

Atenção Interdisciplinar em Saúde 2

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**



Atena
Editora
Ano 2019

Atenção Interdisciplinar em Saúde 2

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A864	Atenção interdisciplinar em saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção Interdisciplinar em Saúde; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-762-8 DOI 10.22533/at.ed.628191311 1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais – Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves. III.Série. CDD 362.11068
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA	
Raissa Mont'Alverne Barreto Ana Karoline Soares Arruda Francisco Anielton Borges Sousa Kelly Alves de Almeida Furtado Wyarlenn Divino Machado Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque Roberta Cavalcante Muniz Lira	
DOI 10.22533/at.ed.6281913111	
CAPÍTULO 2	13
FATORES PRESENTES NO AMBIENTE DE TRABALHO QUE PREJUDICAM A SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS	
Rafael Mondego Fontenele Mônica Mesquita Batista Darly Serra Cutrim Adriana Valéria Neves Mendonça Kássia Cristhine Nogueira Gusmão Hariane Freitas Rocha Almeida Aline Sharlon Maciel Batista Ramos	
DOI 10.22533/at.ed.6281913112	
CAPÍTULO 3	21
GENERALIDADES DA DEPRESSÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM	
Tainá Oliveira de Araújo Amanda Geovana Pereira de Araújo Maria das Graças Moraes de Medeiros Ana Gabriela do Rêgo Leite Mariana Ferreira Nunes Parizia Raiane Araújo Dantas Carlíane Rebeca Coelho da Silva Igor Luiz Vieira de Lima Santos	
DOI 10.22533/at.ed.6281913113	
CAPÍTULO 4	31
GESTAÇÃO E O LÚPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Luiza Picanço Nunes Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Gabriela Bonifácia da Silva Isla	
DOI 10.22533/at.ed.6281913114	
CAPÍTULO 5	41
IDOSO INSTITUCIONALIZADO: TRANSFORMAÇÕES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS E SOCIAIS	
Sandra Fernandes Pereira de Mélo Daniela Flores	

Marcella Ferreira Lira
Taliny Zubisarranya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias

DOI 10.22533/at.ed.6281913115

CAPÍTULO 6 52

IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ÓBITOS NO HOSPITAL VIDA E SAÚDE DE SANTA ROSA/RS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alexsander Rodrigues Kucharski
Fernando Cogo Manduca
Patricia Marks
Elisangela Do Nascimento Golin
Luciana Zimmermann Witczak
Graziele Bastiani
Edenilson Freitas Rodrigues
Karina Wahhab Kucharski

DOI 10.22533/at.ed.6281913116

CAPÍTULO 7 57

INDICADORES DE FRAGILIDADE NO IDOSO VERIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Gabriela da Silva Franco Silva
Erika Priscilla Costa Gomes
Maria Lúcia Fonseca de Carvalho
Mônica Elinor Alves Gama
Eulália Cristina Costa de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.6281913117

CAPÍTULO 8 76

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O USO POTENCIAL DE ANTI-INFLAMATÓRIOS

Lenara Pereira Mota
Nara Silva Soares
Maria da Conceição Rodrigues
Eduardo de Lacerda Aguiar
Brian Araujo Oliveira
Matheus Melo Cronemberger
Iana Christie dos Santos Nascimento
Glícia Gonçalves de Carvalho
Pedro Vinícios Amorim de Vasconcelos
Juliana Kelly veras Costa
Ag-Anne Pereira Melo de Menezes
Rodrigo Elísio de Sá
Izabella Cardoso Lima
Fabiana Nayra Dantas Osternes
Antonio Lima Braga

DOI 10.22533/at.ed.6281913118

CAPÍTULO 9 82

INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Aline Pereira de Oliveira
Bruna Mayara Tavares de Gusmão
Cátia das Neves

Christiane Medeiros Souto Maior
Ivone Ferreira de Oliveira
Iraci Cleide Carneiro da Silva
Lavinia Vieira Dias Cardoso
Maria Luzilane Omena de Moura
Maria Zilda P. dos Santos
Mirela Godoi Nunes de Oliveira
Nemório Rodrigues Alves
Sandra Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.6281913119

CAPÍTULO 10 93
LESÕES DE MUCOSAS EM CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Pedro Walisson Gomes Feitosa
Italo Constancio de Oliveira
Rayane da Silva Moura
Yasmin de Alencar Grangeiro
Elisa Hellen Cruz Rodrigues
Sally de França Lacerda Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.62819131110

CAPÍTULO 11 115
MEDICINAL PLANTS FOR HYPERTENSION – AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

Marcos Krahe Edelweiss
Eno Dias de Castro Filho
Vitor Camilo Cavalcante Dattoli
Julio Baldisserotto

DOI 10.22533/at.ed.62819131111

CAPÍTULO 12 137
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ARTRITE REUMATOIDE APÓS INTERVENÇÃO CINESIOTERAPÊUTICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Adriane Teixeira de Souza
Lilian Regiani Merini
Silvania da Conceição Furtado

DOI 10.22533/at.ed.62819131112

CAPÍTULO 13 147
MOMENTO DA INDICAÇÃO DA HEMISFERECTOMIA E SEU PROGNÓSTICO DE PORTADORES DA SÍNDROME DE RASMUSSEN

Pedro Hidekatsu Melo Esaki
Marcos Masini
Rodrigo Siguenza Saquicela
Rafael Luiz Alcântara Nascimento Amorim
Vitor Brandão de Araújo
Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem
Cleide Caroline Barbosa
Francielly Marques Leite
Isadora Leonel de Paiva
Gabriella Leonel de Paiva

DOI 10.22533/at.ed.62819131113

CAPÍTULO 14 153

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO AMBIENTE ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Stephanie Vanessa Penafort Martins
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Eliana Cristina dos Reis Mira
Kelly Huany de Melo Braga
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Nely Dayse Santos da Mata

DOI 10.22533/at.ed.62819131114

CAPÍTULO 15 162

O PRÉ -NATAL COLETIVO COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Thais Monara Bezerra Ramos
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Camilla de Sena Guerra Bulhões
Maria Djair Dias
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes
Júlia Rafaelly de Matos Barbosa Jordão
Jackeline Evangelista de Sousa
Ildnara Mangueira Trajano Rodrigues
Sandra Barbosa Ferraz Farias
Jeferson Barbosa Silva
Lucineide Alves Vieira Braga

DOI 10.22533/at.ed.62819131115

CAPÍTULO 16 173

O QUE O BILINGUISMO E A ALIMENTAÇÃO TÊM EM COMUM?

Francieli Aline Conte
Karen Villanova Lima
Johannes Doll

DOI 10.22533/at.ed.62819131116

CAPÍTULO 17 183

OFICINA EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE ALCOOLISMO E ABUSO DE DROGAS EM COMUNIDADE RIBEIRINHA DA REGIÃO AMAZÔNICA

Priscila Rodrigues Moreira
Bráulio Brandão Rodrigues
Leonardo Teodoro de Farias
Flávia Gonçalves Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.62819131117

CAPÍTULO 18 191

PRÁTICA DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ UTILIZANDO PLANTAS MEDICINAIS EMBRIOTÓXICAS E ABORTIVAS E A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMO INSTRUMENTO NA CONSCIENTIZAÇÃO CONTRA ESTA PRÁTICA

Sabrina Sousa Barros
Marcos Roberto Nascimento Sousa
Marcelo da Silva
Kayco Damasceno Pereira
Aloiso Sampaio Souza

Evanielle Souza Andrade
Carliane Maria de Araújo Souza
Evaldo Sales Leal
Almiro Mendes da Costa Neto
Luciana Aparecida Silva
Gabriel Mauriz de Moura Rocha
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.62819131118

CAPÍTULO 19 200

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MIELOMA MÚLTIPLO ASSOCIADO À NEFROPATIAS

Lenara Pereira Mota
Edina das Chagas Sousa
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Vinícius da Silva Caetano
Antonia Luzia Lima do Nascimento
Deciomar da Silva Pereira Junior
Arthur Gonçalves Hipólito
Marcos Ramon Ribeiro dos Santos Mendes
Geovane Bruno Oliveira Moreira
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Ionara da Costa Castro
Antônio Kleiton de Sousa
Mylena Silva da Silva
Francisca Maria Rodrigues de Souza
Fernando Mesquita de Sousa de Lima

DOI 10.22533/at.ed.62819131119

CAPÍTULO 20 207

PRINCIPAIS RISCO FAVORÁVEIS A INFECÇÃO POR PARASITÓSES INTESTINAIS EM ALUNOS DE CRECHES

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Leonardo William Braga de Araújo
Maria Kerolainne Zinzin de Oliveira
Francisco Josivandro Chaves de Oliveira
Juliana Barros Bezerra
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Paulo Gabriel Leal Gonçalves
Ana Clara do Nascimento Borges
Camylla Layanny Soares Lima
Alexia Lins Costa
Matheus Pedrosa de Oliveira
Thalis Ferreira de Souza
Elvilene de Sousa Coêlho
Sara Benvindo Silva
Pedro José de Oliveira Neto

DOI 10.22533/at.ed.62819131120

CAPÍTULO 21 215

QUELOIDE E CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA: CARACTERÍSTICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Ibrahim Andrade da Silva Batista
Victor Campos de Albuquerque

Vicente Clinton Justiniano Flores
Bárbara Cândida Nogueira Piauilino
Caio Pinheiro de Oliveira
Cláudio Henrique Himauari
Gustavo Mariano Soltovski
Lorise Donadelli de Oliveira
Marcus Aurélio Loiola Silva
Thalles Nunes da Silveira e Oliveira
Jaine de Sousa Oliveira
Willian Guimarães Santos de Carvalho Filho

DOI 10.22533/at.ed.62819131121

CAPÍTULO 22 227

RISCOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS SEDENTÁRIOS

Idalina Ingridy de Souza Lopes
Higor Braga Cartaxo
Dandara Dias Cavalcante Abreu
Layana Cartaxo Oliveira
Vitória Almeida de Freitas
Alexsandra Laurindo Leite
Pierri Emanuel de Abreu Oliveira
Jéssica Alves Moreira
Laryssa Cartaxo Delfino Oliveira
Anne Mary Cartaxo Pereira Rolim de Souza
Priscila Dantas Leite e Sousa
José Carlos da Conceição Junior

DOI 10.22533/at.ed.62819131122

CAPÍTULO 23 235

SISTEMA DE ADEQUAÇÃO ERGONÔMICA PARA CICLISTAS

Frederico Moreira Bublitz
Lucas Myllenno Silva Monteiro Lima

DOI 10.22533/at.ed.62819131123

CAPÍTULO 24 246

TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS HIPERTENSIVOS

Valéria de Albuquerque Sousa
Gerdane Celene Nunes Carvalho
Fernanda Nascimento Silva
Ana Letícia Nunes Rodrigues
Adenilde Maria Coelho Soares da Silva
Ancelmo Jorge Soares da Silva
Izabella Neiva de Albuquerque Sousa
Joaline Barroso Portela Leal
Laise Maria Formiga Moura Barroso
Mariluska Macedo Lobo de Deus Oliveira
Nadjane Bezerra de Sousa
Roseane Luz Moura

DOI 10.22533/at.ed.62819131124

CAPÍTULO 25	257
TUNGÍASE E IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Pollyanna Rocha Neves Andréa Tavares Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.62819131125	
CAPÍTULO 26	266
USO DE APLICATIVO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ	
Adriana Kirley Santiago Monteiro Anna Gláucia Costa Cruz Francisco Eduardo Viana Brito Laís Moreira Alves de Freitas Maria Lailda de Assis Santos Thyciane Tataia Lins de Melo	
DOI 10.22533/at.ed.62819131126	
CAPÍTULO 27	271
VIVÊNCIAS DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE INDÍGENA	
Jaqueline de Souza Lopes Ceny Longhi Rezende Rafael Henrique Silva	
DOI 10.22533/at.ed.62819131127	
CAPÍTULO 28	283
OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PORTADOR DA COINFECÇÃO HIV E NEUROTUBERCULOSE	
Leticia Almeida de Assunção Weslley do Vale Maia Geovana do Rosário Ribeiro Alzinei Simor Vitor Vila Real Santos Dayane Azevedo Maia Lucivaldo Almeida Alves Raphael Resende Gustavo Galvão Andrea Oliveira da Silva Ana Caroline Guedes Souza Martins Antônia Margareth Moita Sá Gabriela De Nazaré d Silva Dias	
DOI 10.22533/at.ed.62819131128	
SOBRE OS ORGANIZADORES	289
ÍNDICE REMISSIVO	290

INDICADORES DE FRAGILIDADE NO IDOSO VERIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Gabriela da Silva Franco Silva

Enfermeira (UNICEUMA) e Especialista em Saúde da Família (LABORO / ESTÁCIO DE SÁ),
anagabyadm@hotmail.com

Erika Priscilla Costa Gomes

Enfermeira (UNICEUMA) e Especialista em Saúde da Família (LABORO / ESTÁCIO DE SÁ),
priscillacgomes@hotmail.com

Maria Lúcia Fonseca de Carvalho

Enfermeira (UNICEUMA) e Especialista em Saúde da Família (LABORO / ESTÁCIO DE SÁ),
carvalholucy@yahoo.com.br

Mônica Elinor Alves Gama

Doutora em Medicina (USP),
academico@institutolaboro.com.br

Eulália Cristina Costa de Carvalho

Enfermeira (UEMA) e Especialista em Saúde da Família (LABORO / ESTÁCIO DE SÁ), Mestre em Saúde e Ambiente - UFMA,
laliacristina1@hotmail.com

RESUMO: Fragilidade é um processo que ocorre de forma gradual. Com o envelhecimento ocorre perda contínua da função de órgãos e aparelhos biológicos, juntamente com limitações funcionais que resultam em incapacidades e perda da autonomia e independência originando a dependência que pode ser total ou parcial, e posteriormente o risco da fragilidade. Este trabalho apresenta as características dos

indicadores de fragilidade, segundo o que a literatura vem descrevendo sobre este assunto desde que foi inserido no índice médico. É uma revisão de literatura baseada nos dados coletados a partir de 1999, período em que se estabeleceu a Política Nacional do Idoso, a 2009 em periódicos e publicações indexadas; impressas e virtuais. O papel da enfermagem neste processo se faz indispensável, pois pode fazer com que o idoso não entre em uma condição de vulnerabilidade e fragilidade, principalmente aqueles profissionais atuantes com esta população na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: Fragility is a process that occurs gradually. To be relaxed in the active function and biological devices, along with the loss of the independent function and electrical techniques, behavior that release or partial probabilities, and later the risk of fragility. This paper presents the characteristics of fragility indicators, according to which the literature has been describing the subject since no medical index was inserted. It is a literature review based on data from 1999, the period in which the 2009 National Elderly Policy in journals and indexed publications; the same and virtual. The role of security in this process is indispensable, as it can make the elderly not enter a condition of vulnerability and fragility,

from then on, with the same attitudes in primary care.

KEYWORDS: Elderly. Health. Nursing.

INTRODUÇÃO

O progresso da medicina e o avanço tecnológico trouxeram para a sociedade moderna e para a brasileira a probabilidade de maior expectativa de vida. A média de vida para os brasileiros era de até 40 anos, o avanço da medicina no campo da gerontologia e geriatria alteraram a realidade nacional, elevando essa média para os 70 anos. A população brasileira está ficando mais velha, e está associada ao fato de que o índice de natalidade brasileiro vem se reduzindo (CARVALHO, 2003).

Os estudos demográficos demonstram que a população idosa do Brasil ocupará o 6º lugar em número de idosos em relação aos outros países no ano de 2025, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006), e juntamente com este crescimento populacional as limitações advindas da senilidade fazem com que muitas vezes a autonomia dê espaço a uma total dependência, surgindo à fragilidade e então a necessidade de profissionais de enfermagem atuantes neste contexto para prevenir, tratar e acompanhar de forma eficaz. Diante dessa realidade, governo, sociedade e família precisam promover uma ampla conscientização e priorizar a instalação de políticas de reeducação social em relação à pessoa idosa.

Ainda em relação aos estudos demográficos do IBGE (2006) temos duas grandes indicações que coordenaram o processo de envelhecimento no Brasil: a queda do ritmo de crescimento anual de nascimentos fecundidade, que iniciam um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e diminuição do formato acentuado da pirâmide, tornando-se retangular.

No contexto da Estratégia Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde e de seus princípios básicos referentes à população idosa, deve-se realizar uma abordagem voltada para as transformações físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas, bem como alertar a comunidade sobre os fatores de risco que as pessoas idosas estão expostas no domicílio e fora dele, e intervir junto com a família e o meio onde estão inseridos (BRASIL, 2006).

A identificação, avaliação e o tratamento do idoso frágil constituem ainda grande desafio, visto que só em 1991 o termo idoso frágil entrou no index médico, após o conceito de ser frágil, ser substituído por tornar-se frágil. Ou seja, idoso frágil é definido como indivíduo mais envelhecido que está com diminuição da força generalizada e é mais susceptível, de forma não comum, às doenças ou enfermidades. Segundo Duarte (2006) a síndrome da fragilidade tem um grande potencial de reversibilidade, visto que através do cuidado proativo ou antecipatório por profissionais de saúde e/ou comunidades informada pode-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes idosos com instalação de medidas preventivas, trabalhando a questão do estilo de vida saudável e do entendimento do risco, a fim de que os idosos possam

viver mais tempo, e bem.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da Pergunta:** o que a literatura descreve sobre os indicadores de fragilidade no idoso?
- **Localização e seleção dos estudos:** foram considerados o estudo de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica, tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, BIREME, Lilacs e Scielo. Os dados foram organizados em ordem cronológica em tabela, considerando para análise as temáticas e subtemáticas a seguir descritas.
- **Período:** 10 anos de estudo - 1999 até 2019 (do período da revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso até os dias atuais).
- **Coleta de Dados:** foram coletados dados relativos às características da síndrome de fragilidade em um determinado grupo de indivíduos – os idosos para identificar os indicadores de fragilidade nesta faixa etária e melhor entender o que é fragilidade, visto que não há ainda um consenso sobre a sua definição. Descritores (palavras chave): idoso frágil; indicadores de fragilidade, saúde do idoso e enfermagem.
- **Análise e apresentação dos dados:**

Envelhecimento populacional; Síndrome da fragilidade (o que é, como ocorre, seus indicadores e tratamento) e O papel da enfermagem frente ao idoso frágil.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fato no século XXI que vem tomando proporções significativas, visto que temos dados do IBGE (2006) de 13,5 milhões de idosos (quase 10% da população), 70 a 80% dos idosos são dependentes, único e exclusivamente dos serviços públicos de saúde e está previsto para 2050 um aumento de 24% da população que corresponderá a 56 milhões. O processo de envelhecimento está relacionado a inúmeras transformações com implicações na funcionabilidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e claro na qualidade de vida da população (CARVALHO,2003).

O Envelhecimento segundo a Organização Pan – Americana de Saúde – OPAS

(Gontijo, 2005), é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de uns organismos maduros, próprios a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Envelhecer é uma conseqüente fase da vida. Uma vez que os fatores genéticos, o estilo de vida, os hábitos de saúde e alimentar, autoconceitos, nível de estresses e controle, ocupação e atividades diárias além das interferências ambientais, interferem positiva ou negativamente nas vidas destas pessoas. Evidenciamos que tantos os fatores extrínsecos como os intrínsecos corroboram para a senectude e que as respostas às diferenças funcionais e estruturais entre indivíduos da mesma idade dependem de como eles reagem frente às mudanças. As respostas individuais às agressões sofridas ao longo do tempo determinam a velocidade do processo de envelhecimento (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

O envelhecimento intrínseco (a partir da própria pessoa) refere-se aquelas alterações provocadas pelo processo natural/normal do envelhecimento (uma diminuição da reserva fisiológica, ao declínio dos sistemas de defesa e da adaptação ao meio, e deixam a pessoa mais susceptível a enfermidades), as quais são geneticamente programadas e quase universais dentro da espécie. A universalidade é o principal critério a ser utilizado na diferenciação entre o envelhecimento normal e anormal. Já o envelhecimento extrínseco refere-se aquele externo à pessoa, resultante das influências do ambiente (enfermidades e doenças, poluição do ar, luz solar entre outros) (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações celulares, extracelulares declínio funcional, levando a alterações mensuráveis na constituição e no formato do corpo. A homeostasia diminui, as células tornam-se menos capazes de se substituírem; a degradação do colágeno e elastina causa o tecido conjuntivo rígido e menos elástico. A velhice deve ser visualizada como última fase do processo de envelhecer humano, pois é um estado que caracteriza a condição deste indivíduo (FREITAS, 2006; BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (BRASIL, 2007), a enfermagem é o mais amplo componente individual dos serviços necessários à assistência do ancião enfermo ou agonizante, bem como do idoso sadio, mantendo sua independência e apoio ao autocuidado. Notamos a importância social da enfermagem como elo entre os serviços de saúde e idoso.

Os serviços e instituições de Saúde na Atenção Básica no Brasil obedecem à lei nº1946\96 e estabelece a Política Nacional do Idoso (Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999), segundo o Ministério da Saúde onde se verifica que a partir dos 60 anos tem-se início a chamada melhor idade (antiga 3ª idade). Através desta política temos “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles

que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (BRASIL, 1999.p.25).

Em 2002 o Ministério da Saúde realizou a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002) (BRASIL, 2006).

Em 1º de Outubro de 2003 foi instituído o Estatuto do idoso através da Lei 10.741 que possibilitou a regulação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Ciente da necessidade de uma política relacionada à saúde do idoso, o Ministério da Saúde concluiu o processo de revisão e atualização da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa pela atual Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Todo ser humano tem o direito de envelhecer dignamente, porém, a degradação das condições físicas e intelectuais o leva, muitas vezes, a situação de dependência, seja física ou psicológica que podem ser agravadas pela presença de patologias que provocam sofrimento e requerem cuidados específicos ou até mesmo simples, mas que não são mais realizáveis por pacientes com idade avançada.

SÍNDROME DA FRAGILIDADE

Embora ainda não haja um consenso sobre a definição de fragilidade, várias tentativas estão sendo utilizadas na literatura e por profissionais da Gerontologia (ciência que estuda o envelhecimento e suas conseqüências) e Geriatria (ciência que estuda os aspectos fisiológicos e patológicos do envelhecimento) como um termo que indica as condições de pessoas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte, de acordo com Fried (2004) da Universidade John Hopkins dos Estados Unidos que caracterizou a fragilidade do idoso como uma síndrome.

No Brasil foi apresentado um projeto nacional e pioneiro, em maio/2008, chamado Fragilidade do Idoso no Brasil (FIBRA) que tem como Coordenadora da Unicamp a Dr^a. Anita Liberalisso Néri com o objetivo de detectar o índice de idosos frágeis no Brasil e será abordado em aproximadamente 8 mil indivíduos em diversos pontos do país, com a participação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) na coordenação deste trabalho e conta com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico – CNPq (UNICAMP, 2008).

Existem duas grandes definições de fragilidade, sendo uma de Fried (2004) que sugere tratar-se de uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente o neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas; e a outra de Bergman (2004) retrata uma síndrome da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais, ao longo do curso da vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas. No entanto, observou-se que há lacunas a serem preenchidas e as mesmas apontam a necessidade de mais aprofundamento sobre o assunto, visto que o termo fragilidade vem sendo usado há pouco mais de 20 anos, desde a década de 80, e que é os idosos a população-alvo mais destacada.

Optou-se pela definição da Silvana Araújo do Departamento de Geriatria – UFMG (2007) que associa as duas definições acima citadas e por estar mais esclarecedora: síndrome biológica da diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos fatores ambientais estressores que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos

Constatou-se a necessidade de novos saberes em relação aos sinais e sintomas desta síndrome, o chamado fenótipo da fragilidade ou indicadores de fragilidade propostas pelo grupo de pesquisa liderado pela Linda Fried (perda de peso / massa muscular acentuada; diminuição progressiva da força da marcha, da atividade física e fadiga), os estressores (exercício físico, extremos de temperatura, doenças agudas), seus desfechos adversos (quedas, lesões, doenças agudas, hospitalização, incapacidades, dependência, institucionalização e morte) e como estes atuam em conjunto, principalmente como enfermeiros da atenção básica que estão mais próximo da comunidade e da família (FRIED, 2004).

Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) adaptou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista do aumento da expectativa de vida, sendo esta agora mais saudável, inclusive para as pessoas que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Diante desse panorama, o serviço de saúde também necessita passar por intervenções, a fim de aumentar a oferta de serviços para atender a demanda populacional, conhecidamente mais vulnerável ao adoecer. Deve-se reconhecer que o envelhecer é um processo natural a todos e buscar o controle dos determinantes e/ou das morbidades em si para prolongar a vida dos idosos com qualidade.

Os idosos fragilizados são aqueles que apresentam comprometimento da capacidade funcional ou limitações provenientes de patologias físicas, mentais e lesões tanto agudas como crônicas. (TORRES, 2006 apud OHARA; SAITO, 2008, p.337).

Observa-se que o equilíbrio entre saúde e doença começa a ser rompido,

principalmente sob a ação do processo do envelhecimento, visto que, segundo Confort apud Wilson Jacob Filho (2006) envelhecer é a mudança da capacidade a vulnerabilidade física e funcional, prejudicando a capacidade funcional e com chances de se obter a fragilidade.

A Organização Mundial de Saúde conceitua e classifica três diferentes domínios em que um determinado dano ou lesão pode causar disfunção para o paciente (BRASIL, 2004):

1. Deficiência (Impairment) – anomalia ou perda da estrutura corporal ou função de um órgão ou sistema; 2. Incapacidade (Disability) – restrição ou perda de habilidade; 3. Desvantagem (handicap) – restrições ou perdas sociais e/ou ocupacionais experimentadas pelo indivíduo.

Sendo o envelhecimento um processo de maturação do organismo que ocorre de maneira natural e uma mudança na capacidade de fazer frente a uma sobrecarga funcional, essas mudanças, por sua vez, ocorrem em condições favoráveis e desfavoráveis. Ficando evidente que as limitações tornam-se perceptíveis em algumas condições, isto é, na relação indivíduo-ambiente e indivíduo-condições ambientais. Alguns fatores ambientais estressores, como exercício físico, doenças agudas, temperatura, associada à idade avançada, favorecem o aparecimento do declínio funcional e posteriormente a fragilidade (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

- Fragilidade

O termo “idoso frágil” foi utilizado oficialmente por membros do Federal Council on Aging (FCA) dos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1970. O propósito era descrever o idoso que vivia em condições sócio-econômicas desfavoráveis e apresentava fraqueza física e déficit cognitivo. Em 1978, o FCA estabeleceu dois critérios para a implementação de cuidados aos idosos frágeis: ter idade igual ou superior a 75 anos e necessitar de assistência para a realização de atividades do cotidiano (BERGMAN, 2004).

Fragilidade: “Failure to thrive”, falência em ser bem sucedido (ARAÚJO, 2007). Ocorrem com o passar dos anos um declínio energético, queda da taxa metabólica; declínio de força, de mobilidade e quando associado a doenças, imobilidade, depressão e medicamentos podem iniciar ou acelerar o ciclo de fragilidade.

- Os Indicadores de Fragilidade

A apresentação clínica da síndrome da fragilidade corresponde a um fenótipo composto por cinco componentes, segundo Fried (2004): 1- Perda não intencional de peso; 2 - Relato de fadiga, exaustividade; 3 - Diminuição da força de preensão; 4 - Redução da atividade física, 5 - Diminuição da velocidade da marcha.

Constatou-se que fragilidade é diferente do envelhecimento e também da vulnerabilidade, mas que esses três estão intimamente ligados e que fragilidade

não tem significado científico e consensual, mas é uma síndrome multidimensional. Frágil é ser dependente do outrem para sua sobrevivência. As limitações advindas da senilidade fazem com que a autonomia dê espaço a uma total dependência, resultante dos desfechos clínicos adversos (quedas, lesão, doenças agudas, hospitalização, incapacidades, dependências, institucionalização e morte) que contribuem para o ciclo da fragilidade.

Os resultados do fenótipo resultam na tríade da fragilidade, que se referem às alterações em três sistemas fisiológicos, segundo Ohara; Saito (2008):

a – Sistema músculo-esquelético, a sarcopenia está acentuada (perda da massa magra corporal) ; b – Sistema neuroendócrino, ocorre uma desregulação (com diminuição dos níveis de testosterona, hormônio luteinizante, estrógeno, hormônios do crescimento e dehidroepiandrosterona associado com a elevação dos níveis de cortisol); c – Sistema imunológico, a uma disfunção, resultando na desregulação do sistema imunológico relacionado com a idade.

A tríade da fragilidade facilita a compreensão do conceito de fragilidade mais do que as explicações unidimensionais (Teixeira, 2007). Mesmo com esta afirmação, faremos as devidas explicações sobre os cinco componentes do fenótipo da fragilidade, visto que para haver a ocorrência do ciclo de fragilidade os fatores de risco, declínio energético, declínio da capacidade de reserva homeostática estão associados às alterações subjacentes: doença (fisiopatologia) e declínio na função e reserva fisiológica, como por exemplo, o declínio fisiológico do envelhecimento: depuração de creatinina, volume expiratório forçado, velocidade da condução do nervo, sensibilidade insulínica, redução da massa muscular e força, “anorexia do envelhecimento” multifatorial (diminuição do paladar e do olfato, dentição precária, depressão, demência, etc.). Esta anorexia leva a sarcopenia que pode ser isolada ou associada à perda de gordura associada à imobilidade e sedentarismo (TEIXEIRA, 2007).

Observou-se os componentes do fenótipo da fragilidade isoladamente segundo Duarte (2006); Fried (2004):

a) Perda de peso que não tenha justificativa

É a perda de peso não associada à doença. Uma proporção de 5% ou mais no último ano, ou pelo menos de 4,5 quilos quando você não consegue saber quanto ele pesava antes, mais o paciente afirma que está perdendo peso. E na avaliação global do idoso pode-se utilizar como parâmetro o índice de massa corpórea (IMC- menor do que 21 Kg/ m²) direcionado para idosos. A redução da massa corporal dos idosos está relacionada ao fenômeno da “anorexia do envelhecimento”, caracterizada pela redução da ingestão alimentar em pessoas idosas o que começa ocorrer nos homens a partir dos 65 anos e nas mulheres a partir dos 75 anos.

A anorexia do envelhecimento possui inúmeras causas como comorbidades, pobre saúde oral, problemas com a deglutição, dor, estados hipercatobólicos (elevados níveis de interleucinas 6 - IL-6) e uso de medicação, segundo Sampaio (2004). E mais, isolamento social, pobreza e limitações funcionais restringem o preparo e o consumo de alimentos. A anorexia do envelhecimento está associada com maiores índices de morbi-mortalidade e é mais fortemente associada à mortalidade do que ao excesso de peso. Com a diminuição da ingesta alimentar ocorre uma queda do consumo de proteínas com conseqüente diminuição da massa magra muscular evidenciada pela sarcopenia de acordo com Tavares (1999).

O Índice de Massa Corporal (IMC), o mais freqüente indicador do estado nutricional e positivamente correlacionado com indicadores de saúde e longevidade, foi calculado pela divisão da massa corporal pelo quadrado da altura (Kg/m^2). Utiliza-se os pontos de corte proposto por Lipschitz (1994) apud Teixeira(2007) (baixo peso – $\text{IMC} < 22 \text{ Kg}/\text{m}^2$, eutrofia – IMC entre 22 e 27 Kg/m^2 , e sobrepeso – $\text{IMC} > 27 \text{ Kg}/\text{m}^2$) que considera as modificações na composição corporal que ocorrem durante o envelhecimento. A massa corporal deve ser medida através de uma balança mecânica antropométrica adulto com régua. O indivíduo posiciona-se em pé no centro da balança, distribuindo o peso igualmente entre os dois pés, usando o mínimo de roupa possível e sem os calçados através de métodos padrões: idoso em pé, com os calcanhares juntos, costas eretas e braços estendidos ao lado do corpo. Idoso sem calçado e / ou boné e chapéu. O avaliador deverá alinhar a cabeça do idoso com as mãos evitando a elevação ou abaixamento do queixo.

b) Relato de fadiga

É o aparecimento de um cansaço sem causa aparente (doença ou depressão). Avalia-se a fadiga com duas perguntas de um questionário que basicamente foi construído para avaliar depressão - Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Você pergunta: na última semana, quantas vezes o senhor ou a senhora sentiu que tudo que tinha que fazer exigia um grande esforço, ou que você estava tão cansado que resolvia não fazer nada? Isso é muito significativo, só que não aconteceu nada para justificar este cansaço.

A sarcopenia definida como a perda de massa muscular e força é um fenômeno constante no envelhecimento com aumento de 1% ao ano, afetando principalmente fibras tipo II (MÜHIBERG; SIEBER, 2004). Certo nível de força muscular é necessário para o desempenho de tarefas e atividades. Quando há força muscular acima deste nível mínimo, existe a capacidade de reserva. A capacidade de reserva serve como uma margem de segurança que ajuda a prevenir declínio funcional que segue a inatividade e o descondicionamento associado com cirurgia ou doença aguda. Segundo Volpi et al (2004), o envelhecimento associado à perda de massa muscular está relacionado com perda de mobilidade, distúrbios de equilíbrio, alterações de marcha, aumento do

risco de quedas e vulnerabilidade a lesões levando a dependência e incapacidade funcional.

c) Diminuição da força de preensão

Esta diminuição da força ocorre de maneira progressiva e pode passar despercebida devido às adaptações do organismo frente a algumas situações. Podemos mensurar a força da mão dominante através da utilização de um dinamômetro e considerar baixa quando inferior a 30 kg para homens e 18 para mulheres, segundo Fried (2004).

A força de preensão palmar é um teste de fácil aplicação e dá uma aproximação da força muscular corporal total, pois apresenta correlação com a força de flexão do cotovelo, força de extensão da perna e do tronco. Além de ser um bom indicador de incapacidade e mortalidade, segundo Barbosa (2005); pode ser utilizado por qualquer pessoa, incluindo aqueles que não deambulam, pois não requer descarga de peso corporal. A força de preensão reduz com a idade. Idosos mais velhos e mulheres apresentam maior redução da força de preensão e pessoas com níveis elevados de interleucina-6 (IL-6) apresentam menor força de preensão palmar. Existe uma associação entre reduzida força de preensão palmar e maior dificuldade para realização das atividades de vida diária (AVD), representada pela diminuição da frequência da realização de tais atividades.

O baixo nível de atividade prediz declínio na força muscular, o que torna estes indivíduos mais propensos a desfechos adversos de saúde como quedas, dependência de terceiros e incapacidade funcional (DUARTE, 2006).

Foram adotados os pontos de corte proposto por Fried et al (2004), ajustados pelo sexo e índice de massa corporal (IMC):

Homens: IMC: 24 Força de preensão: 29; IMC 24.1 – 26 Força de preensão: 30; IMC 26.1 – 28 Força de preensão: 30, IMC > 28 Força de preensão: 32. Mulheres: IMC: 23 Força de preensão: 17; IMC 23.1- 26 Força de preensão: 17.3; IMC 26.1 - 29 Força de preensão: 18, IMC > 29 Força de preensão: 21.

d) Redução das atividades físicas

É a diminuição do gasto energético que uma pessoa tem semanalmente em kcal. Faz-se um ajuste para sexo e idade do gasto que ela teria para desempenho das suas atividades que normalmente desenvolve (com base no auto-relato das atividades e exercícios praticados). Fried (2004) considera redução das atividades físicas de uma forma simples: quando o indivíduo não praticou atividade física nos últimos 3 meses, quando não saiu para caminhar no último mês e se costuma passar pelo menos 4 horas por dia sentado.

De acordo com Lino et al (2008) as atividades de vida diária (AVD) podem ser avaliadas através da versão brasileira da escala de Katz (ANEXO B). A escala de Katz,

um dos instrumentos mais utilizados na área de geriatria e gerontologia, foi desenvolvida para avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos, e é baseada no estado real e não na habilidade de realizar a tarefa sem auxílio de terceiros. Essa escala consta de seis itens, hierarquicamente relacionados que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de auto-cuidado: alimentação, controle esfincteriano, transferências, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (LINO et al, 2008). Adota a seguinte classificação:

- 0: independente em todas as funções;
- 1: dependente em uma função e independente em cinco funções;
- 2: dependente em duas funções e independente em quatro funções;
- 3: dependente em três funções e independente em três funções;
- 4: dependente em quatro funções e independente em duas funções;
- 5: dependente em cinco funções e independente em uma função;
- 6: dependente em todas as funções.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) entendidas como a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade que vive, por exemplo, tomar seus medicamentos, cuidar de suas finanças, preparar refeições, segundo Duarte et al (2007) podem ser avaliadas através da Escala de Lawton (ANEXO C), desenvolvida por Lawton e Brody. Esta escala apresenta oito domínios. Seu escore total varia de 7 a 21, onde quanto menor o valor obtido pelo paciente, maior o grau de comprometimento do idoso para levar uma vida independente.

A atividade física regular, incluindo exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular é essencial para o envelhecimento saudável, pois aumenta a independência, reduz o declínio funcional e a mortalidade prematura melhorando os efeitos adversos de muitas doenças crônicas, sendo um consenso entre vários autores.

e) Diminuição da velocidade da marcha

Pode-se fazer um teste para avaliar, pedindo que o paciente caminhe em linha reta por alguns minutos ou observá-lo durante um período de tempo avaliando se há ou não dificuldade para trocar os passos.

A redução da marcha, um dos critérios propostos por Fried et al. (2004), é calculada através do tempo de marcha (em 6 segundos ou mais) gasto para percorrer uma distância de 4,6 metros. A literatura recomenda desconsiderar o período de aceleração e desaceleração para o cálculo da velocidade de marcha. O idoso inicia o teste usando o seu calçado usual e seu dispositivo de auxílio à marcha (quando necessário) e deambula com a sua velocidade de marcha usual (PERRY, 2005).

Foram adotados os pontos de corte proposto por Fried et al (2004) ajustados pelo sexo e altura: homens: Altura: 173 cm Tempo: 7 segundos; Altura > 173 cm Tempo: 6 segundos e, mulheres: Altura: 159 cm Tempo: 7 segundos; Altura > 173 cm

Tempo: 6 segundos.

A independência funcional é um objetivo imprescindível para indivíduos idosos, e o alto nível funcional requer, entre outras coisas, um adequado padrão de marcha. Porém, existem alterações do padrão de marcha relacionadas ao processo natural de envelhecimento, como a diminuição da velocidade de marcha, encurtamento do tamanho da passada, aumento da fase de duplo apoio e aumento na variabilidade da marcha (FRIED, 2004).

Segundo Simonsick et al (2005), idosos deambuladores apresentam menor índice de mortalidade, melhor nível de saúde e funcional, menor prevalência de severa incapacidade de deambular e baixa taxa de uso de dispositivos de auxílio à marcha quando comparados a idosos não deambuladores. Força muscular e equilíbrio são preditores independentes do início da incapacidade de marcha. Idosos com déficits de equilíbrio e força muscular apresentam cinco vezes mais chances de apresentarem incapacidade para deambular.

A Síndrome de Fragilidade pode ser desencadeada pela instalação de uma doença, pela falta de atividade, baixa ingestão de dieta ou por estresse, já que há redução dos mecanismos homeostáticos. Alguns diagnósticos diferenciais devem ser destacados, tais como insuficiência cardíaca, polimialgia reumática, doença de Parkinson, artrite reumatóide, câncer oculto e infecção (FREITAS, 2006).

Sendo que a presença de um ou dois indicadores não torna a pessoa frágil, mas está com alto risco de desenvolver a síndrome. As pessoas que tem três ou mais dos cinco componentes, já estão frágeis (FRIED, 2004). Ou seja, isso mostra que se pode prevenir em todos os indivíduos que por ventura possam desenvolver esta síndrome, principalmente os idosos, através de medidas próativas, antecipatória. Por ordem de importância, os fatores potenciais relacionados ao processo de fragilidade são: mobilidade, equilíbrio, estado nutricional, força muscular e nível de atividade física.

Segundo Duarte (2006), a prevalência de fragilidade nos idosos é em torno de 6,9% e a incidência em 4 anos é de 7,2%, quer dizer ela vai acontecendo com o passar dos anos. Já os estudos de Ahmed et al (2007) demonstram que a incidência de fragilidade aumenta com a idade. Entre os 65 e os 75 anos, 3 a 7% são frágeis, entre 80-90 anos 20 a 26% o são e com mais de 90 anos, cerca de 32% apresentam esta síndrome. Entre os frágeis, 60% têm dificuldade para realizar as atividades instrumentais da vida diária e 27% têm dificuldade com as atividades básicas da vida diária.

A síndrome clínica da fragilidade possui um fenótipo que pode ser identificado através de sintomas e sinais, segundo Araújo (2007):

Fenótipo – sintomas: Perda de peso; fraqueza; anorexia, inatividade. Fenótipo – sinais: Sarcopenia (imobilidade e sedentarismo); osteopenia (diminuição do tecido ósseo); alteração da marcha e equilíbrio; descondicionamento; desnutrição, Marcha lentificada.

- Diagnóstico de fragilidade

Exame clínico

- Avaliação geriátrica ampla e multifatorial;
- Verificação da ocorrência de delírio, incontinência, quedas, imobilidade, etc;
- Pesquisar polifarmácias e iatrogenia;
- Pesquisar úlcera por pressão;
- Pesquisar capacidade funcional, cognição, humor, equilíbrio, comunicação, mobilidade, eliminações, nutrição, recursos sociais e ambientais (estes dados compõem avaliação geriátrica ampla (AGA)).

O principal objetivo do AGA é detectar deficiências, incapacidades e desvantagens que os pacientes idosos apresentam após quantificá-las e identificar aqueles frágeis e de alto risco para se estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

Exames laboratoriais

- Hemograma (anemia, leucopenia/leucocitose)
- Função hepática (responsável pela síntese de proteína do plasma, do colesterol, fatores de coagulação);
- Função tireoidiana (sintomas/sinais do hipotireoidismo);
- Íons (a deficiência de alguns íons; p. ex. a hipernatremia grave pode produzir confusão mental, espasmos musculares, crises convulsivas, coma e morte, muito comum em idosos; hipocalcemia, etc.).
- Albumina (principal proteína do plasma sanguíneo, é sintetizada no fígado, pelos hepatócitos e é responsável pela manutenção da pressão osmótica. Sua deficiência causa desnutrição);
- Raio x do tórax (quando ocorre quedas);
- TCC (se queda com TCE),
- Colesterol (seu declínio representa desnutrição e excesso de citocinas (representa excelente marcador de fragilidade em pessoas idosas).

Tratamento

O tratamento pode ser realizado da seguinte forma, segundo Araújo (2007):

- Tratar as causas de fatores associados;
- Tratar a dor;
- Estimular a capacidade funcional;
- Estimular autonomia;
- Exercícios de resistência e equilíbrio;
- Reposição de testosterona no hipogonadismo,

- Suporte nutricional e social.

O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO IDOSO FRÁGIL

A atuação do enfermeiro junto ao idoso deve estar focalizada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência (envelhecer sem doença, processo natural de maturação do organismo) e senilidade (fase final do envelhecimento onde ocorrem limitações físicas e funcionais que podem determinar a ocorrência de doenças) e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade. (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2005-2006), é importante uma terminologia universal para os diagnósticos de enfermagem, pois é a base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem.

Alguns diagnósticos são considerados mais comuns na síndrome de fragilidade; dentre os quais, destacam-se:

- Mobilidade física prejudicada

É uma limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: instabilidade postural; mudança na marcha; lentidão de movimentos; tremor induzido pelo movimento; dor ou desconforto; falta de conhecimento quanto ao valor da atividade física; IMC acima dos 75% apropriados para a idade; prejuízos sensório-perceptivos; intolerância à atividade / força e resistência diminuída; estilo de vida sedentário; má nutrição, perda da integridade óssea.

- Nutrição alterada: menos do que as necessidades corporais

É a ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: perda de peso com ingestão adequada de comida; incapacidade para ingerir ou digerir comida ou de absorver nutriente causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos; peso corporal 20% ou mais baixo do ideal, relato de sensação de sabor alterado.

- Déficit no autocuidado

Capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades: alimentação, banho/higiene, higiene íntima, para vestir/arrumar-se. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: incapacidades decorrentes da mobilidade prejudicada; fraqueza ou cansaço; prejuízo perceptivo ou cognitivo; desconforto; prejuízo neuromuscular/músculo esquelético, barreiras ambientais.

- Intolerância à atividade / Risco de intolerância

Estar com (ou em risco de experimentar) energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades de vida diárias sugeridas ou

desejadas. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: relato verbal de fadiga ou fraqueza; frequência cardíaca anormal ou da pressão sanguínea à atividade; repouso no leito ou imobilidade; estilo de vida sedentário, desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio.

O diagnóstico de NANDA (2005-2006) cita ainda:

- Dor

Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); pode ter início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, constante ou recorrente. Aguda quando tem término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses e Crônica quando não tem término previsível e dura mais de seis meses. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: fadiga; anorexia; incapacidade física/psicossocial, mudanças de peso.

- Alterações sensoriais/percepção

Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada de resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: distorções auditivas, visuais, gustativa, olfativa, etc.; desorientação no tempo, no espaço ou com as pessoas; mudança na resposta usual dos estímulos; estresse psicológico; desequilíbrio eletrolítico/bioquímico, estímulos ambientais insuficientes.

- Incontinência urinária funcional

Incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar a perda da urina. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade: perda da urina antes de alcançar o banheiro; pode ser incontinente apenas de manhã cedo; sente desejo de urinar; é capaz de esvaziar completamente a bexiga; cognição prejudicada; visão prejudicada; limitações neuromusculares; alterações nos fatores ambientais, enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico.

- Risco para lesão

Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo. Possui como características definidoras relacionadas aos indicadores de fragilidade:

- Externos:

Modo de transporte; pessoas ou fornecedores de serviços; físicos (estrutura de edifício, etc.); nutrientes (vitaminas, tipos de alimentos); biológicos (imunização), químicos (poluentes, drogas, cafeína, álcool, etc.).

- Internos:

Psicológicos (orientação afetiva); má nutrição; perfil sanguíneo anormal

(leucocitose/leucopenia, fatores de coagulação alterados, anemia, etc.); disfunção imune; hipóxia tecidual; idade do desenvolvimento (fisiológica, psicossocial), físicos (mobilidade alterada, pele lesada).

- Intervenções de Enfermagem; Suporte à função cognitiva; Promover a independência nas atividades de autocuidado; Atender a socialização e intimidade; Promover equilíbrio da atividade e repouso; Dar suporte e educar os cuidadores; Exercício (evitar atividade física 6 horas antes de dormir); Melhorar a mobilidade; Orientar a técnica de caminhar; Realizar banho aquecido e massagem; Promover o autocuidado; Melhorar a nutrição e eliminação intestinal; Observar sinais objetivos e subjetivos relacionados aos distúrbios do sono; Avaliar as atividades de lazer; Avaliar o ambiente físico, Aconselhar uma alimentação, hidratação e mobiliários adequados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fragilidade é um processo que ocorre de forma gradual. Com o envelhecimento ocorre perda contínua da função de órgãos e aparelhos biológicos, juntamente com limitações funcionais que resultam em incapacidades e perda da autonomia e independência originando a dependência que pode ser total ou parcial. O papel da enfermagem neste processo se faz indispensável, pois pode fazer com que o idoso não entre em uma condição de vulnerabilidade e fragilidade, principalmente aqueles profissionais atuantes com esta população na atenção básica.

Com a idade avançada aumenta a probabilidade de ocorrências da fragilidade, a qual se caracteriza pela presença de três ou mais patologias ou de uma ou mais síndromes geriátricas e mais acentuada dependência para desempenhar suas atividades diárias.

O indivíduo tem que se preparar para o envelhecimento, à sociedade para o indivíduo que envelhece e os profissionais de saúde para divulgar a senecultura (preparo do indivíduo para os últimos anos de vida), visto que a fragilidade está diretamente associada a esta faixa etária e que seus indicadores devem se reconhecidos precocemente.

Por esta razão fazem-se necessários profissionais de enfermagem que atuem na atenção básica capazes de identificar as condições de vida que influenciam a saúde e bem estar dos idosos para propor intervenções que considerem essas condições e favoreçam o cuidado e a promoção de saúde.

A intervenção de enfermagem que o presente trabalho propõe está interligada aos diagnósticos identificados de acordo com os indicadores de fragilidade e, por sua vez, estes estão baseados no diagnóstico de enfermagem de NANDA. Portadores então de maiores conhecimentos técnico-científicos, os profissionais de enfermagem devem prestar assistência com estratégia de prevenção e medidas de tratamento para minimizar as conseqüências da fragilidade.

REFERÊNCIAS

- AHMED N., MANDEL R., FAIN M. J. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med.*; n. 120, p. 748-753, 2007.
- ARAÚJO, S.S. Fragilidade. 2007. Disponível em: [www.ciape.org.br / matdidatico/silvanasilva/fragilidade.ppt](http://www.ciape.org.br/matdidatico/silvanasilva/fragilidade.ppt). Acesso em: 30 jun. 2008.
- BARBOSA, A. R. et al. Functional limitations of brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n.4, p. 1177 – 1185, jul./ago., 2005.
- BERGMAN, H. et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité [Developing a Working Framework for Understanding Frailty]. *Gerontol Soc*, v. 109, p. 15-29, 2004.
- BRASIL, COFEN. Cartilha educativa para atenção aos idosos. Rio de Janeiro: Câmara Técnica de Assistência, 2007.
- BRASIL. Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica. n. 19)
- _____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de no 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília-DF, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez., seção 1, 1999.
- BRUNNER; SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão. n. 858).
- CARVALHO, J. Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In: ATAS DO SEMINÁRIO QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO: o papel da atividade física. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. 1999.
- CARVALHO, J.; GARCIA; R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 19, p. 725-733, 2003.
- CASTRO, A. A, (ed.). Planejamento da pesquisa. São Paulo: AAC, 2001.
- CORREA, C. Diagnósticos de enfermagem de NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- COSTA, E.F.; MONEGO, E.T. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG*, v. 5, n.. 2, dez. 2003.
- CRAVEN, R. F.; HIRNL, C. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- DUARTE, Y.O.A. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso: manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, v. 41, n. 2, p. 317 – 3625, 2007.

_____. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA. SESCSP, 2006. Disponível em: www.sescsp.org.br. Acesso em: 30 jun. 2008.

LAMI FILHO, F.; VENANCIO, G. M. Metodologia da pesquisa. São Luís: Laboro-Centro de Excelência em Pós- Graduação, 2008.

FREITAS, E. V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2004.

GONTIJO, Suzana. Envelhecimento ativo: uma política de saúde (World Health Organization); Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm . Acesso em: 27 maio. 2008.

JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

JACOB FILHO, W. Velhice fragilizada: aspectos genéticos e ambientais e conceitos sobre fragilização da vida na quarta idade. Abordagem médica. In: SEMINÁRIO VELHICE FRAGILIZADA. SESCSP, 2006. Disponível em: www.sescsp.org.br. Acesso em: 30 jun. 2008.

LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n.1, p. 103 – 112, jan. 2008.

LUECKENOTTE, A. Avaliação em gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro; Reichmann e Affonso. 2002.

MOREIRA, Morvan de Mello. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, Laura L. Rodríguez (org.). O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade - subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: CEDEPLAR, UFMG , ABEP, 2000.

NAHUZ, C. dos S.; FERREIRA, L. S. Manual para normalização de monografias. 4. ed. rev. e atual. São Luís: Visionária, 2007

NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, S.L. de. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PERRY, J. Análise da marcha. São Paulo: Manole, 2005.

PROJETO REDE FIBRA, UNICAMP, 2008. Disponível em: www.unicamp.com.br. Acesso em: 30 jun. 2008.

REICHEL, W. Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2001.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. Revista de Nutrição de Campinas, v. 17, n.4, out./dez. 2004.

SILVESTRE J. A., CONCEIÇÃO NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3. jun. 2003.

SIMONSICK, E. M. et al. Just get out the door! Importance of walking outside the home for maintaining mobility: findings from the Women's Health and Aging Study. Journal of the American Geriatrics Society, v. 53, n. 2, p. 198 -203, jul. 2005.

SOUZA, A.C.; MAGALHÃES, L. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do perfil de atividade humana. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 10, p.109 – 118, 2006.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Caderno de Saúde Pública, v. 14, n. 4, p. 759 – 768, out./dez. 1999.

TEIXEIRA; I.N.D.A.T. Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In: NÉRI, A.L. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. cap. 5.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio./ago. 2008.

TORRES, S.V.S et al. Fragilidade, dependência e cuidados: desafios ao bem estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO; M.J.D.E et al. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea, 2007. cap. 5.

VOLPI, E., NAZEMI, R. FUJITA, S. Muscle tissue changes with aging. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care, v. 7, p. 405 – 410, 2004.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 2001.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 23, n.1, p. 5-26, 2006.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Samuel Miranda Mattos - Professor de Educação Física e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito – FFB. Professor do Curso de Especialização em Preparação Física do Instituto de Capacitação Business School Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq. Foi monitor voluntário da Disciplina de Ginástica Esportiva (2013/2014). Foi Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP (2014/2015) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (2015/2016) da Universidade Estadual do Ceará-UECE (2016/2017) e bolsista voluntário do Projeto de Extensão do Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares- CETRATA (2012/2014).

Kellen Alves Freire - Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2012/2016). Foi monitora da disciplina Anatomia Sistêmica (2013). Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2016/2018). Participou do projeto de extensão “Escola saudável: prevenção de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares” (2017/2019). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescente 6, 7, 153, 154, 157, 158, 160, 161, 258, 276
Alzheimer 44, 50, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 182
Anti-inflamatórios 76, 77, 78, 80, 144
Artrite reumatoide 137, 138, 146
Atenção primária à saúde 1, 5, 12, 92, 157, 171, 255, 256

B

Bilinguismo 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182

C

Cinesioterapia 137, 138, 139, 140, 141, 145
Comissão de óbitos 52, 55
Complementary therapies 115
Cuidados 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 30, 42, 47, 61, 62, 75, 90, 110, 165, 172, 193, 205, 209, 211, 216, 229, 232, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 276, 277, 278, 281, 283, 284, 286

D

Declaração de óbito 55
Demências 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181
Dependência química 183
Depressão 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 42, 48, 50, 63, 64, 65, 90, 176, 179, 229, 273

E

Educação em saúde 110, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 167, 172, 183, 185, 186, 187, 188, 190, 197, 251, 259
Enfermagem 3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 39, 50, 57, 58, 59, 60, 70, 72, 73, 74, 76, 85, 111, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 171, 172, 190, 197, 200, 206, 207, 251, 254, 255, 256, 260, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 277, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289
Escola 29, 73, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 198, 207, 270, 289
Exercício terapêutico 137

F

Família 2, 6, 7, 9, 11, 12, 19, 24, 28, 29, 31, 39, 42, 57, 58, 62, 74, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 155, 158, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 183, 185, 190, 198, 246, 247, 250, 251, 253, 254, 255, 267, 274, 280

G

Gestação 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 163, 164, 168, 169, 171, 179, 192, 193, 194, 196, 198, 218, 247
Gestantes 31, 33, 34, 36, 37, 38, 89, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 191,

193, 195, 196, 197, 198, 199, 252, 275, 276, 277, 279, 281

H

Hemisferectomia funcional 148

Hypertension 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 135, 206, 225, 226, 247, 256

I

Idoso 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 75, 257, 258

Institucionalização 41, 42, 48, 49, 61, 62, 64

Instrumentos de avaliação 47, 137, 140, 141, 146

Insuficiência renal crônica 76, 78, 79, 81

L

Lúpus eritematoso sistêmico 35, 39

M

Medicinal plants 115, 116, 117, 118, 123, 124, 192

N

Nefrite lúpica 35, 36, 37, 38, 39

Neurocirurgia pediátrica 148

Nutrição 39, 44, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 168, 173, 176, 177, 179, 180, 181, 207, 273, 279, 280, 286, 289

O

Óbito hospitalar 52

Overview 115, 116, 123, 128

P

Plantas medicinais 89, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 198

Práticas interdisciplinares 83

Q

Questionários de saúde 137, 138, 140

R

Rim 77, 78, 204

S

Saúde da família 6, 7, 12, 75, 86, 161, 162, 165, 166, 167, 198, 246, 250, 251, 255

Síndrome de rasmussen 152

Substâncias abortivas 192, 194

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-762-8



9 788572 477628