis) agentes, em média, para atender todas as ocorrências na capital do Estado, em uma área demográfica que já se aproxima de 862.044 (Oitocentos e sessenta e dois mil e quarenta e quatro) habitantes, quando se sabe que a população de pessoas idosa tem aumentando consideravelmente em todo País onde já se contabiliza que o envelhecimento populacional é um fenômeno global. O Ministério da Saúde diz que o Brasil tinha a quinta maior população idosa do mundo em 2016. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chegou a 29,6 milhões o número de pessoas acima dos 60 anos de idade⁷. O quadro de pessoal compõe-se da seguinte forma:

⁷ Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>

Figura 1: quadro de pessoal



Fonte: autores.

Pelo que se observa a Delegacia de Proteção à Pessoa Idosa da capital do Estado, cuja circunscrição abrange uma área demográfica de aproximadamente 862.044 mil habitantes, conforme foi projetado para 2015, pelo Censo do IBGE de 2010, dispõe apenas de 10 (dez) policiais para o serviço de investigação e apuração das infrações penais praticadas contra pessoas que tenham idade a partir de 60 anos.

Há de se ressaltar, que se a população de pessoa idosa da capital do Estado já apresenta uma média de 12% de pessoas maiores de 60 anos, significa dizer que os recursos humanos da única unidade policial não oferecem as mínimas condições de atender com maior rapidez e eficiência os casos que chegam ao conhecimento da autoridade policial.

O prédio onde funciona o Complexo das Delegacias Especializadas da capital, atualmente fica situada na Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis, Natal - RN, 59088-109. Até agosto de 2015, a DEPI funcionava na Rua Cel. Estevam, nos fundos da Delegacia do 3º distrito Policial, aonde foi instalada para funcionar provisoriamente após o fechamento da central do cidadão da cidade alta, e era extremamente impróprio para o atendimento aos usuários que procuravam aquela unidade policial.

Tratava-se de três pequenas salas onde funcionava o depósito da Delegacia de Costume e Consumidor. Nestes estreitos compartimentos funcionava o cartório, o gabinete do delegado, o setor de investigações e a recepção para atendimento à população. Não havia acesso para estacionamento dos veículos e os idosos por muitas vezes eram conduzidos nos braços pelos seus familiares.

A estrutura do prédio também não atendia as normas técnicas adotadas pelas NBR 9050/2004, da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Por vezes os idosos e seus familiares ficam aguardando no sol para serem atendidos. E nem sanitário tinha, sendo preciso se dirigir a 3ª DP ou no pavimento superior onde funciona o DECON, com escadaria, para fazer suas necessidades fisiológicas. Um verdadeiro descaso e desrespeito para com a pessoa idosa que perdurou por dois anos.

3.1 DOS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELA DEPI

Para apuração das infrações praticadas contra pessoa idosa, a DEPI adota um rito procedimental que compreende desde o registro do Boletim de Ocorrência até a conclusão do procedimento apuratório de polícia judiciária. Oportuno lembrar que os Boletins de Ocorrência poderão ser registrados em qualquer Delegacia da Capital que, por sua vez, encaminhará à Delegacia do idoso para a devida investigação e apuração.

Ao receber uma denúncia de crime contra pessoa idosa, a Delegacia Especializada adota algumas medidas preliminares. As denúncias chegam ao conhecimento da autoridade policial através de várias maneiras, tais sejam: por meio dos telefones da Especializada, através dos números 3232-05215 e 3203-6085; através do disk denúncia registrado na Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, encaminhados à DEPI através de E- mail ou FAX; por meio do serviço prestado pela Secretaria da

Segurança Pública no número 181, da CODIMM; pelo registro de Boletim de Ocorrência na própria unidade policial ou nas demais delegacias distritais, estas responsáveis pelo encaminhamento à unidade especializada; através de requisição do Ministério Público ou do Juízo competente; por meio de notícia criminis ou requerimento da parte interessada; mediante representação da vítima ou de quem tenha qualidade para representa-lo nos casos que a lei penal exige esta peça como condição de procedibilidade para propositura da ação penal.

Diante das provas apresentadas no ato da denúncia, a autoridade policial procede a uma análise jurídica para formar a sua convicção sobre qual o procedimento de polícia judiciária a ser adotado. Havendo a presença dos indícios e materialidade da infração denunciada, e usando do seu poder discricionário poderá determinar imediatamente a instauração do Inquérito Policial ou Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO).

Quando tratar-se de denúncia anônima a autoridade policial procede a um despacho ordenativo, determinando a expedição de uma Ordem de Serviço ao setor de investigações para que uma equipe proceda a um prévio estudo social, comparecendo ao local indicado, onde deverá entrevistar a vítima e seus familiares. No final, o setor de investigações procederá à apresentação de um relatório circunstanciado sobre a veracidade ou não da denúncia anônima apresentada.

Após apresentar o relatório sobre a investigação preliminar, e havendo indícios e provas da materialidade e autoria do crime denunciado anonimamente, a autoridade policial procede à instauração do Inquérito Policial, através de Portaria, onde já determina o cumprimento de diligências que possam reforçar a prova colhida na investigação preliminar.

Há de convir, que quando não há indícios sobre a existência do crime denunciado anonimamente, a autoridade policial poderá proferir despacho de arquivamento das peças produzidas pelo Setor de Investigações. Havendo dúvidas no relatório apresentado, a autoridade policial poderá ainda proceder à oitiva da vítima e de seus familiares para que possa determinar o arquivamento do feito ou a instauração do procedimento de polícia judiciária que o caso venha a exigir. (TCO ou IP).

3.2 DA INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR – LEGITIMIDADE E EFICÁCIA.

A investigação preliminar é um procedimento de suma importância para a busca da verdade real sobre os fatos denunciados anonimamente. Embora alguns operadores do direito ignore a Investigação Preliminar sob o argumento de que o Código de Processo Penal não contempla este tipo de procedimento, a doutrina moderna defende a sua operacionalidade nos casos de denúncia anônimos ou quando não houver justa causa para imediata instauração do inquérito policial ou TCO.

Pelo que nos parece, não seria justo que todos os fatos denunciados à Polícia fossem investigados através do formalismo de um inquérito policial, o qual, depois de instaurado somente o Juiz poderá determinar o seu arquivamento, após ouvir o Ministério Público.

Ademais, é sabido que a metodologia adotada pela maioria das Delegacias de Polícia do Brasil, sempre foi no sentido de que antes da instauração do inquérito policial a autoridade policial deverá verificar a procedência das informações, conforme ordena o artigo 5º § 3º, da nossa Lei Adjetiva Penal. Isto é o que se faz em determinados casos que não apresentam justa causa para instauração imediata do inquérito policial e daí porque a legitimidade deste procedimento preliminar de investigação policial.

Esta metodologia tem como objetivo evitar que os inquéritos permaneçam tramitando entre a Polícia e o Ministério Público, em um momento em que todas as unidades policiais estão com dezenas de inquéritos paralisados devido à falta de Delegados e Escrivães.

Proceder à abertura de um inquérito sem indícios de autoria somente resulta em aumentar as estatísticas dos inquéritos sem solução, concorrendo para que os procedimentos permaneçam entre dezenas que já estão no verdadeiro:

“Vai e vem”, entre Ministério Público e Polícia Civil, e que a doutrina polícióloga vem nominando de “ping pong” ocupando toda máquina policial que já não conta com recursos humanos e materiais para atender a demanda da criminalidade e da violência que só tende a aumentar de forma assustadora em todos os recantos do Brasil”.

É sabido ainda, que no caso de pedido de arquivamento do Inquérito Policial instaurado sem justa causa, (sem os elementos suficientes para se chegar à autoria e materialidade de um crime) se utiliza - além do delegado e seus subalternos - o corpo instrutivo do Ministério Público e do Poder Judiciário, que já tem as suas metas delimitadas pelos Conselhos Nacional do Ministério Público e da Justiça, respectivamente.

Oportuno citar, também a título de exemplificação, que no âmbito interno da Polícia Federal, antes da instauração do Inquérito Policial está prevista a elaboração de uma espécie de sindicância, tendo como objetivo averiguar a procedência ou não de informações sobre infrações penais que são levadas ao conhecimento da autoridade policial sem melhores elementos quanto à materialidade e autoria de um suposto crime. Esta modalidade de investigação, na Polícia Federal, também se utiliza nas Delegacias desse Brasil afora e é feita de forma simples e sem formalidade, sendo que a pessoa que tiver de ser ouvida será chamada através de convite⁸.

O renomado Grego (2010, p. 51) defende com muita propriedade a investigação preliminar sob os seguintes argumentos:

Devemos ter em conta que o indiciamento de alguém, que não praticou qualquer infração penal, simplesmente pelo fato de ter sido denunciado anonimamente, ofende, frontalmente, sua dignidade. Um inquérito policial, ou mesmo uma ação penal proposta em face de um homem de bem, causa sequelas terríveis. Por isso, não podemos brincar com a justiça penal. Assim, não entendemos como possível a instauração de um inquérito policial baseada, tão somente, nas informações trazidas por aquele que as levou a efeito através do disque-denúncia. Poderá sim a autoridade policial, iniciar uma investigação preliminar, sem o formalismo exigido pelo inquérito policial para, somente após, verificada a procedência das informações, determinar sua abertura. (Grifo nosso).

No mesmo sentido se manifesta Nuncci (2004) para quem: "caso a autoridade tenha dúvida acerca da existência de alguma infração penal ou mesmo da autoria, poderá, no máximo, verificar direta, pessoalmente e informalmente se há viabilidade para instauração do Inquérito".

Nesse diapasão, as investigações que foram realizadas pela DEPI, nos casos denunciados anonimamente, e outros que não tinham precedência, foram todos arquivados de forma legal sem o formalismo do inquérito policial, de forma que as estatísticas que estão sendo divulgadas não têm a credibilidade merecida, eis que não se pode contar números referentes a fatos denunciados anonimamente que não ocorreram, ou que havia apenas suspeitas ou a pura imaginação dos denunciantes invisíveis.

3.3 DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

O Boletim de Ocorrência Policial é uma peça que instrui a portaria instauradora do inquérito policial. Antes da instauração do inquérito policial, havendo urgência ao atendimento à pessoa idosa, a autoridade poderá ouvir as partes denunciadas, e solicitar diretamente ao Juízo competente as medidas protetivas que venha a entender conveniente.

Tratando-se de crimes contra pessoa idosa, o Boletim de Ocorrência poderá ser registrado em qualquer unidade policial da capital, competindo ao respectivo delegado titular encaminhar o citado documento para a delegacia especializada, a qual adotará as medidas de sua competência.

Recomenda-se que no ato do registro do Boletim de Ocorrência a pessoa que faz a comunicação do fato deve arrolar testemunhas ou prova da materialidade e autoria do crime, sob pena de não ser possível à instauração imediata do procedimento de polícia judiciária, mas apenas com o registro. É preciso a apresentação dos indícios da autoria. Sem a apresentação de provas, a exemplo da denúncia anônima também se realiza uma investigação preliminar antes da instauração do Inquérito Policial.

3.4 DAS DENÚNCIAS ANÔNIMAS:

As denúncias anônimas são registradas, na sua maioria, através do disk 100, da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos da Presidência da República. A delegacia de Proteção em Pessoa Idosa também recebe

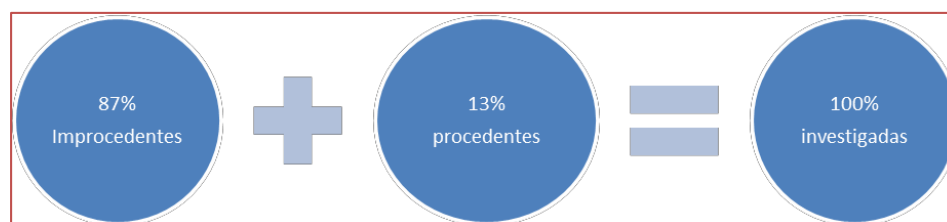
⁸ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=154576>.

denúncias anônimas. O denunciante não se identifica, mas todas elas são objetos de investigação preliminar. A DEPI também recebe denúncias que são registradas no disk 181, da CODIMM – Coordenadoria de Defesa do Idoso e das Mulheres e Minorias.

Pelo que se pode constatar no presente estudo de pesquisa, a maioria das denúncias anônimas não procedem. São fatos inexistentes que não exigem a instauração de um procedimento de polícia judiciária.

Importante esclarecer, que enquanto os números apontam que no Brasil há um total de 250,81 denúncias de crimes contra pessoa idosa para cada grupo de 100 mil habitantes, neste quadro o Rio Grande do Norte aparece atrás do Distrito Federal com 354,73 denúncias/100 mil habitantes, tomando-se como base os números de denúncias registradas no disque 100 da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, de modo que estes números não representa a verdade real sobre a maioria dos fatos que são objeto de investigação preliminar pela Delegacia Especializada, onde se constatou que 83% são denúncias sem procedência ou de fatos inexistentes ao ponto de não oferecer sequer suporte ou embasamento para a instauração de um inquérito policial.

Vejamos o quadro demonstrativo sobre as investigações procedidas pela DEPI que apresenta dados escondidos por trás dessas estatísticas oficiais:



3.5 QUEM SÃO OS DENUNCIANTES ANÔNIMOS?

- Membros da família, na maioria afastados através de medidas protetivas;
- Vizinhos que não se relacionam bem com a família do idoso e não tem acesso ao interior da casa para saber como o idoso é tratado;
- Presunção de maus tratos devido ao idoso gritar na hora do banho, principalmente os que sofrem de mal de Alzheimer;
- O parente do idoso que não recebe mesada da forma doada aos demais filhos;
- Presunção dos parentes, vizinhos ou amigos dos cuidadores pela compra de vestuário ou bens móveis - Se baseiam no que pensam e não apresentam provas;
- Contendas entre irmãos, filhos, sobrinhos e netos visando à divisão antecipada de bens.

Neste contexto, verifica-se que 87% das denúncias vazias é fruto de denúnciação

caluniosa e provocam notáveis prejuízos ao bom funcionamento dos órgãos de proteção ao idoso. Inclusive financeiro com a mão de obra dos servidores que poderiam atuar em outros casos de maior potencial ofensivo em curso na DEPI.

É, portanto, um tipo de denúncia que dificulta a exatidão das estatísticas sobre o verdadeiro índice de violência e criminalidade contra pessoa idosa, mormente quando estas denúncias são encaminhadas a vários órgãos que trabalham na prevenção dos delitos dessa natureza. As denúncias são encaminhadas à delegacia através de FAX ou E-mail, da mesma forma que são encaminhados a Promotoria Pública, aos órgãos da Prefeitura Municipal (CREAS) e demais unidades do interior do Estado, de maneira que não há um controle efetivo sobre o número exato de denúncias e o resultado dos estudos sociais ou investigações que são feitas fora do âmbito da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso – DEPI.

Daí a razão da inexatidão de dados reais sobre violência contra pessoa idosa no Estado do Rio Grande do Norte.

Esta falta de controle no recebimento e distribuição das denúncias provenientes da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos tem provocado notáveis atropelos no que diz respeito às estatísticas e instauração dos procedimentos de polícia judiciária. Isto porque, por muitas vezes, quando estas denúncias chegam à Delegacia Especializada, oriundas de um dos órgãos do Ministério Público ou da Prefeitura Municipal, a DEPI que

também já havia recebido a mesma denúncia, já tem feito a investigação preliminar e até mesmo instaurado o procedimento que o caso venha a exigir.

Nesta questão das concorrentes que buscam a verdade real sobre os fatos denunciados, ocorre que além da Delegacia Especializada proceder à investigação preliminar, com visitas e coleta de depoimentos, o corpo instrutivo do CREAS, do Ministério Público e da CODIMM, e mais recentemente da Defensoria Pública também procedem ao mesmo tipo de procedimento, com entrevistas, inquirições e outros tipos de diligências que, por vezes vem a constranger as pessoas idosas, seus familiares e os próprios policiais que caem na esteira do *bis in idem*.

3.6 DAS REQUISIÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO

A maior parte dos procedimentos que são instaurados na Delegacia de Proteção a Pessoa Idosa tem como base as requisições do Ministério Público. Porém, há de convir, que por muitas vezes se verifica que quando as requisições chegam à delegacia alguns dos fatos já tem sido apurado.

Há duplicidade de denúncias. Por vezes as partes procuram o Ministério Público e também a Delegacia do Idoso. Não há um controle central das denúncias. Inclusive das que são feitas de forma anônima e que precisam ser investigadas preliminarmente.

Outro fato que merece destaque, diz respeito a um elevado número de requisições da instauração de inquérito policial com base nos procedimentos adotados pelo Ministério Público, ainda não padronizados (Inquérito Civil, PIIC, Notícia de Fato e outros) que na sua maioria não apresentam elementos ou justa causa para imediata instauração de um inquérito policial, ou mesmo de um TCO, havendo algumas exceções por uma parte dos reis do parquet, que requisitam a realização de uma investigação preliminar e, se for o caso a instauração do procedimento policial que o caso venha a exigir.

3.7 DO INQUÉRITO POLICIAL

O inquérito policial é considerado como uma peça informativa que tem como objetivo oferecer ao Ministério Público a prova da materialidade e autoria de um crime para que seja proposta a ação penal e a devida aplicação das sanções cabíveis aos indiciados.

A instauração de um inquérito policial somente ocorrerá nas seguintes hipóteses: nos casos em que for constatado o estado de flagrante delito; de ofício quanto tratar-se de crime de natureza pública incondicionada, ou seja, quando a lei não exigir uma condição para a propositura de uma ação penal. Basta à autoridade policial tomar conhecimento do fato, deve ele apurar o ocorrido independentemente de provocação da vítima ou de seu representante legal. Bem como mediante requisição do Ministério Público ou do Juízo competente; a requerimento da parte interessada quando tratar-se de crime de ação privada; mediante representação da vítima ou de quem esteja legitimado a representá-lo; Havendo denúncias que podem resultar em flagrante delito, será expedido Ordem de Serviço para que uma equipe se desloque ao local para efetuar a prisão de quem achado em culpa, já dando início ao Inquérito Policial através do Auto de Prisão em Flagrante Delito.

Dependendo de outras provas, a autoridade baixa a Portaria instauradora, determinando as intimações necessárias e inquirições das testemunhas arroladas no Boletim de Ocorrência. No curso da apuração poderão ser realizadas outras diligências na busca da verdade real. Podem ser adotadas, entre outras, as seguintes medidas:

- Expedição de ordem de serviço determinando que uma equipe de policiais compareça ao endereço da vítima, a fim de arrolar testemunhas, entrevistar os familiares da vítima e buscar outros meios de provas;
- Encaminhamento da suposta vítima ao ITEP para realização do exame de corpo de delito quando a infração penal deixar vestígio e diga respeito aos crimes contra a integridade física do idoso;
- Requisitar informações junto ao INSS quando se tratar de desvio de proventos ou qualquer tipo de fraude que venha a caracterizar crime financeiro contra pessoa idosa;
- Comunicar ao Ministério Público a abertura do inquérito policial, podendo solicitar medidas protetivas urgentes que o caso venha a exigir;

Ainda no curso da apuração, poderão ser realizadas diversas diligências, inclusive a representação da prisão do investigado, busca e apreensão, quebras de sigilo bancário e fiscal e outras medidas cautelares visando à obtenção de provas da materialidade e autoria do crime denunciado.

Identificado o autor do crime, e havendo indícios sobre a materialidade do delito, deverá a autoridade policial proferir seu despacho de indiciamento, de forma fundamentada, conforme manda a Lei nº 12.830/2013.

No final será feito o relatório final sobre o que foi apurado, podendo ser adotadas outras medidas de proteção ao idoso ou quebra de sigilos.

3.8 DO TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA

Nos crimes praticados contra pessoa idosa cuja pena seja inferior a 2 (dois) anos será lavrado um Termo Circunstanciado de Ocorrência/TCO, Entretanto, a Delegacia Especializada em Proteção ao Idoso tem recebido diversas requisições do Ministério Público no sentido de ser instaurado Inquérito Policial em todos os casos que são denunciados junto a Promotoria Pública Especializada. Estas requisições nem sempre são atendidas, eis que estando presente os indícios da materialidade e autoria dos crimes cuja pena seja inferior a dois anos, todas as unidades policiais do Brasil adotam o procedimento previsto na Lei nº 9.999/2005, marcando audiência com as partes envolvidas, e testemunhas, lavrando-se, desta forma, o Termo Circunstanciado de Ocorrência.

Sendo um procedimento simplificado, a lavratura do Termo Circunstanciado de Ocorrência é uma peça única, contínua e conclusiva. Nela a autoridade policial toma a termo os depoimentos do denunciante ou condutor, procede à oitiva da vítima e por último faz a inquirição do Autor do Fato, remetendo, em seguida, ao Poder Judiciário para formalização do devido processo legal, e quando será usado o direito de defesa do acusado, inclusive com prévia audiência de conciliação para obtenção da transação penal cabível.

A polêmica maior surgiu com o Artigo 94, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) que disciplinava ser aplicável a Lei 9.099/95, quando a infração penal contra pessoa idosa fosse igual ou inferior a 4 (quatro) anos. Este dispositivo foi questionado pela doutrina e segundo o entendimento do STF – Supremo Tribunal Federal é de que o dispositivo legal deve ser interpretado em favor do seu específico destinatário – o próprio idoso – e não de quem lhe viole os seus direitos. Entendeu a Suprema Corte que os infratores não podem ser beneficiados com o artigo 94 do Estatuto do Idoso para poder ter acesso a benefícios despenalizados de direito material, como conciliação, transação penal, composição civil de danos ou conversão da pena⁵. Nesse passo, o Artigo 94, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), não alterou o conceito de infração de menor potencial ofensivo a que faz alusão às Leis nº 9.099/2005 e 10.259/2001, de sorte que, na parte do procedimento de polícia judiciária, quando a infração penal prevista no Estatuto do Idoso for igual ou inferior a 2 (dois anos) será lavrado o Termo Circunstanciado de Ocorrência. Tanto quando houver flagrante delito, quanto a ocorrência venha a necessitar de um prévio registro de ocorrência ou de uma antecipada investigação preliminar.

4 MÉTODO

A construção deste estudo teve como alicerce as pesquisas necessárias para detectar a verdadeira estatística acerca da criminalidade e violência contra pessoa idosa, notadamente a produtividade dos agentes de segurança pública que trabalham no serviço de prevenção e repressão aos crimes contra pessoas maiores de 60 (sessenta) anos, registrando-se ainda, os óbices que dificultam a operacionalidade do trabalho de polícia judiciária na única Delegacia de Proteção ao Idoso da capital do Estado.

Para tanto, se buscou as informações de caráter documentais junto aos arquivos dos livros e pastas da DEPI, bem assim foi obtido opiniões dos servidores que deram suporte técnico e fático ao alcance dos objetivos previstos no sentido de diagnosticar as razões dos números de registros de ocorrência que são divulgados não corresponder à veracidade dos fatos denunciados.

Em termos técnicos, as estatísticas policiais e demais dados coletados no presente estudo foi um passo fundamental para indicar as mudanças, e proporcionou a elaboração de um diagnóstico que contemple uma política de reforma no âmbito da Delegacia de Proteção à Pessoa Idosa, aumentando o seu quadro efetivo de pessoal, bem assim criando outras unidades especializadas na capital e no interior do Estado,

com um planejamento das ações e definição de metas que possam melhorar o atendimento, a prevenção e a repressão dos crimes contra a população idosa.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Antes de citar o resultado dos dados estatísticos, insta destacar que todas as informações sobre a produtividade da DEPI são encaminhadas para a Coordenadoria de Informações e Estatística da Secretaria da Defesa Social – COINE. Entretanto, se faz mister registrar que devido à falta de pessoal para trabalhar no serviço cartorário, a DEPI nem sempre alimenta o sistema enviando os dados estatísticos para a Coordenadoria de Informática, devido à falta de pessoal para atender a demanda.

O mesmo ocorre em relação a grande parte das Delegacias de Polícia desta capital que não obedecem às determinações superiores em enviar mensalmente as estatísticas de suas respectivas Unidades para o citado setor de armazenamento e controle de estatísticas.

Daí por que as estatísticas que são registradas na COINE, e repassadas para o Ministério da Justiça não serem confiáveis ou não merecer a adoção de políticas voltadas para a melhoria do sistema de prevenção e repressão aos crimes contra pessoa idosa.

É forçoso registrar, que os dados estatísticos são de grande importância para elaboração de planos estratégicos que possam controlar o índice de criminalidade e de violência contra pessoa idosa, bem como para que se possa ser adotada as políticas públicas de prevenção a este tipo de crime.

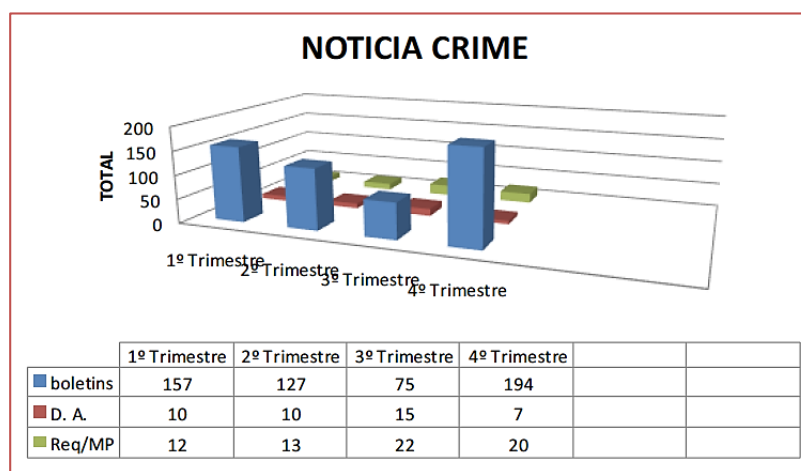
Apesar da deficiência de pessoal no quadro da Delegacia de Proteção a Pessoa Idosa da capital do Estado, somando-se ao fato das estatísticas oficiais mostrarem a disparidade entre o número de registro de ocorrências policiais e os casos que são apurados e remetidos à justiça serem insignificantes não significa dizer que a maioria dos casos não são investigados.

Segundo consta no sistema informatizado da DEPI, no ano de 2014, houve o atendimento aos 465 (quatrocentos e sessenta e cinco) boletins de ocorrência, além de 47 (quarenta e sete) requisições do Ministério Público e mais 55 (cinquenta e cinco) denúncias anônimas. Deste total foram instaurados 58 (cinquenta e oito) inquéritos policiais e 26 (vinte e seis) Termos Circunstanciado de Ocorrência. Isso não significa dizer que os casos de denúncias que não foram objeto da instauração de inquérito policial ou T.C.O não foram investigados. Há sim a investigação preliminar de todas as denúncias que são apresentadas.

Em relação ao ano de 2015, os fatos supostamente delituosos chegaram ao conhecimento da DEPI, através do registro de Boletim de Ocorrência, denúncia anônima e requisições do Ministério Público.

A título de ilustração, vejamos os números de denúncias formais e informais que foram registrados na DEPI, no ano de 2014, conforme pesquisas nos anais do cartorário da referida especializada:

Figura 1: notícia do crime



Fonte: DEPI - Livro de Registro de documentos recebidos e pasta de Boletins

Pelo que consta no quadro acima, o número de ocorrências registradas na DEPI através do Boletim de Ocorrência, das requisições do Ministério Público e bem assim das denúncias anônimas, totalizaram 662 (seiscentos e sessenta e duas) notícias criminais, todas devidamente investigadas. Tanto através dos Inquéritos policiais que foram instaurados, quanto por meio dos T.C Os. E bem como das Investigações Preliminares que resultaram em procedimentos apuratórios ou que foram arquivados pela total falta de justa causa para transformação em procedimento de polícia judiciária.

Importante acrescentar, que além do processo de apuração de infração penal, o serviço cartorário é responsável pelos registros de recebimento, tombamento, expedição de ofícios e memorandos, formalização e expedição de intimações e outras tarefas que sobrecarrega o serviço do escrivão, concorrendo para o não cumprimento dos prazos que são concedidos pelo Ministério Público para o cumprimento de diligências e conclusão dos inquéritos policiais.

Para que se possa avaliar melhor o desempenho dos policiais incumbidos de apurar todas as denúncias que chegam ao conhecimento da DEPI, segundo dados fornecidos pela COINE – Coordenadoria de Informática da DEGEVOL, somente no ano de 2014, foi procedido a oitiva de 361 (trezentos e sessenta e uma) pessoas, o que representa mais de 50% do número dos supostos crimes que foram noticiados junto aquela unidade especializada.

Por oportuno, vejamos os dados estatísticos referentes à movimentação cartorária da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso da capital potiguar nos anos de 2013 e 2014, in verbis:

ANO 2013

1) Foram expedidos:

- 224 (duzentos e vinte e quatro) Ofícios;
- 440 (quatrocentos e quarenta) intimações;
- 130 (cento e trinta) Memorandos;

2) Foi procedida a oitiva de 458 (quatrocentos e cinquenta e oito) pessoas, incluindo-se vítimas, testemunhas e investigados.

3) Foram registrados 465 (quatrocentos e sessenta e cinco) Boletins de Ocorrência;

4) Houve a instauração dos seguintes procedimentos investigatórios e de polícia judiciária:

- 58 (cinquenta e oito) inquéritos policiais, mediante Portaria. Alguns de ofício, outros por requisições do Ministério Público;
- 26 (vinte e seis) Termo Circunstanciado de Ocorrência -T.C.O.;
- Dezenas de Investigações Preliminares referentes às denúncias anônimas e registro de Boletins de Ocorrência que foram registrados nos anos de 2012 e 2013. Algumas foram transformadas em Inquéritos Policiais outras arquivadas e ainda umas em andamento. Ressalte-se que o motivo que dificulta a obtenção, com precisão, de um número exato das investigações preliminares foi o fato de não haver um serviço informatizado no cartório, sendo preciso verificar alguns procedimentos que estavam em pastas, outros ainda em andamento junto ao setor de investigações e muitos outros aguardando relatório do setor de investigações.

ANO 2014

5) Foram expedidos:

- 172 (cento e setenta e dois) Ofícios;
- 87 (oitenta e sete) intimações;
- 071 (setenta e um). Memorandos;

6) Foi procedida a oitiva de 361 (trezentos e sessenta e uma) pessoas, incluindo-se vítimas, testemunhas e investigados.

7) Foram registrados 553 (quinhentos e cinquenta e três) Boletins de Ocorrência;

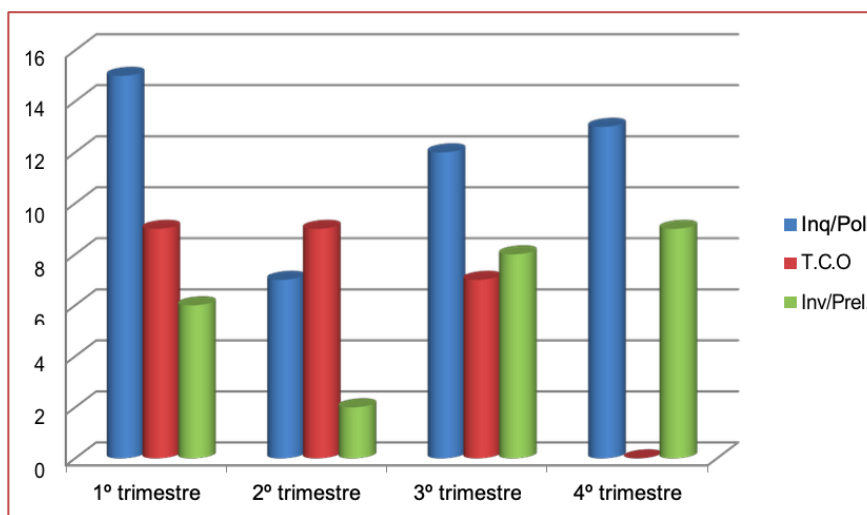
8) Houve a instauração dos seguintes procedimentos investigatórios e de polícia judiciária:

- 48 (quarenta e oito) inquéritos policiais, mediante Portaria. Alguns de ofício, outros por requisições do Ministério Público;
- 25 (vinte e cinco) Termos Circunstanciado de Ocorrência -T.C.O.;

Apesar do cartório haver informado à COINE que neste ano houve a tramitação de 25 (vinte e cinco) procedimentos de investigação preliminar, há no cartório dezenas de Averiguações Preliminares referentes às denúncias anônimas e registro de Boletins de Ocorrência que foram registrados nos anos de 2012 e 2013 que continuam em andamento. Ou seja, em 2014 se investiga preliminarmente os registros dos anos anteriores e os do mesmo ano. Algumas foram transformadas em Inquéritos Policiais outras arquivadas e ainda outras em andamento. Ressalte-se que o motivo que dificulta a obtenção com precisão, de um número exato das investigações preliminares foi o fato de não haver um serviço informatizado no cartório, sendo preciso verificar alguns procedimentos que estavam em pastas, outros ainda em andamento junto ao setor de investigações e muitos outros aguardando relatório do referido setor de investigações.

Observe, em gráfico, a produtividade trimestral da Delegacia Especializada de Proteção à Pessoa Idosa – DEPI, referente aos inquéritos instaurados, TCO – Termo Circunstanciado de Ocorrência e Investigação Preliminar no ano de 2014, de acordo com as informações fornecidas pela COINE – Coordenadoria de Informática e Estatística da Polícia Civil:

Figura 02 - Estatística 2014



Fonte: COINE – Coordenadoria de Informática e Estatística da Polícia Civil

Estes dados fornecidos pela COINE, não são confiáveis. Uma porque o único escrivão da DEPI não teve como proceder às devidas pesquisas sobre o exorbitante número de investigações preliminares que tramita naquela delegacia e que não foi concluído devido à falta de recursos humanos e materiais. Outra em razão de somente ter sido fornecidos os casos que foram encerrados, com relatórios que pode ter sido transformado em inquérito policial ou T.C.O.

Em suma, pode-se constatar que em razão do exorbitante número de Investigações Preliminares que estão em andamento na DEPI, sem a devida conclusão, o número insignificante que foi contabilizado diz respeito aos casos que foram investigados, transformados em procedimentos apuratórios ou arquivados por falta de provas.

Em análise aos procedimentos de polícia judiciária que foram instaurados pela DEPI, insta destacar alguns fatos que apesar das denúncias no sentido de que os idosos sofriam de diversos tipos de maus tratos e abuso de ordem financeira, não houve os indiciamentos dos denunciados devido à ausência do elemento subjetivo (dolo) do tipo legal previsto no Estatuto do Idoso.

Vê-se, em alguns casos investigados pela DEPI, que os órgãos de proteção à pessoa idosa, especialmente os entes públicos, não vem cumprindo com o seu dever constitucional de concomitantemente junto com os

familiares e cuidadores dos idosos, prestarem a assistência que a população mais carente precisa para uma boa qualidade de vida. A maioria dos idosos fica à mercê de um salário mínimo para sua manutenção e da família.

A respeito da responsabilidade conjunta de todos os seguimentos da sociedade brasileira, dispõe o Art. 230, da Constituição Federal Brasileira de 1988, “que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantindo-lhes o direito à vida”. (CF, 1988).

Neste aspecto de ordem constitucional, não se pode responsabilizar criminalmente ou civilmente somente o parente ou cuidador voluntário das pessoas idosas que sofrem de supostos maus tratos devido à omissão ou violência institucional. Responsabilizar apenas os mais fracos seria ferir os princípios da igualdade, da proporcionalidade e da razoabilidade, em total desacordo com o bom senso, daquilo que é normal e humano.

É forçoso fazer constar, que embora os movimentos e políticas sociais tenham evoluído nos últimos anos, voltados para a defesa dos direitos da pessoa idosa, na prática ainda é preciso operacionalizar medidas preventivas de assistência aos que são considerados carentes que, na maioria recebem apenas menos de um salário mínimo e não podem reger sua pessoa, ter uma alimentação saudável e uma boa qualidade de vida. Estes idosos são os que mais têm os seus direitos violados.

A título de exemplificação, destacamos um dos casos em que o idoso era realmente vítima de supostos crimes. Maus-tratos, cárcere privado e outros delitos previstos na Lei nº 10.741/2003, mas que as pessoas denunciadas, na maioria cuidadores, não estavam agindo de má-fé, ou dolosamente. Há casos em que os cuidadores eram mais vítimas da situação do que os próprios idosos, de forma que não poderiam ser responsabilizados criminalmente. Neste caso, não poderíamos sequer indiciar os filhos da vítima. Vejamos:

Inquérito Policial nº 50/2013/DEPI Vítima: I. DOS SANTOS

Investigado: P. L. DOS SANTOS (Filho)

Fato denunciado: Segundo Boletim de Ocorrência o idoso residia com o filho P. DOS SANTOS, embora tivesse outros filhos. O idoso sofria de diabete e em consequência já havia amputado as duas pernas e perdido totalmente a visão dos olhos. Recebia apenas um benefício do INSS da ordem de um salário mínimo que não dava sequer para comprar os remédios. O filho deixava o idoso sozinho durante todo o dia porque precisava trabalhar para se manter e ajudar a manutenção do idoso e dele próprio. Outro filho, de nome I. DOS SANTOS, residia próximo a casa do idoso, mas também trabalhava e apenas visitava o mesmo. Sendo inquirido pela autoridade policial acerca da morte do seu pai, I. DOS SANTOS respondeu:

QUE, o declarante é filho do Sr. IV DOS SANTOS, sendo ainda filhos as pessoas de M. P. S, F. P. S e P. L. P.; [...] Que o irmão do declarante, de nome P. L.S. era quem residia com o idoso, entretanto, o mesmo trabalhava e em razão do idoso não se adaptar com outras pessoas, o mesmo ficava sozinho, mas sempre recebendo o apoio do filho na hora da alimentação; QUE o idoso era uma pessoa que não queria morar com ninguém, sendo de difícil relacionamento; [...] QUE o idoso ingeria muita bebida e deu muito trabalho, sendo uma pessoa que judiava muito com os animais, inclusive por ser machante, os gatos que apareciam a fim de comer as carnes que ele guardava em casa, ele matava todos, usando de perversidade, chegando a cegar os gatos; QUE seu pai também quebrava as pernas dos animais por perversidade; QUE no dia em que o idoso faleceu o declarante recebeu um telefonema de sua sogra dizendo que seu pai estava passando mal e que o mesmo fosse até lá, dizendo ela que seu irmão P.L.C acabava de chegar em casa; QUE logo em seguida a sogra do declarante ligou dizendo que o seu pai havia falecido; QUE quando P.L.C chegou em casa, o idoso ainda estava com vida, tendo falecido por volta das 17:30 horas quando a SAMU lá já estava para prestar socorro ao mesmo e constatou o óbito; QUE antes do falecimento do idoso, P.L.C. procurou o declarante dizendo ele que não estava mais agüentando cuidar do seu pai, pois além de trabalhar tinha que dar banho no mesmo

e cuidar da alimentação, dizendo ele que iria procurar os órgãos de proteção a pessoa idosa para pedir ajuda; QUE P. procurou esta delegacia e a Promotoria do idoso, mas ninguém apareceu para conseguir um abrigo para o mesmo”. (o grifo é nosso).

Para uma melhor análise quanto a esta questão dos filhos não terem condições financeira de manter os pais com uma boa qualidade de vida, vê-se no caso acima destacado que se de um lado a família falhou, porque os filhos precisavam trabalhar para sobreviver, por outro lado os órgãos estatais não chegaram a tempo de socorrer o idoso que foi vítima do desprezo e da falta de cuidados especiais, em um Estado que não dispõe sequer de uma casa de permanência para casos desta natureza, onde o idoso, sem as duas pernas, e cego, vivia completamente abandonado.

5.1.1 DO CONFLITO DE ATRIBUIÇÕES SUSCITADO PELA DEPI

Importante acrescentar, por relevante, que desde a sua criação, a Delegacia de Proteção à Pessoa Idosa vem enfrentando a séria questão dos conflitos de atribuições entre algumas Delegacias Especializadas. Com mais frequência com a Delegacia Especializada de Assistência a Mulher – DEAM, cujos delegados entendem que os casos de violência doméstica, previstos na Lei nº 11.360/2006 (Lei Maria da Penha) são de competência da DEPI.

Sobre esta questão do conflito de atribuições, insta esclarecer que no direito administrativo o termo “competência” representa um dos requisitos do ato administrativo, sendo objeto de delegação ou avocação, desde que não se trata de competência conferida a determinado órgão ou agente, com exclusividade, pela Lei. Já o termo “competência” da Polícia Civil deve ser conceituado como “atribuições” para atuar em determinada área geográfica que, no seu sentido técnico denomina-se de “circunscrição” policial, delimitado mediante normas de organização do Estado.

É bom lembrar, que não obstante as disposições sobre competência das autoridades policiais (Arts. 4º, 22, 290 e 308 do Código de Processo Penal), têm-se entendido que não são declarados nulos os atos do Delegado de Polícia e seus agentes quando praticados fora das respectivas circunscrições, ainda que se trate de prisão em flagrante, pois, não exercendo a polícia atividade jurisdicional, não se submete ela a “competência jurisdicional”ratine loci (RT, 531/364, 542/315).

Pelas discussões que já foram feitas, com emissão de Parecer e minuta de decreto, esta questão dos conflitos de atribuições entre as unidades policiais, que vem constringendo os policiais militares e as vítimas que precisam de um atendimento mais célere, somente deverá ser solucionada de forma definitiva quando houver alteração nos Decretos que criaram a DEPI, a DEAM, DEA e outras unidades cujas atribuições se conflitam entre si, gerando um clima de insatisfação para todos aqueles usuários da Delegacia Especializada de Proteção à Pessoa Idosa que precisam de um atendimento imediato, sem atropelos ou constringimento, inclusive aquelas pessoas idosas que não podem ficar procurando qual a unidade que possa prestar-lhe um imediato atendimento.

6 REFLEXÕES FINAIS

O presente artigo veio a apontar a falta de recursos humanos e materiais para atender a demanda inerente ao elevado número de denúncias que são apresentadas na Delegacia de Proteção à Pessoa Idosa da capital potiguar, mostrando que apesar dos movimentos sociais em defesa da pessoa idosa, ainda há muito que se fazer para garantir a integridade física e psíquica das pessoas a partir de 60 anos de idade.

Conclui-se ainda, que o legislador sempre é muito bem aplaudido quando aprova uma lei que tem a sua essência voltada para a proteção da pessoa idosa, não sabendo a sociedade que o poder executivo nunca dispõe de recursos humanos e material para poder cumprir os mandamentos da legislação. Não há na capital do Estado do Rio Grande do Norte e nos demais entes federados um número de policiais que possam atender a demanda da violência e da criminalidade contra pessoa idosa.

Além de somente haver uma delegacia de proteção a pessoa idosa que tem os seus limites de atuação na capital do Estado, sendo também a única em todo Rio Grande do Norte, não há nela uma equipe multidisciplinar que possa acompanhar os problemas que afligem as pessoas maiores de 60 anos de idade.

A maioria da população idosa é carente e não dispõe de recursos para pagar a uma cuidadora ou enfermeira. As casas de permanência, denominadas de “Abrigo” estão lotadas e não atendem mais a

demanda, o que obriga o idoso a permanecer com os filhos ou netos, na maioria sem condições financeira de manter a sua própria família.

Com isso, surgem os problemas de ordem financeira, desnutrição que na dicção dos menos esclarecidos se diz “maus tratos”, e outros tipos de violência institucional decorrente da falta de amparo por parte do poder público. Uma violência silenciosa que, conforme se constatou nas apurações dos fatos denunciados, não decorre da ação dolosa dos responsáveis ou cuidadores dos idosos, mas tão só pela falta de assistência social, ausência de uma boa assistência médico-hospitalar e demais garantias e direitos que são violados pelos órgãos gestores da Administração Pública em geral.

Destarte, se vislumbrou nas peças instrutivas de alguns inquéritos policiais, que em razão do insignificante valor de um salário mínimo que os idosos recebem, muitos deles para manter a si próprio e a sua família, não lhe proporciona condições de uma vida melhor, com uma boa alimentação, medicação que todo idoso precisa, lazer e outros direitos que são violados em razão da ausência do Estado.

Nos casos relatados pela DEPI, aqui transcritos, verificamos que na sua maioria os investigados também foram vítimas da ausência dos órgãos de proteção a pessoa idosa. E quando não há prevenção, com assistência médica e uma boa alimentação surge as denúncias de todo lado. Dos vizinhos, dos parentes mais distantes, que desconhecem a realidade e dos próprios assistentes sociais que visitam, entrevistam, detectam os problemas, mas não observam que as causas que resultam naquela caótica situação vieram de forma silenciosa e que chamamos de violência institucional.

Finalmente, este artigo contribuiu também para esclarecer a real e confiável estatística de denúncias procedentes e improcedentes sobre violência e criminalidade contra pessoa idosa na capital potiguar, contrariando a divulgação, através da mídia nacional no sentido de que Natal se apresenta como a capital onde há um dos maiores índices de crimes contra pessoa idosa, pois, como sabemos, uma coisa é apresentar uma denúncia anônima, outra é provar que o crime denunciado realmente ocorre.

Em suma, para que a Polícia Civil e o Ministério Público possam operacionalizar o mecanismo de prevenção e repressão aos crimes contra pessoa idosa, previstos na Lei nº 10.741/2003, torna-se necessários um melhor empenho dos órgãos de defesa social, com a participação do Estado, Município e União, oferecendo aos idosos uma melhor qualidade de vida, fornecendo assistência médico-hospitalar, internação em casa de permanência, e outros que ora este estudo sugere, tais como:

- Criação de uma Central para o recebimento, controle, avaliação e distribuição das denúncias anônimas que são encaminhadas pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos da Presidência da República, evitando que vários órgãos de defesa da pessoa idosa procedam a estudo social ou investigação de forma concomitante com a Delegacia Especializada;
- Intervenção do Estado do Rio Grande do Norte na questão da assistência as pessoas idosas, criando hospital especializado e casa de permanência, haja vista que não há sequer um órgão estatal de amparo ao idoso neste sentido;
- Criação de outra Delegacia de Proteção a Pessoa Idosa na Zona Norte da cidade, com um melhor efetivo e recursos materiais que possam atender a demanda criminal da capital;
- Criação de delegacias especializadas nas cidades de Mossoró e Caicó/RN, Parnamirim/RN e demais cidades do interior, inclusive onde já existe Delegacia da Mulher;
- Maior interação entre a Polícia e o Ministério Público, com reuniões periódicas visando aperfeiçoar o trabalho de prevenção e repressão aos crimes contra pessoa idosa;
- Criação de uma equipe multidisciplinar na Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, com médicos especialistas, psicólogos, psiquiatra e assistente social;
- Criação de curso para cuidadores de idoso, dando preferência aos parentes mais próximos, firmando convênio com Universidades;
- Aumento do efetivo de pessoal para a DEPI, com mais 10 (dez) agentes, 1 (um) escrivão e 1 (um) delegado.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL, CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DO. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- [2] BRASIL, Código de Processo Penal. DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
- [3] BRASIL, Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso. LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE
- [4] 2003. (Vide Decreto nº 6.214, de 2007). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- [5] BRASIL, Lei nº 12.830/2013, regula a atividade de polícia judiciária. Dispõe sobre a investigação criminal conduzida pelo delegado de polícia. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12830.htm
- [6] BOTH, Agostinho, Gerontologia, educação e Longevidade. SP: imperial, 2001.
- [7] CARTÓRIO. Estatísticas da Delegacia Especializada de Proteção à Pessoa Idosa-DEPI, 2014.
- [8] GREGO, Rogério, Curso de Direito Penal, Ed. Rev. Ampl. e atual – 2010.
- [9] MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE
- [10] PÚBLICA. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf
- [11] NERI, Anita Libalesco (org). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 2ed. Campinas, SP: editora Alínea, 2011.
- [12] NUCCI, Guilherme de Souza, Código de Processo Penal, 4 ed. SP, Ed. RT 2004.
- [13] KRUEGER, P.; PATTERSON, C. The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Self-Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. Canadian Medical Association Journal, n.157, p. 1095- 100, 1997.

Capítulo 16

Perfil de agressores que cometem violência contra a pessoa idosa em um município do interior do Estado de Pernambuco.

Mariana Batista da Silva

Aline Silva Florêncio

Beatriz Santiago Guerra

Gabriela Oliveira Cavalcante

Italo Rocemberg de Moura Xavier

José Felipe Gomes

Hérica Tavares Milhomen

Raissa Wiviane Nunes dos Santos Sousa

Laryssa Grazielle Feitosa Lopes

Resumo: Introdução: O envelhecimento é um processo orgânico, natural, gradual e irreversível, no qual ocorrem transformações ao longo da vida. Trata-se de um período complexo, heterogêneo e que está atrelado a diversos fatores, desde genéticos, à qualidade de vida. Um imbróglio que permeia essa fase de vida é a ação de violência, na macro consolidação da saúde coletiva a violência não é uma sucessão inata e sim um acontecimento labiríntico passível de ações de prevenção onde sua interpelação necessita de foco sistêmico- ecológico e que abrange de forma holística a sociedade, as políticas e a geração de medidas para enfrentamento de tal problema. Como suporte para os idosos, algumas políticas públicas vem sendo criadas e efetuadas, porém há uma certa fragilidade na realização das mesmas, por muitas vezes não dialogarem. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. A área do estudo foi a cidade de Caruaru, localizada no estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do país. A população do estudo consistiu na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), através do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos e/ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a julho de 2015. Resultados e Discussões: No estudo temos o perfil dos praticantes da violência contra a pessoa idosa. Através dele verifica-se que as informações sobre o agressor são bastante faltantes. Na variável vínculo do agressor houve informação de apenas 42 casos dos 231 notificados (apenas 18,2%) e, dos que continham informações, a maioria apresentava o filho como agressor (47,6%). Quanto ao sexo do autor, estavam sem informação ou ignorado 78,4% dos casos notificados e 17,3% foram cometidos por pessoa do sexo masculino. Acerca da possibilidade do agressor ter ingerido álcool momento antes da agressão, a maioria não tinha ingerido qualquer bebida alcoólica (52,8%). No que se alia ao primeiro dado, no Brasil, de 626 notificações de violência realizada contra idosos, analisados em um serviço de saúde de referência, cerca de 338 foram realizados pelos filhos e o cenário de tal ato era a residência. Algumas pesquisas afirmam que o agressor substancial é o próprio filho do sexo masculino, seguido das filhas e, em quantitativo pouco menor, o cônjuge, o que vem a pactuar diretamente com a realidade da nossa pesquisa. Conclusão: As notificações de violência contra a população idosa precisam ser realizadas, como forma de entender esses dados e números e garantir que políticas de saúde já criadas passem a atuar mais diretamente com o objetivo de cessar essa prática tão prevalente na população brasileira. Cabe também aos profissionais de saúde alertarem-se quanto a prática desta atividade em ambiente doméstico, sobretudo quando há acompanhamento domiciliar.

Palavras-Chave: Violência; Idoso; Agressor.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo orgânico, natural, gradual e irreversível, no qual ocorrem transformações ao longo da vida. Trata-se de um período complexo, heterogêneo e que está atrelado a diversos fatores, desde genéticos, à qualidade de vida, educação e ambiente em que o indivíduo vive desempenhando as suas atividades (OLIVEIRA,2010).

Vale ressaltar que: O período de 1975 a 2025 deve ser conhecido como a era do envelhecimento. Tal processo se encontra mais veloz nos países em desenvolvimento, e atinge crescimento de 123%, enquanto que em países desenvolvidos o valor observado foi de 54% (ONU,2002).

Um imbróglio que permeia essa fase de vida é a ação de violência, na macro consolidação da saúde coletiva a violência não é uma sucessão inata e sim um acontecimento labiríntico passível de ações de prevenção onde sua interpelação necessita de foco sistêmico- ecológico e que abrange de forma holística a sociedade, as políticas e a geração de medidas para enfrentamento de tal problema. Como suporte para os idosos, algumas políticas públicas vem sendo criadas e efetuadas, porém há uma certa fragilidade na realização das mesmas, por muitas vezes não dialogarem (CAVALCANTI; SOUZA, 2010; OLIVEIRA et al, 2014).

O Estatuto do idoso deve ser base e alicerce para subsidiar os problemas descritos acima, quando infere que os filhos atuam diretamente em violência contra os pais de idade avançada, o estatuto impõe que a família seja o responsável pelos cuidados dos membros idosos (BRASIL,2003).

Estudos que tratem de violência contra a população idosa se faz necessário para que haja uma maior consolidação dessas informações e conhecimentos, logo, saber qual perfil do agressor assim como suas ações é de fundamental importância para se empoderar deste ato, comum e presente nesta faixa etária.

2. METODOLOGIA.

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Estudos transversais, ou de corte transversal. Estudos transversais tem por finalidade elaborar *instantâneos* da situação de uma determinada população, destacamos como vantagens o baixo custo e excelente poder descritivo, pela clareza analítica (SITTA, et al, 2010).A área do estudo foi a cidade de Caruaru, localizada no estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do país. Faz parte da mesorregião do agreste Pernambucano e da microrregião do Vale do Ipojuca, localiza-se a oeste da capital do Estado.

A população do estudo consistiu na totalidade dos dados obtidos/notificados de casos suspeitos ou confirmados, a partir do Sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), através do consolidado das fichas de notificação dos indivíduos com idade de 60 anos e/ou mais, que sofreram violência no período de 2009 a julho de 2015.

Para análise dos dados foram tabuladas as informações acerca da violência contra o idoso na cidade de Caruaru-PE de 2009 a julho de 2015 na planilha eletrônica Microsoft Excel. Para avaliar o perfil do agressor, calculou-se as frequências percentuais e foram construídas as distribuições de frequência dos casos de violência dentre os casos notificados de 2009 a 2015 (Jul).

A Secretaria Municipal de Caruaru também fez parte do cenário do estudo, uma vez que, as informações foram obtidas por meio de um sistema de informação e notificação, fornecido pela referida Secretaria e teve sua realização autorizada, por meio da liberação da carta de anuência.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES.

Na tabela abaixo temos o perfil dos praticantes da violência contra a pessoa idosa. Através dela verifica-se que as informações sobre o agressor são bastante faltantes. Na variável vínculo do agressor houve informação de apenas 42 casos dos 231 notificados (apenas 18,2%) e, dos que continham informações, a maioria apresentava o filho como agressor (47,6%). Quanto ao sexo do autor, estavam sem informação ou ignorado 78,4% dos casos notificados e 17,3% foram cometidos por pessoa do sexo masculino. Acerca da possibilidade do agressor ter ingerido álcool momento antes da agressão, a maioria não tinha ingerido qualquer bebida alcoólica (52,8%). É importantesalientar que neste fator houve também uma grande perda de informação (42,0% de ignorado ou branco) indicando uma alta subnotificação das informações acerca do agressor.

Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p -valor $< 0,001$ para ambos), indicando que existe nível da variável em estudo com frequência relevantemente maior. Além disso, houve interseções dos intervalos de confiança nos fatores: vínculo do agressor e suspeita de uso de álcool, indicando que alguns dos níveis destes fatores possuem prevalência idêntica.

O estudo mostrou que os filhos são os que mais agredem os idosos (47,6%), seguidos de cônjuge (16,7%). O que demonstra que as famílias não estão preparadas para darem suporte aos idosos, não possuindo estruturas necessárias para cuidar e se relacionar com os mesmos e ainda reforçando o sentimento de superioridade dos mais jovens sobre os mais velhos e que, muitas vezes, ganha sustento pelo silêncio da própria família (PINHEL, 2011; MARTINS, 2013).

No que se alia ao primeiro dado, no Brasil, de 626 notificações de violência realizada contra idosos, analisados em um serviço de saúde de referência, cerca de 338 foram realizados pelos filhos e o cenário de tal ato era a residência (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

O que infere que dentro de casa é onde ocorre, em grande número, a violência contra o idoso. Algumas pesquisas afirmam que o agressor substancial é o próprio filho do sexo masculino, seguido das filhas e, em quantitativo pouco menor, o cônjuge, o que vem a pactuar diretamente com a realidade da nossa pesquisa (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007; MINAYO, 2003). Com relação ao sexo do agressor (79,7%) foram ignorados/branco, dificultando a real caracterização, seguido do sexo masculino (17,3%), sendo este então mais notificado que o feminino (3,0%) o que vem convergir com o supracitado.

Um estudo realizado em Recife, sobre violência doméstica contra idosos, trouxe que o grau de parentesco dos agressores foi predominantemente os filhos (46,15%). Um fato diferente, é que a maioria dos agressores fazia uso de bebidas alcólicas. Sabe-se que o uso de álcool e drogas atua diretamente em tal temática, sendo um fator potencializador de agressividade e maus tratos, o que vem diferir deste estudo, onde a maioria dos agressores não faz uso de álcool (52,8%) em contrapartida a tal afirmação 42% das notificações, no que se refere ao consumo do agressor foram respondidas como ignorado/branco (SILVA; DIAS, 2015).

Logo após maior notificação dos filhos como agressor, segue os cônjuges (16,7%) como responsáveis por gerar violências aos idosos, contudo é primordial entender a diferença entre um conflito conjugal que é algo comum a toda relação, que pode ter como produto transformações na vida dos envolvidos e a violência, seria a maneira de resposta ao conflito, sendo ou não adotada pelo casal (BOLZE et al, 2011).

A violência conjugal passou a ter uma visibilidade mais sólida e holística na década de 90, quando percebeu ser utopia inferir apenas o homem como sendo o agressor e a mulher sempre no papel de vítima. Ainda hoje, dialogar sobre vínculo de violência conjugal, sendo o homem vítima, é algo incomum, principalmente por se tratar de um assunto subjetivo, e que, atrelado a ele, perpassa questões de diversas gêneses, como por exemplo: humor, traços de personalidades, crenças, e ainda diferenças na configuração familiar atual (CESARIO; LOURENÇO, 2013). Quando se trata de idosos, a temática torna-se mais escassa ainda.

Tabela 3. perfil do praticante de violência contra a pessoa idosa na cidade de Caruaru-Pe.

Fator avaliado	Total	%	IC(95%)	p-valor ¹
Vínculo do agressor				
Conjuge	7	16,7	8,3 - 30,6	
Filho (a)	20	47,6	33,4 - 62,3	
Amigos(as)	3	7,1	2,5 - 19,0	<0,001
Desconhecido (a)	6	14,3	6,7 - 2,8	
Própria pessoa	6	14,3	6,7 - 27,8	
Sexo do autor				
Ignorado/Branco	184	79,7	74,0 - 84,3	
Masculino	40	17,3	13,0 - 22,7	<0,001
Feminino	7	3,0	1,5 - 6,1	
Suspeita de uso de álcool				
Ign/Branco	97	42,0	35,8 - 48,4	
Sim	12	5,2	3,0 - 8,9	<0,001
Não	122	52,8	46,4 - 59,2	

Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05.

Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado.

4-CONCLUSÃO.

As notificações de violência contra a população idosa precisam ser realizadas, como forma de entender esses dados e números e garantir que políticas de saúde já criadas passem a atuar mais diretamente com o objetivo de cessar essa prática tão prevalente na população brasileira. Cabe também aos profissionais de saúde alertarem-se quanto a prática desta atividade em ambiente doméstico, sobretudo quando há acompanhamento domiciliar.

É perceptível que as pesquisas sobre o processo de notificação de violência contra a pessoa idosa ainda são incipientes, sendo esta população vulnerável e vítima em grande número, inferindo que a subnotificação se faz presente, tanto pelo próprio desconhecimento da população e por muitas vezes deficiência na formação dos profissionais de saúde assim como da dificuldade de gerar e/ou reconhecer o acontecido, ou mesmo, medo de atuação e registro. Sendo assim, se faz necessário um maior investimento e educação continuada tanto no processo de reconhecer a violência sofrida por esta população quanto na verídica autonomia de notificar casos suspeitos ou reais de violência.

Outro ponto que merece ser enfatizado é a não preparação e adequação dos espaços de saúde para ofertar uma assistência com uma qualidade mínima a essas vítimas, que como mostram dados estatísticos, crescem cotidianamente.

REFERÊNCIAS.

- [1] Brasil. Lei Federal Nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- [2] Bolze, S.D.A et al. Conflito conjugal: uma revisão da Produção Científica Brasileira. Pensando Famílias, Ce Latino americano e do Caribe. v. 15, n. 3, p. 101-12, 2011.
- [3] Cavalcanti, M.L.T.; Souza, E.R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Rev Ciência & Saúde Coletiva. v.15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.
- [4] Cezario, A.C.F.; Lourenço, L.M. Violência conjugal contra o homem: uma análise bibliométrica. Revista Interinstitucional de Psicologia. v.6, n.1, p. 144-156, jan-jun 2013.
- [5] Gaioli, C.C.L.O. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-am Enfermagem. v. 16, n.3, p. 465-470, mai-jun 2008.
- [6] Martins, M.B. Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosos no contexto familiar. Bol. Infor. Unimotrisaúde em Sociogerontologia. v. 3, n. 1, p.09-16, 2013.
- [7] Minayo, M.C.S. Violência contra o idoso: relevância para um velho problema. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.
- [8] Oliveira, A.D. et al. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. Rev Kairós. v. 17, n.2, p.91-103, jun 2014.
- [9] Oliveira, B. Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto: Livpsic, 2010.
- [10] Organização das Nações Unidas – ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre o envejecimiento. Madrid. 2002. Disponível em: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
- [11] Pinhel, M. J. J. M. A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar, 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Social)- Bragança : Inst. Politécnico de Bragança, Bragança; 2011.
- [12] Silva, C.F.S.; DIAS, C.M.S.B. Violência doméstica contra idosos na cidade do Recife Quem são os agressores?. Investigação Qualitativa em Saúde- Recife. v. 19, n.3, p.104-107, 2015.
- [13] Souza, J.A.V.; Freitas, M.C.; Queiroz, T.A. Violência contra o idoso: análise documental. Rev Bras Enferm. v. 60, n.3, p. 268-272, 2007.

Capítulo 17

Visibilidade do idoso em situação de rua ao obituar

Amauri dos Santos Araújo

Isabel Comasseto

Maria Elizabete Rodrigues Viana

Maria Willianne Alves do Nascimento

Nathália Comasseto

Resumo: Esse estudo tem como objetivo avaliar as características de pessoas idosas em situação de rua frente ao obituar. O crescimento da população idosa na rua está relacionado a exclusão social, a crise financeira vivenciada no mundo, existindo inúmeros desafios a serem enfrentados cotidianamente. Essa população vive em situação de extrema pobreza, com vulnerabilidades e múltiplos fatores, incluindo a exposição à violência e à criminalidade, morbidade, acesso precário a serviços sociais e de saúde e baixa expectativa de vida, o que favorece a um óbito precoce e muitas vezes sem garantia de acesso rápido e eficaz. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, realizado, no mês de agosto de 2017, através de levantamento de dados em fichas de acompanhamento de três equipes de Consultório na Rua com idosos em situação de rua na cidade de Maceió, do período de 2011 a 2016. Os dados foram condensados para caracterização de óbitos das pessoas idosas em situação de rua, sendo analisados e comparados com demais estudos dispostos na literatura. O foco manteve-se nas características dos óbitos de pessoa idosa em situação de rua, dos 30 óbitos registrados de 2011 a 2016, 5 foram de pessoas idosas. Analisados os dados de acordo com a idade, sexo, cor, escolaridade, drogas de uso, tempo de permanência na rua e a/s causa/s de óbito. A partir desse trabalho torna-se visível que idosos tem obituado em situação de rua e, portanto, nota-se a necessidade da realização de estudos voltados para essa temática, visto que a população de em situação de rua tem crescido.

Palavras Chave: Idoso. Situação de rua. Óbito.

1. INTRODUÇÃO

Na perspectiva de cuidado integral em saúde, surge o Consultório na Rua (CnaR) “como uma proposta que procura ampliar o acesso da população de em situação de rua e ofertar atenção integral à saúde”, a crianças, adolescentes, adultos e idosos, usuários de álcool e outras drogas na perspectiva de redução de danos sociais e à saúde como instrumento de intervenção dirigido ao público.

Os indivíduos em situação de rua constituem uma população pouco reconhecida, marginalizada inclusive no acesso à assistência à saúde, o que contradiz alguns dos princípios do Sistema Único de Saúde: a universalidade e equidade¹. São considerados em situação de rua aquele que não tem moradia, habita diversos locais públicos, albergues e pensões. É uma situação em que a pessoa pode encontrar-se momentaneamente, sendo considerada apenas como uma passagem e não como estado permanente².

Segundo o Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, caracteriza “população de rua” como o conjunto de pessoas excluídas do mercado formal de trabalho e destituídas de um local fixo de residência. Em linhas gerais, entende que a mudança para as ruas não necessariamente ocorre de forma abrupta, mas na maioria dos casos, ocorre de forma gradativa após a ruptura com as instituições familiares e de trabalho, principalmente em pessoas idosas³.

Ser morador de rua durante pode acarretar em vários males, incluindo a exposição à violência e à criminalidade, morbidade, acesso precário a serviços sociais e de saúde e baixa expectativa de vida. Contudo, as dimensões da qualidade de vida de pessoas expostas a vulnerabilidade social e do seu processo de morte, como a população idosa moradora de rua, constitui uma questão ainda pouco explorada pela literatura científica.

Nesse aspecto, o crescimento da população idosa na rua está relacionado exclusão social, a crise financeira vivenciada no mundo de maneira global, existindo inúmeros desafios a serem enfrentados cotidianamente. Essa população vive em extrema pobreza, com vulnerabilidades e múltiplos fatores que acometem sua saúde. A partir da perspectiva do aumento do número de idosos que vivem em condição de rua torna-se relevante o crescimento de estudos, buscando favorecer a descoberta de ações que melhore a qualidade de vida dessas pessoas². Dentro desta perspectiva presente estudo tem como objetivo avaliar as características de pessoa idosa em situação de rua frente ao obituar.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, realizado, no mês de agosto de 2017, através de levantamento de dados em fichas de acompanhamento de três equipes de Consultório na Rua com idosos em situação de rua na cidade de Maceió, do período de 2011 a 2016. Foram incluídas na pesquisa dados quanto à idade, sexo, cor, escolaridade, drogas de uso, tempo de permanência na rua e a/s causa/s de óbito da/s pessoa/s idosa/s que evoluíram a óbito em situação de rua e/ de extrema vulnerabilidade social atendidas pelas equipes de CnaR.

Desta forma, a pesquisa exploratória, consisti no aperfeiçoamento das ideias e descobertas de intuições, já as descritivas seguem no curso da descrição peculiar a um determinado grupo. A metodologia empregada é uma forma de validar o conhecimento, as quais estão diretamente vinculadas com a experiência estudada. O processo de exploração dos dados não é um acontecimento isolado, pois ainda envolve observação e análise do contexto, podendo adaptar-se à realidade estudada se existir necessidade⁵.

Dessa maneira, a pesquisa qualitativa descritiva envolve a interpretação dos dados, tendo como referência a percepção de um fenômeno num contexto, em que proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionamento à compreensão detalhada da manifestação do objeto de estudo, tornando desta forma as ações, as estruturas e as relações significativas, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado⁶.

Na ficha cadastral das equipes de CnaR, constam os seguintes dados: identificação (nome, data de nascimento e/ou idade, raça, pai, mãe, nacionalidade, naturalidade), antecedentes pessoais e familiares, principais queixas de saúde, principais drogas em uso e tempo em uso, condições de higiene pessoal e local de moradia, principais necessidades de saúde e sociais, encaminhamentos realizados e agendados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste contexto, os dados foram condensados para caracterização de óbitos das pessoas idosas em situação de rua, conforme Quadro 1. A seguir foram analisados e comparados com demais estudos dispostos na literatura sobre o tema proposto. O foco manteve-se nas características dos óbitos de pessoa idosa em situação de rua. Dos 30 óbitos registrados de 2011 a 2016, por três das equipes de CnaR, 5 foram de pessoas idosas que estavam em situação de rua, conforme mostra quadro abaixo:

Quadro 1- Dados de óbitos de pessoas idosas que viviam em situação de rua em Maceió- AL, 2017.

Idade	Cor	Escolaridade	Drogas	Tempo na rua/ano	Sexo	Causa do óbito
83	Parda	Analfabeta	Tabaco	60	Fem	Complicações de saúde /idade
67	Negra	Ensino fundamental completo	Crack e álcool	10	Fem	Tuberculose / DPOC
76	Pardo	Analfabeto	Álcool e tabaco	30	Mas	AVC hemorrágico
67	Branco	2 grau	Álcool	15	Mas	DPOC, diarreia
65	Negra	Não informou	Nega uso	30	Fem	Complicações cardiovasculares

A pessoa idosa em situação de rua configura-se como uma pequena parcela desta população. Obteve-se prevalência de indivíduos com idade entre 60 aos 70 anos, assim como predominaram a cor parda e negra. Destaca-se que a população parda e negra representa 30% respectivamente, o que diverge de dados apresentados na literatura onde prevalece 50% da população de cor branca e 90% masculino⁷. Porém vale destacar que essas diferenças na literatura estão relacionadas as questões culturais decorrentes das colonizações em diferentes regiões do país e por diversas etnias.

Entende-se que o percentual de idosos em situação de rua encontra-se em constante crescimento, visto que a crise mundial tem afetado significativamente as famílias. Neste estudo, as mulheres apresentam-se como as mais afetadas (60%) e por passarem mais tempo na rua, o que diverge da literatura que aponta que 82% a 90% da população em situação de rua é a masculina^{7,8}, podendo ser uma característica da população nessa faixa etária, porém é cedo para tal afirmativa, visto que não há estudos que possam assegurar essa informação.

As condições influenciam diretamente na sobrevivência, levando as pessoas que estão nessa situação a desencadear problemas de saúde dos mais variados aspectos, pois a vulnerabilidade está relacionada as causas de morte. Estudos abordam que as principais causas de morte na população em situação de rua de maneira geral são os acidentes provocados pelo uso de bebidas alcoólicas, desnutrição, tuberculose, outras doenças respiratórias, Aids etc.⁴.

Quando se trata da população idosa as causas de morte são mais específicas, sendo relacionadas principalmente a doenças vasculares, pulmonares ou problemas de ordem orgânica, como mostrado no quadro acima. Outros estudos corroboram que as doenças como câncer e doenças cardiovasculares são as principais causas de morte na população acima dos 45 anos, sendo duas vezes maior que na população geral⁹.

Nessa fase de vida, observa-se que os maiores vícios encontrados são o uso do tabaco e álcool, da amostra 80% faz uso de um ou outro ou dos dois, 20% não faz uso de substância psicoativa e 20% associa ou já fez associação do uso de álcool e crack. O uso de álcool para população de rua é considerado como um elemento socializador nos grupos de rua, levando a uma integração de uma rede onde todos compartilham da mesma situação e formam seus vínculos afetivos, mesmo que fragmentados¹⁰. O uso abusivo de bebida alcoólica é capaz de provocar dificuldades de interação no seio familiar, de inserção no mercado de trabalho e pode ser considerado um dos principais fatores para permanência na situação de rua.

A realidade do adulto que envelhece em situação de rua passa a ser estática reduzindo significativamente as chances de reinserção social, visto que na trajetória de vida das pessoas vivendo em situação de rua, as rupturas de laços familiares, abandono de papéis e de afetividade, refletem diretamente nas relações que fazem na rua.

Entre os diversos pesquisadores que se dedicam à análise do comportamento dos chamados *sheltless* – aqueles indivíduos cuja vivência nas ruas se dá por falta de espaço físico para residir, é consensual a associação do uso do álcool à população de rua. Além de variáveis ligadas ao contexto familiar e ao

ambiente de trabalho, o alcoolismo é um dos fatores principais de realização, da itinerância⁷, e que mantém por tempo indeterminado a extrema vulnerabilidade associada ao seu contexto de vida.

A relação escolaridade e tempo de vivência no contexto de rua, apresenta e evidencia uma população com baixo nível de escolaridade, não passando do segundo grau e em sua maioria analfabetos, vivendo em média quase 30 anos em situação de rua. Nesta perspectiva, observa-se que a exclusão social constitui um fenômeno multidimensional que não se restringe à insuficiência ou ausência de renda, mas expressa a combinação de várias desvantagens que impedem o afastado de pertencer à sociedade e de nela ser reconhecido como sujeito de direitos, o que está implicitamente ligado ao empoderamento do sujeito pelo acesso à educação¹¹.

Os dados apresentados, podem ainda ser relacionados com o estudo realizado por Gusmão et al², que observa a população em situação de rua em um aspecto grave da extrema pobreza, com vulnerabilidade a múltiplos fatores de risco para a saúde. Deste modo, pode-se caracterizar as principais causas de morte: desnutrição, tuberculose, outras doenças respiratórias, Aids, e acidentes - por arma branca e artifícios caseiros - provocados pelo uso de bebidas alcoólicas, etc. Tais condições adversas de sobrevivência podem, também, desencadear problemas mentais orgânicos.

4. CONCLUSÕES

A partir desse trabalho torna-se visível que idosos tem obituado em situação de rua, em Maceió, principalmente de doenças cardiovasculares e pulmonares. Desta forma, conhecer quais são as principais causas de morte dessa população representa uma das estratégias para o planejamento de ações que possibilite intervenções e garantam condições adequadas de atendimento em saúde para as pessoas em situação de rua. Contudo, nota-se a necessidade da realização de estudos voltados para essa temática, visto que a população de em situação de rua tem crescido por conta das crises vivenciadas atualmente, e não se ver na literatura científica muitos movimentos preocupados com esse contexto.

REFERÊNCIAS

- [1] Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários?. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul-set; 13 (3): 500-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>.
- [2] Gusmão BS, Leite KLY, Monteiro L, Umeno MB, Pessutti MS, Santos QS et al. Idoso em Situação de Rua e Vivência em Centros de Acolhida: Uma Revisão de Literatura. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 2012, dezembro, 15(6) p.313-331. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/viewFile/17309/12855>.
- [3] ____ Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dezembro de 2009. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-7053-23-dezembro-2009-599156-norma-pe.html>.
- [4] Gutierrez Bao, Silva HS, Rodrigues PHS, Andrade TB. Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 187-205, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/7537/9314>.
- [5] Leopardi, M.T. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC; 2002.
- [6] Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- [7] Mattos RM, Ferreira RF. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2005, vol.22, n.1, pp.23-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100004.
- [8] Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Desenvolvimento Social e Combate à Fome no Brasil: balanço e desafios*. -- Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2010. 216 p. 26,5. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/24.pdf>.
- [9] Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* [online]. 2001, vol.7, n.1, pp.2-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922001000100002.
- [10] Vieira, M. A. C.; Bezerra, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (Org.). *População de rua: Quem é, como vive, como é vista*. 3. ed. Hucitec. São Paulo, 2004.

- [11] Varas RM et al. Homelessnes conditions in Salvador, Brasil. Cad. Pesq. Interdisco. Em Ci-s. Hum-s., Florianópolis, Santa Catarina, 2014; v.15, n. 106, p. 161-178. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p161>.
- [12] Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL (2016). Mestrando em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL, na linha de pesquisa Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos. Especialista em Enfermagem em Cuidados Pré-natais pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2018). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Educação São Luís (2018). Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Tecnológica de Alagoas - FAT. Supervisor Técnico na Rede de Urgência e Emergência, no Município de Maceió. Área de atuação: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, assistência integral à saúde, saúde do adulto. E-mail: amaurimedic@hotmail.com
- [13] Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1993). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (2007). Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP (2014). Atualmente é docente da Universidade Federal de Alagoas -UFAL. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Procuído; Grupo Cuidado em Saúde; Grupo REDE de Pesquisa e Prática em Trabalho, Educação e Saúde Coletiva. Tem experiência profissional com ênfase em Terapia Intensiva, Urgência e emergência; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Oncologia e Segurança do paciente. Atua principalmente nas seguintes áreas: Cuidados ao paciente crítico nos diversos espaços assistenciais; Segurança do paciente e qualidade em saúde; O cuidar do profissional, paciente e família na experiência de doença, morte e luto. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com
- [14] Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL -2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes (UCAM -2015). Especialização em Enfermagem Dermatológica pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (CEFAPP - 2017-2018). Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF/UFAL -2016 - 2018), na linha de pesquisa em Enfermagem no Cuidado em Saúde e Promoção da Vida. Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Qualidade e Segurança na Saúde e Enfermagem - UFAL. Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). E-mail: beterviana@gmail.com
- [15] Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2014). Especialista em gestão e Enfermagem do trabalho. Pós-graduada em Enfermagem Dermatológica. E-mail: mariawillianne@hotmail.com
- [16] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: nanacpaes@yahoo.com.br

Capítulo 18

Taxa de mortalidade em idosos acometidos por Neoplasia Maligna da Mama e Próstata: Nos anos de 2006-2016 na Paraíba

Gabriella Silva Nogueira

Mayrane Misayane Sousa dos Santos

Geane Sara de Holanda

Wagner Maciel Sarmiento

Paula Frassinetti de Oliveira Cezário

Flaviana Dávila de Sousa Soares

Resumo: Introdução As neoplasias malignas possuem autonomia, capacidade de metástase e maior chance de provocar morte ao indivíduo. O envelhecimento da população desencadeou notáveis alterações do perfil das enfermidades, durante as últimas décadas tem sido observado um crescente número de neoplasias malignas e a sua maior ocorrência no idoso. Uma das causas é à falha do seu mecanismo de reparo celular. As neoplasias de mama e de próstata estão entre as que mais levam a óbito os homens e as mulheres dessa faixa de idade. Objetivo: Descrever as taxas de mortalidade dos idosos acometidos por neoplasias malignas de mama e de próstata. Metodologia: Trata-se de um estudo analítico e retrospectivo, sendo que análises de busca foram os dados do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Resultados e Discussão: Representando 51,3%, 1.156 mulheres idosas vieram a óbito por neoplasia maligna da mama, dentro de 2.255 mortes que ocorreram no estado da Paraíba. E, com a porcentagem de 95,4%, 2.978 idosos morreram de neoplasia maligna da próstata, em um total de 3.123 que aconteceram no Estado. Conclusão: Foi notória a prevalência de mortes relacionadas as neoplasias de mama e de próstata nos idosos da Paraíba, e o número está aumentando, existindo então, a necessidade de uma maior atenção a esse público, e os resultados encontrados nessa pesquisa, são relevantes, para embasar a composição de políticas públicas de saúde, prevenção, diagnóstico precoce, melhoria da assistência prestada a população.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Neoplasias mamárias. Câncer de próstata. Mortalidade

1. INTRODUÇÃO

A neoplasia é definida pelo aumento incomum do tecido, que pode estar de forma parcial ou totalmente fora do controle do organismo, possui característica autônoma e de perpetuação. Pode ser de dois tipos, benigno ou maligno. As neoplasias benignas (tumores benignos) crescem de forma mais organizada e possuem limites determinados, porém, podem fazer compressão em outros tecidos ou órgãos. As neoplasias malignas (tumores malignos) possuem um grau maior de autonomia, têm a capacidade de adentrar os tecidos próximos e provocar metástases, por ser mais resistente podem dificultar o tratamento e provocar morte ao indivíduo ¹.

O envelhecimento da população desencadeou notáveis alterações do perfil das enfermidades, durante as últimas décadas tem sido observado um crescente número de neoplasias malignas. A estimativa é que surgirão em média de 26 milhões de casos novos de câncer em todo o mundo até o ano de 2030 ². Bem como, 50% destes casos estarão incidindo na população idosa, sendo que tratando-se deste grupo afim, as neoplasias possui maior taxa de mortalidade para o câncer ³.

A ocorrência dessa neoplasia é elevada de maneira considerável com o avanço da idade, seguramente porque, com o desenvolvimento dos anos, fatores de riscos para alguns tipos de câncer se acumulam, em decorrência da inclinação dos mecanismos de reparo celular da pessoa idosa ⁴. Em soma os idosos acometidos pelo o carcinoma, possuem outros problemas, como limitações das suas funções, estoque fisiológico limitado, insuficiência física e outros danos a saúde ⁵.

O tumor de próstata de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a neoplasia mais comum em homens do que qualquer outro tipo, e é considerado o segundo maior causador de mortes no Brasil ¹⁻⁴. O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. As maiorias dos casos diagnosticados de câncer de próstata estão relacionadas à pacientes com idade superior a 65 anos, sendo apenas alguns dos casos diagnosticados antes dos 50 anos. A estimativa de casos de câncer de próstata para o ano de 2016 era de 61.200 novos casos. ⁴⁻⁶

No contexto feminino, a mama é uma glândula passível de mutações, e o início de uma neoplasia maligna vem por consequência da interação de fatores genéticos e ambientais, dentre os quais se destacam: idade superior a 40 anos, sexo feminino, tabagismo, etilismo, história familiar, obesidade, menarca precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), e primeira gravidez após os 30 anos ⁷⁻⁸. A neoplasia maligna de mama é o câncer mais prevalente no mundo entre as mulheres ⁹. De acordo com o INCA, a neoplasia é considerada mais prevalente na faixa etária entre 40 e 69 anos no Brasil, a incidência no país para o ano de 2016 era de 57.960 casos novos ⁶.

O presente estudo teve por objetivo averiguar o quadro de mortalidade em idosos por Neoplasia maligna da próstata e da mama na Paraíba, uma vez que há estudos que elencam uma incidência na população idosa, tornando assim este grupo mais vulnerável. A Paraíba ocupa o terceiro lugar de estado Brasileiro com a maior quantidade de idosos e o segundo em nível do Nordeste ¹⁰. Entende-se que as neoplasias tendem a incidir de forma negativa na vida de cada sujeito e uma vez identificada esta patologia de forma precoce tem como tentar amenizar seus efeitos na população de forma geral. ¹¹

2. METODOLOGIA

A pesquisa constitui-se de um estudo analítico e retrospectivo. O estudo analítico é um tipo de pesquisa quantitativa que abrange uma observação mais desenvolvida de informações coletadas de um determinado estudo, observacional ou experimental, a fim de Explicar um evento do contexto de um grupo, grupos ou população ¹². O estudo retrospectivo tem por fim explorar acontecimentos do passado, no qual pode retornar, do atual momento para um ponto do passado, em até vários anos. ¹³.

A análise dos dados ocorreu na base do Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM da Secretaria de Estado da Saúde (SES), gerência operacional de resposta rápida TABNET-PB. O sistema do SIM possibilita identificar os registros quantitativos e qualitativos de óbitos ocorridos no Brasil. ¹⁴

A população idosa compôs o delineamento deste estudo, para tanto os mesmos foram divididos de acordo com o sexo, ano de notificação, mortalidade, classificação Internacional de Doença (CID) e faixa etária, sendo está limitada entre os 60 a 69 anos, 70 e 79 anos e maiores de 80 anos, coletando assim os registros de óbitos ocorridos entre os anos de 2006 a 2016.

Primeiramente foram selecionados os dados relacionados à população feminina na qual existia como causa de óbito a neoplasia maligna da mama, no segundo momento ocorreu à seleção de dados pertinentes a população masculina que era acometida pela neoplasia de próstata.

Os dados coletados foram agrupados em planilhas do programa de computadores Microsoft Office Excel 2007, no intuito de agrupar e comparar os possíveis resultados na pesquisa.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de 2006 a 2016, no estado da Paraíba foram registrados 2.255 óbitos por neoplasias malignas da mama em mulheres, desse total, houve predominância de idade, sendo que as idosas que tinha em média de 60 anos na época representaram uma porcentagem de 51,3% casos que equivale a 1.156 óbitos registrados 14. E, no que se refere às neoplasias malignas de próstata em homens de todas as idades obteve-se 3.123 mortes, sendo que os idosos do sexo masculino ocupam um total de 2.978 óbitos constituindo assim a pontuação de 95,4% desses casos 14.

De acordo com os dados supracitados, observa-se que estes resultados estão intimamente ligados a prevalência de mortes liderada por um público em especial, esses dados confirmam o fato de que atualmente, há cada 100 óbitos ocorridos no Brasil, 63 correspondem a pessoas com 60 anos ou mais de idade 15.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama (CID10 3D) em mulheres idosas na Paraíba de acordo com os anos 2006-2016.

Ano	Nº Total de Óbitos	Porcentagem (%)
2006	73	6,30%
2007	89	7,70%
2008	92	8,00%
2009	87	7,50%
2010	103	8,90%
2011	100	8,70%
2012	122	10,60%
2013	115	9,90%
2014	117	10,10%
2015	125	10,80%
2016	133	11,50%
Total	1.156	100%

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, Brasil 2017.

Na tabela 1, estão distribuídas as taxas de mulheres idosas que vieram a óbito por neoplasia maligna da mama para os anos de 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, seguidos do total de óbitos que aconteceram em cada um desses anos, além da porcentagem de cada ano, somando um total de 1.156 casos.

Observando os resultados notou-se que o ano de 2006 ocorreu menos óbitos com o total de 73 mortes (6,3%). Nos seguintes anos; 2007 (7,7%), 2008 (8,0%), 2009 (7,5%), 2010 (8,9%), 2011 (8,7%), 2012 (10,6%), 2013 (9,9%), 2014 (10,1%), 2015 (10,8%). Em contra partida, o ano de 2016 com 11,5% correspondente a 133 dos casos apresentado, dessa maneira a maior taxa se comparada aos outros anos.

Algo importante a ressaltar, é o crescimento do número de casos que veio acontecendo com o passar desses 10 anos. Esse aumento é um dado preocupante para o quadro da saúde da população feminina do Estado, uma vez que se os serviços de saúde não funcionam de forma adequada, há uma perda para os usuários de saúde, no relatório emitido pelo Tribunal de Contas da União condiz que há uma necessidade de melhorias no contexto da evolução das clientes dependentes do SUS, devendo as mesmas serem diagnosticadas em tempo, para que assim possam ter quando necessário um tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterapia. 16-17.

Tabela 2 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama (CID10 3D) em mulheres idosas classificadas em faixa etária (60-69a, 69-70a e 80e+) no Estado da Paraíba de acordo com os anos 2006-2016.

Ano/Faixa Etária	60-69 ^a	70-79 ^a	80 e mais	Total por Faixa Etária+Ano
2006	27	30	16	73
2007	36	28	25	89
2008	35	27	25	87
2009	37	36	19	92
2010	34	32	37	103
2011	38	36	26	100
2012	34	41	47	122
2013	46	27	42	115
2014	38	31	48	117
2015	65	27	33	125
2016	42	49	42	133
Total	432	364	360	1.156
Porcentagem (%)	37,40%	31,50%	31,10%	100%

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, Brasil 2017.

Na tabela 2, estão expressos os dados relacionados às mortes de idosas, organizadas por faixa etária de 60-69, 70-79 e mais de 80 anos. O percentual obtido no grupo de 60-69 constitui-se de 37,4%, no grupo seguinte de 70-79 obtiveram 31,5% dos casos e as idosas com idade superior a 80 representam 31,1% dos resultados encontrados.

Assim, apesar do decorrer da idade e a presença de fatores de risco promover uma diminuição da eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso 18, nota-se que a população de menor faixa etária (60-69) possui o maior número de morte, enquanto as mais idosas (80e+) ocupam a última colocação. Porém o nosso processo de envelhecimento possui caráter individual, assim se podem observar várias condições biológicas em indivíduos idosos. 4.

Outro fator que pode contribuir é que diante das mudanças físicas e patológicas cabíveis ao processo de envelhecimento a pessoa idosa possui autonomia e esta é responsável pelo seu autocuidado 19. Com isso, as idosas acima de 80 anos de certa forma podem estar executando mais essa prática em relação às outras de idade mais baixa, favorecendo assim a sua saúde.

Contexto que entra na discussão feita por Malta e Duarte de que o câncer da mama é agravo a saúde evitável e tem grande significado na saúde pública, portanto, se faz necessário a ação constante por parte do governo em promover novas políticas públicas voltadas para o público em questão, que incentivem a promoção, prevenção e diagnóstico precoce, para que estas mulheres tenham a chance de descobrir o câncer na sua fase inicial, dessa maneira haveria melhoria da qualidade da nossa saúde pública, e esta deve ser feita não só a nível regional, mas de maneira ampla que possa resguardar todo o território Brasileiro 21.

Tabela 3 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata (CID10 3D) em homens idosos na Paraíba de acordo com os anos 2006-2016.

Ano	Nº Total de Óbitos	Porcentagem (%)
2006	206	6,90%
2007	236	7,90%
2008	289	9,70%
2009	262	8,80%
2010	253	8,50%
2011	284	9,50%
2012	268	9,00%
2013	271	9,10%
2014	284	9,50%
2015	312	10,40%
2016	314	10,50%
Total	2.978	100%

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, Brasil 2017.

Na tabela 3, esta representada as variáveis de mortalidade em homens idosos de acordo a evolução dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

Em análise da tabela, a colocação mais baixa pertence ao ano de 2006 com 206 mortes (6,9%), e na observação dos anos seguintes houve oscilação nos valores com o passar dos anos; 2007 (7,9%) 2008 (9,7%), 2009(8,8%), 2010 (8,5%), 2011(9,5%), 2012 (9,0%) e a partir de 2013(9,1%), os valores tiveram um aumento, em 2014 (9,5%), 2015 (10,4%), e 2016 (10,5%) ocupou a pontuação mais alta do Estado com 314 mortes.

Em soma das mortes de todos os anos o resultado é de 2.978 e, como mencionado anteriormente neste trabalho estes óbitos representam 95,4% das 3.123 ocorridas nestes 10 anos. Algo preocupante, uma vez que houve aumento durante os anos na Paraíba, De acordo com Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb, a causa da maioria das mortes em homens idosos por neoplasias da próstata vem pelo fato deste público não contemplar dos programas de saúde que lhe estão ao alcance 23.

Além do mais, se trata de um problema que pode ser facilmente evitado com a prevenção pelo exame de toque retal, procedimento de valor baixo, prático e permite verificar a consistência e o formato da próstata, mesmo assim, os homens interpretam o exame como um ataque a sua masculinidade o que prejudica o interesse pelo exame 20.

Tabela 4 – Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata (CID10 3D) em homens idosos classificados em faixa etária (60-69a, 69-70a e 80e+) no Estado da Paraíba de acordo com os anos 2007-2016.

Ano/Faixa Etária	60-69 ^a	70-79 ^a	80 e mais	Total por Faixa Etária+Ano
2006	33	62	111	206
2007	31	72	133	236
2008	46	100	143	289
2009	38	75	149	262
2010	24	84	145	253
2011	46	94	144	284
2012	51	91	126	268
2013	42	91	148	271
2014	52	99	133	284
2015	40	125	147	312
2016	45	86	183	314
Total	448	969	1.561	2.978
Porcentagem (%)	15,00%	32,50%	52,40%	100%

Fonte: SES-PB/GEVS/GORR/SIM e SINASC, Brasil 2017.

Na tabela 4, há a representação das taxas de mortalidades por neoplasia maligna da próstata em idosos que foram organizados de acordo com grupos de faixa etária por nove em nove anos 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais de acordo com os anos de 2006 a 2016.

Em análise dos dados, pode-se identificar que a população entre os 60 a 69 anos, apresentaram uma prevalência menor dos óbitos registrando assim 448, a população entre 70 a 79 ocupa o segundo grupo de pessoas que mais morreram com a taxa de 32,5% total de 969 mortes e os indivíduos acima de 80 anos apresentaram um total de 1.561, 52,4% dos casos.

O estudo de Muñoz et al, 2015²²., afirma que a idade é um marcador de risco importante, além de constar que bem como o seu, outros estudos, de (Freitas-Mathias; Melo-Jorge, 2005; Martin Et Al., 2006; Mendes, 2013), confirmaram que o menor número de internações no sistema público de saúde esta relacionado ao grupo acima dos 80. Portanto, Muñoz relata que o fato vem em decorrência da neoplasia se tratar de uma doença com alta letalidade e de duração curta ²². Portanto o maior número de óbitos em idosos acima de 80 anos esta relacionado ao fato citado pela autora.

4. CONCLUSÕES

Como sabemos os óbitos por neoplasias de mama e de próstata é um grave problema de saúde pública, e com os resultados obtidos por meio desse estudo, foi notória a prevalência de mortes relacionadas às neoplasias de mama e de próstata nos idosos da Paraíba, e o número está aumentando, existindo então, a necessidade de uma atenção a esse público, por partes das esferas da política, profissionais da saúde, bem como adesão do público, a fim de gerir mais o cuidado a saúde de uma forma geral.

Nesse contexto, os resultados encontrados nessa pesquisa são relevantes, para embasar a composição de políticas públicas voltadas para a saúde, prevenção, diagnóstico precoce, melhoria da assistência prestada à população e melhor acesso a serviços de saúde, levando em consideração as particularidades de cada região, não se restringindo apenas ao estado alvo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. 2012 2: 1-134Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis* 2010;311:100-10. [link]
- [2] Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis* 2010;311:100-10. Organización Mundial de la Salud. Factores causales de cáncer. [citado em 21 Ago. 2009]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
- [3] Cancer Research UK. London: Cancer Research UK; [2002?]. Cancer Mortality by age. 2010. [Internet] [Acesso em 2017 agos 22]. Disponível em: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/mortality/age/uk-cancermortalitystatistics-by-age#cancer>.
- [4] Organización Mundial de la Salud. Factores causales de cáncer. OMS, Ginebra. [citado em 21 Ago. 2009] [Internet]. [Acesso em 2017 ago22] Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/health_risks_report_20091027/es/.
- [5] Duarte RC, Nogueira-Costa R, Viana LS. Tratamento do paciente geriátrico portador de câncer. In: Freitas EV et al (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2006;2:1056-66.
- [6] Soares LC, Santana MG, Muniz RM. O Fenômeno do câncer na vida de idosos. *Cienc Cuid Saúde* 2010 Out/Dez; 9;(4):660-667
- [7] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância-Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva 2015:1-126 ISBN 978-85-7318-283-5 [Internet] Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf.
- [8] Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, Hildesheim A, Nomura AM, West DW, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(22):1819-27.
- [9] Peto J, Houlston RS. Genetics and common cancer. *Eur J Cancer*. 2001;37(Suppl 8):S88-96.
- [10] Coelho JM, Vianna LL, Silva HMS. *Propedêutica em Mastologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005:549.
- [11] Brasil. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo Demográfico, 2010: Base de dados na Internet. Brasília: IBGE; 2010. [Acesso em 2017 agos 25] [Internet] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Sales CA, Almeida CSL, Silva JDD, Silva VA, Waidman MAP. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas em tratamento antineoplásico: uma análise fenomenológica. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 abr/jun;13(2):250-8.
- [12] Silva, CR de O. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza, CE 2004 mai 1;(1):1-34.
- [13] Marconi, Marina de Andrade e Lakatos, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 2005 6;(6):1-310.
- [14] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal Da Saúde. Sistema De Informações Sobre Mortalidade - SIM. [Internet] [Acesso 2017 ago 01] Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>. Relatório do Ministro Relator. Escopo a Política Nacional de Atenção Oncológica. [Internet] Plenário Sessão, Brasil. 2011 out;(44):20. [Acesso em 2017 jul 25]. Disponível em <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D7327AB4E2000>.
- [15] Análise Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). Idosos e Mortalidade: Preocupante Relação Com As Causas Externas. 2016 jan;1(34):20.

- [16] Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde; 2005 1;(1):60.
- [17] Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Netto M P (Ed.), Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. 1999:26-43.
- [18] Silva CS, Santos I. Promoção do autocuidado de Idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender Aila Texto Contexto Enferm. 2010;19(4):745-53.
- [19] Malta D, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(3)765-76.
- [20] Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva, 2005;10(1):35-46.
- [21] Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciênc Saúde Colet. 2008;13(6):1975-84.
- [22] Sousa-Muñoz RL, Formiga MYQ, Silva AEFV, Lima Silva MB, Vieira RC, Galdino MM. Hospitalizações por neoplasias em idosos no âmbito do sistema único de saúde na Paraíba/Brasil revista Saúde e Pesquisa, 2015; 8 (3): 479-491.
- [23] Mendes PDV. Morbidade das Internações em 2012 no SUS do Estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde, 2013; 5;(19): 1-12.
- [24] Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). DEC's – Descritores em Ciências da Saúde. [Internet]. [acesso em 2017 jul 16]. Disponível em: http://decs.bvs.br/P/DeCS2013_Alfab.htm.

Capítulo 19

A importância da assistência de enfermagem às mulheres acometidas por mioma uterino: Um estudo de revisão

*Fernanda Beatriz Dantas de Freitas
Wallison Pereira dos Santos
Myllene Miguel da Silva
Heloane Medeiros do Nascimento
Amanda Haissa Barros Henriques*

Resumo: Os miomas uterinos são tumores pélvicos geralmente benignos que se desenvolvem na musculatura lisa do miométrio e podem se alastrar para outros tecidos, sendo considerados os tumores mais comuns no sistema reprodutor feminino. Esse trabalho tem como objetivo descrever sobre a importância da assistência de enfermagem às mulheres com mioma uterino. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual é realizado um levantamento de estudos organizado e ordenado nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, as quais são indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A coleta de dados nas bases de dados virtuais ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2016. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a pesquisa resultou em nove publicações. Diante dos achados, evidenciou-se que a forma de diagnóstico é baseada na história clínica do paciente, no toque vaginal bimanual, ultrassonografia pélvica, suprapúbica e endovaginal. O tratamento para o mioma uterino deve ser ofertado de modo que seja multiprofissional, a maior parte dos tratamentos em geral são cirúrgicos por via abdominal como a Histerectomia e Miomectomia, existindo também a Embolização e o tratamento medicamentoso como outras opções. Apesar de afetar a qualidade de vida de muitas mulheres que sofrem com essa patologia, o mioma uterino ainda é pouco abordado na saúde brasileira, reforçando a necessidade por mais estudos voltados para esta temática, em especial para a prevenção de sua ocorrência, ressaltando-se a significativa importância da assistência de enfermagem, inclusive nas orientações gerais a pacientes portadoras desta patologia.

Palavras Chave: Mioma Uterino, Tumor Benigno, Cuidados de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O mioma uterino é a neoplasia benigna pélvica mais frequente do aparelho genital feminino, cuja denominação mais adequada seria leiomioma, por se desenvolver nas células da musculatura lisa do útero. Estudos revelam que essa miomatose acomete cerca de 20 a 40% das mulheres em idade reprodutiva de 30 a 45 anos e raramente ocorrem em adolescente (FREITAS, 2011).

Tem incidência maior em mulheres negras, nulíparas, obesas e com histórico familiar de miomatose uterina. O tabagismo reduz a miomatose uterina, tendo em vista que o tabaco contém substâncias que diminuem a produção de estrogênio, este último é responsável por acelerar o processo de mitose, ou seja, o tabaco inibe a produção de estrogênio que por sua vez desacelera a proliferação de células (FERREIRA, 2013).

Pode ocorrer um surto de crescimento com argumento do tumor fibroide na década que antecede a menopausa, possivelmente relacionado com os ciclos anovulatórios e os níveis elevados de estrogênio sem oposição. Os fibroides constituem um motivo comum para a histerectomia, visto que frequentemente resultam em menorragia, sangramento uterino anormal, cujo controle e tratamento podem ser dificultosos (SMELTZER, 2014).

Apesar de raramente associados a um câncer ou à mortalidade os miomas causam impacto significativo na qualidade de vida de mulheres em idade reprodutiva. Dependendo de sua posição anatômica, quantidade e tamanho, esses tumores podem ocasionar, sangramento uterino excessivo (FREITAS, 2011).

A localização do tumor benigno pode situar-se em toda extensão uterina, porém no colo é menos frequente em relação ao restante. O mioma uterino pode classificar-se em: Mioma Subseroso, o qual se desenvolve na superfície do órgão, sendo recoberto pelo peritônio visceral; Mioma Submucoso, que cresce para a cavidade do útero, recoberto pelo endométrio, ocupando a dita cavidade sob a forma de um ou mais nódulos; Mioma Intramural, aquele que começa a desenvolver-se na própria espessura do miométrio, podendo, com seu aumento de volume, tornar-se secundariamente subseroso ou submucoso; e existem ainda os Pediculados que são ligados ao útero por pedículo (YOSHINO, 2010).

O surgimento de tumores em geral não está associado a uma causa definida, o que se tem são hipóteses mais aceitas, como por exemplo, no mioma uterino acredita-se em um condicionamento a ação do estrogênio e sua interação com células do miométrio. Apesar de o tumor ser benigno não significa dizer que o mesmo não apresente riscos à saúde, necessitando de mais profundidade nos estudos voltados para a temática (TARAN, 2010).

É notável a falta de pesquisas nessa temática, se revelando um assunto limitado. Desse modo o presente trabalho tem como objetivo descrever a importância da assistência de enfermagem às mulheres com mioma uterino.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual é realizado um levantamento de estudos organizado e ordenado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), indexados nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF).

Na realização desta pesquisa foi utilizada uma sequência de etapas relacionadas entre si: 1) Identificação da questão norteadora, 2) Seleção e consulta dos descritores, 3) Pesquisa nas bases de dados dos descritores isolados, 4) Cruzamento de todos os descritores nas bases de dados, 5) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, 6) Avaliação dos arquivos incluídos, 7) Interpretação dos Resultados e 8) Apresentação da revisão dos artigos.

A coleta de dados nas bases de dados virtuais ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2016. Os descritores utilizados, previamente consultados nos Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), foram: Mioma Uterino, Tumor Benigno e Cuidados de Enfermagem.

Inicialmente foi feito um cruzamento através do operador “and” entre os descritores “Mioma Uterino” and

“Tumor benigno” and “Cuidados de Enfermagem”, onde foram encontrados 639 artigos. Após a filtragem restaram 71 artigos e destes, 57 artigos foram descartados por não abordarem o contexto da temática. Dessa forma, a amostra do estudo correspondeu a 12 artigos selecionados e analisados na íntegra.

Como critérios de inclusão se validaram publicações disponíveis na íntegra, no período de 2006 a 2016, nas bases de dados supracitadas, nos idiomas Espanhol, Inglês e Português e que respondessem a pergunta norteadora do estudo: que há disponível na literatura atual acerca da importância da assistência de enfermagem às mulheres com mioma uterino. Foram excluídos aqueles que se apresentavam indisponíveis para leitura, incompletos, downloads mediante pagamento e que não mantiveram relação com a temática central.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidenciou-se através dos achados nos estudos selecionados que a mulher com mioma uterino necessita de cuidados específicos, efetivos e de qualidade, para que se possa reverter o quadro de miomatose, ou até mesmo aniquilar essa neoplasia.

Para tanto, faz-se necessário que tanto o profissional quanto o paciente tenham conhecimento da patologia, tal como as formas de diagnosticar e principalmente as formas de tratamento. Neste cenário, reafirma-se o papel fundamental da equipe de enfermagem na orientação, encaminhamentos, diagnósticos, cuidados e a melhor forma de tratamento para cada caso específico (SMELTZER, 2014).

A Enfermagem torna-se crucial também na atuação de esclarecimento de dúvidas da paciente sobre efeitos que podem surgir após o tratamento cirúrgico, como por exemplo, a diminuição da libido sexual e alterações de humor com fácil irritabilidade decorrente de alterações hormonais, uma vez que o profissional de enfermagem acompanha diariamente e tem um contato direto com a paciente e seu acompanhante (FARIA, 2008).

A miomatose uterina pode ser assintomática, quando a paciente não desenvolve nenhum dos sintomas e só é possível identificar essa neoplasia diante o exame preventivo como a colposcopia e a ultrassonografia vaginal, ou ainda pode ser sintomática ocasionando manifestações clínicas como: hemorragias uterinas (menorragia e hipermenorreia), aumento da frequência urinária, sensação de peso, desconforto, algias, pressão pélvica, dismenorreia, dor e ainda alterações secundárias como: infertilidade, abortamento, compressões sobre estruturas vizinhas e anemia (FREITAS, 2011).

Inicialmente o diagnóstico deve ser baseado na história clínica do paciente, no toque vaginal bimanual, ultrassonografia pélvica, suprapúbica e endovaginal. O mioma que possui consistência amolecida pode parecer útero grávido, no entanto o diagnóstico diferencial responsável pela detecção de gravidez é a partir da realização dos exames supracitados e a ultrassonografia é fundamental para obter um diagnóstico fidedigno, a fim de diferenciar cada etiologia (BARROS, 2006).

Ainda como opção de diagnosticar existe a tomografia computadorizada e ressonância magnética. Este último permite uma eficaz visualização de localização e tamanho, auxiliando no diagnóstico diferencial, porém o custo ainda é inviável para o sistema público (KHAN, 2010).

Quanto às formas de tratamento, em geral, referem-se a procedimentos cirúrgicos por via abdominal como a Histerectomia, que pode ser total (retirada do útero por completo), subtotal (envolve a remoção do útero com a preservação do colo do útero) e a histerectomia radical (remoção do útero, além do tecido adjacente, bem como um terço superior da vagina e os linfonodos pélvicos) (TARAN, 2010).

Há ainda a Miomectomia (retirada apenas do mioma, preservando a fertilidade) e Embolização (inserção de um êmbolo no interior de artérias femurais impedindo a nutrição do mioma), como outras opções cirúrgicas de tratamento. Vale ressaltar que também existe tratamento não cirúrgico, através do uso de medicamentos como: Gestrinona e agonista do GnRH (SMELTZER, 2014).

Os medicamentos ou outros análogos de hormônios de liberação das gonadotropinas (GnRH) produzem um efeito parecido com a menopausa, porém o efeito causado por esse medicamentos diferente da menopausa, são efeitos temporários, por esse motivo são prescritos com o intuito de diminuir o tamanho dos miomas. Esse tratamento é realizado por meio de injeções mensais, que tem o objetivo de provocar ondas de calor e ressecamento vaginal (FREITAS, 2011).

De modo geral, essa terapia é realizada em curto prazo, antes da realização da cirurgia para torná-la mais fácil visto que o tratamento causa a diminuição do tumor e alívio da anemia geralmente causada pelo fluxo

menstrual intenso. É pertinente ressaltar que esse tratamento é usado temporariamente, visto que o mesmo pode acarretar sintomas vasomotores e perda da densidade óssea (PENG, 2015).

Os estudos sinalizaram também para a importância de um envolvimento multiprofissional no diagnóstico e tratamento precoce dos Miomas Uterinos, destacando a relevância de cada profissional, com ênfase na equipe de enfermagem pela maior proximidade que apresenta com o paciente diante dos cuidados ofertados ao longo da detecção, diagnóstico e tratamento da patologia (FARIA, 2008).

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto observou-se que o mioma uterino ainda é pouco abordado na saúde brasileira, apesar de muitas mulheres sofrerem com as consequências das alterações decorrentes desta patologia.

O tratamento medicamentoso tem finalidade de aliviar sintomas como dores, reduzir o volume do tumor, como também cessam as menstruações que causam sangramento excessivo, causando anemia, e ainda preparo para futura cirurgia. Já o tratamento cirúrgico é feito através de histerectomia, que é a retirada cirúrgica do útero, que pode ser total, subtotal, ou radical dependendo da localização do mioma, e a miomectomia é apenas a retirada dos miomas,

No cenário da Miomatose Uterina, a enfermagem atua de diversas maneiras, desde as orientações aos pacientes com relação ao tumor, diagnóstico e tratamento, perpassando pelas orientações pré e pós-cirúrgicas, a reposição hídrica para repor a perda sanguínea, até o esclarecimento de possíveis dúvidas das mulheres e seus acompanhantes sobre a temática. Torna-se essencial uma assistência de enfermagem qualificada e eficaz as mulheres acometidas por miomas uterinos tanto no aspecto físico, quanto o emocional dessas pacientes.

Desse modo o estudo foi positivo de forma a evidenciar a importância da equipe de enfermagem nesse processo, mesmo com algumas dificuldades acerca de poucas publicações acerca da temática, sobretudo no que diz respeito a literatura nacional, que se apresenta como deficiente. A pesquisa foi de suma importância para o engrandecimento enquanto acadêmicos, mostrando o manejo coerente dessa patologia tão comum, a contribuição se estende ainda por abrir um leque de possibilidades para novas publicações com essa temática.

REFERÊNCIAS

- [1] Barros, Renato Dias de. mioma do útero. In: Bastos, Álvaro da Cunha. Ginecologia. 11. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 28. p. 250-259.
- [2] Faria, J; Godinho, C; Rodrigues, M. Miomas Uterinos-Revisão da literatura, Acta Obstet Ginecol Porto. 2008;2(3):131-142
- [3] Ferreira, R, S. Bulário Explicativo. São Paulo: Rideel, 2013.
- [4] Freitas, F; Menke, C, H; Rivoire, W, A; Passos, E, P. Rotinas em Ginecologia. 6. Ed. São Paulo: Artmed, 2011. Cap. 9. P. 135-143.
- [5] Khan, K. N. Changes in tissue inflammation, angiogenesis and apoptosis in endometriosis, adenomyosis and uterine myoma after GnRH agonist therapy. Human Reproduction, v.25, n.3 p. 642–653, 2010.
- [6] Yoshino, O. Decreased pregnancy rate is linked to abnormal uterine peristalsis caused by intramural fibroids. Human Reproduction, v.25, n.10 p. 2475–2479, 2010.
- [7] Nakashima, M. Cell proliferation effect of GnRH agonist on pathological lesions of women with endometriosis, adenomyosis and uterine myoma. Human Reproduction, v.25, v.11 p. 2878–2890, 2010.
- [8] Paramthiotis, D. Concurrent appendiceal and umbilical endometriosis: a case report and review of the literature. Journal of Medical Case Reports, v.13, n.3, 2014.
- [9] Peng, C.R. Spontaneous rupture and massive hemoperitoneum from uterine leiomyomas and adenomyosis in a nonpregnant and unscarred uterus. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, v. 34, n.4, 2015.
- [10] Smeltzer, S.C. tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
- [11] Stoelinga, B. Real-time elastography foassessment of uterine disorders. Ultrasound Obstet Gynecol, v.11, n.2, 2014.
- [12] Taran, F. A. Characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a case-control study. Human Reproduction, v.25, n.5, p. 1177–1182, 2010.

Capítulo 20

Panorama da mortalidade por causas evitáveis entre idosos pernambucanos

Renata Laíse de Moura Barros

Dharah Puck Cordeiro Ferreira

Maria Eduarda Morais Lins

Fabyano Palheta Costa

Resumo: Objetivo: descrever os casos de mortalidade por causas evitáveis na população idosa do estado de Pernambuco, no período de 2003 a 2013. Método: trata-se de um estudo descritivo e transversal, no qual foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, referentes aos óbitos evitáveis ocorridos entre idosos no período de 2003 a 2013. A mortalidade foi analisada por sexo e agrupamentos de tipos de óbitos por causas evitáveis. Resultados: Foram analisados 4 grupos de causas reduzíveis: (1) pelas ações de imunoprevenção; (2) pelas ações de promoção e prevenção contra doenças infecciosas; (3) pelas ações de promoção e prevenção contra doenças não transmissíveis; (4) pelas ações de promoção e prevenção contra causas externas. Destarte, que no período analisado, ocorreram 102.729 óbitos, que representam cerca 1,5 óbitos para cada mil pessoas na faixa etária estudada. Os óbitos por causas evitáveis reduzíveis pelas ações de promoção e prevenção contra doenças não transmissíveis representaram 85% do total. Conclusão: O aprofundamento acerca das causas de óbitos evitáveis é essencial para a compreensão do processo de morte/morrer no idoso, considerando a influência de fatores biológicos, fisiológicos e ambientais. Os profissionais de saúde e gestores necessitam compreender esse processo, com o intuito de criar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças eficazes para as necessidades desse grupo populacional, que irão futuramente contribuir para a redução da quantidade desses óbitos.

Palavras-chave: Causas de morte, idoso, mortalidade.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno observado através do aumento na proporção de pessoas idosas em virtude da queda da fecundidade, do declínio nas taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida.⁽¹⁻²⁾

Nas últimas décadas, o Brasil tem vivenciado esse aumento da expectativa de vida, que diferentemente dos países desenvolvidos, acontece de forma acelerada, ocasionando transformações nas políticas sociais.⁽³⁻⁴⁾ Projeções para 2020 mostram o Brasil como o sexto país do mundo em número de idosos.⁽⁵⁾

O debate acerca das causas evitáveis de morte no idoso é intrínseco ao prolongamento da vida. Inicialmente, na década de 1970, as mortes evitáveis foram conceituadas como “aquelas que poderiam ter sido evitadas (em sua totalidade ou em parte) pela presença de serviços de saúde efetivos”.⁽⁶⁾

Assim, essa morte configura um evento sentinela a ser investigado, tendo em vista que possibilita estimar a qualidade global da assistência prestada pelo sistema de saúde e a partir desse dado, pode acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto dessa atenção, constituindo, assim, em um dos métodos de vigilância à saúde.⁽⁷⁻⁶⁾ Dessa forma, os eventos sentinelas são definidos como:

Definidores de situações evitáveis, indicando que a qualidade da atenção deva ser melhorada, assim como determina que a investigação do ocorrido deva ser seguida de intervenções sobre possíveis setores socioeconômicos, ambientais, culturais ou genéticos que possam ser determinantes da situação encontrada. ⁽⁸⁾

Logo, o uso do conceito de “mortes evitáveis” pelos métodos de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde é pertinente, uma vez que esses métodos podem se beneficiar da disponibilidade, facilidade e objetividade dos indicadores de mortes evitáveis para analisar suas tendências temporais e comparar suas probabilidades estimadas entre regiões e municípios.⁽⁹⁾

Embora a nível mundial exista uma vasta produção científica acerca da temática das mortes evitáveis, no Brasil a literatura ainda é limitada. Além disso, a literatura nacional carece de consenso em termos conceituais e em termos de listas mínimas de indicadores evitáveis de acordo com o nível de complexidade da atenção à saúde.⁽⁹⁻¹⁰⁾

Neste cenário, é imprescindível que haja esforços para descrever as características da população de idosos, bem como seu perfil de mortalidade. Diante do exposto e do reconhecimento da escassa literatura sobre a temática das mortes evitáveis, justifica-se o presente estudo na necessidade de ampliar esse debate. Para tal, o objetivo geral estabelecido foi descrever os casos de mortalidade por causas evitáveis na população idosa do estado de Pernambuco, no período de 2003 a 2013.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, também chamado de seccional. O termo “seccional” dá uma ideia de corte no fluxo histórico, demonstrando características daquele intervalo de tempo. Como principais vantagens desse método, pode-se citar o baixo custo, a clareza e simplicidade de análise, além do elevado potencial descritivo.⁽¹¹⁻²⁾

Os dados são de origem secundária, obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referentes aos óbitos classificados como evitáveis ocorridos entre idosos. Foram considerados como idosos os indivíduos com idade mínima de sessenta anos, visto que este é o corte etário utilizado pela Política Nacional do Idoso.⁽¹³⁾ Como idade máxima foi definida setenta e quatro anos, pois esta é a disponibilidade dos dados no sistema de informação utilizado. Foi estabelecido para análise o período de 2003 a 2013. A mortalidade foi analisada por sexo e agrupamentos de tipos de óbitos por causas evitáveis segundo o SIM.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SIM estabelece os grupos de causas evitáveis de óbito. No presente estudo, foram analisados 4 grupos de causas reduzíveis: (1) pelas ações de imunoprevenção; (2) pelas ações de promoção e prevenção contra doenças infecciosas; (3) pelas ações de promoção e prevenção contra doenças não transmissíveis; (4) pelas ações de promoção e prevenção contra causas externas.

No período de tempo em estudo, 2003-2013, ocorreram 102.729 óbitos por causas evitáveis entre idosos no estado de Pernambuco, o que representa aproximadamente 1,5 óbitos para cada mil pessoas nessa faixa etária. Os óbitos por causas evitáveis reduzíveis pelas ações de promoção e prevenção contra doenças não transmissíveis revelaram números elevados, representando 85% do total de óbitos ocorridos no período estudado em Pernambuco. Nesse grupo, as doenças isquêmicas do coração (22.387) foram as responsáveis pelo maior número de óbitos, seguidas pelas doenças cerebrovasculares (16.714). Esses resultados estão em sintonia com outros estudos que também demonstraram esse mesmo padrão acerca dessas patologias. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte entre idosos,⁽¹⁴⁾ e as doenças cardiovasculares provocam 12 milhões de mortes por ano em todo o mundo.⁽¹⁵⁾ O inquérito realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde demonstrou prevalência de cardiopatias significativamente maior nos idosos (60 ou mais anos) em nove localidades: Fortaleza, João Pessoa, Recife, Distrito Federal, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, Curitiba e Florianópolis.⁽¹⁶⁾

Os óbitos evitáveis reduzíveis pelas ações de imunoprevenção somam 115 (0,11%). Dentre as doenças que podem ser imunoprevenidas, a hepatite aguda B e a tuberculose miliar foram as mais prevalentes, somando 61 casos. Não foram encontradas evidências na literatura sobre a relação dessa doença com a faixa etária dos idosos, o que sugere a necessidade de pesquisas na área.

No agrupamento das causas de óbitos reduzíveis pelas ações de promoção e prevenção contra doenças infecciosas, a soma dos casos é 9.769 (9,5%). As doenças infecciosas que mais causaram óbitos foram infecções respiratórias, incluindo pneumonia e influenza. É pertinente destacar que existe uma ausência de evidência do impacto das campanhas de vacinação contra influenza nas regiões norte e nordeste. Esse fato pode ser explicado pela imunogenicidade da vacina, que pode levar a sua baixa efetividade. Além disso, fatores como estado de saúde do vacinado e cobertura da vacinação também podem influenciar a baixa efetividade.⁽¹⁷⁻⁹⁾

As doenças infecciosas ainda se fazem muito presentes, mesmo diante de toda a mudança no perfil epidemiológico. Vale salientar, que na infância e na adolescência é comum o predomínio de doenças infecto-parasitárias.⁽¹²⁾ Com o passar dos anos e sob a influência de diversos fatores, essas doenças dão lugar às crônico-degenerativas, principalmente, entre os idosos. Com essa transição epidemiológica, espera-se que grande parte dessas doenças estejam erradicadas ou controladas. No entanto, são preocupantes dados que revelam óbitos tendo como causas doenças que podem ser tratadas. Isso implica a necessidade de melhores condições socioeconômicas e sanitárias e aumento do acesso aos serviços de saúde.⁽²⁰⁾

O quantitativo de óbitos por causas evitáveis reduzíveis pelas ações de promoção e prevenção contra causas externas foi de 5.485 (5,33%). As causas externas mais prevalentes nos óbitos em idosos pernambucanos foram acidentes de transporte, com 1.766 casos, representando 32,19% dos óbitos nesse grupo. Logo em seguida tem-se 1.069 casos de agressões, que constituem 19,48% do total desse grupo. Corroborando com esses achados, estudos revelam que dentre as causas externas, os óbitos por acidentes de transporte são os mais comuns em idosos e destacam também o crescimento das mortes por violência. Para explicar tais achados, a vulnerabilidade fisiológica aumentada nos idosos é citada como fator que pode contribuir para uma maior mortalidade devido a dificuldades na percepção, no equilíbrio e na visão, fragilidade musculoesquelética, entre outras. Já os casos de morte por violência podem ser reflexo de problemas urbanos contemporâneos.⁽²¹⁻³⁾

Achados como esses devem ser conhecidos pelas autoridades para que sejam realizadas ações de planejamento de educação no trânsito além de políticas públicas com o intuito de mudar esse cenário. Também são sugeridos novos estudos que descrevam o perfil da população idosa bem como de sua mortalidade e seus aspectos mais relevantes para que se conheça as condições de saúde, adoecimento e morte dessa população e possam subsidiar ações de proteção à vida.^(24,21)

Quanto ao sexo, foram 55.295 óbitos por causas evitáveis no sexo masculino e 47.418 no sexo feminino. Essa divergência em relação ao total de óbitos já citado acima deve-se ao déficit de informações comum no preenchimento dos dados. Durante praticamente todo o período em estudo, houve um aumento no número de óbitos por causas evitáveis no sexo masculino, que passou de 4.064 em 2003 para 5.719 em 2013. Excetua-se apenas o intervalo de tempo entre 2011 e 2012, no qual houve uma pequena diminuição de 5.676 para 5.500 óbitos. No sexo feminino, observa-se o mesmo padrão de aumento ocorrido no sexo masculino, de 3.572 em 2003 para 4.679 em 2013. Nesse caso, são verificados dois intervalos de tempo com uma pequena diminuição no quantitativo de óbitos, sendo eles 2008-2009 com 4.455 e 4.397 óbitos respectivamente e, com uma diferença ainda mais discreta, 2012-2013, com 4.690 e 4.679 óbitos respectivamente.

Diferenças na mortalidade por sexo são observadas na maioria dos países.⁽²⁵⁾ Estudos sobre diferenciais de gênero demonstram que a população do sexo masculino experimenta índices mais altos de mortalidade geral e também nas específicas.^(14, 26-9) Diferenças biológicas e de estilo de vida são apontadas como possíveis razões para esse fato. Seria o chamado “sexo construído culturalmente”.⁽³⁰⁻¹⁾

Além disso, questões de cunho ambiental e socioeconômico também podem ser citadas para justificar esse diferencial.⁽³²⁾ O presente estudo corrobora com esses dados, tendo em vista que em todo o período de tempo analisado o número de casos de mortes evitáveis foram maiores no sexo masculino em comparação com o sexo feminino.

Fatores associados nos âmbitos biológico, social e comportamental ocasionam diferenças na expectativa de vida entre os sexos, que é maior na mulher do que no homem.⁽³³⁾ Porém, o fato de a população masculina se expor mais a fatores de risco como hábitos de alcoolismo e tabagismo, riscos ocupacionais, pouca utilização dos serviços de saúde, costume de menosprezar sinais e sintomas e adiar ajuda médica, além de atitudes violentas e condução perigosa de veículos são aspectos comumente relacionados como importantes para os altos índices de mortalidade no sexo masculino.^(34, 25, 35) Este estudo revela uma diferença importante entre homens e mulheres no número de óbitos causados por acidentes de transporte, em concordância com os estudos mencionados acima.

Já no sexo feminino, o comportamento é bem diferente. As mulheres brasileiras têm o hábito de utilizar mais os serviços de saúde do que os homens e isso independe da presença de problemas de saúde. Elas usam os serviços não só com a finalidade de tratamento e cura, mas também com a finalidade preventiva para assim diminuir a possibilidade de episódios mais graves de saúde. No intuito de mudar esse comportamento do sexo masculino, são pertinentes campanhas e ações de saúde voltadas para a população masculina, a fim de desenvolver uma cultura de conscientização, promoção de saúde e prevenção de doenças nesse grupo populacional.

O comportamento em idades jovens reflete o padrão de morbidade na população idosa atualmente. Os hábitos comportamentais podem ocasionar problemas na idade tardia. Sendo assim, é recomendável que as políticas de promoção e de prevenção da saúde sejam incentivadas ainda na fase jovem, a fim de diminuir agravos à saúde, promover maior qualidade de vida na velhice e, conseqüentemente, evitar a morte.⁽³⁸⁾

4. CONCLUSÕES

O aprofundamento acerca das causas de óbitos evitáveis é essencial para a compreensão do processo de morte/morrer no idoso, tendo em vista que esse processo é influenciado por diversos fatores internos, como o biológico e fisiológico, e externos.

Os profissionais de saúde e gestores necessitam compreender esse processo, com o intuito de criar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças eficazes para as necessidades desse grupo populacional, que irão futuramente contribuir para a redução da quantidade desses óbitos.

Assim, é responsabilidade de cada profissional de saúde atuar de forma ativa e humanizada nesse problema de saúde pública, para com isso garantir o direito ao bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. New York: United Nations; 2009.
- [2] Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. Cad Saúde Publica [Internet]. 2008 [acesso em 2015 ago]; 24(3):597-605. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300013>.
- [3] Duque AM, Leal, MCC Marques, APO Eskinazi, FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 2015 ago]; 17(8):2199-2208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>.
- [4] Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. Rev Rene [Internet]. 2010 [acesso em 2015 ago]; 11(2):72-78. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a08v11n2.pdf.

- [5] Carvalho, Jam, Garcia, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em 2015 ago];19(3):725-733. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>.
- [6] Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med*. 1976 [acesso em 2015 ago];294(11):582-8.
- [7] Teixeira PGR, Inaba K, Hadjizacharia P, Brown C, Salim A, Rhee P, et al. Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. *J Trauma* [Internet]. 2007 [acesso em 2015 ago];63(6):1338-46. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/5638396>
- [8] Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Frias PG. A sala de situação da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*. 2002 [acesso em 2015 ago];26(61):236-244.
- [9] Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais NOL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2007 [acesso em 2015 ago];16(4):233-244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002>
- [10] Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 2015 ago];12(3):765-776. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300002>
- [11] Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia*. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 268-87.
- [12] Pereira M G., *Transição Demográfica e Epidemiológica*. In: Pereira, M G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 157-85.
- [13] Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília ,DF: O Ministério; 2003. [acesso 2010 jul 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf.
- [14] Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 2015 ago];29(4):735-748. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400011>
- [15] Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da clínica escola de fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *R. baiana Saúde Públ.* [Internet]. 2007 [acesso em 2015 ago];31:322-30. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a324-332.pdf>
- [16] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004
- [17] Campagna AS, Duarte EC, Daufenbach LZ, Dourado I. Tendência da mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil e evidências de plausibilidade de impacto da vacinação, 1992-2005. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em ago];23(1):21-31. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100003&lng=pt.
- [18] Francisco PMSB, Donalisio MRC, Lattorre MRDoliveira. Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso em 2015 ago];39(1):75-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100010>.
- [19] Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Bramme R L, Cox N, Anderson LJ et al. Mortality associated with Influenza and RSV. *JAMA* 2003; 289(2):179-86.
- [20] Figueiredo NMA, Tonini T, organizadores. *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento*. São Caetano do Sul: Yendis; 2006.
- [21] Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Rev. Latino-am. Enfermagem* [Internet]. 2006 [acesso em 2015 ago];14(1):17-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400018>
- [22] Minayo MCS. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2006 [acesso em 2015 ago];11(suppl):375-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>
- [23] Aidar T. O impacto das causas violentas no perfil de mortalidade da população residente no município de Campinas: 1980 a 2000. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2003 [acesso em 2015 ago];20(2):281-302. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol20_n2_2003/vol20_n2_2003_10artigo_p281a302.pdf

- [24] Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 [acesso em 2015 ago];14(4):779-786. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400018>.
- [25] Wong MD, Chung AK, Boscardin WJ, Li M, Hsieh HJ, Ettner SL, et al. The contribution of specific causes of death to sex differences in mortality. Public Health Rep [Internet]. 2006 [acesso em 2015 ago];121:746-54. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781916/pdf/phr121000746.pdf>
- [26] Siviero PCL, Turra CM, Rodrigues RN. Diferenciais de mortalidade: níveis e padrões segundo o sexo no município de São Paulo de 1920 a 2005. Revista Brasileira de Estudos de População [Internet]. 2011 [acesso em 2015 ago];28(2):283-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982011000200003&lng=en&tlng=pt
- [27] Laurenti R, Jorge MHPMello, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [acesso em 2015 ago];10(1):35-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>.
- [28] Souza LG, Siviero PCL. Diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres: Sul de Minas Gerais, 2002 e 2012. Cad. saúde colet. [Internet]. 2015 [acesso em 2015 ago];23(1):25-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X2015000100005>
- [29] Abreu DMX, César CCI, França EB. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2015 ago]; 25(12):2672-2682. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200014>.
- [30] Chor D, Duchiate MP, Jourdan AMF. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da região Sudeste, Brasil: 1960, 1970 e 1980. Rev Saúde Pública [Internet] 1992 [acesso em 2015 ago];26(4):246-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101992000400006>
- [31] Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. Demography [Internet]. 2005 [acesso em 2015 ago];42(2):189-214. Disponível em: http://www.princeton.edu/rpds/papers/Case_Paxson_Sex_Differences_in_Morbidity_and_Mortality_Demography.pdf
- [32] Kalben, B. B. Why men die younger: causes of mortality differences by sex. North American Actuarial Journal. 2000;4(4):83-111.
- [33] Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev. Saúde públ [Internet]. 1987 [acesso em 2015 ago];21(3):225-33. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/23423/25458>
- [34] Luizaga CTM, Gotlieb SLD. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2013 [acesso em 2015 ago];16(1):87-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100087&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt
- [35] McCartney G, Mahmood L, Leyland A, Batty G, Hunt K. Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. Tobacco Control, BMJ Publishing Group [Internet]. 2011 [acesso em 2015 ago];20(2):166-8. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/2/166.full.pdf+html>
- [36] Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [acesso em 2015 ago];11(5/6):365-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>
- [37] Louvison M, Lebrão M, Duarte Y, Laurenti R. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas no município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [acesso em 2015 ago];5(24):189-94. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84252407>
- [38] World Health Organization. Gender, health and ageing. Geneva: World Health Organization; 2003.

Capítulo 21

A correlação entre o pensamento e a linguagem na tentativa de suicídio em idosos

Andressa César Bomfim Ferreira

Mikaele da Costa Gomes Monteiro

Ana Paula Ribeiro dos Santos

Zélia Sibaldo Ribeiro

Luciana Carla Lopes de Andrade

Resumo: Diante de uma realidade muito adversa destaca-se a importância em entender a relação entre o pensamento e a linguagem com a finalidade de desenvolver intervenções terapêuticas para evitar o suicídio em idosos. Com o crescimento da população de idosos no Brasil torna-se visível a falta de políticas públicas comprometidas em atender as necessidades dessa demanda que além das dificuldades naturais da velhice tem seus direitos de cidadão desrespeitados. O pensamento e a linguagem são processos recíprocos e contínuos que caracterizam a maneira do ser humano se relacionar com o mundo, desta forma as manifestações dos idosos sejam com verbalizações ou ideações suicidas, são expressões de um pedido de ajuda a fim de que seu sofrimento psicológico cesse. Problemas familiares, doenças crônicas, restrição financeira, falta de vínculos sociais e depressão são agravantes que contribuem para exacerbar o sofrimento físico e psicológico dos idosos e conseqüentemente elevar o número de suicídio entre eles. Objetivou-se com o presente estudo discutir as manifestações dos pensamentos suicidas através da linguagem e a fim de possibilitar a compreensão de como ocorre e os possíveis desencadeadores das ideações altamente destrutivas em idosos, sugerindo assim intervenções pontuais.

Palavras-Chave: Ideação Suicida, Tentativa de suicídio, Idoso.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema a correlação entre o pensamento e a linguagem na tentativa de suicídio em idosos: um estudo reflexivo, o trabalho vem debater a perspectiva de que idosos com ideação suicida manifestam seus pensamentos através da linguagem.

De forma geral o pensamento e a linguagem são processos recíprocos que caracterizam a maneira do ser humano se relacionar com o mundo, desta forma as manifestações dos idosos sejam com verbalizações ou tentativas de suicídio são expressões de um pedido de ajuda a fim de que alivie seu sofrimento psicológico. Com isso os profissionais da área da saúde, sobretudo os psicólogos, têm que compreender os possíveis discursos desses pacientes que tentam chamar atenção e de acordo com cada situação intervir para evitar o suicídio.

Com o crescimento da população de idosos no Brasil torna-se visível a falta de políticas públicas comprometidas em atender as necessidades dessa demanda que além das dificuldades naturais da velhice tem seus direitos de cidadão desrespeitados. Problemas como conflitos familiares, doenças crônicas, falta de vínculos sociais, depressão são agravantes que contribuem para acentuar o sofrimento físico e psicológico dos idosos e conseqüentemente aumentar o número de suicídio entre eles.

O objetivo desta revisão integrativa é reunir informações relevantes que estimulem a reflexão sobre a aplicação das teorias do pensamento e linguagem como alternativas para prevenir o suicídio em idosos. No desenvolvimento do presente trabalho foram utilizadas pesquisas em artigos científicos que atendem aos critérios de elegibilidade e relevância para o tema, além disso foram citados respeitáveis teóricos como Vygotsky e Luria que se dedicaram a compreensão da correlação entre o pensamento e a linguagem.

Diante de uma realidade muito adversa para as pessoas de idade avançada onde são escassas as pesquisas com temas que debatam essa problemática, estudos como esse tem relevância acadêmica e social, destacando a importância da necessidade em se entender a relação entre o pensamento e a linguagem com a finalidade de desenvolver intervenções terapêuticas para evitar o suicídio em idosos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura científica nacional. Refere-se a um amplo método concernente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais ou não experimentais e a integração dos resultados, para um profundo entendimento do fenômeno analisado¹. O processo de elaboração da revisão integrativa é classificado em seis etapas, que são descritas a seguir: A primeira etapa consistiu na elaboração das questões norteadoras da pesquisa. A definição desta etapa foi a mais importante da revisão, pois determinou a formulação da pergunta do estudo e as estratégias de busca para cada periódico selecionado.

Na segunda etapa, realizou-se a procura de periódicos por meio de busca eletrônica dos artigos publicados entre 2015 e 2017, na seguinte base de dados: Scientific Electronic Library OnLine (SCIELO). A busca foi orientada pelos seguintes descritores: “Ideação suicida”, “Tentativa de suicídio” e “Idoso” os quais foram combinados entre si.

Na terceira etapa, foi realizada a identificação dos estudos pré-selecionados, que incluiu: o total de dez artigos, sendo selecionados cinco artigos após leitura dos títulos e resumos. Estes foram armazenados em pasta própria, sendo identificados conforme foco de investigação.

A quarta etapa consistiu na análise crítica dos estudos selecionados, permitindo a leitura na íntegra e análise criteriosa de cada artigo. A partir desse aprofundamento das leituras, foram incluídos dez artigos que estavam de acordo com nosso objetivo. Dessa forma, a determinação dos critérios de inclusão foi de todos os periódicos completos que discorram sobre o assunto de uma forma restrita. Sendo excluídos, portanto, artigos que não se encontrem redigidos em língua portuguesa, assim como editoriais, resenhas, notícias ou cartas veiculadas em periódicos científicos e teses, monografias, dissertações, capítulos de livros e livros.

Na penúltima etapa, realizou-se discussão dos resultados, através da análise e interpretação dos periódicos. E por fim, a última etapa consistiu na apresentação da síntese do nosso estudo, a revisão integrativa.

3.RESULTADOS

Após os critérios estabelecidos para a realização da revisão integrativa, foi possível extrair os seguintes dados essenciais dos artigos selecionados:

Figura 1. Quadro sinóptico, principais características dos artigos selecionados.

Fonte	Autor	Título	Ano	Considerações Temáticas
SciELO	Gutierrez DMD, Sousa ABL, Grubits S	Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio.	2015	Entender a subjetividade de cada indivíduo não se limita a experiência individual, muito menos ao reducionismo dos processos sociais, ambos interagem de forma recíproca dentro de uma dinâmica em permanente movimento. São reflexões sobre as vivências particulares, frente as dificuldades relacionadas a idade, doenças, questões de racionamentos e outros empasses, que vêm abordando ideações suicidas ou tentativas persistentes de suicídio.
SciELO	Cavalcante FG, Minayo MCS, Gutierrez DMD	Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa. Sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas	2015	Conhecer o que os idosos pensam sobre situações que os levam a preferir a morte, relacionando as tentativas e ideações, ao: isolamento social, qualidade de vida, depressão e falta de esperança, possibilitou discutir o assunto sobre uma perspectiva de saúde pública, visando compreender o impacto dos problemas físicos, psicológicos e sociais. Considerando isso, é possível prever e prevenir tentativas de suicídios na população idosa, na medida em que atua nos fatores desencadeantes de tais comportamentos e pensamentos.
SciELO	Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB	Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas	2015	Os problemas familiares concorrem com outros fatores associados para os pensamentos e tentativas suicidas, porém os índices de maior relevância estão estreitamente ligados a sentimentos de abandono, isolamento, incompreensão familiar, ausência de afetos, restrição de autonomia e a usurpação financeira. O apoio familiar e social tem função direta e indireta de aliviar os efeitos psicológicos negativos criados por todos os tipos de adversidades que se acumulam na velhice.
SciELO	Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES	É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos	2015	Considerando a subjetividade dos idosos, diante de inúmeras adversidades, perdas e restrições, existe a capacidade de sobrelevar a vulnerabilidade e ressignificar a existência, essa superação compreendida como resiliência junto com o auxílio dos demais aspectos como apoio religioso, social e familiar, suporte adequado nos serviços de saúde, contato com animais de estimação e reconstituição de autonomia, desencadeia o fortalecimento e ajuda no processo de reequilibrar tais ideações.
SciELO	Minayo MCS, Teixeira SMO, Martins JCO	Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice	2016	É importante compreender que o tédio potencializa o sofrimento psíquico, conduzindo a eventos e ideações suicidas, pois está intimamente ligada a inabilidade do sujeito em identificar alternativas favoráveis para a resolução de seus conflitos e sofrimentos. O tédio fomenta de maneira significativa, mas não determina.

4.DISSCUSSÃO

Para discussão dos resultados, optou-se por organizar tais seções da seguinte forma: (1) Caracterização do idoso; (2) Descrição do fenômeno e (3) Intervenção por intermédio do estudo do pensamento e linguagem.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

O envelhecimento é uma experiência particular e específica para cada indivíduo. Constitui-se através de mudanças expressivas, como a diminuição da capacidade orgânica e funcional, a perda de autonomia, a aposentadoria, perdas de pessoas importantes acarretando sentimento de tristeza e comprometimentos

danosos na rotina dos idosos. Dito isso, fica evidente a vulnerabilidade e os riscos frente às atitudes de autodestruição².

Em contrapartida, as convenções sociais e culturais contribuem equiparadamente na constituição desse processo. Desse modo, tanto a perspectiva pessoal: sentimentos, emoções e crenças enfatiza que um indivíduo de forma particular, é ator de sua própria vida; quanto a

perspectiva sociocultural: o contexto histórico, o espaço sociocultural e os segmentos sociais se influenciam reciprocamente dentro de uma dinâmica multidimensional³.

Historicamente nas culturas ocidentais a velhice situa-se num lugar marginal e não é percebida como um processo inerente ao ciclo vital, disseminando-se assim a imagem estigmatizada da velhice, que acarreta em isolamento social e ainda mais sofrimento psicoemocional.

Embora muitos idosos vivam no mesmo período histórico, no mesmo contexto social, pertencentes aos mesmos grupos etários vivenciam cada qual ao seu modo. E, é essa vivência singular que permite ou não o enfrentamento das dificuldades ligadas à idade, as patologias, os relacionamentos e entre outros problemas, frente a isso muitos reagem com ideias ou tentativas suicidas³.

4.2 DESCRIÇÃO DO FENÔMENO

A tentativa de suicídio é conceituada como atos autodestrutivos deliberados, cujo desfecho não resulta em óbito. Compreende-se ainda, que pensamentos, verbalizações e atitudes, em vários graus de intensidade, possam suscitar que essas tentativas aconteçam, podendo fomentar desejos ou planos de suicídio, e a isso denomina-se ideias^{4,2}.

Tais atos estão relacionados a inúmeros fatores com potencial desencadeador, como a incapacidade de lidar com conflitos e sofrimentos, doenças incapacitantes, transtornos psicológicos, uso abusivo de substância psicoativa, isolamento, dificuldade financeiras, abandono familiar, dentre outros fatores.

A literatura apresenta dados epidemiológicos e qualitativos que corroboram que os idosos quando comparado com outros subgrupos populacionais, apresentam maior risco para cometer suicídio⁵.

No entanto, verificou-se que a literatura apresenta ainda muitas lacunas no que diz respeito à tentativa de suicídio entre idosos, considerando este cenário, destaca-se a importância de pesquisas e políticas públicas voltadas para a população idosa que dialoga com o fenômeno suicídio, o que aponta também a oportunidade da inserção do profissional psicólogo no atendimento especial para essa demanda.

4.3 INTERVENÇÃO POR INTERMÉDIO DO ESTUDO DO PENSAMENTO E LINGUAGEM

A literatura dirige-se em concordância à possibilidade de se prever e prevenir tentativas de suicídio entre idosos com ideias suicidas, na atuação dos fatores desencadeantes de tais atos. Muito embora se compreenda que também estão presentes à vontade e dos desejos de cada pessoa submetida a extremo sofrimento quando age na tentativa de retirar a própria vida⁴.

Pode-se constatar que as tentativas de suicídio em idosos se constituem em uma crescente problemática de saúde pública no mundo e que vem se apresentando de forma torturante, tendo em vista o desconhecimento por parte de muitos profissionais da área de saúde e a falta de políticas públicas destinadas a lidar com este processo, portanto, não nos basta o avanço da ciência na promoção da longevidade, se não houver profissionais que conheçam as possíveis intervenções aos sofrimentos psíquicos e saibam integrá-las a uma assistência humanizada, que compreenda o ser humano e sua linguagem.

Verificou-se que além dos muitos recursos interventivos que os psicólogos dispõem, também poderão fazer uso do conhecimento sobre os processos psicológicos básicos, pensamento e linguagem, na prática concomitante aos meios ditos tradicionais.

Sobre pensamento e linguagem, Luria (1987) afirma que a linguagem é um sistema complexo de códigos, formado no decorrer da história social de uma comunidade linguística, que designa objetos, características, ações ou relações, possuindo a função de transmitir informações. A linguagem é um instrumento importante ao conhecimento humano, pois é a partir da linguagem que o homem pode “separar o limite da experiência sensorial, individualizar as categorias dos fenômenos, formularem

determinadas generalizações ou categorias. Pode-se dizer que, sem o trabalho e a linguagem, no homem não se teria formado o pensamento abstrato 'categorial.' (Luria, 1987, p. 22).⁷

É salutar que se enfatize que Vygotsky, um dos teóricos sobre pensamento e linguagem, desenvolveu o conceito de discurso interior e discurso exteriorizado que muito nos auxiliará no decorrer da pesquisa. Ele ainda postula que “a relação entre o pensamento e a linguagem é um processo, um movimento contínuo de vaivém do pensamento para a palavra e vice-versa. Nesse processo, a relação entre o pensamento e a linguagem passa por transformações que, em si mesmas, podem ser consideradas um desenvolvimento funcional.” (VIGOTSKI, 2005, p. 40)⁷. Dito isso, fica evidente nossa pretensão em identificar a ideação suicida, pensamento que mobiliza o indivíduo a desejar a própria morte, pela personificação da linguagem e assim prevê tal comportamento e conseqüentemente elaborar processos de intervenções.

As Teorias sobre o Pensamento e a Linguagem nos direcionam a uma investigação em planos mais profundos, nos permitindo explorar o plano do discurso interno que se encontra por detrás da linguagem. A psicologia atrelada às possibilidades de compreensão da relação entre o pensamento e a linguagem disponíveis nas teorias e com a capacidade que lhes é peculiar de compreender a natureza psicológica do discurso interno, nos possibilita amplas intervenções.

As Teorias tornam-se relevantes por se preocuparem com a configuração das estruturas do pensamento e da linguagem no indivíduo. A aplicabilidade destas teorias nesse aspecto de tentativa de suicídio é amplamente necessária e atual, singular a atuação dos psicólogos, uma vez que este profissional possibilita o processo terapêutico.

Diante disso, este estudo tem enquanto relevância acadêmica e social, o intuito de desmistificar tabus e misticismos acerca das pessoas, mais especificamente idosos que tentam cometer suicídio, sobretudo no que concerne ao seu pensamento e linguagem que socialmente vem sendo ignorados impedindo a comunicação desse processo de sofrimento. Por isso, ao delimitar o tema dessa pesquisa, levou-se em consideração a grande relevância em compreender a correlação do pensamento e da linguagem na tentativa de suicídio em pessoas idosas, para que se possam compreender essas estruturas e as suas representações que implicam diretamente na relação que poderá ser estabelecida na intervenção.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos periódicos encontrados, pode-se constatar que a prevalência de tentativas de suicídio em idosos é um percentual preocupante. Notou-se, também, que existe a possibilidade de com práticas interventivas contribuir com a minimização dessa problemática.

Nesse sentido, torna-se relevante, tanto às instituições de ensino superior quanto aos órgãos de capacitação profissional, estimular e/ou criar espaços para discussão e estudos, nos quais os meios de identificação e intervenção do fenômeno possam ser disseminados.

Portanto, o conhecimento sobre os respectivos processos básicos, pensamento e linguagem, é fundamental para o reconhecimento de tais atos e a compreensão de como interferir nesse processo. Logo é de extrema importância à inclusão do ensino sobre a constituição do pensamento e da linguagem como disciplina obrigatória da grade curricular de Psicologia, ao tempo em que se deve abordar a temática ao longo do curso, e não em uma disciplina isolada.

REFERÊNCIAS

- [1] Botelho, Louise Lira Roedel; Cunha, Cristiano Castro de Almeida; Macedo, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. p. 121-136. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>> Acesso em: maio de 2017.
- [2] Figueiredo, Ana Elisa Bastos; SILVA, Raimunda Magalhães da; Vieira, Luiza Jane Eyre Souza; Mangas, Raimunda Matilde do Nascimento; SOUSA, Gírlani Silva de; Freitas, Jarlildeire Soares; Conte, Marta; Sougey, Everton Botelho. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1711-1719, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601711&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: maio de 2017.
- [3] Gutierrez, Denise Machado Duran; Sousa, Amandia Braga Lima; Grubits, Sonia. Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1731-1740, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601731&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: maio de 2017.

- [4] Cavalcante, Fátima Gonçalves; Minayo, Maria Cecília de Souza; Gutierrez, Denise Machado Duran; Sousa, Girliani Silva de; Silva, Raimunda Magalhães da; MOURA, Rosylaine; Meneghel, Stela Nazareth; Grubits, Sônia; Conte, Marta; Cavalcante, Ana Célia Sousa; Figueiredo, Ana Elisa Bastos; Mangas, Raimunda Matilde do Nascimento; Fachola, María Cristina Heuguerot; Izquierdo, Giovane Mendieta. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1667-1680, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601667&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: maio de 2017.
- [5] Silva, Raimunda Magalhães da; Mangas, Raimunda Matilde do Nascimento; Figueiredo, Ana Elisa Bastos; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza; Sousa, Girliani Silva de; Cavalcante, Ana Márcia Tenório de Sousa; Apolinário, Alba Valéria de Sousa. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1703-1710, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601703&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: maio de 2017.
- [6] Minayo, Maria Cecília de Souza; Teixeira, Selena Mesquita de Oliveira; Martins, José Clerton de Oliveira. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. *Estudos de Psicologia*, 21(1): 36-45, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000100036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: maio de 2017.
- [7] Bernardes, Maria Eliza Mattosinho. Transformação do pensamento e da linguagem na aprendizagem de conceitos. *Psicol. Educ.* n.26, 2008. Disponível:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752008000100005> Acesso em: maio de 2017.

Autores

LAODICÉIA DÉRIO DANTAS GOMES

Assistente Social. Pós Graduada em Saúde Coletiva e Saúde da Família. Pós Graduada em Serviço Social e Direito de Família.

ALINE SILVA FLORÊNCIO

Acadêmica em Enfermagem pela UNINASSAU - CARUARU, durante a graduação desenvolveu atividades como monitora, extensionista e iniciadora científica.

AMAURI DOS SANTOS ARAÚJO

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL (2016). Mestrando em Enfermagem pelo PPGENF/UFAL, na linha de pesquisa Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos. Especialista em Enfermagem em Cuidados Pré-natais pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (2018). Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Educação São Luís (2018). Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Tecnológica de Alagoas - FAT. Supervisor Técnico na Rede de Urgência e Emergência, no Município de Maceió. Área de atuação: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, assistência integral à saúde, saúde do adulto. E-mail: amaurimedic@hotmail.com

ANA KARINE LARANJEIRA DE SÁ

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem - Bacharelado do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira. Mestra em Políticas Públicas UFPE. Doutoranda em Ciências Biomédicas IUNIR Argentina

ANA PAULA DE OLIVEIRA MARQUES

Pós Doutorado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal. Doutora em Nutrição pela UFPE. Mestre em Nutrição em Saúde Pública pela UFPE. Especialista em Gerontologia Social pela UPE. Graduada em Nutrição pela UFPE.

ANA PAULA RIBEIRO DOS SANTOS

Graduanda em Psicologia pela faculdade Estácio de Alagoas - FAL

ANDRESSA CÉSAR BOMFIM FERREIRA

Graduanda em psicologia pela faculdade Estácio de Alagoas - FAL e Gestalt terapeuta em formação pelo centro de crescimento humano (CCH).

ANDRIELLY SILVA DOS SANTOS

Enfermeira Graduada no curso de enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT), Pós Graduanda do Curso de Cardiologia e Hemodinâmica - Grupo CEFAPP, especialidade em cateter central com inserção periférica (PICC) normal e guiado por ultrassom, Administração intraóssea e Port a Cath pelo HAMMES Cursos.

BEATRIZ SANTIAGO GUERRA

Biomédica formada pela UNINASSAU - CARUARU. Mestranda em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco.

BRUNA KAJELINE ASSIS GOMES

Enfermeira Graduada no Curso de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes(UNIT), Pós graduanda em Neonatologia e Pediatria pelo Grupo CEFAPP.

CAMILA MADRUGA PAZ DA SILVA

Nutricionista. Pós Graduada em Gerontologia. Pós Graduada em Práticas Integrativas Complementares em Saúde - PICS.

CEZAR GRONTOWSKI RIBEIRO

Graduado em Educação Física pela FACEPAL-PR. Mestre em Ciências da Saúde pela UNOCHAPECÓ-SC. Doutorando em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua como professor titular do Instituto Federal do Paraná - Curso de Educação Física. Revisor de diversos periódicos como Revista de Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento, Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Membro da diretoria da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS) gestão 2017-2019. Atua na área de Atividade Física e Saúde.

CHARLES MAURICIO BARROS DOS SANTOS

Graduado pelo curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Pós Graduando em Urgência e Emergência e UTI pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Atua na Gestão em Saúde no cargo de Diretor de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Matriz de Camaragibe - AL. Atua como Docente no Curso em extensão para Técnico de Enfermagem pelo Centro Educacional Profª Darcy Duarte de Amorim (CEDDU). Participante de Projetos de Extensão, como a Liga Acadêmica de Saúde Pública - LASP (2015.2 - 2016.1) e Monitoria na disciplina Anatomia Humana II promovidos pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT).

CHRYSYTIANNE MARIA FIRMIANO BARROS SARETTO

Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1998), Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória (1999), Aperfeiçoamento em Fisioterapia em Terapia Intensiva (2001), Especialista em Gestão em Saúde (2012), Mestre em Saúde Coletiva (2005) e Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNOCHAPECÓ. Foi coordenadora do curso de Fisioterapia da Unoesc-Joaçaba, atualmente é docente do curso de fisioterapia, supervisora de estágio no Hospital Universitário Santa Terezinha e vice líder do grupo de pesquisa GPESC. Atua na área de fisioterapia respiratória, aspectos avaliativos e intervencionistas em saúde e envelhecimento humano.

CLAUDIA DANIELE BARROS LEITE SALGUEIRO

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE). Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (Saúde do Idoso). Profa. Dra. e Pesquisadora do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia - Departamento do Curso de Bacharelado em Enfermagem Pesqueira, Pernambuco.

CLÁUDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

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

CLODOALDO ANTÔNIO DE SÁ

Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (1993), mestrado e doutorado em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (1999 e 2004, respectivamente) e pós-doutorado na Universidade de Córdoba - Espanha (2009). Atualmente é Coordenador dos cursos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Compõe o Banco Nacional de Avaliadores Institucionais e de Cursos (MEC). Líder do Grupo de Pesquisa Vita. Estuda temáticas relativas a atividade e/ou exercício físico e envelhecimento humano e terapia por exercício.

DANIELA DE AQUINO FREIRE

Possui graduação em Enfermagem pela Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde - AESA/CESA/ESSA (2010), especialista em Obstetrícia pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa-CEFAPP (2012) e em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA (2013). Tendo atuado como enfermeira do PROVAB, (2012-2103) e também, como docente no Ensino Técnico de Enfermagem, pelo Centro de Especialidade Aplicadas na Saúde (SE). Especialista em enfermagem cirúrgica pelo programa de Residência Uniprofissional da UFPE-HGV (2014-2016). Mestra em enfermagem pela Universidade de Pernambuco(UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Doutoranda em enfermagem pela Universidade de Pernambuco(UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem pela Universidade de Pernambuco.

DHARAH PUCK BISPO CORDEIRO

Pós-Graduada em Gerontologia. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho. Pós-Graduada pela Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde – UFPE. Mestre em Gerontologia – UFPE. Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE

FABYANO PALHETA COSTA

Enfermeiro pela Universidade do Estado do Pará - UEPA, Especialista em Morfologia Humana (Universidade Federal de Pernambuco - UFPE).

FLAVIANA DÁVILA DE SOUSA SOARES

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2013). Especialista em Urgência e Emergência e UTI pela Faculdade Santa Maria (FSM). Diarista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) no período de junho de 2014 a outubro de 2016. Professora substituta na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras no período de Fevereiro de 2016 a Fevereiro de 2018. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em UTI e Centro Cirúrgico. Atualmente é membro do Grupo de Pesquisa e Violência e Saúde (GPVS).

GABRIELA OLIVEIRA CAVALCANTE

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós- Graduada em Gestão de Redes de Atenção à Saúde e Saúde Coletiva.

GABRIELLA SILVA NOGUEIRA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Pós-graduanda em Saúde Coletiva pela Faculdades de Patos (FIP), atuou como preceptora de estágio da disciplina Saúde do Adulto da Faculdade Santa Maria (FSM).

GEANE SARA DE HOLANDA

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Pós-graduanda em Saúde Coletiva pela Faculdades de Patos (FIP).

ISABEL COMASSETTO

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1993). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (2007). Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo - USP (2014). Atualmente é docente da Universidade Federal de Alagoas-UFAL. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa PROCUIDADO; Grupo Cuidado em Saúde; Grupo REDE de Pesquisa e Prática em Trabalho, Educação e Saúde Coletiva. Tem experiência profissional com ênfase em Terapia Intensiva, Urgência e emergência; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Oncologia e Segurança do paciente. Atua principalmente nas seguintes áreas: Cuidados ao paciente crítico nos diversos espaços assistenciais; Segurança do paciente e qualidade em saúde; O cuidar do profissional, paciente e família na experiência de doença, morte e luto.

ITALO ROCEMBERG DE MOURA XAVIER

Acadêmico em Enfermagem pela UNINASSAU - CARUARU, durante a graduação desenvolveu atividades como monitor, extensionista e iniciador científico.

IVONEIDE RIBEIRO COSTA

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco (1989). Mestra em Docência do Ensino Superior em Enfermagem (UPE/UEPB 2017). Especialista em Educação para profissionais de enfermagem - Fio Cruz (2005/2006). Aperfeiçoamento em Vigilância Epidemiológica UFPE (2010). Discente de pós graduação em Gerontologia pela UniRedentor (2018/2019).

JESSE ALMEIDA LEITE

Extensionista na área de prevenção e promoção da saúde. Monitora-componente curricular Enfermagem na atenção integral a saúde do adulto e do idoso, Enfermagem na atenção integral a saúde da criança e do adolescente, Assistência de enfermagem sistematizada em unidade neonatal. Participação e prestação de trabalhos em Congressos Nacionais, Estaduais e Internacionais.

JOÃO GILBERTO DE OLIVEIRA FREITAS

Médico do Programa Mais Médico em Parnaíba-Pi

JOÃO VICTOR DA SILVA RODRIGUES

Formado em Gestão Hospitalar pela Unopar. Fez parte dos projetos de extensão intitulados: Desenvolvendo praxis educativas com os idosos contemplando o sedentarismo, Assistência domiciliar ao idoso acamado no município de Pesqueira, A promoção de políticas de saúde para a população LGBT. Diretor de Promoção à diversidade LGBT no Diretório Acadêmico Valquíria Bezerra (DAVB) e Diretor de Promoção à diversidade no Diretório Central Estudantil Maria do Rosário Sá Barreto, é Pesquisador pelo PIBIC CNPQ com o projeto intitulado: Diagnóstico situacional da rede de atenção à violência de crianças e adolescentes com deficiência. Tem trabalhos apresentados e participações em Congressos nacionais e internacionais, Tem artigo publicado na Revista Enfermagem Brasil.

JOSÉ FELIPE GOMES

Acadêmico em Enfermagem pela UNINASSAU - CARUARU, durante a graduação desenvolveu atividades como monitor, extensionista e iniciador científico.

JULLIANY LARISSA CORREIA SANTOS

Fez parte dos projetos de extensão intitulados: A promoção de políticas de saúde para a população LGBT, influências do exercício físico na resposta imune no ano de 2017, dando continuidade com o projeto no ano de 2018. Faz parte da liga acadêmica de enfermagem em terapia intensiva (LAETI) e do projeto de pesquisa intitulado desafios enfrentados pelo paciente renal crônico. Tem artigo publicado na revista Enfermagem Brasil e já apresentou trabalhos acadêmicos em eventos e congressos nacionais e internacionais.

KEILA MARIA GONÇALVES DA SILVEIRA FORTES

Nutricionista. Mestra em Saúde da Família. Especialização em Nutrição Clínica, Docência no Ensino Superior e Saúde da Família. Servidora concursada da Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Ministra a disciplina Gerenciamento de Serviços de Saúde do Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi

KYDJA MILENE SOUZA TORRES

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem de Belo Jardim (2011); Especialização em Ortopedia/Traumatologia pelo Programa de Residência em Enfermagem em traumatologia - ortopedia da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Cento Universitário Internacional (UNINTER); Especialização em andamento em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade Futura; Especialização em andamento em Enfermagem em UTI pela Faculdade Futura; Especialização em andamento em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Faculdade Futura. Mestre em Gerontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Mestrado Acadêmico) da Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Tem experiência em Enfermagem atuando principalmente nas áreas: hospitalar, gerontologia, urgência e emergência, saúde mental, saúde do adulto e da pessoa idosa e clínica cirúrgica.

LUCAS DA SILVEIRA TERTO

Médico Residente 2 em Clínica Médica no Hospital Municipal de Guarulhos - SP

LUCIANA CARLA LOPES DE ANDRADE

Psicóloga e mestre em psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL); especialista em problema do desenvolvimento da infância e adolescência (Lydia Coriat); ex docente da faculdade Estácio de Alagoas; professora preceptora do estágio de clínica do centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).

LUCICLAUDIO DA SILVA BARBOSA

Licenciado me Ciências Biológicas. Especialista em Educação ambiental, Mestre em Recursos Naturais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Vice-líder do grupo de pesquisa do CAPES: Cuidado em promoção da Saúde. Orientador do Programa Institucional para Concessão de Bolsas de Extensão (PIBEX - IFPE) Coordenador dos Laboratórios do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Professor e Pesquisador do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia - Departamento do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Pesqueira, Pernambuco. Brasil.

LYZANDRA MARIA LESSA SILVA

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). CREFITO 252378 F. Fisioterapeuta da Associação dos Deficientes Físicos e Mentais de Arapiraca (ADFIMA). Formação completa em Pilates clássico

MÁRCIA CARRERA CAMPOS LEAL

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestrado em Endodontia pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade de Pernambuco Pós-Doutorado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

MÁRCIA CARRÉRA CAMPOS LEAL

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestrado em Endodontia pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade de Pernambuco e Pós-Doutorado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Atualmente é Professora Associada 4 da Universidade Federal de Pernambuco, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - PPGERO/UFPE, Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI/UFPE, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa: Saúde do Idoso. Tem experiência na área da Gerontologia e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Doença de Alzheimer, Violência contra a Pessoa Idosa e Diabetes.

MARIA DAS DORES SARAIVA DE LORETO

Graduada em Ciências Econômicas e mestrado e doutorado em Economia Rural pela Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, além de pós-doutorado em Família e Meio Ambiente pela University of Guelph / Canadá. Foi admitida na Universidade Federal de Viçosa em 1991 e atualmente ocupa o cargo de Professora Titular do Depto. De Economia Doméstica (DED) da Universidade Federal de Viçosa - Minas Gerais, Brasil.

MARIA DE FÁTIMA ALBUQUERQUE SOUSA

Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Cesmac

MARIA EDUARDA MORAIS LINS

Enfermeira especialista em Saúde da Família (Universidade de Pernambuco), Mestre em Gerontologia (Universidade Federal de Pernambuco).

MARIA ELIZABETE RODRIGUES VIANA

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL -2014). Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes (UCAM -2015). Especialização em Enfermagem Dermatológica pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (CEFAPP - 2017-2018). Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF/UFAL -2016 - 2018), na linha de pesquisa em Enfermagem no Cuidado em Saúde e Promoção da Vida. Colaboradora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Qualidade e Segurança na Saúde e Enfermagem - UFAL. Membro da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

MARIA LUIZA DA SILVEIRA FORTES

Médica do Programa Saude da Família de Luis Correia- Pi

MARIA WILLIANNE ALVES DO NASCIMENTO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (2014). Especialista em gestão e Enfermagem do trabalho. Pós-graduada em Enfermagem Dermatológica.

MARIANA BATISTA DA SILVA

Acadêmica em Enfermagem pela UNINASSAU - CARUARU, durante a graduação desenvolveu atividades como monitora, extensionista e iniciadora científica.

MARILENE GOMES SILVESTRE

Graduada em Enfermagem pela FUNESO (1995). Especialista em: Saúde do Idoso (UNINASSAU), Saúde Urbana (IMIP) , Terapia de Família (UFPE). Atuando como Instrutora em cursos na Área da Saúde no SENAC-PE (1998-2014) e como Terapeuta de Família e Casais no Ambulatório de Neuropsiquiatria do Hospital das Clínicas da UFPE (2016-ATUAL).

MATIAS LAURENTINO DOS SANTOS FILHO

Bacharel em Direito pela UFRN. Curso de Pós-graduação em Políticas e Gestão em Segurança Pública pela Faculdade Câmara Cascudo - Natal/RN. Curso de pós-graduação em Assistência Sócio-jurídica e Segurança Pública pela FACEX/Natal/RN. Curso Superior de Polícia pela PMRN, com viagem de estudo nos Países Portugal, Espanha e França. Curso de Formação para o cargo de Delegado de Polícia Civil pela ACADEPOL/RN. Advogado militante no período de 1982 a 1986 exercendo a função em Natal/RN. Exercício do cargo de Delegado de Polícia Civil/RN, em Delegacias Especializadas e Distritais do interior e da capital Natal/RN. Diretor de Polícia Civil da Grande Natal-DPGRAN. Membro do Conselho Superior de Polícia Civil/RN. Membro da Comissão Permanente de Disciplina da Corregedoria Geral de Defesa Social. Presidente da Comissão Permanente de Promoção e Progressão da Polícia Civil/RN

MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

MEIRY LANNUZE SANTOS SILVA

Graduanda do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Cesmac, intercambista, representante estudantil e pesquisadora multiprofissional. Atualmente, vem se dedicando a pesquisa em inovações tecnológicas.

MIKAELE DA COSTA GOMES MONTEIRO

Teóloga, Graduanda em psicologia pela Faculdade Estácio de Alagoas - FAL.

MYLLENE MIGUEL DA SILVA

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, pós-graduanda em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão de São Francisco - FACESF.

NATHÁLIA COMASSETTO

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT.

PAULA FRASSINETTI OLIVEIRA CEZÁRIO

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2013). Participou do Movimento Político estudantil do Centro Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) na função de Coordenadora Jurídica, no período de 2009 a 2012. Especialista em Auditoria em Saúde pelo Instituto Belchior Faculdade Integrada de Patos (FIP). Especialista em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidado pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Foi diarista das clínicas médica e cirúrgica do Hospital

Regional de Cajazeiras. Enfermeira Assistencial. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Pública. Foi professora substituta do curso de Enfermagem da UFCG. Atualmente é membro do Grupo de Pesquisa e Violência e Saúde (GPVS).

PEDRO RIBEIRO DAS CHAGAS

Educador físico. Pós Graduado em Treinamento para Grupos Especiais. Pós Graduado em Fisiologia. Pós Graduado em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Pós Graduado em Docência do Ensino Superior.

RAIMUNDO VALMIR DE OLIVEIRA

Mestre em Ensino na Saúde (2015). Especialista em Saúde Pública (2009), e Educação Profissional na Área de Saúde/ Enfermagem. Residência em Enfermagem (1996). Licenciado e Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual da Paraíba (1994/1993). Professor do Curso de Graduação em Enfermagem – Bacharelado, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, IFPE.

RENATA LAÍSE DE MOURA BARROS

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

RENATA SAMPAIO RODRIGUES SOUTINHO

Mestre em Pesquisa em Saúde. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Cesmac.

RITA DE CÁSSIA BHERING RAMOS PEREIRA

Graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa (2008) e Mestre em Economia Doméstica pelo Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa/MG (2012). Atualmente é servidora na mesma instituição.

ROBERTA MACHADO ALVES

Psicóloga. Pós Graduada em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Pós Graduada em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Pós Graduada em Avaliação Psicológica. Pós Graduada em UTI Geral e Assistência Intensiva ao Paciente Crítico.

ROSILENE SANTOS BAPTISTA

Doutora em Enfermagem em Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará -UFC. Possui Mestrado em Health Studies - University Of Kent At Canterbury (2000)- Inglaterra , Especialização em Pediatria pela UEPB, Licenciada em Enfermagem e Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (1993). Professora Doutora Nível C do departamento de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Docente permanente do Doutorado e Mestrado em enfermagem associado UEPB/UPE. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: mulheres em situações de vulnerabilidade, Promoção da Saúde e mulheres com deficiência.

SABRINA LENCINA BONORINO

Possui graduação em Educação Física, Licenciatura pela Universidade Luterana do Brasil - ULBRA (2010) e graduação em Educação Física - Bacharelado pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ (2012). Especialista em Educação Física Escolar pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2012) e especialista em Nutrição Aplicada ao Treinamento Esportivo - UNOCHAPECÓ (Bolsista FUMDES) (2014). Mestre em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ (Bolsista CAPES) (2016). Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em terapia por exercício, treinamento de força, protocolos de oclusão vascular, dança, pilates e ginástica.

SILVANA CAVALCANTI DOS SANTOS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, CPQAM. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Ciências, Educação e Tecnologia de Pernambuco.

SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA

Graduada em Nutrição – UFPE. Mestra em Gerontologia – UFPE. Especialista em Nutrição Clínica pelo Programa de Residência no IMIP. Especializanda em Nutrição, Envelhecimento e Longevidade - faculdade Unyeya. Especialista em Saúde da Pessoa Idosa - Faculdade Internacional Signorelli

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO

Graduada em enfermagem - Universidade de Pernambuco, Mestre em Gestão da Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Instituto Universitário Italiano de Rosário – Argentina, Docente do curso de bacharelado em enfermagem do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Pernambuco – IFPE.

VANESSA DA SILVA CORRALO

Graduada em Farmácia pela Universidade de Cruz Alta (2000). Fez Mestrado (2002), Doutorado (2007) e Pós-Doutorado em Bioquímica Toxicológica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Atua como revisora de artigos de diversas revistas como Toxicology In Vitro, Revista Andaluza de Medicina Del Deporte, Chemico-Biological Interactions, Acta Ambiental Catarinense e Fisisenectus. Foi tutora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Redes de Atenção à Saúde Indígena- 2013/2015). Atualmente é Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó e está no cargo de Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação Stricto sensu da Unochapecó. Vice-líder do Grupo de Pesquisa VITA. Atua na área de Saúde e Ambiente, com ênfase em Toxicologia e farmacologia de xenobióticos, bem como, na área de envelhecimento humano.

VIVIANNE DE LIMA BIANA ASSIS

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (2008), doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), mestra em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED/UFAL) e especialista em Saúde da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNCISAL(2010). Atualmente docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e Centro Universitário Tiradentes. Atua principalmente nas áreas: Saúde Coletiva, Ensino na Saúde, Fisioterapia na Comunidade e Saúde do Idoso.

WAGNER MACIEL SARMENTO

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Membro do Grupo de Pesquisas Multidisciplinares em Saúde, Sociedade e Natureza e do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva da UFCG. Residente em Saúde da Família e Atenção Básica pela Secretária Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes-PE.

WALLISON PEREIRA DOS SANTOS

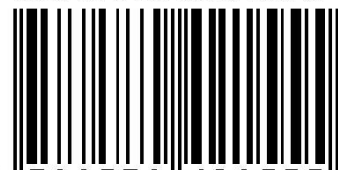
Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da universidade federal da Paraíba

ZÉLIA SIBALDO RIBEIRO

Graduanda em Psicologia pela Faculdade Estácio De Alagoas - FAL

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7042-155-5



9 788570 421555