



**Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)**

Políticas de Saúde para o Envelhecimento Populacional



**Marilande Carvalho de Andrade Silva
(Organizadora)**

Políticas de Saúde para o Envelhecimento Populacional

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: Natália Sandrini
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 Pietrobon – 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)	
P769	Políticas de saúde para o envelhecimento populacional [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-857-1 DOI 10.22533/at.ed.571191912 1. Envelhecimento – Brasil. 2. Idosos – Brasil – Condições sociais. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade. CDD 305.260981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

O cenário demográfico que vivenciamos no século XXI, destacado por um acelerado e assegurado processo de envelhecimento populacional, embora indicativo do sucesso das políticas de saúde, trazem enormes desafios ao planejamento e organização dos serviços públicos.

O livro que aqui se apresenta, sem nenhuma finalidade de exaurir o assunto estuda o envelhecimento sobre os conhecimentos biopsicossociais. Ele visa contribuir àqueles que têm como ambição entender mais sobre o processo do envelhecimento e suas relações com outros campos do conhecimento e, em especial, almeja contribuir com aqueles que se propõe a atuar no campo de Políticas da Saúde. E tem como objetivo principal desenvolver uma ampla discussão na sociedade sobre o envelhecimento, instrumentalizando não só àqueles que vão atuar em Programas de Políticas da Saúde, como também a estudantes e profissionais de diversas especialidades na área da saúde, enfim, a todos interessados na discussão sobre o processo do envelhecimento.

A obra aqui apresentada expõe 20 capítulos intitulados: Proteção e atenção aos idosos no Brasil; Envelhecimento e institucionalização; Experiência profissional com a caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária a saúde; Efeito de um programa de intervenção cognitiva baseado em reminiscências no processamento cognitivo global e a autopercepção de bem-estar subjetivo de idosos; Intercâmbio de gerações: vivência em ILPI's; Mobilidade de idosos no espaço urbano e o direito à cidade; O processo de enfermagem no cuidado às pessoas idosas em situação de rua; Perfil dos participantes de um programa de preparação para aposentadoria em uma Universidade Pública Federal; Triagem cognitiva para detecção precoce da doença de alzheimer: antecedentes psicométricos de uma versão em espanhol (TYM-E) do Test Your Memory (TYM) teste; O impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional em uma coorte de idosos; Grupos no contexto de promoção a saúde: percepção dos usuários; Instrumentos de avaliação de quedas na população psicogeriátrica; Instrumentos avaliativos da neuropsiquiatria em idosos: evidência científica; A melhora da inclusão social de pessoas idosas com deficiência: experiência do desafio no Chile; Efeito do exercício físico em meio aquático no risco de queda em idosos; Controle físico-químicos de losartana potássica dispensado no programa farmácia popular do Brasil na cidade de Caruaru-PE; Associação entre síndrome metabólica, consumo habitual de carboidratos refinados, perfil lipídico e glicêmico em idosos de Uruguaiana/RS; Consumo de antidepressivos tricíclicos por idosos em Coronel Pilar – RS; Efeito do exercício físico na dor lombar de idosos: uma revisão integrativa.

Finalizando essa apresentação, desejo aos leitores que aproveitem bem os

textos, os quais foram preparados com muito cuidado, atenção e competência por todos os autores e autoras.

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
PROTEÇÃO E ATENÇÃO AOS IDOSOS NO BRASIL	
Cleisiane Xavier Diniz	
Júlio César Suzuki	
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.5711919121	
CAPÍTULO 2	24
ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO	
Fernanda dos Santos Pascotini	
Elenir Fedosse	
Rosane Seeger da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.5711919122	
CAPÍTULO 3	36
EXPERIENCIA PROFISSIONAL COM A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	
Melissa Gewehr	
Sharon da Silva Martins	
Luciana Denize Molino da Rocha	
Carolina Tonini Goulart	
Leatrice da Luz Garcia	
Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes	
Tainara Genro Vieira	
DOI 10.22533/at.ed.5711919123	
CAPÍTULO 4	44
EFEITO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVA BASEADO EM REMINISCÊNCIAS NO PROCESSAMENTO COGNITIVO GLOBAL E A AUTOPERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR SUBJETIVO DE IDOSOS	
Pedro García Montenegro	
Gabriel Urrutia Urrutia	
DOI 10.22533/at.ed.5711919124	
CAPÍTULO 5	56
INTERCÂMBIO DE GERAÇÕES: VIVÊNCIA EM ILPI's	
Melissa Gewehr	
Darlize Deglan Borges Beulck Bender	
Carolina Tonini Goulart	
Leatrice da Luz Garcia	
Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes	
Tainara Genro Vieira	
Denis Antonio Ferrarin	
Larissa Venturini	
Jamile Lais Bruinsma	
DOI 10.22533/at.ed.5711919125	
CAPÍTULO 6	65
MOBILIDADE DE IDOSOS NO ESPAÇO URBANO E O DIREITO À CIDADE	
Cleisiane Xavier Diniz	
Júlio Cesar Suzuki	

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.5711919126

CAPÍTULO 7 69

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Carine Magalhães Zanchi de Mattos

Patrícia Krieger Grossi

Francielli Girardi

DOI 10.22533/at.ed.5711919127

CAPÍTULO 8 81

PERFIL DOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Priscilla de Oliveira Reis Alencastro

Marco Aurélio de Figueiredo Acosta

DOI 10.22533/at.ed.5711919128

CAPÍTULO 9 93

TRIAGEM COGNITIVA PARA DETECÇÃO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER: ANTECEDENTES PSICOMÉTRICOS DE UMA VERSÃO EM ESPANHOL (TYM-E) DO TEST YOUR MEMORY (TYM) TESTE

Gabriel Urrutia Urrutia

Pedro García Montenegro

Rodrigo Riveros Miranda

DOI 10.22533/at.ed.5711919129

CAPÍTULO 10 104

O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL EM UMA COORTE DE IDOSOS

Maria José Santos de Oliveira

Lidiane Isabel Filippin

Márcio Manozzo Boniatti

DOI 10.22533/at.ed.57119191210

CAPÍTULO 11 115

GRUPOS NO CONTEXTO DE PROMOÇÃO A SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Melissa Gewehr

Sheila Kocourek

Carolina Tonini Goulart

Leatrice da Luz Garcia

Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes

Tainara Genro Vieira

Denis Antonio Ferrarin

DOI 10.22533/at.ed.57119191211

CAPÍTULO 12 131

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA

Talita Portela Cassola

Michele Schmid

Lyliam Midori Suzuki Isuzuki

Leandro Barbosa de Pinho

DOI 10.22533/at.ed.57119191212

CAPÍTULO 13	133
INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DA NEUROPSIQUIATRIA EM IDOSOS: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	
Talita Portela Cassola	
Michele Schmid	
Leandro Barbosa de Pinho	
DOI 10.22533/at.ed.57119191213	
CAPÍTULO 14	135
A MELHORA DA INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA: EXPERIÊNCIA DO DESAFIO NO CHILE	
Exequiel Plaza	
Pedro García	
Gabriel Urrutia	
DOI 10.22533/at.ed.57119191214	
CAPÍTULO 15	144
EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO EM MEIO AQUÁTICO NO RISCO DE QUEDA EM IDOSAS	
Pietro Diniz Bataglin	
Luise Franchi Rodrigues	
Natany Masiero Piovesan	
Jaqueline Fátima Biazus	
Clandio Timm Marques	
João Rafael Sauzem Machado	
Alethéia Peters Bajotto	
DOI 10.22533/at.ed.57119191215	
CAPÍTULO 16	153
CONTROLE FÍSICO-QUÍMICOS DE LOSARTANA POTÁSSICA DISPENSADO NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NA CIDADE DE CARUARU-PE	
Elisiane Gomes de Andrade	
Cristiane Oliveira dos Santos	
Lidiany da Paixão Siqueira	
DOI 10.22533/at.ed.57119191216	
CAPÍTULO 17	164
ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME METABÓLICA, CONSUMO HABITUAL DE CARBOIDRATOS REFINADOS, PERFIL LIPÍDICO E GLICÊMICO EM IDOSOS DE URUGUAIANA/RS	
Vanessa Retamoso	
Graziela Morgana Silva Tavares	
Patrícia Maurer	
Vanusa Manfredini	
Renata Montagner	
Jacqueline da Costa Escobar Piccoli	
DOI 10.22533/at.ed.57119191217	
CAPÍTULO 18	175
CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS POR IDOSOS EM CORONEL PILAR - RS	
Daniel Capalonga	
Juliana da Rosa Wendt	
Camile Locatelli	
Helanio Veras Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.57119191218	

CAPÍTULO 19	183
EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA DOR LOMBAR DE IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Amanda Figueiró dos Santos	
Tamara Pinheiro de Oliveira	
Clandio Timm Marques	
Alecsandra Pinheiro Vendrusculo	
DOI 10.22533/at.ed.57119191219	
CAPÍTULO 20	194
INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE RTA E DO USO DO THRESHOLD NA BIOMECÂNICA TORÁCICA E FUNCIONALIDADE DE PACIENTES PNEUMOPATAS: RELATO DE CASO	
Roberta Brenner Felice	
Tiago José Gomes Nardi	
Alethéia Peters Bajotto	
Lilian Oliveira de Oliveira	
Carla Mirelle Giotto Mai	
Jaqueline de Fátima Biazus	
João Rafael Sauzem Machado	
DOI 10.22533/at.ed.57119191220	
SOBRE A ORGANIZADORA	205
ÍNDICE REMISSIVO	206

PROTEÇÃO E ATENÇÃO AOS IDOSOS NO BRASIL

Data de aceite: 18/11/2018

Cleisiane Xavier Diniz
(UEA)

Júlio César Suzuki
(PROLAM/USP)

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
Universidade do Estado do Amazonas, doutora

Nos últimos 50 anos, houve um grande crescimento mundial da população de idosos. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, após 48 anos, este número alcançava 579 milhões; um crescimento médio de quase oito milhões de pessoas idosas por ano. Nas próximas décadas, a população mundial de idosos vai passar dos 841 milhões, contabilizados no ano de 2015, para 2 bilhões até o ano de 2050 (OMS, 2015).

Atualmente (2017), a maior proporção da população de idosos está concentrada no continente europeu. O contingente de idosos em 2025 vai representar 40% da população na Alemanha, do Japão e da Itália, este último, inclusive, o único país no mundo a ter mais pessoas acima de 65 anos do que menores de 15 anos. A estimativa é de que, até a primeira metade do século 21, outros países

industrializados cheguem a esse patamar. Calcula-se que, em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento será de 82 anos para homens e 86 para mulheres (IBGE, 2010).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), esse movimento de crescimento vem sendo contínuo e acompanha uma redução pequena e constante do número de jovens (PNAD, 2014).

Estima-se que em 40 anos, a população idosa brasileira irá triplicar, passando de 19,6 milhões (13,7% do total), em 2010, para 66,5 milhões em 2050 (29,3%). As estimativas mostram que, em 2030, ocorrerá a virada no perfil da população, momento no qual o número absoluto de brasileiros com 60 anos ou mais será superior ao de crianças e jovens com até 14 anos. Ou seja, passados mais 14 anos, os idosos alcançarão a marca de 41,5 milhões (18% da população) e as crianças e jovens com até 14 anos serão 39,2 milhões (17,6%), segundo estimativas do IBGE (SIMÕES, 2016).

Para Renato Veras (2003), as mulheres

vivem mais que os homens pelas diferenças no consumo de álcool e tabaco, considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma vez que homens fumam e bebem mais que mulheres; exposição de risco, como acidentes de trânsito e homicídios, que são quatro vezes mais frequentes com homens; e diferença em relação ao uso de serviços de saúde, já que as mulheres fazem uso mais constante desses serviços.

O indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é a esperança de vida ao nascer. No Brasil, a esperança de vida ao nascer foi de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991 (IPEA, 2015).

De modo geral, pode-se considerar que o processo de envelhecimento populacional resulta em uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população, devido à redução da fecundidade da população, que torna os grupos etários mais jovens, menos representativos no cômputo geral da população. Além disso, o envelhecimento populacional também é decorrente do declínio das taxas de mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública; à melhoria das condições de alimentação; ao maior acesso aos serviços de saúde; à melhoria da renda; ao controle de doenças infecciosas; ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas

Com a mudança na pirâmide etária, percebe-se que os países desenvolvidos, principalmente os europeus, enriqueceram e depois envelheceram. Eles tiveram recursos e tempo para isso. No entanto, o Brasil está envelhecendo sem antes enriquecer. A França precisou de 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de seus idosos. Isso equivale a seis gerações. O Brasil vai fazer o mesmo em 19 anos, ou seja, em uma geração apenas (FELIX, 2009).

A mudança drástica na estrutura etária, em direção ao envelhecimento provoca mudanças na relação de dependência econômica do ciclo de vida, uma vez que esse grande contingente de pessoas, que não tem envelhecido de forma homogênea, emerge com demandas muito específicas para as políticas sociais. No entanto, existe uma necessidade premente de se fazer compreender as complexas mudanças que constituem e influenciam o processo de envelhecimento (Quadro 1).

FISIOLÓGICAS	São associadas ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos, alterações das funções orgânicas;	(FREITAS et alii, 2006)
BIOQUÍMICAS	Estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo	(CARVALHO FILHO e PAPALÉO NETTO, 2006)
PSICOLÓGICAS	Ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu dia-a-dia.	(SILVA e ALVES, 2007)

RELAÇÕES SOCIAIS	Tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e do poder aquisitivo econômico e físico.	(SANTOS, 2003).
ESPIRITUAIS	Evidenciam-se pela necessidade de aproximação com Deus	(DENDENA <i>et alii</i> , 2011);

Quadro 1: Modificações que constituem e influenciam o processo de envelhecimento

A principal característica desses idosos ao envelhecer é o declínio, que se classifica em senescência e senilidade. Segundo Simões (1998), senescência é um fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, que pode ser considerada um envelhecimento sadio, em que o declínio físico e mental é lento, sendo compensado, de certa forma, pelo organismo. Com relação à senilidade, ela normalmente é caracterizada pelo declínio físico associado ao declínio cognitivo. Curiosamente, a senilidade não é exclusiva da idade avançada, mas pode ocorrer prematuramente, pois se identifica uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, alta irritabilidade, além de uma significativa perda de memória.

A antiga maneira de pensar que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra real, pois, apesar das perdas biológicas, econômicas, sociais e psicológicas, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável. Portanto, envelhecer não significa viver doente ou dependente. O argumento preconceituoso do passado, que preconizava que, na velhice, todos deveriam se conformar com a deterioração da qualidade de vida e o mau funcionamento do organismo, hoje está absolutamente ultrapassado.

O maior desafio do indivíduo que envelhece é contribuir para que ele possa redescobrir possibilidades de viver sua vida com qualidade, apesar das limitações que venham a ocorrer. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois parte das suas dificuldades está relacionada a uma cultura de séculos que as desvaloriza e limita.

No entanto, não se pode esquecer, também, que na realidade atual, numa sociedade de mercado, indivíduo e mercadoria se misturam no sistema: valores são atribuídos à mercadoria e àqueles que a consomem. Quanto mais consumir e quanto mais caros forem os objetos de consumo, mais subirá na escala de valores de mercado. Dessa forma, a propaganda que utiliza a imagem do idoso cria o corpo e a face da velhice, sem história e sem memória. As imagens do novo idoso, consumidor juvenilizado e feliz, povoam a publicidade (STEPANSKY, 2013).

Para Marielle Rodrigues Correa (2009), a face da velhice hoje, enquanto construção social, apresenta aspectos bem diferentes em relação àquela exibida no início do século XX. Surgiram novos sujeitos, novas materialidades, novos

procedimentos para se referir à velhice e alusões a novas possibilidades de se vivê-la. Além disso, a autora destaca que:

Não somente as palavras, mas também os signos óticos, as imagens visuais, registram as mudanças da produção de sentido sobre a velhice. Ao olharmos fotografias antigas com idosos, identificamos alguns signos típicos da velhice de épocas passadas: senhores com ternos, chapéus e bengalas, e senhoras, com vestidos mais recatados e cabelos penteados. Se, antes, a valorização do homem velho era calcada no signo do recato, comedimento, sobriedade, da sabedoria, da experiência de vida, hoje ela também passa pela possibilidade de ser uma fase de realizações, de atividade, de atualização, de acompanhamento das inovações e modismos, como se pode observar na iconografia expressa, por exemplo, nas novelas e anúncios comerciais dirigidos para esse segmento. Certamente, essa velhice se modificou, ou pelo menos se abriu um leque maior de modos de ser e de viver essa fase da vida (CORREA, 2009, p.28).

No mais, é preciso reconhecer que existem duas vertentes do envelhecimento acontecendo ao mesmo tempo: uma que ocorre como processo individual e natural de mudança progressiva, conduzindo a uma maior longevidade; e o envelhecimento como fenômeno coletivo, que se traduz no envelhecimento demográfico e que se define pelo aumento da proporção dos idosos numa determinada população (ALVES, 2013).

Para categorizar as pessoas na qualidade de idoso, ou de terceira idade, a OMS declarou 65 anos como o limite inicial da velhice para indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos para os de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, enquanto que, para a Organização das Nações Unidas (ONU), o marco dessa fronteira é os 60 anos. A OMS atualmente classifica a velhice em estágios: o idoso, dos 60 aos 74 anos; o ancião, entre 75 a 90 anos; e a velhice extrema, dos 90 anos em diante. Outra categorização feita pela idade classifica o idoso em: idoso jovem (60 a 69 anos), idoso velho (70 a 79 anos), idoso muito velho ou muito idoso (a partir de 80 anos).

No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos está legislada a ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. O conceito que podemos estabelecer acerca do envelhecimento é aquele que o considera como um processo inevitável e irreversível, que não acontece numa data predefinida, pelo contrário, é um acontecimento que decorre durante a vida toda do ser humano (MEDEIROS, 2003; FARINHA, 2013).

Vários são os conceitos de envelhecimento, porém nenhum deles pode definir o envelhecimento de maneira absoluta, justamente pelo fato de as pessoas serem diferentes e, conseqüentemente, a idade ser encarada de modo peculiar.

Segundo Corrêa (2009), a necessidade de se diferenciar e conceituar essa faixa etária durante todo este tempo e, especialmente no século XXI, fez a velhice ser redescoberta.

Não apenas o mercado descobre o potencial desse segmento, como também

o estado de direito registra seu reconhecimento, mediante a criação de leis específicas. O estatuto do idoso, elaborado em 2003, ao estabelecer os direitos dessa população, evidencia, sobretudo o reconhecimento social desse segmento. A ciência, por meio da gerontologia e da geriatria, alavanca pesquisas e cria especialidades médicas. Novos corredores de circulação são abertos à velhice, que é convidada a sair do confinamento do lar e mostrar sua face em bailes, clubes de convivência, projetos de Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATIs), no comércio e no turismo. É certo que, ao lado dessas e outras tantas novas ofertas de espaços sociais, existe ainda uma velhice segregada pela sociedade. Nesse cenário, o abandono, o preconceito e a desvalorização ainda recaem sobre o idoso de forma violenta (CORRÊA, 2009, p.31).

É importante lembrar que esse envelhecimento da população ocorre num quadro de mudanças sociais aceleradas, cujas circunstâncias transformam, muitas vezes, a vida do idoso em sofrimento e privação. Assim, em muitas sociedades, envelhecer é um drama social, exceto se esse envelhecimento não se constitua um problema para a sociedade. De fato, ele não é um problema e sim uma das maiores conquistas da humanidade.

1 | ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS

Segundo Debert (2004), a década de 1980 foi a da descoberta da velhice nas organizações privadas e na gestão pública brasileira. As políticas voltadas para a velhice começam a ter uma nova imagem do idoso e, assim, propor programas de promoção com ações preventivas que conduzissem para uma visão positiva do envelhecimento. Isso ocorreu após inúmeros discursos dos estudiosos do envelhecimento, enfatizando que o Estado, o sistema capitalista e a cultura brasileira eram os grandes responsáveis pela desvalorização do idoso, colocando-o numa posição indefinida na organização social, por ser considerado inativo economicamente, tornando-o um ônus para a sociedade.

A projeção para o período entre 1985 e 2005 era de um crescimento de 94% do número de idosos, que levou a questão do envelhecimento da população a ser tratado como problema para a administração pública, no que diz respeito, principalmente, à questão econômica e o peso que representaria aos cofres públicos (CORRÊA, 2009).

Mas a gestão da velhice não representa uma problemática específica da vida privada, familiar ou institucional do Brasil. Ela percorreu por discussões em diferentes sociedades ocidentais modernas. Ao adquirir visibilidade social, conseguiu legitimidade no âmbito das preocupações sociais e transformou-se em uma questão da esfera pública dessas sociedades (DEBERT, 2004).

No Brasil, o período que antecedeu a Constituição Federal de 1988 foi marcado por grandes discussões, em termos de direitos sociais, com a participação de aposentados empenhados na luta por suas reivindicações, que lhes deu uma

notória visibilidade social (CIELO e VAZ, 2009).

O Brasil tem uma legislação avançada para a garantia dos direitos daqueles que já passaram dos 60 anos. Estas legislações são vinculadas às políticas públicas que tentam garantir o acesso mínimo necessário para a sobrevivência e a manutenção das condições dignas de vida, por meio das Leis, Decretos e Resoluções, criadas ao longo dos anos. Em relação à pessoa idosa, podemos observar que no Brasil a legislação vem sendo revista para a garantia dos direitos daqueles que já possuem 60 anos de idade.

1.1 Constituição Federal e o idoso (1988)

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, em toda a nação, foi promovida a dignidade da pessoa humana e garantido o exercício da cidadania. O artigo 1º, inciso III, apresenta o fundamento dessa dignidade, coibindo as desigualdades sociais e eliminando quaisquer preconceitos ou discriminações. Isso significou conceder a todos, inclusive às pessoas idosas, direitos sociais à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à segurança.

A Constituição Federal de 1988 favoreceu significativos avanços na área da proteção social. No artigo 3º, por exemplo, estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão. O texto afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito.

A ideia da dignidade humana é universal e ao colocá-la no texto constitucional significa representá-la empiricamente. Nos países democráticos, a dignidade do cidadão é um dos mais importantes temas constitucionais, por estar contemplado na Declaração dos Direitos Humanos. Dessa forma, a Constituição brasileira procurou atender a esses dispositivos específicos aos idosos (CIELO e VAZ, 2009).

Braga (2005), ao apresentar os direitos garantidos pela Constituição, no que se refere ao idoso destaca que:

- O direito à vida engloba o envelhecimento com dignidade, respeito, proteção e inserção social e não apenas o direito à envelhecer.
- O direito à cidadania deve possibilitar ao idoso conservar a capacidade de analisar, compreender, criticar e atuar sobre a realidade política e social.
- O direito à liberdade deve ser propiciado por providências reais por parte do Estado e da sociedade, principalmente a independência familiar e social, por meio de prestações previdenciárias e assistenciais eficazes.
- O direito à igualdade dos idosos deve ser resguardado nas mesmas condições das demais pessoas que vivem em sociedade.
- O direito ao trabalho necessita estender-se ao idoso de forma eficaz, haja vista ser uma garantia constitucional, para que ele possa prover seu sustento.

- O direito à integridade física deve-se dar em todos os âmbitos, principalmente na conscientização da sociedade no que se refere às particularidades do processo de envelhecer e na educação social para o resgate das boas maneiras no trato com idosos.

Braga (2005, p.134) destaca ainda que “deve ser efetivamente assegurado a todo idoso, o direito de associação e convívio, garantindo a participação no processo de produção, re-elaboração e fruição dos bens culturais, educacionais e sociais”.

O artigo 230, §1º, preceitua 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-lhe o direito à vida. E que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Cielo e Vaz (2009) destacam ainda pontos importantes da Constituição Federal, no que diz respeito à proteção ao idoso: no tocante à individualização da pena, o artigo 153, § 2º, I, diz que o mesmo deverá cumpri-la em estabelecimento penal distinto; os artigos 127 e 129 repassam ao Ministério Público a defesa dos direitos da sociedade, incluindo-se os idosos; o artigo 134, diz que, no campo individual, os idosos carentes devem contar com o apoio da Defensoria Pública.

Aos economicamente frágeis, o artigo 201, isenta-os do imposto sobre a renda e dá a ele direito ao seguro social, ou aposentadoria; os artigos 203 e 204, assegura a prestação de assistência social à velhice para aquele idoso que não integre o seguro social; dentre outras iniciativas, prevê ainda a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (CIELO e VAZ, 2009).

Visto que muito idosos em épocas passadas não puderam ou não tiveram acesso à educação, a Constituição vigente também prevê o direito à ela. No artigo 205, consta que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família; O artigo 208, inciso I, cita que o ensino fundamental é obrigatório e gratuito, estando assegurado sua oferta para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria. Desta forma, Ramos destaca que:

O Estado tem o dever de promover a integração social dos idosos analfabetos mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações voltado a inserir os idosos no contexto social a partir de sua integração ao sistema educacional, não se justificando iniciativa contrária, com base no argumento de que, em razão de essas pessoas já terem atingido idade elevada, dispensarem educação, sob pena de omissão inconstitucional (RAMOS, 2003, p.2200).

Assim, a Constituição Federal brasileira de 1988, tornou-se um marco importante, com certo grau de evolução social, ao fazer com que a rede de proteção social ao idoso alterasse o seu enfoque assistencialista para uma de direito de cidadania.

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais, mas, apesar disso, há a necessidade de vontade política para o implemento das políticas públicas para a proteção do ser humano. Alexandre de Moraes (2007, p. 805) acrescenta que:

Mais do que reconhecimento formal é obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana.

Afinal, não basta possuir a legislação, é preciso verificar o seu cumprimento. Da mesma forma, o Estado tem o dever de adotar uma postura ativa para concretizá-la. Mas não é apenas na Constituição que os idosos possuem normas que lhes garantam alguma proteção e direitos, pois, em quase todos os campos de normatização do Direito, existe alguma regra dedicada a eles.

1.2 Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93

A Assistência Social, com a Constituição Federal de 1988, ganhou nova institucionalidade, que a fez pautar-se no modelo da cidadania ampliada e a funcionar como garantia de política pública de direitos sociais básicos, direcionado especialmente a grupos vulneráveis, como crianças, idosos, portadores de deficiência, famílias e pessoas e vulnerabilidade socioeconômica.

A criação e implementação da LOAS permitiu uma distinção entre o “assistencialismo” e a “assistência”. Segundo Oliveira e Pinto (2005, p.54):

O primeiro é visto como uma postura tutelar do trabalhador social para com o usuário das políticas sociais, de forma a subalternizá-lo. A assistência, por sua vez, é a compreensão total de que o bem ou o serviço repassado ou executado é um direito, e não uma benesse. O assistencialismo encara estes direitos inerentes à cidadania como favores.

A superação do enfoque assistencialista faz perceber o assistencial como um direito que se constitui no acesso dos menos favorecidos a bens e serviços que de outra forma lhes seriam negados. Esta visão é a compreensão do direito, que encerra em seu interior a possibilidade de conquistas e lutas por parte da população usuária. Neste processo é que se vai constituindo a cidadania possível, ou melhor, a cidadania conquistada (OLIVEIRA E PINTO, 2005).

No que diz respeito ao idoso, Pereira–Pereira (2002) destaca que, em todas as unidades federadas do Brasil, a política pública de Assistência Social constitui área estratégica de importante cobertura, englobando: 1) No âmbito federal: transferência contínua de renda a idosos impossibilitados de prover sua manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa. 2) No âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos

governos, em parceria ou não com o governo federal ou instituições privadas, com celebração de convênios para prestação de serviços; distribuição de benefícios; criação e regulamentação de atendimentos asilares para idosos; realização de programas culturais e educativos; isenções fiscais de entidades particulares.

Os estados, os municípios e o Distrito Federal têm autonomia para definirem e colocarem em prática ações que julgarem procedentes, porém, em nível federal existem benefícios importantes de abrangência nacional, dos quais destacam-se (PEREIRA–PEREIRA, 2002):

- **Benefício de Prestação Continuada:** trata-se de benefício não contributivo, previsto na Constituição Federal vigente, regulamentado pela LOAS e endossado, com alterações, pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003). Nela, aos idosos, a partir de 65 anos - e não de 67 como prevê a LOAS - que não possuam meios para prover sua subsistência e nem de tê-la provida por sua família, é assegurado um provento mensal de um salário mínimo (art.33). O benefício concedido a qualquer membro da família não será computado para fins de cálculo da renda familiar definidora da linha de pobreza, tal como indicado na LOAS. Porém, ele não é vitalício, podendo ser suspenso caso as condições que lhe deram motivo forem superadas.
- **Proteção social básica e especial à pessoa idosa:** é concedido apoio financeiro federal a serviços, programas e projetos executados por governos Estaduais, Municipais, Federal e entidades sociais, com vista ao atendimento de pessoas idosas pobres, a partir dos 60 anos de idade. Sua finalidade é contribuir para a promoção da autonomia do idoso, sua integração na sociedade e fortalecimento dos vínculos familiares.
- **Programa de Atenção Integral à Família (PAIF):** realizado nos Municípios, em unidades locais de Assistência Social, chamadas de Casa das Famílias, com vistas ao acolhimento, convivência, socialização e estímulo à participação social das família e seus membros.

1.3 Política Nacional do Idoso (PNI)

A Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, integra o Programa Nacional de Direitos Humanos, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), e dá outras providências. A PNI foi regulamentada pelo Decreto 1.948/96, definindo programas e serviços a serem oferecidos ao segmento idoso, bem como distinguindo as competências a serem articuladas, compartilhadas e integralizadas pelas três esferas de governo.

Segundo Lisboa (2011), a cidade de Manaus consta entre os municípios pioneiros da região norte na elaboração de sua Política Municipal de Idosos, baseado na PNI, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade e de se integrar às demais gerações; o idoso tem o direito de participar, por meio de organizações que o representem, da formulação, implantação e avaliação das

políticas, programas e projetos; deve ser priorizado o atendimento ao idoso dentro de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento em asilo; deve ser dada prioridade aos idosos no acesso a serviços de órgãos públicos e privados; o Estado deve trabalhar para capacitar pessoas nas áreas de geriatria (medicina voltada para o idoso) e gerontologia (especialização de profissionais no atendimento à população idosa) (BRASIL, 2004b).

Os princípios, expostos acima, permitem dizer que a lei atende à atualização da concepção de Assistência Social como política de direito, da mesma forma como garantido na LOAS, o que implica na garantia de uma renda, de vínculos relacionais e de pertencimento à sociedade. Assegura ainda proteção social mínima, visando a participação, a emancipação, a cidadania e um novo conceito social para a velhice.

A LOAS dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a PNI. A lei parte do princípio de que o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e, assim, fortalece a importância de garantir direitos de cidadania ao idoso, protegendo-o contra a discriminação. A inovadora lei trata da proteção integral desse público de modo a proporcionar saúde e bem-estar no processo de envelhecimento e construir uma rede de proteção social que contemple todas as esferas da vida dos idosos. Esta Lei foi regulamentada em 03 de julho de 1996, pelo Decreto Lei nº 1.948.

A PNI traz em seu artigo 10 as competências dos órgãos e entidades públicos em diversas áreas, como a da assistência social, reforçando as políticas sociais de parcerias público/privadas, ao enfatizar que, na área da promoção e assistência social, cabe a prestação e desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, por meio da participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais. Reafirma direitos garantidos constitucionalmente e aponta “a participação da sociedade civil como espaço de efetivação de serviços e proteção social ao idoso, em especial, a modalidade não mercantil, como a família” (TEIXEIRA, 2008, p. 279).

A participação da cidade de Manaus nas Comissões articuladoras para a regulamentação da PNI Lei nº. 8.842/94, através do Decreto nº. 1.948/96, contou com a participação de profissionais e idosos assistidos pela extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA). Esta comissão trouxe de imediato um documento referenciado para elaboração da política Estadual e Municipal, visando à municipalização (LISBOA, 2011).

Lisboa (2011, p.77) afirma que:

Assim como no cenário nacional, Manaus passou a priorizar a população idosa ativa, que assumirá o discurso do envelhecimento saudável e buscará no ativismo cultural e esportivo a garantia de qualidade aos dias prolongados de vida. Ocorre que, o processo de envelhecimento na região norte-nordeste é totalmente diferenciado à realidade sul-sudeste. As condições de vida e de trabalho, a

exposição diária ao sol, as alimentações inadequadas, devido aos hábitos e costumes, contribuem para um envelhecimento precoce. Como agravante desta realidade, destaca-se que o trabalhador envelhecido no contexto urbano, distanciou-se de suas origens e vínculos familiares.

Embora possua algumas ambiguidades, a PNI é um valioso instrumento para a efetivação dos direitos dos idosos, porém necessita da luta e mobilização contínua das organizações.

1.4 Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, após tramitar por sete anos no Congresso Nacional, foi aprovado por meio da Lei n. 10.741, de 2/10/2003, garantindo direitos às pessoas com mais de 60 anos no Brasil. Nos seus 118 artigos, traz consigo uma legislação capaz de realizar profundas mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas às pessoas idosas no Brasil. Nele, percebe-se o predomínio de importantes direitos sociais à população idosa, voltadas à saúde, previdência e assistência social, renda mínima, educação, trabalho e moradia (BRASIL, 2003).

Segundo Mayo (2013), o Estatuto do Idoso foi um importante marco jurídico e político e mostrou ser uma lei amplamente protetiva, inovadora, ousada e avançada que:

Assegurou, com prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, dentre outros. Ao lado da garantia de direitos, ordenou todo um sistema protetivo de resguardar estes direitos, com o devido acesso à justiça, e à previsão de crimes que procuram evitar que a pessoa idosa seja objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (MAYO, 2013, p.38).

Portanto, ele veio afirmar o compromisso institucional com a construção e a garantia da cidadania do idoso. Mais ainda, veio estabelecer recursos para informar e educar, observando os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, dando ênfase ao resgate de valores e mudança de comportamento em relação à identidade social dos idosos numa sociedade que se caracteriza como jovem.

Quanto ao acesso à Justiça, Stepansky (2013, p.59) afirma que:

O Estatuto do Idoso define prioridade de atendimento para a pessoa idosa, o que esbarra nas práticas do Sistema Judiciário, que condena os idosos e demais cidadãos à mesma morosidade. Reconhecendo a importância dos meios de comunicação na construção do imaginário social, o Estatuto qualifica como crime, exibir, ou veicular, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso. As identidades sociais são criadas e recriadas pelas imagens produzidas e divulgadas pela mídia: a figura do idoso é, frequentemente, associada ao arcaico, à resistência às inovações tecnológicas, é folclorizado, como uma figura fora do cenário atual, localizada no passado, sem lugar na vida produtiva e na vida social. As mudanças nas imagens do idoso imprimem mudanças nas identidades sociais dos idosos.

Com relação à saúde, o artigo 15 estabelece o acesso universal do idoso

à saúde plena, garantida pelo Sistema Único de Saúde, mediante prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde; destaca que os planos de saúde não poderão utilizar de tarifas diferenciadas em razão da idade; idosos internados terão direito a acompanhantes em tempo integral, podendo o idoso optar pelo tratamento mais favorável; ao Estado cabe o fornecimento de medicação gratuita, especialmente as de uso continuado pelo idoso, assim o fornecimento de próteses, órteses e outros recursos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação; os idosos têm prioridade ao atendimento; o Estado tem obrigação de treinar e capacitar os profissionais da saúde para tratarem com este segmento da população (BRASIL, 2003).

Com relação à moradia, o artigo 37 declara que o idoso tem direito à moradia digna junto à sua família natural ou substituta ou mesmo estando desacompanhado de seus familiares ou em instituição pública ou privada. Na assistência em instituições de longa permanência, deve-se de manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos, provendo-os de alimentação e higiene, sob as penas da lei (BRASIL, 2003).

No artigo 38, dá-se prioridade aos idosos na aquisição da casa própria, destinando-se aos idosos 3% das unidades residenciais, dentro dos programas habitacionais, com critérios de financiamento da casa própria compatíveis com os rendimentos de aposentados ou pensionistas. O Estatuto também prevê a implantação de equipamentos urbanos e comunitários para esta parcela da população, com eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas (BRASIL, 2003).

No artigo 10, é assegurado ao idoso o direito à liberdade. Segundo o § 1º do artigo, o direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

Faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; opinião e expressão; crença e culto religioso; prática de esportes e de diversões; participação na vida familiar e comunitária; participação na vida política, na forma da lei; faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação” (BRASIL, 2003. Art. 10, §1).

Importante considerar que o direito à liberdade da pessoa idosa deve ser compreendido de forma ampla, não se limitando somente às dimensões desse dispositivo legal.

1.5 Demais políticas públicas federais, estaduais e municipais de importância na atenção ao idoso

Tendo em vista as grandes desigualdades sociais e econômicas ainda presentes na realidade brasileira, inúmeras Leis, Decretos e Portarias foram criadas e implementadas nos últimos anos no país, para a garantia de qualidade no

envelhecimento e dos direitos fundamentais da pessoa idosa. Além da publicação de tais documentos, outros eventos de grande importância influenciaram as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Dentre elas destaca-se:

1994 - Lei n. 8926 criada em 9 de agosto de 1994, dispõe sobre recomendações dos usos de medicamentos, tornando obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, das advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos (BRASIL, 1994).

1999 - Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999 - Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, institui o programa, coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, levando em consideração o aumento da população idosa brasileira; a necessidade de criar alternativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos; a diretriz para atendimento ao idoso e a sua família; com o objetivo de reduzir a institucionalização; e levando em consideração a necessidade de capacitar recursos humanos no cuidado do idoso (BRASIL, 1999a).

1999 - Portaria MS/GM 1.395/1999, de 10 de dezembro de 1999 – Política Nacional da Saúde do Idoso, teve por finalidade assegurar aos idosos sua permanência no meio em que vivem, desempenhando suas atividades de modo independente, a partir do estabelecimento de diretrizes que norteiem a definição dos programas, planos, projetos na atenção às pessoas em processo de envelhecimento e idosas. Suas diretrizes são essencialmente: promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e apoio aos estudos e pesquisas. (BRASIL, 1999b).

2000 - Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000 - Promoção da acessibilidade, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. Define em seu texto os requisitos mínimos de acessibilidade que abrangem desde as vias públicas, parques, espaços livres, estacionamentos, reformas e construção de edificações de uso coletivo e privado, conforme os padrões testados e aprovados pela ABNT (BRASIL, 2000).

2001 - Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001 - Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Essa portaria integra a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade,

dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar (BRASIL, 2001).

2002 - Portaria MS/GM nº 16, de 8 de janeiro de 2002 - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Tem como objetivo primordial traçar diretrizes e metas no SUS para a atenção aos que convivem com esses agravos, mediante a reestruturação e a ampliação do atendimento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação dos pacientes à rede básica de saúde (BRASIL, 2002a).

2002 - Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002 - Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2002b).

2002 - Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002 - Programas Nacionais para doenças específicas aos portadores da doença de Alzheimer. Define que o Programa será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios em cooperação com as redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2002c).

2002 - Portaria MS/SAS nº 470, de 24 de julho de 2002 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Osteoporose. Contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes ao tratamento proposto pelo protocolo, esquemas terapêuticos e mecanismos de acompanhamento e avaliação do tratamento da osteoporose. Tem caráter nacional, portanto destinado ao uso pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2002d).

2002 - Plano Internacional do Envelhecimento – Realizada em Madri a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com objetivo de servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI, fundamentado em três princípios: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (ONU, 2003).

2003 - Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe – Realizada no Chile, com objetivo de propor estratégias de implantação das metas e objetivos acordados no Plano Internacional do Envelhecimento, em Madri. Foi recomendado que os países propiciassem condições favoráveis ao envelhecimento individual e coletivo com seguridade e dignidade, de

acordo com suas realidades nacionais. Na área da saúde, a proposta foi melhorar o acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, com objetivo de melhorar a qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia (OPAS, 2005).

2004 - Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004 - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Este é um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução (BRASIL, 2004b).

2004 - Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004 – Prioridade de atendimento aos idosos. Regulamenta as leis n. 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimentos às pessoas que especifica; e a lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências (BRASIL, 2004c).

2005 - Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa - Lançado no Brasil pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. O Plano visa estabelecer as estratégias de ação, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. O documento propôs estratégias e ações a serem adotadas pelos países membros para a prevenção e intervenção nas diversas manifestações da violência contra a pessoa idosa. No documento são expressas as competências e ações dos Ministérios e a co-responsabilização dos estados e municípios no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência a pessoa idosa no território nacional (BRASIL, 2005b).

2006- I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa -Foi antecedida de Conferências Estaduais nas 27 unidades da Federação. Propôs estabelecer prioridades a médio e longo prazo em investimentos em políticas públicas que possibilitem assegurar os direitos fundamentais da população idosa. Aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

2006- Portaria MS/GM nº399 de fevereiro de 2006 - Pacto pela Saúde. Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações

nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação, além de estabelecer metas e compromissos para cada ente da federação. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006b).

2006 - Portaria MS/GM nº648 de 29 de março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A nova política aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família”. A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica no que se refere à atuação em todo o território nacional (BRASIL, 2006c).

2006 - Portaria MS/GM nº2528, de 20 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos (BRASIL, 2006d).

2006 - Lei nº11.433, de 28 de dezembro de 2006 – Dia Nacional do Idoso. Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Também determina que os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade. Nesse sentido, fica o desafio de mudar a concepção negativa de velhice, presente na sociedade brasileira, somado ao desafio de enfrentar e combater as desigualdades, que trazem implicações à vida e ao envelhecimento da população (BRASIL, 2006e).

2007 - Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social- BPC. Regulamenta o Benefício à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. O BPC, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família e que cumpram as condições determinadas

no Decreto (BRASIL, 2007a).

2007 - Portaria MS/GM nº 3.213, de 21 de dezembro de 2007 – Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa (BRASIL, 2007b).

2008 - Portaria MS/GM nº 221, de 18 de abril de 2008 – Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ao mesmo tempo, define que a Lista será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde. Na lista constam doenças comuns em idosos, tais como: pneumonia, hipertensão, diabetes e outras (BRASIL, 2008).

2009 - Portaria MS/GM nº 1.820, de 14 de agosto de 2009 – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Traz informações sobre os direitos e deveres dos usuários dos sistemas de saúde público ou privado, constituindo, assim, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009a).

2009 - Portaria MS/GM nº 2.669, de 6 de novembro de 2009 – Pacto pela Saúde. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011 (BRASIL, 2009b).

2009 - Portaria MS/GM nº 1.944, de 28 de agosto de 2009 – Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Um dos principais objetivos desta política é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, de forma a possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009c).

2010 - Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010 – Fundo Nacional do Idoso. Institui o Fundo Nacional do Idoso. Destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda devido as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso (BRASIL, 2010a).

2010 - Portaria MS/GM nº 228, de 11 de maio de 2010 – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Parkinson. O Protocolo contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/

exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, e mecanismos de regulação, controle e avaliação do tratamento. Ele é de caráter nacional, e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASI, 2010b).

2010 - Portaria MS/GMnº 491, de 24 de setembro de 2010 – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Alzheimer. Contêm o conceito geral da Doença de Alzheimer, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. É de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2010c).

2010 - Portaria MS/GM nº 3.318, de 28 de outubro de 2010 – Programa Nacional de Imunização - PNI. Institui, em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, integrantes do PNI, visando ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis. O PNI inclui nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na população acima de 60 anos as vacinas preconizadas pela Oms: antipneumocócica e antigripal. A vacina contra influenza ou gripe é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. A vacina contra pneumococo é aplicada, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como, casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial (BRASIL, 2010d).

2011 - Decreto nº 7. 612, de 17 de novembro de 2011 – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limites). Este Plano tem a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009). O Plano considera pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011).

2013 - Decreto 8.114, 30 de setembro de 2013 – Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação (BRASIL, 2013).

2014 – Lei nº 13.063 de 30 de dezembro de 2014. Altera a Lei nº 8.213, de 24

de julho de 1991, para isentar o aposentado por invalidez e o pensionista inválido beneficiários do Regime Geral da Previdência Social - RGPS de se submeterem a exame médico-pericial após completarem 60 (sessenta) anos de idade (BRASIL, 2014).

2015 - Projeto Lei do Senado nº 20/2015. Altera as Leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), para aprimorar os mecanismos de proteção às pessoas em condições especiais de vulnerabilidade, como idosos, crianças e adolescentes, e mulheres em situação de violência doméstica. Estabelece providências de aplicação imediata pelo delegado de polícia (BRASIL, 2015a).

2016 - Projeto Lei do Senado nº 11/2016. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências (BRASIL, 2016a).

2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulamentação das leis de proteção e atenção aos idosos representa o passo decisivo para a cidadania além de efetivar oportunidades não só de idosos, mas de crianças, jovens e adultos com deficiência ou mobilidade reduzida, fazendo com que a escola, a saúde, o trabalho, o lazer, o turismo e o acesso à cultura sejam elementos presentes na vida destas pessoas.

De maneira geral, são inúmeros estudos que apontam a população idosa como uma das mais passíveis de sofrer exclusão social e pobreza e cabe ao Estado Social, ou o Estado-Providência, zelar pelos mais vulneráveis dividindo esse ônus com a família que, tradicionalmente, sempre assumiu essa responsabilidade (ALVES, 2013).

Boaventura Sousa Santos definiu o Estado Social como:

A forma política dominante nos países centrais na fase de “capitalismo organizado”, constituindo, por isso, parte integrante do modo de regulação fordista. Baseia-se em quatro elementos estruturais: um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objetivo fundamental de compatibilizar capitalismo e democracia; uma relação constante, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimentos e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos da benevolência estatal (SANTOS, 1993, p.43-44).

Se todas essas leis fossem cumpridas no Brasil pelas instâncias de responsabilidade, a vida seria muito mais digna para as atuais e futuras gerações de idosos, lembrando que hoje o país encontra-se em ascensão em número de idosos que buscam ter seus direitos de cidadania e necessitam ter seus programas, projetos e ações integrados e contemplados no orçamento público. A responsabilidade

frente à problemática social está sendo revisitada constantemente desde a sua estrutura organizacional, gestão, financiamento, legislação etc., porém, seguem adaptando-se a contextos político-ideológicos que nem sempre são favoráveis aos grupos vulneráveis.

O que é preciso, além de criar essas leis, é efetivar a implementação, fiscalização e a aplicação das mesmas, impondo sanções pelo descumprimento das determinações legais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sílvia Cristina Lourenço. **A geografia do envelhecimento da população**: oferta e procura de estruturas residenciais para idosos. O caso do concelho de beja. 2013, 211fl. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Gestão do Território e Urbanismo. Universidade de Lisboa. Instituto de Geografia e Ordenamento do Território – IGOT, 2013.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRASIL. **Decreto 8.114, 30 de setembro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004**. Ministério de Saúde. Brasília, 2004c.

BRASIL. **Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007**. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Brasília, 2007a.

BRASIL. **Decreto no 7.612, de 17 de novembro de 2011 – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência** (Plano Viver sem Limites). Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei no 12.213, de 20 de janeiro de 2010** – Fundo Nacional do Idoso. Institui o Fundo Nacional do Idoso. Brasília, 2010a.

BRASIL. **Lei no 13.063 de 30 de dezembro de 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.926, de 9 de agosto de 1994**. Recomendações dos usos de Medicamentos. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153**, de 7 de abril de 1999. Programa Nacional de cuidadores de idosos. Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério das Cidades. Caderno PlanMob: para orientação aos órgãos gestores municipais na elaboração dos Planos Diretores de Mobilidade Urbana. **Construindo uma Cidade Acessível**. Brasília, 2007a

BRASIL. Ministério de Saúde. **Decreto no 5.109, de 17 de junho de 2004** - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 16, de 8 de janeiro de 2002** - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002** - Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002** - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/SAS nº 470, de 24 de julho de 2002** - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Osteoporose. Brasília, 2002d.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999b.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, 2005b.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 1.820, de 14 de agosto de 2009** – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2009a.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 1.944, de 28 de agosto de 2009** – Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009c.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 2.669, de 6 de novembro de 2009** – Pacto pela Saúde. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 221, de 18 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2008.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 228, de 11 de maio de 2010** – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Parkinson. Brasília, 2010b.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 2528, de 20 de outubro de 2006** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006d. BRASIL. Lei no 11.433, de 28 de dezembro de 2006 – Dia Nacional do Idoso. Brasília, 2006e.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 3.213, de 21 de dezembro de 2007**. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília, 2007b.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 3.318, de 28 de outubro de 2010** – Programa Nacional de Imunização. Brasília, 2010d.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 491, de 24 de setembro de 2010** – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Alzheimer. Brasília, 2010c.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 648 de 29 de março de 2006** – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2006c.

BRASIL. **Portaria MS/GM no 399 de fevereiro de 2006**. **Divulga o Pacto pela Saúde** –Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais. Brasília, 2006b.

BRASIL. **Portaria nº 2.258, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

BRASIL. **Projeto Lei do Senado no 20/2015**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. **Texto Base da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI”** [Internet]. Brasília; 2006a

BRASIL. **Senado Federal. Estudos Legislativos**. Brasília, 2016b.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG – CESUC**. Centro de Ensino Superior de Catalão, Ano XII, n. 21, p. 33-46, 2º

Semestre, 2009.

CORREA, Marielle Rodrigues. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Editora cultura acadêmica, 2009.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 2004.

Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 2002b.

FARINHA, Vanessa Alexandra Marques. **Identidade Na Velhice: Um Jogo de Espelhos**. 2013, 98 fl. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Lisboa, 2013.

FELIX, Jorgemar Soares. **Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional**. 2009, 107fl. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Economia Política. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

IBGE. **Censo populacional**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras** / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. Brasília: IPEA, 2015, 240 p.

LISBOA, Simone Moraes. **A política pública para idosos na cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação**. 2011. 164 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2011.

MAYO, Iadya Gama. Os Tratados Internacionais e o Estatuto do Idoso: Rumo a uma Convenção Internacional. In. **Estatuto do Idoso**. Dignidade humana como foco / STEPANSKY, Daizy Valmorbidia; COSTA FILHO, Waldir Macieira da, MULLER, Neusa Pivatto (Orgs.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013, 254p

MEDEIROS, Suzana. Como Pensar a Vida. **Revista Serviço Social & Sociedade**, s/v, n. 75, p.187-190. 2003.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 21^a ed. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, Cláudia Hochheim; PINTO, Maira Moura. Política de assistência social e cidadania no Brasil hoje: alguns elementos para discussão. **KATÁLYSIS**, Florianópolis, v. 8 n. 1, p.46-58 jan./jun., 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça, 30p, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p.: 21 cm. — (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

OPAS. Organización Panamericana de Salud. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan del Acción Internacional de Madrid sobre e Envejecimiento. **Rev Panam Salude Pública**; v.17, n.5-6, p.452-4, 2005.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. política de Assistência Social: avanços e retrocessos. **Cadernos do CEAM**, nº 11. Brasília: CEAM/UnB, 2002.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores**, Brasília, 2014.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Direito à velhice: a proteção constitucional da pessoa idosa. In **Pessoa Idosa e Pessoa Portadora de Deficiência: da Dignidade Necessária**. Vitória: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (CEAF), 2003.

SANTOS, Boaventura Souza. O Estado, as Relações Salariais e o Bem Estar Social na Semiperiferia: O caso português. *In Portugal: Um Retrato Singular*. Porto: Edições Afrontamento, p. 15-56, 1993.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade**: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: Ed. Unimep, 1998.

SIMÕES, Celso Cardoso Silva. Breve histórico do processo demográfico. *In. Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI*. FIGUEIREDO, Adma Hamam de, organizadora (Org.). Rio de Janeiro, 2016.

STEPANSKY, Daizy Valmorbida. Um Estatuto para uma Sociedade em Movimento. *In. Estatuto do Idoso: Dignidade humana como foco* / STEPANSKY, Daizy Valmorbida; COSTA FILHO, Waldir Macieira da, MULLER, Neusa Pivatto (Orgs.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 254p. 2013

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

VERAS, Renato Peixoto. A longevidade da população: Desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade, Velhice e Envelhecimento**. Ano XXIV, n.75, p. 5-17, 2003.

ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO

Data de aceite: 18/11/2018

Fernanda dos Santos Pascotini
Elenir Fedosse
Rosane Seeger da Silva

RESUMO: O envelhecimento da população é um evento mundial. No Brasil, as mudanças no perfil etário também estão acontecendo, com aumento significativo de indivíduos com 60 anos ou mais. Essa situação é preocupante, principalmente no âmbito da Saúde Pública. Esta modificação populacional, juntamente com fatores como: maior frequência da mulher no mercado de trabalho, novos arranjos familiares, baixas taxas de natalidade e mortalidade, pobreza, solidão, viuvez e dificuldades familiares (de recursos, espaço, falta de cuidadores) pode aumentar a necessidade de institucionalização do idoso. Além disso, fatores associados ao processo de envelhecimento como comprometimentos motores e cognitivos, dependências e precisão de cuidados especializados também são riscos para a institucionalização. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) recebem diversos nomes – abrigos, asilos, casas de repouso, clínicas geriátricas – e são locais físicos preparados para receber os idosos sob

regime de internato. É a modalidade de cuidado mais antiga (fora do âmbito familiar) e a única opção para boa parte dos idosos brasileiros. Este trabalho tem como objetivo traçar uma revisão sobre envelhecimento populacional e institucionalização, bem como descrever considerações relevantes sobre as ILPI.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Serviços de saúde para idosos.

AGING AND INSTITUTIONALIZATION

ABSTRACT: Population aging is a worldwide event. In Brazil, changes in age profile are also happening, with a significant increase in individuals aged 60 and over. This situation is worrying, especially in the context of Public Health. This population change, along with factors such as: higher frequency of women in the labor market, new family arrangements, low birth and death rates, poverty, loneliness, widowhood and family difficulties (of resources, space, lack of caregivers) can increase need for institutionalization of the elderly. In addition, factors associated with the aging process such as motor and cognitive impairments, dependencies and precision of specialized care are also risks for institutionalization. Long-term care facilities

for elderly people (ILPI) are given various names - shelters, nursing homes, nursing homes, geriatric clinics - and are physical places prepared to receive the elderly under boarding school. It is the oldest form of care (outside the family context) and the only option for most Brazilian elderly. This paper aims to draw a review of population aging and institutionalization, as well as to describe relevant considerations about the ILPI.

KEYWORDS: Aging. Homes for the Aged. Health services for the elderly.

1 | ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E INSTITUCIONALIZAÇÃO

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, havendo um crescimento significativo da população idosa em relação às demais faixas etárias (LEE; GRAAF; HOPKINS, 2015). Dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) estimam que, em 2050, a população do mundo será de 9,6 bilhões de habitantes, sendo 21% desse total composta por idosos. No Brasil, essa tendência também é observada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em 2010, os idosos representavam 10% da população total brasileira (19,6 milhões). Essa mudança do perfil demográfico será mais visível em 2030, quando o número absoluto e o percentual de brasileiros idosos (60 anos ou mais de idade) ultrapassarão o de crianças (0 a 14 anos de idade). Estima-se que, em 2050, a população de idosos atingirá a marca de 29,3% da população total brasileira (66,5 milhões). No Rio Grande do Sul, projeções realizadas pela Fundação de Economia e Estatística (2012) estimam que o número de idosos, que, no Censo 2010 (IBGE), era de 995 mil pessoas, deverá chegar a 2,24 milhões em 2050.

A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) destacam que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso. O art. 37 do Estatuto do Idoso determina que “O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda em instituição pública ou privada” (BRASIL, 2003).

Sabe-se que a existência de família não garante que o idoso será amparado em sua residência, já que nem todas as famílias apresentam condições para assumirem o seu cuidado integral (CAMARANO; BARBOSA, 2016). A decisão pela institucionalização pode gerar conflitos e angústias para os familiares (VIEIRA, 2003) e também para os idosos, considerando-se o senso legal e comum de que a melhor moradia para pessoas idosas é no seio familiar.

Alguns autores asseveram que as políticas públicas não asseguram apoio para os familiares no sentido de viabilizarem a manutenção da pessoa idosa na família (PERLINI; LEITE; FURINI; 2007). Por outro lado, Giacomini (2015) defende que a legislação é satisfatória, o que falta é a efetivação das políticas. É certo que,

preferencialmente, as pessoas idosas devam ficar com suas famílias, mas, para isso, é preciso que os familiares (especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade) recebam suporte no cuidado, a fim de que possam proporcionar uma boa qualidade de vida ao idoso (SILVA et al., 2009).

No âmbito da Saúde Pública, o envelhecimento da população é uma preocupação recente. As mudanças na constituição das famílias (menor número de integrantes), aliadas à saída da mulher para o mercado de trabalho, colocam em destaque a institucionalização de idosos e, assim, ela tem sido objeto de preocupação do poder público e dos profissionais de saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016; LOCATELLI, 2017). Outros motivos, como dificuldade das famílias em acolher os idosos por falta de espaço, de recursos de cuidado/incapacidade de cuidar deles ou de encontrar um cuidador, pobreza, viuvez e, ainda, a percepção do próprio idoso (que pode se achar um entrave para a família) contribuem para o aumento da institucionalização (FONSECA et al., 2011).

Pode-se dizer, portanto, que os principais fatores de risco para a institucionalização são: i) a incapacidade e fragilidade do idoso; ii) a indisponibilidade de cuidado na família; iii) a falta de serviços de apoio social e de saúde; iv) a violência e o abandono; v) o alto custo de manter o idoso no domicílio e vi) maior risco de quedas (FERREIRA et al., 2012). De acordo com a Resolução nº 283 (BRASIL, 2005), o idoso pode ser classificado pelo grau de dependência:

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Sabe-se que o envelhecimento é heterogêneo tanto quanto as razões que levam um idoso a morar em uma ILPI (SCHARFDTEIN, 2006). Neri (2007) trata a velhice como uma fase de ambiguidades. As mudanças ocorridas pelo processo de envelhecimento podem ser classificadas simultaneamente como ganhos e perdas (LOCATELLI, 2017).

No que se refere a perdas, aparecem as dificuldades, a impotência, o desajuste social, a inatividade, a falta de produtividade, dentre outros (HENDY, 2015). Nesses termos, é comum a caracterização do idoso como dependente ou vulnerável no que diz respeito às suas competências para administrar suas atividades de vida diária (PAPALÉO NETTO, 2016). Assim, a velhice está associada a perda das atividades econômicas e produtivas, aumento de comorbidades em função de doenças crônicas

e degenerativas, alterações físicas e ausência de papéis sociais, bem como de autonomia (PAPALÉO NETTO, 2016).

Por outro lado, segundo Neri (2006), a possibilidade de transformar a visão do idoso como um ser inativo, doente e estagnado surgiu a partir da Teoria de *Life-Span* (BALTES; BALTES, 1990) que defende que o envelhecimento também pode ser satisfatório, com diminuição de doenças, aumento de atividades e envolvimento do idoso, tanto no plano pessoal quanto social. Baltes e Baltes (1990) e Erikson (1976) entendem o desenvolvimento humano como um processo ininterrupto, dependente da vulnerabilidade e da resiliência de cada pessoa, tornando, pois, o ato de envelhecer extremamente subjetivo. Autores como Debert (1999), Groisman (1999) e Tavares (2015) complementam a ideia de subjetividade no envelhecimento, destacando que a posição que os idosos ocupam e a forma como são tratados na sociedade determinam como são distribuídas e significadas as diferenças de idade, de modo que há variações conforme os contextos históricos, sociais e culturais. Nesse sentido, um envelhecimento saudável não compete somente ao idoso; é de extrema importância o contexto no qual está inserido, ou seja, a qualidade dos recursos disponíveis, tais como educação, saúde, habitação, boas relações familiares e sociais (MOREIRA, 2012).

2 | CONSIDERAÇÕES RELEVANTES SOBRE AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Há registros de que o Cristianismo foi pioneiro no amparo aos idosos, sendo o primeiro asilo fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que fez da sua casa um hospital para velhos. No Brasil, há registros já no período Colonial, quando o Conde de Resende defendeu que soldados velhos mereciam uma velhice com dignidade e descanso. Então, em 1794, no Rio de Janeiro, passou a funcionar a Casa dos Inválidos, não como obra de caridade, mas como reconhecimento aos que trabalharam pela Pátria (ALCÂNTARA, 2004). Também no Rio de Janeiro, em 1890, foi inaugurado o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, o primeiro lugar destinado para idosos, constituindo-se um mundo à parte, visto que o idoso rompia laços familiares e sociais (GROISMAN, 1999). Porém, depois desse marco, foram criados muitos espaços destinados aos idosos e, sem instituições específicas, os idosos acabavam sendo acolhidos em asilos de mendicidade, juntamente com outros desfavorecidos, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados.

Em meados de 1964, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo passou da assistência e institucionalização de mendigos para a gerontológica, devido ao aumento de internações para idosos (BORN, 2002). É possível perceber que, desde o seu surgimento, os asilos tinham a finalidade caritativa, o que perdurou ao longo

dos tempos e permanece, de certa forma, ainda no século XXI (ARAÚJO, 2003). Assim, pode-se dizer que a origem das ILPI está ligada aos asilos (a modalidade mais antiga de atendimento fora do convívio familiar), os quais, conforme já dito, eram inicialmente dirigidos à população carente, que necessitava de abrigo. É por isso que muitas das instituições brasileiras se autodenominam de abrigos.

Note-se que o fato de as ILPI terem surgido a partir das instituições voltadas à população carente explica a carência financeira e a falta de moradia como um dos principais motivos identificados atualmente pela busca de uma ILPI, além do porquê de 65,2% das instituições brasileiras serem filantrópicas. A propósito, constata-se que, nas instituições públicas e filantrópicas, o percentual de residentes independentes é superior ao das privadas com fins lucrativos, o que, provavelmente, explica que a busca pelas ILPI públicas ou filantrópicas se deve à carência de renda ou residência (IPEA, 2011).

As atuais ILPI ainda são estabelecimentos de nomes diversos (abrigo, asilo, casa de repouso, clínica geriátrica) e correspondem aos locais físicos, preparados para receber pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato (BORGES et al., 2013). Tem-se a pretensão de que o termo ILPI venha a substituir o antigo “asilo para velhos” (termo carregado de significados negativos associados ao abandono, pobreza e exclusão social). A estruturação e o funcionamento de uma ILPI encontram embasamento em leis e normas brasileiras e podem ser instituição governamental ou não, residências dedicadas a domicílios coletivos de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com a presença ou não da família, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

As ILPI possuem função híbrida, já que, além dos cuidados de saúde (clínico e terapêutico), ofertam moradia, alimentação, vestimenta, ocupações de lazer e cultura, dentre outros. Portanto, entende-se ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias e que necessitam de cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010; CAMARANO; BARBOSA, 2016).

O termo ILPI procura apresentar uma imagem positiva de acolhimento de pessoas, procurando afastar os significados negativos de outrora. Porém, ainda hoje, a sociedade brasileira tem preconceito e resistência às ILPI (CAMARANO; KANSO, 2010) apesar de, em muitos casos, serem a única alternativa que resta aos idosos que perderam independência (BESSA et al., 2012). Comumente, tais instituições são relacionadas a depósito de idosos, ambiente de exclusão, perda de identidade e de domínio da vida, isolamento ou lugar para morrer (CAMARANO; KANSO, 2010), fato certamente relacionado às origens e histórico das mesmas (CAMARANO; KANSO, 2010; BERZINS; GIACOMIN; CAMARANO, 2016). Para

Vieira (2003), a ILPI não deveria ser julgada apenas como um lugar que recebe idosos desamparados ou largados pela família, e sim entendida e respeitada como uma escolha na vida de cada pessoa, que pode procurar sua inclusão em um grupo facilitador para a constituição de uma nova identidade.

Outro fato associado ao preconceito com relação às ILPI está no que Goffman (2007) define como instituições totais. Segundo o autor, uma instituição total é um “local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2007, p. 11). A propósito, a restrição do direito de ir e vir do idosos institucionalizado e, portanto, a administração de suas vidas por outra(s) pessoa(s) é fato comumente observado e constatado neste estudo. Além dos fatores já descritos, os preconceitos da sociedade com relação às ILPI também podem estar ligados ao temor da finitude, às denúncias de violência que ocorrem nas instituições, bem como à precariedade e baixa qualidade de serviços prestados em algumas instituições (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

No Brasil, de acordo com último levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2008), existiam 3.548 instituições, que cobriam apenas 28,9% dos municípios brasileiros. Destas, 62,5% eram filantrópicas; 28,2%, privadas; e 6,6%, públicas (predominando as municipais ou mistas). No estado do Rio Grande do Sul, foram encontradas 346 ILPI, distribuídas por 105 municípios, dos 497 existentes, o que corresponde a 21,1% de municípios com ILPI.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), no cap. II, art. 49, prevê que as entidades que se propõem a desenvolver programas de institucionalização de longa permanência devem adotar os seguintes princípios:

- I. Preservação dos vínculos familiares;
- II. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- III. Manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
- IV. Participação do idoso em atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
- V. Observância dos direitos e garantias dos idosos;
- VI. Preservação da identidade [...] (BRASIL, 2003).

Note-se que são princípios que respondem ao da dignidade humana (preservação e valorização do ser humano), destacado no art. 1, inciso III, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A dignidade da pessoa humana é, pois, um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (adotado no Brasil) e, esse princípio fundamental significa que todo cidadão brasileiro tem assegurado um

mínimo de direitos, que devem ser respeitados pela sociedade e pelo poder público. Sarlet (2001, p. 60) define dignidade humana como:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos.

Portanto, as ILPI devem oferecer instalações e condições adequadas de habitação, fornecer vestuário e, se pública ou filantrópica, prover alimentação adequada, promover atividades variadas de – lazer, esporte, cultural, educacional –, além de proporcionar serviços que atendam as necessidades de saúde dos idosos, e manter um quadro de funcionários com formação específica para o cargo a ser exercido (LENARDT et al., 2006).

O Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (RDC 283 – BRASIL, 2005), assentado em parâmetros preconizados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9050/2004 (ABNT, 2004) – e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2005), normatiza e é aplicado a todas as ILPI, com o objetivo de estabelecer um padrão mínimo de funcionamento. Como se trata de um importante e extenso documento, é imprescindível que seja seguido para a criação, manutenção e/ou adequação das ILPI. O não cumprimento do que está descrito na RDC nº 283 (BRASIL, 2005) implica infração de ordem sanitária, podendo o infrator ser submetido a processos e penalidades previstas em lei (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015). Ainda assim, muitas instituições funcionam sem as condições ideais de cuidado ao idoso (BORGES et al., 2013). A efetiva aplicação da RDC nº 283 (BRASIL, 2005) que supõe a devida fiscalização é um desafio para os órgãos fiscalizadores e para as instituições que precisam se adequar à legislação. Nesse sentido, vê-se comumente o atendimento baseado na caridade e no assistencialismo, ainda que visando a uma prestação de serviços voltada aos direitos dos idosos (CARDOSO, 2015).

Algumas investigações científicas vêm sendo realizadas acerca da estrutura, gestão e qualidade do serviço prestado pelas ILPI. Em ILPI do Recife/PE, evidenciou-se que as instituições pesquisadas atendem parcialmente às exigências dos órgãos fiscalizadores, sendo encontradas situações em que a infraestrutura dos ambientes acarretam riscos à saúde dos residentes, por exemplo, espaço pequeno nos dormitórios para circulação dos idosos, excesso de camas e de mobiliários, com pouca possibilidade de locomoção dos dependentes que faziam

uso de equipamentos de autoajuda; ausência de luz de vigília e de campainhas nos quartos, bem como falta de piso antiderrapante e de barras de segurança (VIEIRA NETO; CARRÉRA, 2013).

Outro estudo avaliou o nível de acessibilidade de uma ILPI localizada em Salvador/BA e verificou que a estrutura física avaliada não segue totalmente as normas técnicas estabelecidas pela NBR 9050/2004 (ABNT, 2004), apresentando divergências principalmente nos parâmetros dos quartos, banheiros e escadas. Os autores destacam que um bom nível de acessibilidade em ILPI pode ser um fator relevante na melhora do nível de independência dos idosos nas atividades de vida diária e na prevenção do risco de quedas (ALMEIDA et al., 2015). Resultados e discussões semelhantes aparecem em pesquisa que analisou a estrutura física de uma ILPI em Patos de Minas/MG, concluindo-se que possui muitas limitações em atender às normas vigentes, pois se trata de construção antiga, construída em terreno doado e adaptado para o uso, sem planejamento segundo as normas. Dos 13 itens avaliados, 69,3% não suprem as necessidades dos idosos residentes, prejudicando a independência e a prevenção ao risco de quedas (SOARES; FERREIRA, 2016). Outra investigação recente caracterizou quatro ILPI de Salvador/BA quanto aos aspectos físico-estruturais e organizacionais por meio de um questionário baseado nas normas da ANVISA, respondido pelos responsáveis técnicos. Evidenciou-se um atendimento parcial à regulamentação vigente tanto nos aspectos físico-estruturais quanto organizacionais, com necessidade de ajustes para o atendimento à legislação vigente (ALVES et al., 2017). Vale ressaltar que ambientes adequados favorecem a saúde física, independência, redução da apatia, alterações comportamentais, queixas relacionadas com a dor, problemas com sono, depressão e ansiedade tanto para o idoso quanto para o trabalhador da instituição (RINCO; BESTETTI, 2015).

Outra importante questão a ser destacada refere-se à modalidade das ILPI. Trata-se da organização das ILPI de acordo com as condições de saúde dos idosos institucionalizados. A Portaria da Secretaria de Estado de Assistência Social nº 2854/2000 – alterada pela portaria SEAS, nº 2874/2000 – (BRASIL, 2000) determina que as ILPI podem oferecer uma ou mais das modalidades assistenciais, sendo elas:

- a) Modalidade I – destinada a idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda (muletas, andador, aparelho auditivo, etc.);
- b) Modalidade II – destinada a idosos com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado, tais como: alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos;
- c) Modalidade III – destinada a idosos com dependência, os quais requeiram assistência total, com cuidados específicos e nas atividades de autocuidado.

Assim, para Born e Boechat (2002), a ILPI é um serviço de assistência de natureza médico-social, socio sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, com caráter social e de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaço e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004.

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea, 2004.

ALMEIDA, R. L. S. et al. Instituição de Longa Permanência para Idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos. **Revista Saúde.com**, v.11, n.2, p.162-173, 2015. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/359/289>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ALVES, M. B. et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. e20160337, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0337.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ARAÚJO, M. O. P. H. **O autocuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência**. 2003. 280 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Unicamp, Campinas, São Paulo, 2003.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging**: perspective from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BORGES, M. G. S. et al. Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 5, p. 1073-1079, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n5/v15n5a03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BORN T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETO M. et al. (Orgs.). **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403-13.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei 8.842/94. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 22 de Outubro 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria nº 2.854, de 20 de julho de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jul. 2000. Disponível em: <www.renipac.org.br/port2854.html>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10741/2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 22 out. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília, DF: ANVISA, 2005.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 479-514.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p.233-235, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2018.

CARDOSO, M. S. S. A fiscalização das ILPIS e sua contribuição para a efetivação dos direitos dos idosos. 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2015.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. 2. ed. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1976.

FERREIRA, L. L. et al. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 17, n. 2, p. 373-386, dez. 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/27641/25389>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

FONSECA, A. C. C. et al. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. **Revista Brasília Médica**, v. 48, n. 4, p. 366-371, 2011. Disponível em: <<http://www.rbm.org.br/details/238/pt-BR/perfil-epidemiologico-de-idosos-e-fatores-determinantes-para-a-admissao-em-instituicoes-de-longa-permanencia-no-distrito-federal>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população, por faixa etária e sexo, do Rio Grande do Sul - 2015-2050. 2012. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/populacao/projecao-populacional-rs-2015-2050>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GIACOMIN, K. C. O envelhecimento e os desafios dos cuidados de longa duração. In: Seminário internacional sobre políticas de cuidado de longa duração para pessoas idosas no Brasil, 1. Brasília: OPAS/OMS, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GROISMAN, D. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 2, p. 67-87, 1999. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/5476/3111>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

HENDY, S. **Longevity: will we enjoy a long life or will ageism spoil it?** Toronto - Canadá: International Federation on Ageing, 2015. Disponível em: <<http://www.ifa-fiv.org/Blog/page/7/>> Acesso em: 15 fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência no Brasil**. Brasília (DF): IPEA/Presidência

da República, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas.** Brasília (DF): IPEA/ Presidência da República, 2011.

LEE, N. V. G. P.; GRAAF, P. v de; HOPKINS, E. Health of the UK population in 2040. **The Lancet**, v. 386, p. 643-644, 2015. Disponível em: <http://www.fsk.it/attach/Content/News/5890/o/news_150817_1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LENARDT, M. H. et al. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidadores profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 117-123, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6853>>. Acesso em: 4 maio 2019.

LOCATELLI, P. A. P. C. As representações sociais sobre a velhice na perspectiva dos usuários de uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 65-82, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6107/pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MOREIRA, J. de O. Mudanças na Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento : Reflexões Preliminares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 28, n. 4, p. 451-456, out-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/03.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório: Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2017.** Brasil, 2017.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, jun. 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: _____. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e perspectivas na terceira idade.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc SP, 2007. p. 33-46.

PAPALÉO NETTO, M. Estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 03-13.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 229-36, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

RINCO, M.; BESTETTI, M. L. T. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 397-415, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/28641/20111>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2019.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SCHARFDTEIN, E. A. **Instituições de Longa Permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea.** 2006. 134 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia de

Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

SILVA, B. T. et al. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 4, p. 118-125, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4865/3583>>. Acesso em: 12 maio 2017.

SOARES, S. C. V.; FERREIRA, F. C. Acessibilidade de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Perquirere**, v. 2, n. 13, p. 240-246, 2016. Disponível em: <<https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/issue/view/108/Revista%20Perquirere%20n.%2013%2C%20vol.%202%2C%20dez.%202016>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

TAVARES, M. F. **Trabalho e longevidade**: como o novo regime demográfico vai mudar a gestão de pessoas e a organização do trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2015.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas**: avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VIEIRA NETO, Z.; CARRÉRA, M. Análise da arquitetura inclusiva nas Instituições de Longa Permanência em Recife-PE. **Architecton**, v. 3, n. 4, p. 104-130, 2013. Disponível em: <<https://www.faculadadedamas.edu.br/revistafd/index.php/arquitetura/article/view/330/313>>. Acesso em: 11 maio 2016.

EXPERIENCIA PROFISSIONAL COM A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Data de aceite: 18/11/2018

Melissa Gewehr

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Sharon da Silva Martins

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Luciana Denize Molino da Rocha

Universidade Franciscana
Santa Maria - RS

Carolina Tonini Goulart

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Leatrice da Luz Garcia

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Tainara Genro Vieira

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

RESUMO: Embora envelhecer não signifique necessariamente adoecer, há uma preocupação com problemas de saúde, companheiros do envelhecimento, que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. No âmbito do

Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica é a principal porta de entrada da população quando apresenta algum problema de saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) é uma ferramenta estratégica de qualificação do cuidado à pessoa idosa, sendo útil para o idoso, seus familiares e para a equipe de profissionais de saúde. O presente trabalho objetiva relatar experiências de enfermeiras com a CSPI em três Estratégias de Saúde da Família de dois municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul. Resultados: No município de menor porte, em fevereiro de 2017 tendo acesso a 3ª edição da CSPI, enquanto enfermeira planejou-se atividades de que motivassem a equipe na utilização desse instrumento como ferramenta indispensável para o cuidado. Foi observado que houve melhora na qualidade do cuidado prestado ao idoso, bem como na compreensão do idoso acerca do seu processo saúde-doença e a relação com o envelhecimento. Infelizmente houve profissionais no nível de atenção secundária que desconsideraram a CSPI e orientaram o idoso a descartá-la. Conclusões: Acredita-se que o sucesso dessa ferramenta depende, em grande parte, dos profissionais envolvidos neste processo, pois eles são os atores sociais chaves, especialmente o enfermeiro pelo papel gestor que exerce.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; cuidado; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente

PROFESSIONAL EXPERIENCE WITH THE HEALTH BOOK OF THE ELDERLY PERSON IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Although getting older does not necessarily mean getting sick, there is a concern about health problems, aging peers, that challenge the health systems and social security. In the ambit of the Unified Health System, Primary Care is the main gateway of the population when it presents some health problem. The Health Book Of The Elderly Person (CSPI) is a strategic tool for the qualification of care for the elderly, being useful for the elderly, their families and the team of health professionals. The present work aims to report experiences of nurses with the CSPI in three Family Health Strategies of two county in the interior of the state of Rio Grande do Sul. Results: In the smaller county, in February 2017 having access to the 3rd edition of the CSPI, while nurse planned activities that motivated the team to use this instrument as an indispensable tool for care. It was observed that there was an improvement in the quality of care provided to the elderly, as well as the understanding of the elderly about their health-disease process and the relationship with aging. Unfortunately there were professionals at the secondary care level who disregarded the CSPI and advised the elderly to discard it. Conclusions: It is believed that the success of this tool depends, to a large extent, on the professionals involved in this process, as they are the key social actors, especially the nurse for their manager role.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Care; Nursing; Patient Care Team

1 | INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural e individual influenciado por aspectos psicossociais, econômicos e culturais adquiridos ao longo da vida (BRASIL, 2014). O processo de envelhecimento causa considerável impacto para a sociedade, principalmente no que tange à atenção de saúde, que podem vir a acarretar o aumento de morbidade, a redução física e a diminuição da capacidade para o desenvolvimento das atividades de vida diária pelos idosos (CONFORTIN et al., 2017).

Nesse aspecto, os idosos necessitam de cuidados progressivos para realização de suas atividades, de forma a promover uma velhice com maior dignidade, mais saudável, prevenindo agravos. É na terceira idade que transformações ocorrem em maior proporção especialmente, mudanças na capacidade física, imunológica, cardíaca, cognitiva e mental, vivenciadas à medida que a idade avança (BARBOSA

et al., 2017).

Segundo Medeiros et al. (2017), o Brasil, nas últimas décadas, apresenta aumento em relação ao número de longevos, cujos indivíduos são aqueles considerados com mais de 60 anos de idade. Entretanto é acompanhado pelo acréscimo da ocorrência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), como por exemplo, a artrite, o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, resultando em vários desafios para os sistemas de saúde.

Tais problemas de saúde deflagram uma série de condutas que desafiam os profissionais atuantes nos sistemas de saúde e de previdência social. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada da população, de modo que, através de ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, os usuários sejam cada vez menos encaminhados a serviços de maior complexidade (BRASIL, 2017).

Para que as ações desenvolvidas pelas equipes de atenção primária sejam efetivas na resposta às necessidades de saúde da população, diversas estratégias vêm sendo desenvolvidas nas diferentes esferas de governo. Com o objetivo de ampliar o conhecimento e instrumentalizar as equipes da AB - equipes de agentes comunitários de saúde (eACS) e/ou as equipes de Saúde da Família (eSF)- para o cuidado com a pessoa idosa, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI), em parceria com a FIOCRUZ-RJ e o grupo de especialistas da UFMG, formulou o projeto de revisão e atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI).

A CSPI é um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores. Também é instrumento de cidadania e de relevância para os indivíduos idosos, pois “empoderam” os sujeitos sobre sua saúde e direitos.

A nova proposta da CSPI apresenta alguns diferenciais, como: permite o acompanhamento longitudinal por cinco anos; possibilita a identificação do idoso frágil através do índice de vulnerabilidade clínico-funcional; monitora as condições crônicas de alerta a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco, entre outros.

A atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) enfatiza a importância do planejamento das ações de atenção primária a serem desenvolvidas, propondo, inclusive, a inserção do gerente de atenção básica com o intuito de disparar os processos de gestão do cuidado. Contudo, diversos estudos demonstram que o profissional enfermeiro desempenha um importante papel na gestão do cuidado em saúde, especialmente no nível local (OLIVEIRA, et al, 2017; SODER, 2018; TREVISO, et al, 2017, dentre outros). Os autores são unânimes em afirmar que a prática assistencial e o gerenciamento são indissolúveis no trabalho do enfermeiro. Essa associação se explica tanto pelos aspectos relacionados à

liderança e coordenação de equipe preconizados pela legislação que regula o exercício profissional, quanto pelo entendimento de que a qualidade do cuidado está diretamente relacionada com a organização dos serviços de saúde e o contexto social, econômico e político dos sujeitos. É possível observar, na prática, o enfermeiro como o elo entre os diferentes profissionais e serviços, articulando e integrando trabalhadores da própria equipe, comunidade, bem como dos demais dispositivos da rede de atenção à saúde.

Nesse aspecto, compete a esse profissional instrumentalizar e treinar a equipe com as ferramentas disponíveis na Atenção Primária a Saúde, dentre elas a CSPI. O enfermeiro organiza o processo de trabalho com a equipe de saúde visando a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado.

2 | OBJETIVO

O presente trabalho objetiva relatar experiências de enfermeiros com a CSPI em três Estratégias de Saúde da Família de dois municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo, abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. A primeira experiência relatada é de uma enfermeira atuante na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em fevereiro de 2017 de um município de pequeno porte e as outras das enfermeiras de duas ESF de um município de grande porte no primeiro semestre de 2019.

A pesquisa descritiva objetiva descobrir como um fato ocorre, sua frequência, características e relações. Para isso, é necessário observar, registrar, analisar, ordenar, classificar e interpretar os dados, sem que o pesquisador interfira e modifique os mesmos. Os dados podem ser coletados através de entrevista, formulário, questionário, teste e pelo método utilizado nesse estudo que foi observacional. (PRODANOV e FREITAS, 2013)

O método observacional é um dos mais utilizados nas ciências sociais e apresenta alguns aspectos curiosos. Por outro lado, pode ser considerado como o mais primitivo, e conseqüentemente o mais impreciso. Mas, por outro lado, pode ser tido como um dos mais modernos, visto ser o que possibilita o mais elevado grau de precisão nas ciências sociais. (GIL, 2008)

O relato de experiência se caracteriza pela reflexão sobre situações vivenciadas

no contexto profissional e que apresenta relevância social e científica. Este tipo de estudo faz parte das experiências humanas para descrever um fenômeno específico, nesse caso o foco é a descrição de uma nova abordagem de cuidado através das práticas de atividades lúdicas que levou a reflexões sobre o papel da enfermagem na prestação do cuidado aos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. (LOPES, 2012)

4 | RESULTADOS

Em fevereiro de 2017 em um município de 25 mil habitantes, do interior do Rio Grande do Sul, tendo acesso a 3ª edição da CSPI, enquanto enfermeira planejou-se atividades que motivasse a equipe na utilização desse instrumento como ferramenta indispensável para o cuidado ao idoso. Foram realizadas reuniões com a equipe, em parceria com a responsável pela saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde, visando conhecer a CSPI e discutir sua utilização.

Os profissionais de saúde (medicina; equipe de saúde bucal; agentes comunitários; técnicos de enfermagem, enfermeira,) utilizaram a Caderneta nas suas consultas, nos acompanhamentos durante os retornos, além de realizarem a distribuição, identificação, registros pertinentes e importantes para a promoção da saúde, seleção dos roteiros nas consultas, em conjunto com os idosos, como também em grupos de saúde, incentivando o uso e manuseio da caderneta para maior conhecimento. Também contribuiu para o aceite e conhecimento da equipe em relação ao instrumento e para a adesão dos usuários. Foi observado que houve melhora na qualidade do cuidado prestado ao idoso, bem como na compreensão do idoso no seu processo saúde-doença e a relação com o envelhecimento. Infelizmente houve profissionais no nível de atenção secundária que desconsideraram a CSPI e orientaram o idoso a não trazerem consigo nas consultas.

Em outra cidade do interior do Rio Grande do Sul, por se tratar de um município de grande porte, as capacitações para uso da caderneta ainda estão ocorrendo, sendo que no presente relato serão explanadas experiências de duas ESF.

Com o intuito de apresentar, discutir e instrumentalizar os profissionais da rede de atenção primária à saúde para a utilização da caderneta do idoso, a coordenadora da respectiva política promoveu oficinas durante as reuniões de equipe. A partir disso, na ESF Maringá, foi pactuado que todos os profissionais deveriam envolver-se na proposta, fosse através do preenchimento, divulgação ou fomento ao uso efetivo da caderneta.

Tendo em vista a necessidade de não apenas preencher, mas realizar a avaliação do idoso e explicar sobre o sentido e o uso da caderneta, ficou combinado que isso seria feito em visitas domiciliares, propiciando tempo e ambiente adequados

para tal. Os Agentes Comunitários de Saúde ficaram responsáveis pelo atendimento aos idosos das suas microáreas enquanto residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) fariam a cobertura das duas microáreas que não tem ACS.

Após o preenchimento e distribuição de algumas cadernetas, a equipe voltou a reunir-se com a coordenação da política de atenção ao idoso para avaliar o processo. Após o compartilhamento das experiências de todos, a equipe chegou a alguns consensos. Em primeiro lugar, o entendimento de que a caderneta representa muito mais do que um registro meramente burocrático, mas um instrumento de promoção de vínculo e cuidado longitudinal ao idoso. Ainda, por ser uma ferramenta complexa, demanda atenção e esmero na utilização - tanto no primeiro preenchimento, quanto nas reavaliações e, em todos as situações, na anotação sistemática, precisa e fidedigna de informações. Finalmente, houve anuência sobre a necessidade de valorização da caderneta no atendimento de todos os profissionais, pois não adianta apenas distribuí-las e não solicitá-las aos usuários, de modo a consultar os apontamentos anteriores, bem como realizar novos. E, considerando a inexistência de um prontuário eletrônico integrado com a rede de serviços de alta complexidade, as cadernetas também são importantes subsídios no atendimento aos idosos em serviços de urgência e emergência e hospitalares.

A Implantação da Caderneta do Idoso na ESF Lídia teve início no final de 2018 onde foi realizado uma visita técnica da equipe da Política Saúde do Idoso na reunião de equipe da ESF Lídia. Teve como objetivo sensibilizar e capacitar a equipe referente ao uso da caderneta do idoso, sendo acordado que os ACS iriam realizar a distribuição das cadernetas aos idosos em suas microáreas, preenchendo os dados de identificação e o VES 13 e o restante da equipe dividiu as tarefas e definiu os dados que cada um tem a responsabilidade de preencher na caderneta. A proposta era mantê-la sempre atualizada e incentivar que os idosos sempre carregassem sua caderneta, pelas informações de sua situação de saúde.

Foi realizado um levantamento em qual microárea tem o número maior de pessoas idosas acamadas e domiciliadas, sendo prioritária nas visitas domiciliares para ser realizado o preenchimento das cadernetas. Nessa visita, a enfermagem fez uma avaliação dos sinais vitais e das medidas antropométricas e a cirurgiã dentista realizou avaliação da saúde bucal destes idosos. Foi realizado em todas as microáreas o preenchimento das cadernetas. Uma resistência existente entre os idosos para a caderneta foi o seu tamanho, pois principalmente os idosos do sexo masculino que preferiam o modelo antigo, conforme observa-se nas falas: “cabia no bolso”, “esta parece um livro”, mas nesta etapa que está a importância da equipe em salientar que a caderneta é um instrumento que pode auxiliar o cuidado de cada idoso e que pode ser utilizada por todos os serviços de saúde, servindo como um

elo para qualificar o cuidado e evitar assim iatrogenias.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Conforme RAMOS et al (2019) a CSPI deve ser utilizada como suporte para as equipes de saúde trazendo dados concretos para que seja realizado um plano eficaz onde os riscos e situações de vulnerabilidade possam ser avaliados e somente assim trazer a autonomia da pessoa idosa, visto que cada vez estudos demonstram que a conscientização da situação de saúde propicia a manutenção da capacidade física e funcional do idoso.

Ambas as experiências demonstram a importância da caderneta para o cuidado a pessoa idosa, sendo uma ferramenta relevante nos diversos níveis de atenção a saúde. Ressalta-se sua ampliação para uso nos níveis secundário e terciário, fomentado pela gestão dos municípios.

Infere-se ainda que o planejamento estabelecido a partir da avaliação multidimensional se aplica ao indivíduo e subsidia a tomada de decisões do ponto de vista coletivo, por fornecer recursos e informações para estruturar as ações das ESF no que se refere à população adscrita.

Acredita-se que o sucesso desta ferramenta depende, em grande parte, dos profissionais envolvidos neste processo, pois eles são os atores sociais chave, especialmente o enfermeiro pelo papel gestor que exerce.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. DE M. et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte**. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 34, n. 2, p. 391-414, Maio/ 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 03 out 2017, Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, DF, 2014.

CONFORTIN, S. C. et al. **Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso**. Epidemiol. Serv. Saúde [online], Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, Junho/2017.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo : Atlas, 6. Ed. 2008.

LOPES, M. V. de O. **Sobre estudos de casos e experiências...** Rev. Rene, v. 13, n. 4, 2012.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n.3, p. 288-295, Set. 2017.

OLIVEIRA, S. A. et al. **Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica.** Rev. Adm. Saúde. v. 17. n. 69 out-dez 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2a ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013

RAMOS, I. et al. **Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa.** In: Revista Humanidades e Inovação v.6, n. 2 – 2019

SODER, R. et al. **Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectivas da equipe de enfermagem.** Enfer. Foco. v. 9. n. 3. 2018.

TREVISIO, P. et al. **Competências do enfermeiro na gestão do cuidado.** Rev. Adm. Saúde. v. 17. n. 69 out-dez 2017.

EFEITO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVA BASEADO EM REMINISCÊNCIAS NO PROCESSAMENTO COGNITIVO GLOBAL E A AUTOPERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR SUBJETIVO DE IDOSOS

Data de aceite: 18/11/2018

Pedro García Montenegro

Fonoaudiólogo, Universidad de Talca, Talca, Chile.

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-7440-652X

pgarcia@utalca.cl

Gabriel Urrutia Urrutia

Fonoaudiólogo, Universidad de Talca, Talca, Chile.

ORCID ID: orcid.org/0000-0002-54300338

RESUMO: Introdução: o envelhecimento é um processo de ajuste entre perdas e ganhos entre os diferentes componentes da cognição, onde a memória é reconhecida tanto por pesquisadores como por idosos como um componente sensível a ser afetado. Os programas de estimulação cognitiva para idosos tendem a centrar-se em habilidades instrumentais, sem validade ecológica; um programa em habilidades funcionais baseado em estratégias específicas e com conteúdo significativo para o indivíduo (autobiográfico) é uma alternativa a ser considerada. Objetivo: determinar o efeito de um programa de intervenção baseado na reminiscência (PECCBREM) em relação com o processamento cognitivo global e a autopercepção de bem-estar subjetivo de idosos. Considerou-se que o programa deveria utilizar um mínimo de recursos para garantir sua

aplicabilidade na Atenção Primária, Centros de Idosos ou instituições beneficentes de acolhida. Método: selecionou-se uma amostra intencional de 90 idosos autossuficientes, com idades de 60 a 89 anos e com uma escolaridade superior a 6 anos de instrução formal. Dentre eles (n=58) compuseram o grupo estudo e a diferença (n=32) o grupo controle. O programa foi administrado no grupo de estudo. Compararam-se as medidas de resultado de eficácia cognitiva global (MMSE) e bem-estar subjetivo (SWLS) antes e depois do programa, mediante a prova de Wilcoxon. Além de comparar-se as diferenças do pré e pós teste entre ambos os grupos mediante U de Mann Whitney. Resultados: observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e o pós teste de SWLS no grupo estudo, não sendo assim no grupo controle ($W = -6,33$; $p = 0,000$ e $W = -0,37$; $p = 0,708$, respectivamente). Este resultado se replicou para a variável eficácia cognitiva global ($W = -4,43$; $p = 0,000$ e $W = -1,21$; $p = 0,225$, respectivamente). Finalmente, observou-se uma diferença entre os grupos em ambas medidas com maior benefício no grupo que recebeu a intervenção (MMSE: $U = 587$; $p = 0,002$; SWLS: $U = 313$; $p = 0,000$). Conclusão: O programa padrão é uma alternativa viável para a estimulação funcional cognitiva-comunicativa.

A evidência das diferenças nas atuações respalda sua utilidade e validade para a intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: intervenção cognitiva – comunicativa; reminiscência, bem-estar subjetivo, envelhecimento.

EFFECT OF A COGNITIVE INTERVENTION PROGRAM BASED ON REMINISCENCES IN GLOBAL COGNITIVE PROCESSING AND THE SELF- PERCEPTION OF SUBJECTIVE WELL-BEING OF ELDERLY PEOPLE

ABSTRACT: Introduction: aging is a process of adjustment between losses and gains between the different components of cognition, where Memory is recognized by both researchers and the elderly as a sensitive component to involvement. Cognitive stimulation programs for elderly people tend to focus on instrumental skills, without ecological validity; A program in functional skills based on specific strategies and with meaningful content for the individual (autobiographical) is an alternative to consider. Objective: to determine the effect of an intervention program based on reminiscence (PECCBREM) in relation to global cognitive processing and the self-perception of subjective well-being of the elderly. It was considered that the program should use a minimum of resources to guarantee its applicability in Primary Care, Elderly Centers or charity institutions. Method: An intentional sample of 90 self-sufficient adults was selected, ages between 60 and 89 years and with a schooling of more than 6 years of formal instruction. Of them (n = 58) formed the study group and the difference (n = 32) the control group. The program was administered in the study group. The measures of global cognitive efficiency (MMSE) and subjective wellbeing (SWLS) outcome before and after the program were compared using the Wilcoxon test. Also, the pre and posttest differences between the two groups were compared using Mann Whitney U. Results: a statistically significant difference was observed between the SWLS pre and post test in the study group, but not in the control group ($W = -6.33$; $p = 0.000$ and $W = -0.37$; $p = 0.708$, respectively) This result was replicated for the variable global cognitive efficiency ($W = -4.43$; $p = 0.000$ and $W = -1.21$; $p = 0.225$, respectively) Finally, a difference was observed between the groups in both measures with the greatest benefit in the group that received the intervention (MMSE: $U = 587$; $p = 0.002$; SWLS: $U = 313$; $p = 0.000$) Conclusion: The standardized program is a viable alternative for cognitive-communicative functional stimulation. Evidence of differences in actions supports its usefulness and validity for the intervention.

KEYWORDS: cognitive - communicative intervention; reminiscence, subjective well-being, aging.

1 | INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, existe uma alta heterogeneidade nas alternativas de estimulação cognitiva dirigidas à população envelhecida, todas elas orientadas a incidir positivamente sobre os fatores de risco para o deterioro cognitivo e a demência (ZÜLKE ET AL., 2019). Estas condições clínicas de caráter sindrômico, que em conjunto provocam perda de autonomia e funcionalidade, são altamente prevalentes neste grupo de idade (ANSTEY, EE, ERAMUDUGOLLA, JAGGER, & PETERS, 2019)we conducted a review of reviews of risk factors for Alzheimer’s disease (AD e de interesse prioritário para a investigação internacional em diversas áreas de conhecimento (JUAN & ADLARD, 2019; SHAH ET AL., 2016).

Em geral, as estratégias de estimulação cognitiva costumam focar-se nos déficits de memória envolvido no envelhecimento, particularmente em seu aspecto mais episódico (TROMP, DUFOUR, LITHFOUS, PEBAYLE, & DESPRÉS, 2015), utilizando ao mesmo tempo diferentes medidas de objetivação para isso (FRAUNDORF, HOURIHAN, PETERS, & BENJAMIN, 2019); nós estamos interessados em promover uma estimulação cognitiva integral, que seja aplicável em diferentes espaços de participação comunitária, de baixo custo operacional e que ademais contribua favorecendo aspectos positivos da autoimagem das pessoas envelhecidas, por isso que se decidiu elaborar um programa baseado em reminiscências.

As intervenções baseadas em reminiscência, revisão de vida ou lembranças autobiográficas são atividades que apresentam algumas particularidades:

1. Até agora, existem múltiplas fontes com eficácia comprovada em populações clínicas, o que tem permitido incrementar estudos de revisões sistemáticas e meta-análises em diversos de seus beneficiários, mas como os mesmos revisores reportam, com escassa homogeneidade em seus procedimentos (GIL ET AL., 2019; INGERSOLL-DAYTON, KROPF, CAMPBELL, & PARKER, 2019; IRAZOKI, GARCÍA-CASAL, SÁNCHEZ-MECA, & FRANCO-MARTÍN, 2017; OYEBODE & PARVEEN, 2019; PARK, LEE, YANG, SONG, & HONG, 2019; TARUGU ET AL., 2019; VALE, SILVA, & CHARIGLIONE, 2019).
2. Como parte das intervenções de caráter psicossocial, estes trabalhos têm privilegiado o uso de medidas de resultado por domínio ou função, situação que condiz com a evolução histórica que esta linha de trabalho vem experimentando desde um de seus pioneiros, Butler, em 1963. De fato, os programas justificam diferentes atividades e estratégias de trabalho mas também escassamente avançam desde medidas instrumentais a processos ou características comportamentais de maior validade funcional, tais como a interação social e comunicativa ou de autopercepções como medidas de felicidade, qualidade de vida ou bem-estar subjetivo que favorecem estratégias positivas de enfrentamento durante o envelhecimento (SATORRES, VIGUER, FORTUNA, & MELÉNDEZ, 2018). Este aspecto constitui um grande desafio, dadas as complexidades inerentes e a relevância que pressupõem tais indicadores.

3. Mesmo que os dados proporcionados nem sempre são concluintes como um todo (IRAZOKI ET AL., 2017), a replicabilidade dos programas nem sempre é possível dado que os protocolos de procedimento e os conteúdos costumam informar-se de modo genérico e raramente se encontram totalmente disponíveis. Assim mesmo,
4. Se reconhece a necessidade de avançar pela via de estudos qualitativos pela riqueza intrínseca dos métodos, sua flexibilidade e a acessibilidade diferenciada aos grupos de interesse particular.

A proposta de intervenção de nosso programa de estimulação cognitiva - comunicativa baseado em reminiscências, se origina depois de documentar em prática parte das atividades que foram ofertadas aos grupos comunitários de idosos; é por isso que em sua formulação se estabeleceu como prioridade buscar uma estratégia de caráter interativo entre seus participantes, que lhes permitisse trabalhar sobre dimensões cognitivas específicas (SPRAGUE ET AL., 2019), mas que além disso aportasse um sentido de identificação e continuidade temporal entre os fatos do passado e a situação atual. Isto nos orientou a respeito de um modelo de reminiscência de caráter integrativo (WONG & WATT, 1991), que ademais se viu favorecido do trabalho colaborativo de facilitadores e participantes (HENKEL & RAJARAM, 2011).

2 | PACIENTES E MÉTODO

2.1 Participantes

Este estudo incorporou um grupo amostral de idosos típicos (n=90) selecionados por conveniência, de ambos os sexos, com idades iguais ou superiores a 60 anos, residentes de zona urbana, beneficiários de serviços sociais e membros de algum Centro Comunitário de Idosos. Assistiu-se diretamente a 3 centros onde foram explicadas a natureza do programa, temporalidade, número de sessões e atividades que se realizariam. Posteriormente a isso, alistaram-se os interessados, com os quais se implementou um protocolo de entrevista que considerou as seguintes etapas:

- Anamnese e toma de dados pessoais;
- Aplicação de provas de exclusão – condição de entrada;
- Assinatura do termo de consentimento informativo;

Foram excluídos da atividade pessoas que informaram alguma doença psiquiátrica diagnosticada por médico nos últimos 6 meses (aos quais recomendou-se seguir seu tratamento e participação em outras atividades de estimulação do centro ao qual participam) e pessoas com limitações de comunicação, mas de

tipo severo, aos quais ofereceu-se a possibilidade de atividades personalizadas no centro de clínicas próprio da Universidade, na mesma cidade. Isto também se aplicou para aqueles idosos que obtiveram pontuações inferiores aos pontos de corte utilizados em Chile para as provas de MMSE e PFAQ (L, BREVIS, & P, 2004). A estas pessoas foi permitida sua participação na atividade, mas não constituíram a amostra desta pesquisa. A respeito da escolaridade, se incluíram na pesquisa apenas aqueles sujeitos que contavam com ao menos 6 anos de instrução formal.

Uma vez obtidos os dados de todos os participantes voluntários, se confirmou o grupo estudo (n= 58) e o grupo controle (n= 32). O primeiro grupo foi beneficiário do programa de intervenção baseado em reminiscência, enquanto que o grupo controle participou de outro programa de estimulação. A tabela 1 resume os antecedentes sociodemográficos e clínicos de ambos os grupos.

Parâmetros	Grupo estudo (n= 58)	Grupo controle (n=32)	P value*
Idade (anos) , Média ± DP	72,97 ± 7,95	71,09 ± 7,45	(N.S.)
Escolaridade (anos) , Média ± DP	7,83 ± 2,73	8,06 ± 2,12	(N.S.)
Gênero , frequência absoluta (%)	M= 15 (25,9%) F= 43 (74,1%)	M= 6 (18,8%) F= 26 (81,3%)	--
Percepção do nível socioeconômico	B= 41 (70,7%) M= 17 (29,3%)	B= 16 (50%) M= 16 (50%)	--
Funcionalidade em AVD			
PFAQ, Média ± DP	2,64 ± 1,11	2,28 ± 0,95	(N.S.)
Funcionamento cognitivo global			
MMSE, Média ± DP	25,19 ± 1,68	25,69 ± 2,03	(N.S.)

Tabela N°1. Antecedentes sociodemográficos e clínicos dos participantes adultos idosos.

= Desvio Padrão; MMSE: Mini Mental State Examination; M= masculino; F= feminino; AVD= Atividades de Vida Diária; PFAQ= versão chilena do Pfeffer Functional Activities Questionnaire; MMSE= versão chilena do MiniMental; * Valores de significância estatística para a prova U-Mann Whitney; (N.S)= $p > 0,05$, diferenças Não Significativas.

Finalmente, se considerou que, para formar parte da amostra desta pesquisa, os beneficiários deveriam cumprir com um mínimo de 80% de frequência as sessões programadas.

2.2 Programa de Reminiscência

O **Programa de Estimulação Cognitiva - Comunicativa Baseada em Reminiscências** (PECCBREM) foi desenhado em sua versão original pelo autor referência deste trabalho e posteriormente foi modificado por ambos autores apontados. Em geral seus ajustes metodológicos são orientados a estabelecer claramente as bases teóricas do modelo de reminiscência ao que se adscrive,

considerando também as orientações que Lin e colaboradores realizam, principalmente sobre o modelo de Kovach de 1991 (LIN, DAI, & HWANG, 2003). A versão final do programa foi revisada e consentida por uma banca de profissionais vinculados com o âmbito de intervenção, os quais também possuíam ao menos 5 anos de experiência clínica na área. Tal banca estabeleceu com ampla concordância, a pertinência de todos os aspectos relevantes de um programa deste tipo.

O PECCBREM considera 16 sessões de trabalho, com periodicidade de uma sessão semanal com duração de no máximo 1 hora e 20 minutos. Destas 16 sessões de trabalho com os idosos, na primeira sessão serão apresentados aos facilitadores, realizaram atividades lúdicas e de comunicação. Posteriormente, existem 10 sessões que se orientam a intervir diretamente com os beneficiários; 2 sessões à elaboração de um produto final ou atividade de encerramento e 2 aos processos de avaliação – reavaliação. A figura 1 apresenta um esquema temporal da estrutura do programa.

Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3 - 12	Sessão 13 - 14	Sessão 15	Sessão 16
Entrevista e apresentação do programa	Avaliação	Programa de Intervenção	Elaboração do registro autobiográfico do grupo - Centro	Atividade de encerramento	Reavaliação

Figura 1
Organização do programa

Cada atividade está a cargo de um facilitador principal devidamente treinado, fonoaudiólogo, que pode ser auxiliado por, no máximo, outros 2 facilitadores, mas de menor responsabilidade na condução da atividade. O grupo de trabalho não deve exceder 8 a 10 beneficiários, para manter sempre o controle da situação e o manejo de imprevistos.

As sessões de intervenção (sessões 3 a 12 na figura 1), têm também uma estrutura de progressão na intimidade das lembranças que podem aparecer; deste modo, as 4 primeiras sessões possuem temáticas de ordem geral, tais como fatos ou eventos de tipo histórico social da comunidade local – nacional. As 4 sessões seguintes vão avançando progressivamente as lembranças mais individualizadas – pessoais e as 2 últimas sessões se focam principalmente na identificação de marcos dentro da linha temporal individual.

Cabe destacar que, mesmo que sempre se intenciona a lembrar elementos de cunho positivo e construtivo para o indivíduo, entretanto alguns deles podem evocar situações que lhes provoquem tristeza. Neste sentido, é fundamental o papel do facilitador, o qual deve possuir as competências necessárias para conter, apoiar e

manejar a situação, dentro do grupo e individualmente. Se considera um protocolo de seguimento para estes casos.

Todas as sessões de intervenção com os beneficiários possuem a mesma estrutura interna, variando somente a atividade lúdica e o tipo de conteúdo da atividade de reminiscência, tal como é mostrado na figura 2.

Sessão tipo	
Conteúdos da atividade	Estrutura interna guiada pelo facilitador
Atividade lúdica de início 20 minutos	1. Dinâmica de trabalho grupal – revisão de compromissos semana anterior
Atividade central de reminiscência 40 minutos	2. Apresentação do material temático específico (por exemplo: notícias de época) 3. Recuperação de conhecimento semântico relacionado: entrega de informação semântica (conhecimento comum e compartilhado de fatos) relacionada com a atividade temática em curso por parte dos participantes 4. Recuperação de conhecimento autobiográfico: Consiste na entrega da maior quantidade de informação episódica autobiográfica (conhecimento de eventos pessoais) relacionada à atividade temática em curso. 5. Lembrança da evidência.
Atividade de fechamento orientada ao reforço de estratégias de uso na vida cotidiana 10 – 20 minutos	1. “O que eu aprendi”: o facilitador intenciona que, a partir da experiência relatada pelo participante, seja identificada uma estratégia específica para facilitar a recuperação de lembranças ou a codificação da informação. 2. Fechamento - Compromissos

Figura 2

Organização interna de uma sessão tipo

As atividades desenvolvidas são avaliadas pelo grupo e pelo facilitador mediante protocolos específicos.

2.3 Análise estatístico

Todos os dados foram analisados através do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais SPSS, em sua versão 19. Estabeleceram-se as seguintes medidas de resultado:

1. **Funcionamento cognitivo global:** considerou-se o resultado obtido na versão chilena do MMSE, cujo ponto de corte para diferenciar pessoas com deterioro cognitivo é de 21/22 pts. Para comparar o ganho observado no funcionamento cognitivo global, comparou-se o resultado do MMSE antes de implementar o programa de intervenção baseado em reminiscência e logo após o programa. Além disso, para estabelecer se os ganhos observados eram atribuídos ao programa, compararam-se as diferenças observadas entre o pós-teste e o pré-teste do grupo estudo e grupo controle mediante a prova U de Mann Whitney.
2. **Autopercepção de bem-estar subjetivo:** para estabelecer se houve ou não diferenças na autopercepção do bem-estar subjetivo logo após a implementação da intervenção, considerou-se a pontuação obtida na Escala de Satisfação com a Vida - SWLS (DIENER, EMMONS, LARSEN,

& GRIFFIN, 1985). A SWLS inclui 5 perguntas e uma escala de Lickert de 7, sendo assim, a pontuação mínima é de 5 pontos e a máxima de 45. Não possui ponto de corte. Se assumem valores altos com Bem-estar alto. Como na medida anteriormente descrita, realizou-se uma comparação intragrupal com o estatístico de Wilcoxon e uma comparação intergrupala com o estatístico U de Mann Whitney.

3 | RESULTADOS

3.1 Análise das diferenças na percepção de bem-estar subjetivo entre os grupos estudo e controle

	Medida de resultado	Pré-teste	Pós-teste	Diferença	P value*
Grupo estudo (n= 58)	SWLS				
	faixa	25 – 34	28 – 41		
	média ± DP	29,74 ± 1,92	35,50 ± 3,45	5,76	**
Grupo controle (n= 32)	SWLS				
	faixa	16 – 33	17 – 32		
	média ± DP	26,03 ± 4,03	26,56 ± 3,28	0,53	(N.S.)

Tabela N°2. Comparação da percepção de bem-estar subjetivo antes e depois da intervenção baseada em reminiscência entre ambos grupos de participantes.

DP= Desvio padrão; SWLS= Escala de Satisfação com a Vida; * Valores de significância para a prova Wilcoxon; (N.S)= $p > 0,05$, diferenças Não Significativas; ** $p < 0,05$: diferenças significativas.

Tal como é mostrado na tabela N°2, o grupo estudo (n= 58) obteve uma faixa de pontuação que variou entre 25 e 34 pontos, com uma pontuação média de 29,74 pontos e um desvio padrão de 1,92 no resultado pré-teste de SWLS. Também alcançou uma faixa entre 28 e 41 pontos, com uma média de 35,50 pontos e um desvio padrão de 3,45 no pós-teste de SWLS. A prova de Wilcoxon constata que tal diferença foi estatisticamente significativa ($W = -6,33$; $p = 0,000$).

No grupo controle (n= 32), a pontuação mínima foi de 16 e a máxima de 24 pontos, com uma média de 26,03 pontos e um desvio padrão de 4,03 no resultado pré-teste de SWLS. No pós-teste, a faixa de pontuações oscilou entre 17 e 32, com uma pontuação média de 26,56 pontos e um desvio padrão de 3,28. Ao analisar comparativamente os resultados, a prova de Wilcoxon mostra que não há uma diferença estatisticamente significativa entre ambas pontuações ($W = -0,37$; $p = 0,708$).

Além de comparar as pontuações entre ambos grupos, realizou-se uma análise de confiabilidade do instrumento, dado como resultado um coeficiente de Cronbach de 0,891.

3.2 Análise das diferenças no processamento cognitivo global entre os grupos estudo e controle

	Medida de resultado	Pré-teste	Pós-teste	Diferença	P value*
Grupo estudo (n= 58)	MMSE				
	faixa	22 – 29	24 – 30		
	média ± DP	25,19 ± 1,68	26,36 ± 1,55	1,17	**
Grupo controle (n= 32)	MMSE				
	faixa	22 – 30	24 – 30		
	média ± DP	25,69 ± 2,03	26,16 ± 1,93	0,47	(N.S.)

Tabela Nº3. Comparação do processamento cognitivo global antes e depois da intervenção baseada em reminiscência entre ambos grupos de participantes.

DP= Desvio padrão; SWLS= Escala de Satisfação com a Vida; * Valores de significância para a prova Wilcoxon; (N.S)= $p > 0,05$, diferenças Não Significativas; ** $p < 0,05$: diferenças significativas.

A tabela Nº3 mostra que o grupo estudo (n= 58) obteve uma faixa de pontuações que variaram entre 22 e 29 pontos, com uma pontuação média de 25,19 pontos e um desvio padrão de 1,68 no resultado pré-teste do MMSE. Também no pós-teste alcançou uma faixa entre 24 e 30 pontos, com uma média de 26,36 pontos e um desvio padrão de 1,55. A prova de Wilcoxon mostrou que tal diferença foi estatisticamente significativa ($W = -4,43$; $p = 0,000$).

Por outro lado, no grupo controle (n= 32), a pontuação mínima foi de 22 e a máxima de 30 pontos, com uma pontuação média de 25,69 pontos e um desvio padrão de 2,03 no resultado pré-teste do MMSE. Da mesma maneira, no pós-teste a faixa de pontuações oscilou entre 24 e 30, com uma média de 26,16 pontos e um desvio padrão de 1,93. Ao comparar ditos resultados, a prova de Wilcoxon mostra que entre ambas pontuações não houve uma diferença estatisticamente significativa ($W = -1,21$; $p = 0,225$).

Ao comparar as diferenças observadas nos resultados do pré-teste e pós-teste do MMSE entre o grupo estudo e controle, a prova U de Mann Whitney mostra que existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos grupos ($U = 587$; $p = 0,002$)

4 | DISCUSSÃO

Mesmo que desde uma leitura muito superficial não requeira uma grande complexidade em formular atividades relacionadas com as recordações autobiográficas, estas intervenções possuem diferentes níveis de complexidade, sendo, também, difíceis de homologar entre si, sobretudo em termos de sua

rigorosa metodológica. Por esta razão nos parece pertinente esclarecer todos os elementos relacionados com a estrutura funcional das sessões de intervenção, tal como se detalhou previamente. Além disso, é necessário destacar que neste tipo de atividades sempre devem estar considerados elementos de ordem ético, tanto para o manejo e desenvolvimento dos atos de reminiscência como para orientar possíveis soluções a implementar frente a qualquer eventualidade (STEELE, FLOOD & ELLIOTT, 2019).

É indiscutível que as medidas de eficácia global e bem-estar subjetivo obtidos constituem uma referência de ordem e complexidade básica, isto é, considerando que se tratam de avaliações de triagem e unidimensionais. É necessário que, por uma parte, se avance em estratégias de avaliação de maior amplitude e sofisticação, sem desconhecer a necessidade de implementar registros sistemáticos de medidas relativas ao autocuidado, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, tal como se aplica em populações clínicas (APÓSTOLO ET AL., 2019).

Uma limitação na presente pesquisa é apresentar indicadores de mudança nas condutas linguísticas. Parte deste trabalho se encontra em desenvolvimento. Não obstante, é possível perceber diferenças numéricas na complexidade sintática dos discursos e na quantidade de unidades de conteúdo, assim como uma maior especificidade na construção das lembranças. Tais antecedentes até a data têm sido estabelecidos mediante a comparação de unidades discursivas inter sujeitos.

Em suma, o programa é uma alternativa viável de estimulação cognitiva – comunicativa de ordem funcional que requer uma implementação sólida e bem cuidada, considerando para os beneficiários como requisito básico contar com habilidades de interação, com independência de seu nível educacional; além de contar com evidência de incrementos estatisticamente significativos e de tamanho de efeito nos desempenhos dos participantes do programa, endossam sua utilidade e eficácia para a intervenção.

COMENTÁRIOS

Esta pesquisa se desenvolveu sob os princípios éticos para as pesquisas médicas em humanos estabelecidos na declaração de Helsinki (1975).

AGRADECIMENTOS

Este estudo não haveria sido possível sem a colaboração dos Centros Comunitários de Idosos da cidade de Talca, Chile, dependentes do município e dos projetos de Responsabilidade Social Universitária que a Universidade de Talca

tem promovido ativamente. Agradecemos também a aqueles estudantes da Escola de Fonoaudiologia da Universidade de Talca, que participaram através de suas memórias de graduação na parte do processo de normatização do programa atual.

REFERÊNCIAS

- ANSTEY, K. J., EE, N., ERAMUDUGOLLA, R., JAGGER, C., & PETERS, R. (2019). **A Systematic Review of Meta-Analyses that Evaluate Risk Factors for Dementia to Evaluate the Quantity, Quality, and Global Representativeness of Evidence.** *Journal of Alzheimer's Disease*, 1–22. <https://doi.org/10.3233/jad-190181>
- APÓSTOLO, J., BOBROWICZ-CAMPOS, E., GIL, I., SILVA, R., COSTA, P., COUTO, F., ... ALMEIDA, M. (2019). **Cognitive Stimulation in Older Adults: An Innovative Good Practice Supporting Successful Aging and Self-Care.** *Translational Medicine @ UniSa*, 19, 90. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6581488/>
- DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., & GRIFFIN, S. (1985). **The Satisfaction With Life Scale.** *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- FRAUNDORF, S. H., HOURIHAN, K. L., PETERS, R. A., & BENJAMIN, A. S. (2019). **Aging and recognition memory: A meta-analysis.** *Psychological Bulletin*, 145(4), 339–371. <https://doi.org/10.1037/bul0000185>
- GIL, I., COSTA, P., PAROLA, V., CARDOSO, D., ALMEIDA, M., APÓSTOLO, J., ... APÓSTOLO, J. (2019). **Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review.** *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007403458>
- HENKEL, L. A., & RAJARAM, S. (2011). **Collaborative remembering in older adults: Age-invariant outcomes in the context of episodic recall deficits.** *Psychology and Aging*, 26(3), 532–545. <https://doi.org/10.1037/a0023106>
- INGERSOLL-DAYTON, B., KROPF, N., CAMPBELL, R., & PARKER, M. (2019). **A systematic review of dyadic approaches to reminiscence and life review among older adults.** *Aging & Mental Health*, 23(9), 1074–1085. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1555696>
- STEELE, J. C., FLOOD, G. M., & ELLIOTT, A. N. (2019). **Ethical Considerations for Student-Based Reminiscence Projects.** In *The International Journal of Reminiscence and Life Review* (Vol. 6). Retrieved from <http://journals.radford.edu/index.php/IJRLR/article/view/198>
- IRAZOKI, E., GARCÍA-CASAL, J. A., SÁNCHEZ-MECA, J., & FRANCO-MARTÍN, M. (2017). **Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis.** *Revista de Neurología*, 65(10), 447–456. <https://doi.org/10.33588/rn.6510.2017381>
- JUAN, S. M. A., & ADLARD, P. A. (2019). **Ageing and Cognition.** In *Sub-cellular biochemistry* (Vol. 91, pp. 107–122). https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2_5
- L, P., BREVIS, C., & P, G. (2004). **Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile.** *Revista Medica De Chile - REV MED CHILE*, 132. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000400009>
- LIN, Y.-C., DAI, Y.-T., & HWANG, S.-L. (2003). **The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review.** *Public Health Nursing*, 20(4), 297–306. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x>

- OYEBODE, J. R., & PARVEEN, S. (2019). **Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments.** *Dementia*, 18(1), 8–35. <https://doi.org/10.1177/1471301216656096>
- PARK, K., LEE, S., YANG, J., SONG, T., & HONG, G.-R. S. (2019). **A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia.** *International Psychogeriatrics*, 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002168>
- SATORRES, E., VIGUER, P., FORTUNA, F. B., & MELÉNDEZ, J. C. (2018). **Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults.** *Stress and Health*, 34(2), 227–234. <https://doi.org/10.1002/smi.2776>
- SHAH, H., ALBANESE, E., DUGGAN, C., RUDAN, I., LANGA, K. M., CARRILLO, M. C., ... DUA, T. (2016). **Research priorities to reduce the global burden of dementia by 2025.** *The Lancet Neurology*, Vol. 15, pp. 1285–1294. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)30235-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30235-6)
- SPRAGUE, B. N., FREED, S. A., WEBB, C. E., PHILLIPS, C. B., HYUN, J., & ROSS, L. A. (2019). **The impact of behavioral interventions on cognitive function in healthy older adults: A systematic review.** *Ageing Research Reviews*, 52, 32–52. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.002>
- TARUGU, J., PAVITHRA, R., VINOTHCHANDAR, S., BASU, A., CHAUDHURI, S., & JOHN, K. R. (2019). **Effectiveness of structured group reminiscence therapy in decreasing the feelings of loneliness, depressive symptoms and anxiety among inmates of a residential home for the elderly.** *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(2), 847. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20190218>
- TROMP, D., DUFOUR, A., LITHFOUS, S., PEBAYLE, T., & DESPRÉS, O. (2015). **Episodic memory in normal aging and Alzheimer disease: Insights from imaging and behavioral studies.** *Ageing Research Reviews*, 24(Pt B), 232–262. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.08.006>
- VALE, A. M. S., SILVA, H. S. DA, & CHARIGLIONE, I. P. F. S. (2019). **Autobiographical memory: A proposal for mnemonic stimulation in elderly individuals.** *Psicologia - Teoria e Prática*, 21(2), 378–396. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n2p378-396>
- WONG, P. T., & WATT, L. M. (1991). **What types of reminiscence are associated with successful aging?** *Psychology and Aging*, 6(2), 272–279. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.272>
- ZÜLKE, A., LUCK, T., PABST, A., HOFFMANN, W., THYRIAN, J. R., GENSICHEN, J., ... RIEDEL-HELLER, S. G. (2019). **AgeWell.de - study protocol of a pragmatic multi-center cluster-randomized controlled prevention trial against cognitive decline in older primary care patients.** *BMC Geriatrics*, 19(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1212-1>

INTERCÂMBIO DE GERAÇÕES: VIVÊNCIA EM ILPI'S

Data de aceite: 18/11/2018

Melissa Gewehr

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Darlize Deglan Borges Beulck Bender

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Carolina Tonini Goulart

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Leatrice da Luz Garcia

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Tainara Genro Vieira

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Denis Antonio Ferrarin

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – RS

Larissa Venturini

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – RS

Jamile Lais Bruinsma

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria – RS

RESUMO: O envelhecimento populacional ocorre a nível mundial e pode ser acompanhado por limitações físicas e/ou cognitivas e dependência em atividades de vida diária, básicas e instrumentais. Como opção para atender às necessidades sociais da comunidade, surgiram as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's), mantidas pelo governo, por associações religiosas e beneficentes, ou por familiares. O presente trabalho objetiva relatar experiências acadêmicas multidisciplinares de alunos de graduação e pós-graduação que integram a Agremiação Gaúcha de Universitários Adventistas (AGUA). Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Resultados: As ações dos alunos contemplavam diálogos interpessoais, canções sobre esperança e alegria, preces intermitentes em favor das idosas e demonstrações de afeto tendo como lastro a importância da musicoterapia, espiritualidade, empatia para qualidade de vida. Observou-se um interessante intercâmbio entre gerações e um brilho no olhar de todos os que estavam lá. A sensação era de que todos faziam parte de uma grande família. Conclusões: Essa experiência permitiu aos acadêmicos vivenciar parte da realidade dos idosos em ILPIs. A impressão passada é de

bons cuidados para com os idosos. No entanto, ficou evidente, por meio da conversa, que a maior carência dos idosos é afetiva. Assim, salienta-se a continuidade dessas atividades, bem como a visita e essas instituições por mais pessoas dispostas a compartilhar amor, carinho e atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Empatia; Práticas Interdisciplinares

GENERATIONS OF EXCHANGE: EXPERIENCE IN ILPI'S

ABSTRACT: Population aging occurs worldwide and may be accompanied by physical and / or cognitive limitations and dependence on basic and instrumental activities of daily living. As an option to meet the social needs of the community, the Long-Term Elderly Care Institutions (LTECIs), which are maintained by the government, religious and charitable associations, or family members, have emerged. This paper aims to report multidisciplinary academic experiences of undergraduate and graduate students who are part of the Agremiação Gaúcha de Universitários Adventistas (AGUA). Methodology: This is a descriptive study with a qualitative approach, written as an experience report. Results: Results: The students' actions included interpersonal dialogues, songs about hope and joy, intermittent prayers in favor of the elderly and demonstrations of affection based on the importance of music therapy, spirituality, and empathy for quality of life. There was an interesting intergenerational exchange and a sparkle in the eyes of all who were there. The feeling was that they were all part of one big family. Conclusions: This experience allowed academics to experience part of the reality of the elderly in a nursing home (LTECIs). The impression is of good care for the elderly. However, it became evident through interaction that the greatest need of the elderly is affection. Thus, we highlight the continuity of these activities, as well as visits to these institutions by more people willing to share love, affection and attention.

KEYWORDS: Aging; Empathy; Interdisciplinary Practices

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato que ocorre em nível mundial, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2025, o nosso país deverá ser o sexto no mundo, em números de pessoas com mais de 60 anos, como percebemos no censo de 2010, que encontrou uma população idosa de 20.440.215 idosos. O avançar da idade traz consigo, comumente, limitações físicas e/ou cognitivas, dependência em atividades de vida diária, básicas e instrumentais que acometem os idosos, principalmente os mais longevos. Essas restrições estão associadas ao declínio nas condições de saúde da população idosa, causados, em especial, pelos elevados índices de doenças crônicas não transmissíveis nesta população (DUARTE; LEBRÃO, 2013).

Nessa perspectiva, como opção para atender às necessidades sociais da sociedade moderna, surgiram as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's) mantidas pelo governo, por associações religiosas e beneficentes, ou por familiares.

Uma das ILPI filantrópicas que acolhe e ampara pessoas idosas do sexo feminino está localizada em um município do interior do Rio Grande do Sul. A instituição atua em parceria com a comunidade local, empresas privadas, órgãos governamentais e instituições de proteção aos direitos dos Idosos. São 190 idosas residentes e distribuídas em quatro alas.

A ala 1 acomoda mulheres idosas semi-independentes em que muitas delas usam uma cadeira de rodas ou andador, por apresentar limitações na mobilidade. A área física da ala contempla uma sala de estar, uma sala destinada para atividades e refeições e, um corredor, localizado no pátio onde as idosas toma o tradicional chimarrão diariamente.

Na ala 2, também intitulada enfermaria, a maioria das idosas encontra-se em situação de dependência total para as atividades de vida diária, necessitando de auxílio para ir ao banho, para alimentar-se e vestir-se, dentre outras. Em alguns períodos do dia, são levadas até a sala de estar e ficam sentadas nas poltronas assistindo televisão. Outras, são mantidas no leito o dia todo, algumas por questão do agravamento das condições de saúde, estas, em sua maioria, fazem uso sondas para receber dietas e para a eliminação. Esta ala está dividida em dois andares, os quais ambos dispõem de dormitórios, uma sala de estar e um refeitório. Pelo fato de apresentarem limitações na mobilidade, dificilmente participam das festividades e atividades propostas pela instituição.

Na ala 3, denominada como ala psiquiátrica, estão as idosas com alterações comportamentais pela presença de sintomas psíquicos/psiquiátricos e que possuem risco de fuga. Essas idosas, em sua maioria não apresentam limitações na mobilidade, porém, algumas necessitam auxílio para atividades como higienização e alimentação, pelo agravamento do quadro de saúde mental. Esta ala dispõe de uma sala de estar, um refeitório e um quintal fechado, sem acesso as demais alas. Além disso, a ala é mantida com a porta chaveada, impedindo a socialização com idosas de outras alas. Quanto as atividades e festividades que acontecem na instituição, são poucas idosas da ala que são permitidas a participar.

A ala 4, também, abriga idosas semi-dependentes que dividem espaço entre uma sala de estar e um refeitório. As idosas de ambas as alas costumam praticar atividades como reunir-se para tomar chimarrão, ir à Igreja, que encontra-se ao lado da ILPI e, também, à eventos festivos da instituição, que ocorrem em uma salão comum a todas residentes, destinada a essas atividades.

Todas as alas possuem uma sala de cuidados de enfermagem. Em cada ala

atuam no período diurno dois técnicos de enfermagem. No mesmo período dois enfermeiros prestam assistência as idosas, porém estes, supervisionam todas as alas. A assistência dos profissionais de enfermagem se torna mais restrita no período da noite, em que todas as atividades são compartilhadas entre quatro técnicos de enfermagem, por vezes na companhia de estudantes bolsistas do curso técnico de enfermagem e um enfermeiro.

As idosas recebem atendimentos de diversos profissionais contratados pela ILPI tais como: enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e médico. Além disso, contam com a parceria de Instituições de Ensino Superior, na qual acadêmicos de vários cursos de graduação como fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição, enfermagem, medicina, serviço social e terapia ocupacional desenvolvem atividades com as idosas. Alunos de um curso técnico de enfermagem, também auxiliam em atividades como alimentação e higienização das idosas, ao realizar estágios no local e ou como bolsista.

Compreendendo as múltiplas necessidades das idosas institucionalizadas e a carência de recursos das ILPIs filantrópicas, membros de uma instituição religiosa adventista, ao menos uma vez ao ano, reúnem-se e realizam intervenções, visando contribuir para qualidade de vida das residentes. Há uma parceria entre a Ação Solidária Adventista (ASA), composta por idosas da comunidade, que reúnem-se semanalmente, e os jovens da Agremiação Gaúcha de Universitários Adventistas (AGUA).

As idosas da ASA montam cestas básicas com itens adquiridos através de doações e confeccionam edredons e roupas. Os jovens da AGUA são de diferentes cursos (psicologia, enfermagem, ed. física, medicina veterinária, biologia) pertencentes de diversas instituições formadoras, tais como, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Franciscana (UFN) e a Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), além da presença e ajuda de pré-universitários.

Portanto o presente trabalho objetiva relatar as experiências e práticas realizadas pelos jovens da AGUA na ILPI de um município do interior do Rio Grande do Sul.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo, abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. No mês de junho de 2018 os jovens da AGUA visitaram a ILPI apresentada com a intenção de presentear as idosas com toucas e luvas de lã e, também, cantar canções alegres e motivacionais.

A pesquisa descritiva objetiva descobrir como um fato ocorre, sua frequência,

características e relações. Para isso, é necessário observar, registrar, analisar, ordenar, classificar e interpretar os dados, sem que o pesquisador interfira e modifique os mesmos. Os dados podem ser coletados através de entrevista, formulário, questionário, teste e pelo método utilizado nesse estudo que foi observacional. (PRODANOV e FREITAS, 2013)

O método observacional é um dos mais utilizados nas ciências sociais e apresenta alguns aspectos curiosos. Por outro lado, pode ser considerado como o mais primitivo, e conseqüentemente o mais impreciso. Mas, por outro lado, pode ser tido como um dos mais modernos, visto ser o que possibilita o mais elevado grau de precisão nas ciências sociais. (GIL, 2008)

O relato de experiência se caracteriza pela reflexão sobre situações vivenciadas no contexto profissional e que apresenta relevância social e científica. Este tipo de estudo faz parte das experiências humanas para descrever um fenômeno específico, nesse caso o foco é a descrição de uma nova abordagem de cuidado através das praticas de atividades lúdicas que levou a reflexões sobre o papel da enfermagem na prestação do cuidado aos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. (LOPES, 2012)

3 | RESULTADOS

Ao adentrar em uma ILPI a idosa deixa para trás vínculos familiares e de amizade, passando a conviver com pessoas desconhecidas, hábitos e modos diversos e rotinas específicas. Frente a esta nova condição, ser um morador de uma ILPI, a depender de como a pessoa idosa vivia anteriormente, o ambiente da instituição pode se constituir em um espaço de acolhimento, de cuidado e de amparo. Ou, também, ser um ambiente segregado, de abandono e isolamento familiar e social. A própria restrição da mobilidade fomenta tais aspectos negativos da institucionalização, podendo desencadear nas idosas carência afetiva até depressão.

Compreendendo tais questões, o grupo de jovens se dirigiu a instituição com desejo de compartilhar afeto, amor e alegria às idosas. Evidências científicas provaram que a gentileza modifica o cérebro, afeta o coração e o sistema imunológico e pode até ser um antídoto contra a depressão, pois estimula a produção de endorfinas pelo cérebro, o que gera sensação de euforia semelhante ao efeito da morfina, porém de forma atenuada (HAMILTON, 2010).

De acordo com Hamilton (2010) durante a realização de atos de bondade e generosidade ocorre liberação de um hormônio chamado ocitocina, também conhecido como hormônio do amor, que tem ação cardioprotetora, além de reduzir níveis tensionais e melhorar a eliminação de radicais livres, ou seja, segundo o autor, quando somos gentis, nossos corpos são mais saudáveis. Cabe destacar

que ações voluntárias são benéficas tanto para quem as realiza, quanto para quem recebe.

Sendo assim, tal experiência demonstra o quão importante são as ações voluntárias nestes ambientes, pois contribuem para a promoção de saúde e bem estar dos idosos, uma vez que encontram-se em uma instituição, fora do convívio familiar, o que gera na maioria dos casos, sentimentos de ansiedade, abandono e desamparo (SCHARFSTEIN, 2006).

No Brasil, o trabalho voluntário é legislado pelo art.1º da Lei Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, a qual o considera como a:

Atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade (Brasil, 1998)

Através da música e com o auxílio de instrumentos musicais, os jovens voluntários ofereceram um momento agradável às moradoras da ILPI, com canções sobre alegria, esperança e sobre o quanto elas são especiais para Deus. A realização de atividades lúdicas é uma importante ferramenta para promoção de saúde mental e bem-estar, em que atividades como música, teatro, brincadeiras, entre outros, proporcionam aos idosos institucionalizados momentos de alegria e descontração, pois podem interagir com outras pessoas e desenvolver suas habilidades (COSTA, 2017).

A musicoterapia já foi descrita como tratamento adjuvante ou primário no controle de sinais como depressão, ansiedade, agitação, e no declínio da função cognitiva em indivíduos idosos (ZHAO, et al. 2016; HANSER e THOMPSON, 1994). Sua eficácia já foi constatada em pacientes que apresentam diminuição cognitiva ou em pacientes senis saudáveis (RAY e GÖTELL, 2019; ELICKHOLT et al., 2019).

Durante a experiência musical, os voluntários puderam sentir grande receptividade das idosas. Mesmo em melodias e letras desconhecidos pelos indivíduos da ILPI, a interatividade evidenciada pelo movimento corporal e na tentativa de balbuciar as palavras cantadas foi animadora para os voluntários. Após algumas músicas, algumas idosas solicitaram determinadas canções as quais conheciam, para apreciação. Penrod et al. (2007) evidenciou o uso de terapias pensadas de maneira individual, tais como em músicas que relembrem a história ou determinada fase da vida do paciente, como sendo benéficas para melhora na participação social e diminuição de comportamentos anormais.

Além da musicoterapia, evidências suportam que outras atividades tenham benefícios sociais, emocionais e físicos à pacientes inseridos no contexto de uma ILPI, como a terapia assistida por animais (HANDLING et al., 2018; PELUSO et al., 2018), massagem (MCFEETERS et al., 2016; YÜCEL et al., 2019), bolsas de

água quente para relaxamento (GUNNARSDOTTIR et al., 2018), o exercício físico, e a espiritualidade através da busca à Deus através da prece e a espiritualidade (SCORTEGAGNA et al, 2018).

O momento de oração das duplas de jovens com as acamadas serviu para estimular o bem-estar mental das mesmas, repercutindo em tranquilidade no ambiente. Geralmente os idosos, diante de situações estressantes, são capazes de encontrar conforto em um sentimento de conexão com alguma coisa que excede o “eu” (THAUVOYE, 2017). Essa conexão pode ser realizada através da espiritualidade e prece à Deus.

De acordo com o estudo de Vitorino e Vianna (2012) que investigou a relação entre as estratégias de coping espiritual/religioso e a qualidade de vida de idosos institucionalizados, mostrou que essa relação é significativa na prevenção de problemas e no auxílio para enfrentar situações de saúde, além de ajudar na recuperação e/ou adaptação. Segundo os mesmos autores, a espiritualidade também pode exercer um papel de animar e confortar o idoso durante a institucionalização.

Após o lanche da tarde o grupo convidou os idosos a participarem de um grande círculo para melhor interação. Nessa roda de conversa houve músicas instrumentais e diálogo com os idosos. Grupos de conversa permitem aos idosos expandir o conhecimento de si e do outro por meio de vivências e discussão em grupo (COMBINATO et al, 2010)

Os membros do grupo estimularam os moradores da ILPI a mostrarem seus talentos. Uma idosa cantou e declamou poesias e todos aplaudiram sua disposição. Segundo Costa (2017) realizar atividades lúdicas é indispensável para melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. As atividades geram benefícios a qualidade de vida e a sua saúde mental. Atividades lúdicas estimulam habilidades, movimentação, autonomia, e interação que no decorrer do envelhecimento apresentam dificuldades advindas deste processo.

Em seguida foi orado com elas e na despedida foi solicitado ao grupo que retornasse. Observou-se um interessante intercâmbio entre gerações e um brilho no olhar de todos os que estavam lá. A sensação era de que todos faziam parte de uma grande família.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência permitiu aos acadêmicos vivenciar parte da realidade dos idosos em ILPI. A impressão passada é de bons cuidados para com os idosos. No entanto, ficou evidente, por meio da conversa, que a maior carência dos idosos é afetiva.

As ações voluntárias desempenhadas pelos jovens geralmente são pautadas

no amor ao próximo, caridade e solidariedade, tendo motivação no interesse pessoal, caráter religioso, cultural e filosófico. Durante visita a ILPI, percebeu-se que após serem realizadas as atividades envolvendo música, escuta atenta, e entrega de presentes, os idosos estavam felizes e agradecidos.

Assim, salienta-se a continuidade dessas atividades, bem como a visita e essas instituições por mais pessoas dispostas a compartilhar amor, carinho e atenção.

Cabe mais uma vez destacar que, as ILPI's, não são local onde se “deposita” idosos, mas é um local onde se deve viver com dignidade, e para que isso ocorra, é necessário que o Estado, a família e a sociedade, cada um com as suas particularidades, entendam que também fazem parte da rede de cuidadores de um país que envelhece (FREITAS; NORONHA, 2010).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998.** Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências [legislação na Internet]. São Paulo: TRT/SP;

COMBINATO, D. S. et al. “**Grupos de Conversa**”: **saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família.** *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 558-568, Dec. 2010.

COSTA, I. P. da et al. **A importância das atividades lúdicas para a saúde mental do idoso institucionalizado: um relato de experiência.** Anais do II CONBRACIS. Editora Realize, 2017.

DUARTE; LEBRÃO. Fragilidade e envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013; p. 1131-41.

ELICKHOLT, J.; GERETSEGGER, M.; GOLD, C. **Perspectives on research and clinical practice in music therapy for older people with depression.** In: ZUBALA, A.; KARKOU, V. (Eds). Arts therapies in the treatment of depression. 1Ed. Routledge, NY. 2018.

FREITAS, A. V. da S.; NORONHA, C. V. **Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Salvador, Ba, p.359-369, jun. 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo : Atlas, 6. Ed. 2008.

GUNNARSDOTTIR, T. J.; VILHJALMSSON, R.; HJALTADOTTIR, I. **Use of complementary therapies in nursing homes: Descriptive study.** Complementary Therapies in Clinical Practice, v.32, p.65–69, 2018.

HAMILTON D. R. **Why kindness is good for you.** Carlsbad, CA: Hay House Inc; 2010.

HANDLING, I; NILSSON, A.; LIDFORS, L.; PETERSSON, M.; UVNÄS-MOBERG, K. **The Effects of a Therapy Dog on the Blood Pressure and Heart Rate of Older Residents in a Nursing Home.** Anthrozoös. v.31, p. 567-576, 2018.

HANSER, S. B.; THOMPSON, L. W. **Effects of a Music Therapy Strategy on Depressed Older Adults.** Journal of Gerontology, v.49, p.265-269, 1994.

LOPES, M. V. de O. **Sobre estudos de casos e experiências...** Rev. Rene, v. 13, n. 4, 2012.

- MCFEETERS, S.; PRONT, L.; CUTHBERTSON, L., KING, L. **Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature.** *International Journal of Older People Nursing*, v.11, p. 266-283, 2016.
- PELUSO, S.; DE ROSA, A.; DE LUCIA, N., ANTENORA, A.; ILLARIO, M.; ESPOSITO, M.; DE MICHELE, G. **Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases.** *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. v.31, p. 149–157, 2018.
- PENROD, J.; YU, F.; KOLANOWSKI, A.; FICK, D. M.; LOEB, S. J.; HUPCEY, J. E. **Reframing person-centered nursing care for persons with dementia.** *Research and Theory for Nursing Practice*. v.21, p. 57–72, 2007.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2a ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RAY, K. D.; GÖTELL, E. **The Use of Music and Music Therapy in Ameliorating Depression Symptoms and Improving Well-Being in Nursing Home Residents With Dementia.** *Frontiers in Medicine*, v.5, 2018. doi:10.3389/fmed.2018.00287
- SCHARFSTEIN, E. A. **Instituições de longa permanência: uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea.** Tese de Doutorado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.
- SCORTEGAGNA, H. de M.; PICHLER, N. A.; FÁCCIO, L. F. **Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. V..21, no.3. Rio de Janeiro, 2018.
- THAUVOYE, E. **Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning.** *J Relig Health*, v. 56, n. 5, p. 333-342, 2017.
- VITORINO, L.M., VIANNA, L. A. C. **Coping religioso/ espiritual de idosos institucionalizados.** *Act Paul Enferm [Internet]*, vol. 25, núm. 1, pp. 136-142, 2012
- ZHAO, K.; BAI, Z. G.; BO, A.; CHI, I. **A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression.** *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v.31, p. 1188–1198, 2016. doi:10.1002/gps.4494
- YÜCEL, Ş. Ç.; ARSLAN, G. G.; BAGCI, H. **Effects of Hand Massage and Therapeutic Touch on Comfort and Anxiety Living in a Nursing Home in Turkey: A Randomized Controlled Trial.** *Journal of Religion and Health*. 2019.

MOBILIDADE DE IDOSOS NO ESPAÇO URBANO E O DIREITO À CIDADE

Data de aceite: 18/11/2018

Cleisiane Xavier Diniz

Professora, Doutora, gerontóloga, da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Am, Brasil: email: cxdiniz@gmail.com; telef (92) 991419394

Júlio Cesar Suzuki

Professor, Doutor, da Universidade de São Paulo (11)981607053

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Professora, Doutora, gerontóloga, da Universidade do Estado do Amazonas (92) 991863335

Introdução: As deficiências do espaço urbano, somadas às condições físicas dos idosos, diminuem sua mobilidade, criando condições propícias à perda de autonomia, a ocorrência de acidentes e fragilização do direito à cidade no que concerne à mobilidade e à acessibilidade urbanas. **Objetivo:** analisar a mobilidade de idosos no espaço urbano da cidade de Manaus (AM), suas repercussões no seu cotidiano e na consolidação do direito à cidade. **Método:** estudo qualitativo, transversal e observacional, com 18 idosos acompanhados no percurso entre os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e sua

residência, sendo 09 entrevistados no inverno e 09 no verão, em locomoção por carro, ônibus e a pé. Foram avaliadas suas percepções do espaço, facilidades e problemas encontrados ao longo do percurso. **Resultados:** escadas, meios de transporte desfavoráveis, calçadas inapropriadas, ausência de faixas de pedestre, tempo dos semáforos para travessia e a falta de educação no trânsito dificultam a mobilidade de idosos nos espaços urbanos, recaindo mais intensamente sobre os que possuem limitações físicas. Os idosos entrevistados no inverno apontaram o aumento dos problemas de mobilidade neste período, preferindo não sair para evitar quedas. **Conclusão/ Contribuição:** Os fatores ambientais e os espaços urbanos desfavoráveis, associados ao estado funcional do idoso, dificultam sua mobilidade, comprovando que seu direito à cidade é ínfimo ou inexistente. Para eles, a cidade acaba por não se realizar por completo em suas vidas, na medida em que seu uso é limitado e cheio de restrições concretas e simbólicas, limitando sua mobilidade e, por conseguinte, sua acessibilidade. Ressalta-se a importância do debate da mobilidade urbana em sua dimensão espacial em diálogo com outras áreas afins.

PALAVRAS-CHAVE: Mobilidade, Direitos,

REFERÊNCIAS

LefebvreH. O direito à cidade. São Paulo: Editora Moraes, 1991.

HarrisS. Estrutura espacial urbana e mobilidade: o caso da região metropolitana de São Paulo. 2015. 118fl. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo. FAUUSP, 2015.

HarveyD. Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana. São Paulo: Martins Fontes/ Selo Martins, 2014.

Veras MPB, Felix J. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. Cad. Metrop., São Paulo, 2016; 18(36): 441-459.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Data de aceite: 18/11/2018

Carine Magalhães Zanchi de Mattos

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Porto Alegre – Rio Grande do Sul

Patrícia Krieger Grossi

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Porto Alegre – Rio Grande do Sul

Francielli Girardi

Doutoranda- Universidade do Vale dos Sinos- UNISINOS

São Leopoldo – Rio Grande do Sul

RESUMO: A população idosa em situação de rua aumentou nas capitais brasileiras, exigindo organização e preparo das instituições públicas para atender a essa nova demanda. **Objetivo** deste estudo foi descrever a sistematização do processo de enfermagem, aplicado às pessoas idosas em situação de rua de Porto Alegre. **Método:** Este é um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado através de entrevista gravada com pessoas idosas em situação de rua, com aplicação do processo de enfermagem. Os diagnósticos foram fundamentados na NANDA e o plano assistencial segue o modelo de Wanda Horta.

Resultados: Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram denteção prejudicada; risco de infecção e de lesão; ansiedade; risco de dignidade humana comprometida; sentimento de impotência e sofrimento moral. **Considerações finais:** Aplicar o processo de enfermagem às pessoas idosas em situação de rua é garantir uma assistência qualificada e possibilitar adequadas intervenções para alcançar a maior quantidade possível de resultados com qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Pessoas em Situação de Rua; Idoso Fragilizado.

THE NURSING PROCESS IN CARING FOR ELDERLY PEOPLE IN THE STREET SITUATION

ABSTRACT: The elderly homeless population increased in the Brazilian capitals, requiring organization and preparation of public institutions to meet this new demand. The objective of this study was to describe the systematization of the nursing process, applied to the homeless elderly in Porto Alegre. Method: This is a qualitative, exploratory-descriptive study, conducted through recorded interviews with elderly people

in homeless situations, applying the nursing process. The diagnoses were based on NANDA and the care plan follows the model of Wanda Horta. Results: The main nursing diagnoses found were impaired dentition; risk of infection and injury; anxiety; risk of compromised human dignity; feeling of helplessness and moral suffering. Final considerations: Applying the nursing process to the homeless elderly is to ensure qualified care and enable appropriate interventions to achieve the highest possible quality results.

KEYWORDS: Nursing processes; Nursing care; Patient Care Planning; People in Street Situation; Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

A população idosa é caracterizada por indivíduos com 60 anos ou mais. Esse grupo populacional apresenta crescimento demográfico global na atualidade e tal fenômeno aparece evidenciado nas pesquisas e censos, fortalecendo a necessidade da abordagem do tema. Para tanto, faz-se necessário que as políticas públicas e organizações assistenciais públicas e privadas acompanhem essa transição demográfica, reorganizando e readequando os serviços a fim de prestar assistência qualificada diante desse cenário de mudança demográfica. No Brasil, o contingente populacional de pessoas idosas é de 29,6 milhões de pessoas, indicando um percentual de 14,4%, e ainda demonstrando um crescimento de 16% no país até ano de 2016. Anualmente, esses indicadores sociais e demográficos divulgados aumentam e indicam uma mudança da estrutura etária do país (IBGE, 2017).

Além do aumento da população idosa, também está ocorrendo o aumento nacional da população em situação de rua. Estima-se que existiam no Brasil, durante o ano de 2015, 101.854 pessoas vivendo em situação de rua. Esses dados, contudo, não são oficiais, pois não há no país um censo demográfico específico para população em situação de rua, reforçando a invisibilidade dessa população nos contextos das políticas públicas (MAC, 2016). Esse cenário demonstra a realidade dos grandes centros urbanos brasileiros, que desafiam as políticas públicas e as práticas de atenção social e de saúde (GHIRARDI et al, 2016) .

Segundo pesquisa realizada pela Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), no município Porto Alegre, Estado de Rio Grande do Sul (RS), no ano de 2016, a população em situação de rua cadastrada é de 1.758 pessoas. Desses, 85,7% são do sexo masculino e 13,8% do sexo feminino. A população idosa com 60 anos ou mais representava à época 7,0%, das pessoas em situação de rua (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018). Com relação ao local de nascimento das pessoas entrevistadas, verificou-se que 49,3% dos entrevistados eram oriundos de POA, 32% do interior do estado, 6,9% de outros estados e 1,9%

de outros países (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018). Além disso, é importante salientar que as pessoas em situação de rua estão em áreas urbanas e sua concentração ocorre em municípios com mais de 100 mil habitantes, nos quais o percentual chega a 63,2% (GHIRARDI et al,2016).

O processo de enfermagem aplicado para as PISR justifica-se por possibilitar, de maneira sistematizada, a compreensão dos processos de saúde e doença desses sujeitos, relacionando todo o contexto no qual estão inseridos. A capacidade de mensurar os diagnósticos de enfermagem aplicados às PISR, bem como as possíveis intervenções e resultados esperados, contribui para que ações e políticas intervenham nessa realidade, partindo do conhecimento da real situação desses indivíduos investigados através do processo de enfermagem.

Diante disso, este é um estudo que utiliza o método qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Os resultados fazem parte de um fragmento do projeto de pesquisa de uma tese intitulada “Condições e modo de vida das pessoas idosas em situação de rua”. A população pesquisada compreendeu 19 PISR do município de POA e para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas com gravação simultânea. Para análise dos dados, as respostas foram transcritas e analisadas à luz do referencial teórico e discutidos pela análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Para responder o objetivo geral deste estudo, foi utilizado como referencial teórico o modelo conceitual de HORTA (HORTA, 1979), utilizando os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (NANDA, 2010), as Intervenções de Enfermagem da NIC (BULECHEK; BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010), além dos Resultados de Enfermagem da NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS e SWANSON, 2010).

Compartilhar este estudo com os demais profissionais de enfermagem é relevante para discutir sobre o processo de enfermagem focado na área psicossocial, contribuindo com a quebra de paradigmas e para a desestigmatização do psicobiológico, sobrepondo-se às demais áreas cooperas para o crescimento profissional, possibilitando novos olhares e formas de atuação profissional em enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo que utilizou o método qualitativo do tipo exploratório-descritivo, realizado através de entrevista semiestruturada com gravação simultânea das respostas. A população de idosos em situação de rua em Porto Alegre compreende 120 pessoas (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS e SWANSON, 2010), mas para a amostra deste estudo foram investigados 19 idosos desse total e que fazem parte de um projeto de tese. O período de coleta de dados ocorreu entre

outubro de 2015 a abril de 2016. Os sujeitos foram selecionados por amostragem aleatória simples e o fechamento amostral por saturação teórica.

Pessoas em situação de rua podem ser conceituadas como um “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular” (BRAGA e CRUZ, 2003).

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que referiram fazer da rua sua habitação (temporária, intermitente ou definitiva) e que foram encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços FASC oferecidos à população de rua.

Foram incluídas no estudo pessoas com sessenta anos ou mais, em situação de rua, dos sexos feminino e masculino e em atendimento na FASC; por outro lado, foram excluídas as pessoas sem condições de responder ao instrumento, ou impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, devido a estarem dormindo, apresentarem agressividade ou desorientação.

A coleta de dados se deu através das respostas dos sujeitos da pesquisa à entrevista e da gravação simultânea dos diálogos. Considerando que o processo de enfermagem é realizado a partir da coleta de dados e do exame físico, este último foi realizado sucintamente devido à ausência de local adequado para garantir a privacidade e também pela resistência dos pesquisados a aproximação física. Os dados foram posteriormente transcritos, analisados e discutidos à luz do referencial teórico pela análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A partir disso, confeccionou-se um quadro com os diagnósticos de enfermagem comum a todos os sujeitos da pesquisa.

A análise qualitativa (BARDIN, 1977), fundamentada ocorreu em cinco etapas. Na primeira etapa foi realizada uma pré-análise com uma leitura geral do material transcrito e, em seguida, o material foi codificado com recortes, estabelecendo categorias que se diferenciavam para então serem agrupadas as unidades de registro de categorias comuns de diagnósticos de enfermagem como: dentição prejudicada, risco de contaminação, risco de lesão, intolerância à atividade, enfrentamento comunitário ineficaz, interação social prejudicada, baixa autoestima e ansiedade.

Em seguida, foi realizado o agrupamento progressivo das categorias (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2016) a partir do qual foram identificadas as palavras chave que deram origem às categorias intermediárias (SILVA e FOSSÁ, 2013) e finais propostas pelo método de análise de dados. As categorias intermediárias foram integridade cutaneomucosa, segurança física/meio ambiente, atividade física, gregária, autoimagem/autoestima/auto aceitação e segurança emocional resultando nas categorias finais psicobiológica e psicossocial.

A terceira fase compreendeu o tratamento de resultados, inferência e interpretação do material (SILVA e FOSSÁ, 2013)

Este estudo seguiu a resolução 466/12 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da PUCRS e pelo CEP através do CAAE 46772315.0.0000.5336.

RESULTADOS DO PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, *organizada em fases*, com o objetivo de orientar o cuidado profissional e de promover a qualidade no cuidado prestado. Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o PE se organiza em cinco etapas: (I) Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); (II) Diagnóstico de Enfermagem; (III) Planejamento de Enfermagem ;(IV) Implementação; e (V) Avaliação de Enfermagem.

Na primeira etapa do PE, foi levantado, através do histórico de enfermagem, que os idosos em situação de rua apresentam, em 100% dos achados, diagnósticos de enfermagem relatados nos quadros abaixo (1 e 2) por categorias psicobiológicas e psicossociais. Considerando as 19 pessoas idosas em situação de rua entrevistadas, foram agrupados os diagnósticos de enfermagem e listados apenas aqueles que apareceram em todos os casos pesquisados. Os problemas de enfermagem e colaborativos apareceram diretamente ligados às necessidades humanas básicas ou indiretamente ligados à saúde mental e qualidade de vida, sendo que exigem soluções complexas para aumentar o apoio e acolhimento eficaz a estes indivíduos, a fim de garantir-lhes seus direitos fundamentais pelo Estado.

Os problemas de enfermagem encontrados nos idosos em situação de rua incluem diagnósticos psicossociais, biológicos, espirituais e sociais. Os diagnósticos sociais ocupam um importante espaço deste trabalho, já que são os causadores dos diagnósticos que necessitam intervenções para resolução de todos os demais diagnósticos.

Pretende-se apresentar o plano assistencial aplicado às pessoas idosas em situação de rua. O plano assistencial segue o modelo proposto por Wanda Horta (HORTA, 1977) divididos em categorias e segue os sistemas de classificação NANDA, NIC e NOC para efetivação do Processo de enfermagem (ver Quadro 1).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)
<p>1.DENTIÇÃO PREJUDICADA relacionada a barreiras ao autocuidado, déficits nutricionais, falta de acesso a cuidados profissionais evidenciado por dentes estragados, falta de alguns dentes. Categoria: Psicobiológicas Subcategoria: Integridade cutaneomucosa</p>	Higiene oral	<p>Promoção da saúde oral Orientar sobre a necessidade de uma rotina diária de cuidados orais Orientar a pessoa a escovar os dentes, as gengivas, a língua e enxague bucal Monitorar mucosa oral regularmente Encaminhar para consultas dentárias, quando necessário.</p>
<p>2.RISCO DE CONTAMINAÇÃO relacionado a viver na pobreza (falta de acesso e cuidados a saúde e dieta insatisfatória). Categoria: Psicobiológicas Subcategoria: Segurança física/meio ambiente</p>	<p>Autocuidado: banho e higiene Comportamento de segurança pessoal Controle de risco</p>	<p>Examinar a pele quanto a irritação, fissuras, lesões, joanetes, calos, deformações e edemas Monitorar pernas e pés quanto a edemas</p>
<p>3.RISCO DE INFECÇÃO relacionado a exposição ambiental aumentada a patógenos, desnutrição, defesas primárias (pele) e secundárias (diminuição hemoglobina) inadequadas. Categoria: Psicobiológicas Subcategoria: Segurança física/meio ambiente</p>	<p>Controle de risco: DSTs Controle de risco comunitário: doenças contagiosas Controle de risco: processo infeccioso Integridade tissular: pele e mucosa</p>	<p>Proteção contra infecção Monitorar a vulnerabilidade a infecções Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção Examinar a pele e mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem</p>
<p>4.RISCO DE LESAO relacionado a má nutrição. Categoria: Psicobiológicas Subcategoria: Segurança física/meio ambiente</p>	<p>Comportamento de segurança pessoal Controle de riscos</p>	<p>Supervisão da pele Observar extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações Monitorar cor e temperatura da pele Monitorar pele quanto a ressecamento e umidade excessivos Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões</p>
<p>5-NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS (relacionado a fatores econômicos evidenciado pelo relato de ingestão menor do que a porção diária recomendada)</p>	<p>Autocuidado: alimentação Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos Peso: massa corpórea Ganho de peso Estado nutricional: energia Hidratação</p>	<p>Terapia nutricional Assegurar a disponibilidade de dieta terapêutica progressiva</p>
<p>6-RISCO DE DESIQUILÍBRIO NA TEMPERATURA CORPORAL (Relacionado a desidratação, exposição a ambientes frios e quentes, extremo de idade, roupas inadequadas para temperatura ambiental)</p>	<p>Promover a ingestão adequada de líquidos e nutrientes Ensinar o paciente idoso à prevenção a hipotermia por exposição ao frio</p>	<p>Controle de riscos para hipotermia e hipertermia Hidratação</p>

Quadro 1: Planejamento da assistência de enfermagem à PISR/Categoria Psicobiológica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

O Quadro 2, abaixo, apresenta o plano de assistência com os diagnósticos de enfermagem da categoria psicossocial.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS (NOC)	INTERVENÇÕES (NIC)
<p>1. ENFRENTAMENTO COMUNITARIO INEFICAZ relacionado a deficiência nos recursos de apoio social da comunidade e recursos inadequados para a resolução de problemas evidenciados por situações relacionadas a vulnerabilidade social e econômica Categoria: Psicossocial Subcategoria: Gregária</p>	<p>Competência na comunidade Controle de riscos comunitários: violência</p>	<p>Melhora da socialização Encorajar melhoria do envolvimento nas relações já criadas Encorajar atividades sociais e comunitárias Facilitar a participação em grupos Solicitar e esperar a comunicação verbal</p>
<p>2. INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA relacionada a barreiras de comunicação e ausência de pessoas significativas evidenciada por desconforto em situação social e interação social limitada. Categoria: Psicossocial Subcategoria: Gregária</p>	<p>Envolvimento social</p>	<p>Terapia de recordações Disponibilizar o tempo adequado Identificar, com o paciente, um assunto para cada sessão Encorajar a expressão verbal de sentimentos positivos e negativos de eventos passados Encorajar o paciente para escrever para velhos amigos ou parentes</p>
<p>3. BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL relacionada a fracassos, mudança no papel social evidenciado por expressões de desamparo e verbalizações auto negativas. Categoria: Psicossocial Subcategoria: Autoimagem/autoestima/aceitação</p>	<p>Autoestima</p>	<p>Melhora da imagem corporal Ajudar o paciente a discutir as mudanças causadas pelo envelhecimento, conforme apropriado Ajudar o paciente a identificar ações que melhorem a aparência Determinar se alguma mudança na imagem corporal contribui para o aumento do isolamento social</p>
<p>4. ANSIEDADE relacionada ao ambiente (ameaça ao estado de saúde e situação econômica, estresse) evidenciada por preocupações expressas em razão de mudanças em eventos da vida, produtividade diminuída, desamparo aumentado e persistente, incerteza, preocupado. Categoria: Psicossocial Subcategoria: Segurança emocional</p>	<p>Enfrentamento</p>	<p>Redução do estresse por mudança Estimular o uso de estratégias de enfrentamento Avaliar a necessidade/desejo individual de apoio social Avaliar os sistemas de apoio disponíveis</p>

5.RISCO DE DIGNIDADE HUMANA COMPROMETIDA relacionada a estigmatização, humilhação percebida Categoria: Psicossocial Subcategoria: Segurança emocional	Bem-estar pessoal	*Presença Demonstrar uma atitude de aceitação Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do paciente
6.SENTIMENTO DE IMPOTENCIA relacionado ao estilo de vida de desamparo evidenciado nas expressões de frustração quanto a incapacidade de realizar tarefas/atividades anteriores, raiva, ressentimento e expressões verbais de não ter controle sobre situações e resultados Categoria: Psicossocial Subcategoria: Segurança emocional	Crenças de saúde: percepção da capacidade de desempenho	Ser sensível as tradições e crenças Ficar fisicamente presente sem esperar reações interativas Estabelecer uma preocupação de confiança e positiva Escutar as preocupações do paciente Promover suporte social Proporcionar a dignidade Encorajar maior envolvimento nas relações estabelecidas; Proteger seus direitos; Envolver as pessoas significativas para o paciente em suas atividades sociais;
7.SOFRIMENTO MORAL relacionado a conflitos culturais e perda da autonomia evidenciada por expressões de angústia Categoria: Psicossocial Subcategoria: Segurança emocional	Satisfação do cliente: proteção dos direitos	Providenciar privacidade para comportamento espiritual; Estimular as atividades sociais e comunitárias.

Quadro 2 - Planejamento da assistência de enfermagem à PISR/Categoria Psicossocial. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: criado pelo autor, fundamentado em NANDA, NIC e NOC.

*As intervenções (NIC) do diagnóstico 5,6 e 7 , do quadro 2, acima, são as mesmas.

A Figura 1, a seguir, representa as categorias e suas subcategorias de acordo com os diagnósticos encontrados.

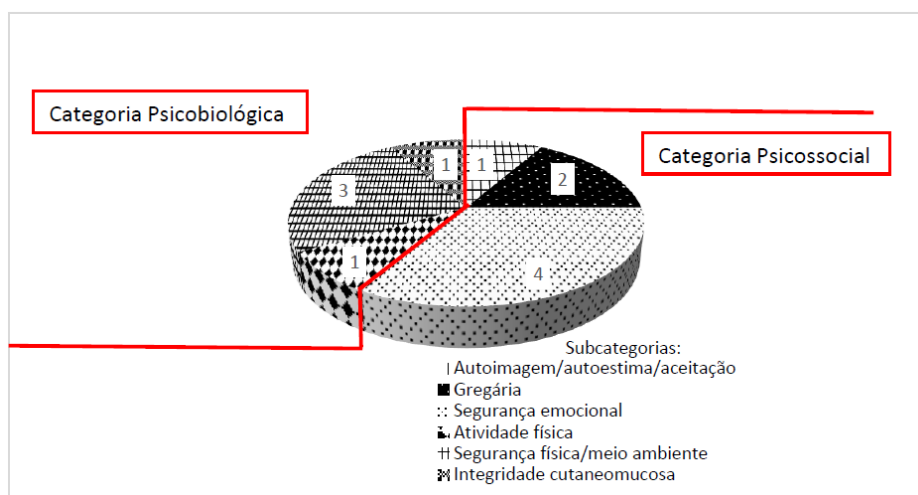


Figura 1 - Categorias e Subcategorias por Diagnóstico para PISR. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: Mattos (2017).

DISCUSSÃO

O plano de cuidados foi realizado a partir da coleta de dados, a partir da qual foram detectadas inúmeras necessidades que vinham trazendo prejuízo às PISR como, por exemplo, a dificuldade para deambular, classificada como diagnóstico de enfermagem sob o título de Intolerância à atividade relacionada à fraqueza generalizada evidenciada por desconforto aos esforços, relato verbal de fadiga e fraqueza. Essa condição fragiliza ainda mais a condição da pessoa em situação de rua, já que por esse motivo há um impedimento de realização de trabalhos que poderiam lhes auxiliar na obtenção de renda.

Diante dos vários problemas levantados, identificaram-se doze diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia II da NANDA (NANDA, 2010). Desse total, cinco pertencem à área psicobiológica e sete à psicossocial.

Seguido dos diagnósticos de enfermagem, foi elaborado o planejamento da assistência de enfermagem, utilizando as intervenções segundo a classificação da NIC (BULECHEK, BUTCHER e DOCHTERMAN, 2010) que pudessem levar a resultados, de acordo com a classificação da NOC (MOORHEAD, JOHNSON, MAAS e SWANSON, 2010), conforme pode ser visto no quadro 1 e 2.

Os diagnósticos de enfermagem descritos na tabela apresentam intervenções (NIC) e resultados esperados (NOC) possíveis de serem realizados de acordo com a realidade destes sujeitos, desde que ocorra a transdisciplinaridade e a efetivação da garantia dos direitos do cidadão pelo estado, em especial a partir do empenho dos profissionais de saúde referenciados para atendimento dessa população. As ações, em sua maioria, condizem com os serviços de atenção básica de saúde, as quais espera-se que estejam acessíveis para atender a demanda populacional de rua, em especial das pessoas idosas.

A capacitação de profissionais da atenção básica em saúde para atender às PISR se faz indispensável. O Ministério da Saúde colabora neste sentido, de forma que publicou inúmeros manuais que tratam sobre esse tema, de modo a orientar, apoiar e estimular a rede de saúde para atender a essa demanda. Entre os manuais publicados, podemos mencionar o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) e Saúde da população em situação de rua: um direito humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Também é importante ressaltar que as ações precisam ser incorporadas pelas demais secretarias municipais, estaduais e ministérios. A ação conjunta da área da saúde, da assistência social, do setor de habitação e demais setores nas três esferas do governo são fundamentais para dar conta de toda a demanda complexa de necessidades, num contexto multidisciplinar.

O quadro 2 apresenta o plano de assistência com os diagnósticos de

enfermagem da categoria psicossocial. Nessa categoria foram enumerados sete principais diagnósticos comuns à população pesquisada, apresentando maior número de diagnósticos comuns do que na categoria psicobiológica. Contudo, essa categoria exige maior complexidade de ações e intervenções interdisciplinares para atingir os resultados esperados.

Os diagnósticos de enfermagem apresentados nesse quadro envolvem intervenções que necessitam de ações de saúde e intersetoriais para intervir corretamente e auxiliar os sujeitos. Os resultados esperados são a longo prazo, por meio de tratamentos contínuos com grupos e terapias de apoio, empenho profissional e da comunidade, programas sociais, atendimento terapêutico especializado e apoio de uma equipe multiprofissional, envolvidos para um bom acolhimento com relação de vínculos e empatia.

As necessidades humanas básicas são classificadas em psico-biológicas, psicossociais e psico-espirituais (UBALDO, 2012). Essas necessidades são consideradas os entes da enfermagem e são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Tais desequilíbrios no ser humano exigem do enfermeiro uma assistência profissional e são denominados “necessidades afetadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A figura 1 apresenta um gráfico com as categorias e subcategorias dos diagnósticos de enfermagem encontrados na população pesquisada. Nota-se maior quantidade de diagnósticos na categoria psicossocial do que psicobiológica, reforçando a necessidade do olhar holístico sobre o paciente para atender a todas as suas necessidades, pois uma categoria está atrelada e influenciando na outra, ou seja, enquanto não houver equilíbrio e satisfação psicossocial isto poderá influenciar na esfera biológica, ocasionando limitações, dores ou patologias.

A teoria de Wanda Horta reforça três leis que regem os fenômenos universais. O equilíbrio (mantém o universo equilibrado entre seus seres), estar saudável (ter suas necessidades equilibradas dinamicamente) e doença (processo resultante do desequilíbrio entre essas dimensões). Tal teoria aponta para uma concepção de ser humano multidimensional (ZANETTI, MARZIALE e ROBAZZI, 2019), dessa forma, considerando a figura 1, é perceptível o quanto a PISR necessita desses cuidados. A categoria psicossocial aparece afetada e é tão importante quanto a psicobiológica, o que aponta para a necessidade de mudança no paradigma comum da enfermagem. Esse paradigma está atualmente centrado na biomedicina, ainda que haja indícios de uma maior adequação e eficiência a partir de uma abordagem multidimensional. Além disso, acredita-se que esse paradigma possa ser um dos motivos da escassez de trabalhos de enfermagem com a PISR.

Ainda neste gráfico é possível observar que a subcategoria mais afetada entre

as PISR é a segurança emocional seguido da segurança física/meio ambiente. Vivenciar diariamente e constantemente situações de violência física e psicológica, como agressões físicas, risco de homicídio e de abuso, bem como agressões verbais e psicológicas, podem levar o indivíduo a sofrer doenças psíquicas, afetando sua saúde mental, como é observado em grande parte das PSR (PREARO, GONÇALVES, VINHANDO e MENEZES, 2011).

Configurando sua identidade, a partir destes valores, acaba acarretando agravos na saúde física e mental. Justamente uma etapa na qual a própria humanidade lhe é negada. O cidadão em situação de rua não é visto como um igual, como integrante da mesma espécie, apenas não é visto, como se fosse coisa. Como analisamos, o indivíduo pode apropriar-se das representações sociais e passar a ver-se como um objeto, uma peça sem vontade própria (MATTOS e FERREIRA, 2004).

Outras subcategorias afetadas são a gregária, autoimagem, atividade física e integridade cutaneomucosa. A categoria gregária, que apareceu em 2 diagnósticos, significa a capacidade de participação em grupo, o que aparece afetado nas PISR, possivelmente resultado do isolamento resultante do rompimento das relações familiares e afetuosas já vivenciados. A autoimagem afetada diz respeito à maneira como as PISR se vêm inúteis e incapazes de garantir o próprio sustento; a integridade cutaneomucosa também é afetada pelo estilo de vida que levam expostos a variações climáticas extremas e pelo contato com lixos contaminados e cortantes; e a atividade física é afetada pelas queixas de cansaço e incapacidades - decorrentes do envelhecimento - para realizar atividade que faziam quando jovens.

O segundo problema de saúde (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2016) mais citado foi “problemas nos dentes”, com 47,8% de respostas “sim” e, em terceiro lugar, aparecem as “dores no corpo”, com 43,7%. Esses dados apontam para uma maior percepção de adoecimento e de posse de problemas de saúde, em relação às pesquisas anteriores e corrobora com o aumento da percepção de doenças ou problemas de saúde em quase todas as categorias investigadas, à exceção das doenças de pele, que diminuíram percentualmente quase 50% em comparação com os dados de 2007-8.

Tais dados reforçam os diagnósticos encontrados nas PISR, ou seja, a saúde bucal é um importante fator de saúde afetado encontrado nos diagnósticos e, por isso, requer do profissional enfermeiro a prática de promoção da higiene bucal, encaminhando o paciente para os serviços de referência para que possa receber o acompanhamento adequado e materiais de higiene para a sua utilização. Outro fator relevante encontrado são as dores no corpo que incapacitam a atividade física e o trabalho. A enfermagem poderia orientar e acompanhar a administração de analgésico e anti-inflamatório, fisioterapia, nutrição e proteção à exposição climática acolhendo em moradias diárias e noturnas, além da assistência à saúde na atenção

básica e hospitalar tratando as patologias.

A assistência metódica e sistemática permite uma melhor organização do trabalho e dos cuidados dispensados, proporcionando, durante a implementação das ações, a avaliação dos resultados e, sempre que necessário, a modificação ou finalização de algumas intervenções (ALMEIDA, LUCENA, FRANZEN e LAURENT, 2011)

Dessa forma, a experiência de implantação do Processo de enfermagem (PE) para as PISR possibilitou organizar e cientificar a assistência de enfermagem para essa população específica, bem como identificar dificuldades do atendimento em rede. Com a sistematização da assistência, é possível mapear de forma objetiva as ações a serem implementadas. Por outro lado, também é possível perceber a dificuldade de implementar tais ações, já que necessitam do apoio de toda rede profissional de diversas áreas e esferas do governo.

O apoio dos profissionais para a efetivação do plano assistencial é fundamental. A rede de atenção multidisciplinar e governamental apresenta inúmeras falhas e resistências que ainda não contribuem com a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do Processo de Enfermagem para pessoas idosas em situação de rua permitiu visualizar de forma organizada e sistematizada as necessidades dessa população quanto à assistência de enfermagem. Fica evidente a impossibilidade de uma assistência única e disciplinar perante tantas necessidades complexas e multidisciplinares. A assistência de enfermagem necessária e resolutiva para o caso necessita implementar ações conjuntas com as demais áreas como assistência social e habitação, dentre outras, via as três esferas governamentais.

Sugere-se o aumento da produção científica de processo de enfermagem aplicado às PISR. A pesquisa e a publicação sobre o tema poderão trazer benefícios para a população referida, tornando conhecidas as facilidades e as dificuldades do processo para enfermeiros e demais profissionais para que assim possam servir de exemplo para nortear ações efetivas nas diferentes esferas do governo e melhorar a qualidade de vida das PISR.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que profissionais de enfermagem possam refletir sobre a aplicação do processo de enfermagem como um instrumento sistemático. Essas questões devem transcender a reflexão para a atividade prática organizada, científica e de qualidade, abrindo caminhos para a prática do processo de enfermagem, fortalecendo a rede de apoio e qualificando a assistência.

Número do edital ao qual a pesquisa está vinculada: 46772315.0.0000.5336

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [internet]*. 2017. [acesso em 2018 abril 5]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>

MAC, Natalino. Estimativa da população de rua no Brasil [Internet]. 2016. [acesso em 18 abril 4]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf

GHIRARDI, M.I.G.; LOPES, S.R.; BARROS, D.D.; GALVANI, D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface comun. saúde educ.* [Internet] 2005;9(18) [acesso em 2016 maio 5]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300014>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Fundação de Assistência Social e Cidadania. Assessoria de Vigilância Socioassistencial e Planejamento. Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre [Internet]. 2016. [acesso em 2018 abril 5]. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/15122016-pesquisa_fasc.pdf

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BR). Secretaria de Assistência Social. Departamento de Gestão. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.

NANDA International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Fundação de assistência social e cidadania. *Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. Relatório final*. Porto Alegre, RS: Fundação De Assistência Social e Cidadania; 2016.

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. *Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos*. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília/DF - 3 a 5 de novembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília, DF : Ministério da Saúde; 2014.

ZANETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. Rev. Gaúcha Enfermagem. [Internet] 1194;12(15). Disponível: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4040/42904>>. Acesso em 20 de agosto de 2019.

UBALDO, Isabela. O diagnóstico de enfermagem da NANDA internacional na sistematização da assistência da enfermagem clínica médica de um hospital universitário [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

PREARO, C.; GONÇALVES, L.S.; VINHANDO, M.B.; MENEZES, S.L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. Arquivos de Ciências da Saúde. [Internet] 2011; 18 (20). Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-18-1/IDS%203%20-%20jan-mar%202011.pdf.

MATTOS, R.M.; FERREIRA, R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. Psicologia & Sociedade; [Internet] 2004; 16 (2). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>

BRAGA, C.G.; CRUZ, D. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet] 2003;11(2). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000200016&script=sci_abstract&tling=pt.

ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F.; FRANZEN, E.; LAURENT, M.C. Processo de enfermagem na prática clínica. Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319p.;23cm.

PERFIL DOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Data de aceite: 18/11/2018

Priscilla de Oliveira Reis Alencastro

Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
Santa Maria - RS

Marco Aurélio de Figueiredo Acosta

Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
Santa Maria - RS

RESUMO: A evolução da sociedade moderna transformou as relações sociais e interpessoais, bem como o estilo de vida dos indivíduos, dificultando a compreensão do processo de envelhecimento pelas pessoas. Essas mudanças influenciam de maneira direta o processo de aposentadoria. Pensando nisso, o objetivo deste trabalho foi identificar a procura dos servidores por um Programa de Preparação para Aposentadoria (PPA) de uma Universidade Pública do interior do Rio Grande do Sul. Este estudo é considerado qualitativo, descritivo a partir da análise documental, o qual teve como período de coleta de dados de janeiro a março de 2017, utilizando dados fornecidos pela própria instituição. Após a análise dos dados foi possível identificar que apesar da pouca disponibilidade de vagas para participação no

programa, diante do número de servidores da instituição, nem todas as edições preencheram o número de vagas. Nem todos os inscritos concluem as atividades propostas, dos Docentes inscritos, 90% concluíram as atividades, já os Técnicos Administrativos em Educação (TAE) o índice de conclusão fica em torno de 80%. A maior procura para participação dos eventos do programa é dado por mulheres (75%) e por TAE (90% dos inscritos). O presente estudo apresenta dados parciais de uma pesquisa de Mestrado, a qual evidencia a necessidade de mais estudos relacionados à temática para maior compreensão do universo da retirada do mundo do trabalho. Deste modo, considera-se importante os PPA's e suas avaliações periódicas, para que tenham seus objetivos alcançados e o servidor encare a aposentadoria como um momento de descoberta de novas oportunidades.

PALAVRAS-CHAVE: Aposentadoria; Programa de Preparação; Serviço Público.

PROFILE OF PARTICIPANTS IN A RETIREMENT PREPARATION PROGRAM AT A FEDERAL PUBLIC UNIVERSITY

ABSTRACT: The evolution of modern society has transformed social and interpersonal

relationships, as well as the lifestyle of individuals, making it difficult for people to understand the aging process. These changes directly influence the retirement process. With this in mind, the objective of this study was to identify the demand of the servers for a Retirement Preparation Program (PPA) of a Public University in the interior of Rio Grande do Sul. This study is considered qualitative, descriptive from the documentary analysis, which The data collection period was from January to March 2017, using data provided by the institution itself. After analyzing the data it was possible to identify that despite the low availability of vacancies to participate in the program, due to the number of employees of the institution, not all editions filled the number of vacancies. Not all registrants complete the proposed activities, 90% of the professors enrolled completed the activities, while the Administrative Technicians in Education (TAE) the completion rate is around 80%. The highest demand for participation in program events is from women (75%) and TAE (90% of registrants). This study presents partial data from a Master's research, which highlights the need for further studies related to the theme for a better understanding of the universe of withdrawal from work. Thus, PPAs and their periodic evaluations are considered important, so that they have their goals achieved and the server faces retirement as a time to discover new opportunities.

KEYWORDS: Retirement; Preparation Program; Public service.

1 | INTRODUÇÃO

A grande importância dada socialmente para a atividade laboral pode ser justificada ao fato de às pessoas passarem grande parte do seu dia neste ambiente, e com isso muitas vezes estabelecer sua identidade diante à sociedade, seu papel ocupacional e, na maioria das vezes, sua única rede de relações. Além disso, possui a importância de ser um meio de estar presente no processo produtivo da humanidade.

Dentre as transições relacionadas ao trabalho, para Murta et.al.(2014), a aposentadoria tem sido uma das mais discutidas em diferentes segmentos da sociedade, considerando pesquisadores de diferentes áreas, profissionais de gestão e formuladores de políticas públicas tanto em relação a saúde do trabalhador como sobre o envelhecimento. A legislação brasileira atualmente prevê a contribuição mensal do trabalhador para o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) para possibilitar receber um salário conhecido como aposentadoria, após o cumprimento de regras específicas de contribuição. Neste cenário, há a perspectiva de que todo o trabalhador venha a se aposentar, e esse fato pode proporcionar ao trabalhador a perda de sua referência na perspectiva do *status* econômico, social e até mesmo de lazer.

Nesse sentido é importante ressaltar aos trabalhadores a necessidade de

se pensar no processo de envelhecimento e conseqüentemente no momento da aposentadoria. Apesar da preparação para a aposentadoria ser uma responsabilidade individual diversas instituições podem atuar como agentes facilitadores, fornecendo estímulo e apoio ao trabalhador no planejamento de seu futuro (FONTOURA; DOLL; OLIVEIRA, 2015, p. 76). De acordo com políticas vigentes hoje em nosso país, é responsabilidade de empresas ou outras instituições promoverem ações que visem a promoção de saúde de seus colaboradores, bem como promover Programas de Preparação para Aposentadoria (PPA).

Os PPA's promovidos pelas empresas, por instituições de ensino ou outras entidades adquirem grande importância para melhor enfrentamento deste momento. Conforme França e Soares (2009), eles podem facilitar o bem-estar de futuros aposentados por enfatizarem os aspectos positivos e oportunizarem a reflexão sobre os aspectos negativos da transição, bem como a discussão de alternativas para lidar com eles. Pode ser oportunizado, a partir dos PPAs, o acesso a informações e a adoção de práticas e estilos de vida que promovam a saúde, igualmente afirmar que este pode ser o momento para (re) construir os projetos de vida a curto, médio e longo prazo, priorizando os interesses e as atitudes que precisam ser tomados para adaptarem-se à transição e ao período após desligarem-se do trabalho, pode ser (FONTOURA; DOLL; OLIVEIRA, 2015, p. 72).

Com isso, após dedicar anos para preparação ao mundo do trabalho e de uma longa jornada de trabalho, o indivíduo se depara com a aposentadoria a qual lhe impõe mudanças na dinâmica de vida, que nem sempre está preparado para enfrentá-la (PACHECO e CARLOS, 2013). Pensando nisso, o objetivo deste trabalho foi identificar a procura dos servidores por um PPA de uma Universidade Pública do interior do Rio Grande do Sul.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo utilizou a abordagem qualitativa, a qual busca produzir “resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação” (STRAUSS e CORBIN, 2008, p.23), além de enfatizar a importância das informações que podem ser analisadas a partir de uma olhar cuidadoso e crítico. O tipo de estudo descritivo, para Gerhardt e Silveira (2009), visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo de determinada realidade. A análise de documentos busca identificar informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa (FERNANDES e SOARES, 2012), por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social.

O período destinado para a coleta de dados foi de janeiro à março de 2017, o qual foi solicitado informações dos dados apresentados pela própria instituição estudada. A população deste estudo contempla os servidores públicos de uma Universidade Pública do interior do Rio Grande do Sul, os quais participaram do PPA oferecida pela Instituição de Ensino Superior (IES). Consideram-se servidores neste estudo Técnico Administrativos em Educação (TAE) e Docentes (D). Os documentos analisados foram o projeto de implantação do programa, relatórios e tabelas elaboradas pelos organizadores dos eventos que contemplam o PPA, além da análise de conteúdo das avaliações de reação dos participantes do evento, elaborado pelos organizadores previamente.

3 | MUNDO DO TRABALHO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Desde os primórdios, a garantia de sobrevivência e a satisfação de necessidades humanas estão intimamente relacionadas ao trabalho – ainda que a história tenha trazido diferentes arranjos, modos de produção, ferramentas e tecnologia de toda natureza - o trabalho mantém papel preponderante no provimento da subsistência (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016). Nesse sentido, o ganho financeiro, fruto do trabalho, é associado também à perspectiva de conquistas, de independência e de autonomia, vinculada ao presente e ao futuro por meio do progresso profissional e da conquista de sonhos (CRUZ; TAGLIAMENTO; WANDERBROOKE, 2016).

Na busca pela etimologia da palavra trabalho, Larousse (1982 *apud* VIEIRA, 2009) refere-se sobre a origem latina *tripalium* que quer dizer: instrumento de tortura feito com três paus, enfatizando deste modo uma conotação negativa para o mesmo. Para Marx e Hengel, o desenvolvimento humano está ligado ao trabalho, pois é a partir dele que é possível transformar-se (VIEIRA, 2009). O trabalho é considerado “um mediador de integração social sendo pelo valor econômico (sustento) ou pelo aspecto cultural (simbólico) atribuído, tendo papel importante na constituição da subjetividade, no modo de vida e conseqüentemente na saúde física e mental” (MIRANDA et al., 2009, p. 712). Tendo em vista que na maioria das vezes, a única rede de relações se estabelece no ambiente laboral, além de ser também um meio de estar presente no processo de produtividade da humanidade (MOEHLECKE et al., 2013).

O trabalho é mais que o ato de trabalhar ou de vender a força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e sua rede de significados. (LANCMAN, p.31, 2008)

Considerando que o trabalho faz parte das ocupações humanas, ele se torna um meio de expressar sua identidade, sendo assim, ao se perder os papéis ocupacionais, pode-se também perder o sentido de identidade construída ao longo da vida. A transição da vida laboral para a aposentadoria pode acarretar lutos referentes à vida profissional, para isso a importância de programas que atuem com a intenção de auxiliar nesse processo (BARBOSA; TRAESEL, 2013). O afastamento do trabalho em decorrência da aposentadoria, para Kegler e Macedo (2015), culmina com alterações da rotina e no convívio social, precarizando ainda mais a capacidade de resiliência dos aposentados.

O Brasil é um dos países cuja população tem envelhecido expressivamente, para Felix e Catão (2013), acarretando alterações significativas na dinâmica social, sendo necessário pensar a respeito da manutenção da vida ativa independente. Envelhecer é um processo natural, dinâmico, progressivo, lento e gradual, que dependerá de inúmeros fatores como: genético, biológico, social, ambiental entre outros (VILELA e PAULIN, 2014). O processo de envelhecimento e a aposentadoria são compreendidos por Felix e Catão (2013), de modo que não ocorrem isoladamente, as concepções socialmente construídas de ambos poderão interferir no modo de experienciar esta nova fase pelos indivíduos.

A criação dos sistemas de aposentadoria como instituição, para Silva (2008), traz algumas consequências para a população como a gestão da velhice por agentes especializados. A autora ainda afirma que com o surgimento da terceira idade surge a inversão de valores, repotencializando o velho diante da aposentadoria, não estando mais em isolamento e decadência, mas a possibilidade de conviver socialmente e buscar outras formas de realização.

4 | PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA APOSENTADORIA

A preparação para aposentadoria deve ser oferecida pelas organizações, garantindo a liberdade de escolha de seus colaboradores, para França e Soares (2009), os futuros aposentados devem ser estimulados a realizar atividades que estimulem diferentes aspectos como intelectuais, sociais e de lazer. Os autores ainda afirmam que tais conteúdos devem estar inseridos em projeto de vida, no qual o próprio aposentado ou prestes a se aposentar estabelecerá as suas prioridades.

Além disso, essa preparação deverá estar pautada na construção de um projeto de vida em uma nova fase, auxiliando a pessoa a se apropriar de seus desejos, motivações e reais possibilidades na busca de ser feliz. Pela maturidade já alcançada, esse projeto, indubitavelmente, inclui o envolvimento e o compromisso com ações construtivas para a sociedade. (FRANÇA e SOARES, p. 749, 2009)

Os PPAs surgiram na década de 50 nos EUA com intuito “de implementar uma política social dirigida aos trabalhadores na fase de desengajamento do processo produtivo” (BRANDÃO, p.241, 2011). Pensar no campo gerontológico no Brasil, especialmente relacionado aos PPAs, exige considerar a influência do Serviço Social do Comércio (SESC), que no início dos anos 70, desenvolveram cursos de Preparação para Aposentadoria e de divulgação científica sobre saúde no envelhecimento, além de atividades educacionais e de lazer (GUARIENTO, et.al., 2011).

Em busca de promover o bem-estar dos aposentados, os PPAs enfatizam as questões positivas relacionadas à aposentadoria, além de permitir um espaço que possibilite refletir sobre aspectos negativos e discutir sobre alternativas de enfrentamento desta transição (VILELA e PAULIN, 2014). Durante o percurso da vida a atividade laboral pode servir como referencia ou não para os indivíduos buscarem novas oportunidades diante da aposentadoria e da oportunidade da construção de um novo projeto de vida.

A construção ou reconstrução do Projeto de Vida pode ser vista como uma ferramenta para lidar com essa nova fase da vida dos seres humanos, pois os processos de construção desse Projeto e os seus objetivos, tanto individual quanto coletivamente, configuram-se na busca pela felicidade, realizações e o afastamento do sofrimento, trazendo logicamente as impressões sócio, históricas e culturais do vivido desses indivíduos. (FELIX e CATÃO, p.423, 2013)

Além da proposta de intervenção pré-aposentadoria, há ainda a possibilidade de treinamentos pós-aposentadoria, tais propostas, segundo Costa, Mesquita e Rocha (2016), auxiliam na reflexão e revisão de vida que possibilita as pessoas “traçar uma perspectiva de vida futura mais estimulante” (p.1582), tornando-se pessoas mais realizadas na maturidade. No Brasil, a legislação atualmente prevê a contribuição mensal do trabalhador para o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) para possibilitar receber um salário conhecido como aposentadoria, após o cumprimento de regras específicas de contribuição. Diante deste cenário há a perspectiva de que todo o trabalhador venha a se aposentar.

Os servidores públicos brasileiros, possuem sistema previdenciário próprio, presente no Artigo 201 da Constituição Federal brasileira a qual prevê o Regime Geral da Previdência Social. A Lei 8.112 de 11 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico de servidores públicos da União, considera três tipos de aposentadoria, são elas: I. aposentadoria por invalidez; II. aposentadoria compulsória; III. aposentadoria voluntária podendo esta ser por idade e tempo de serviço (BRASIL, 1990). Para Brandão (2011, p.245) “parte-se do suposto que a aposentadoria é um direito conquistado e que está na base da seguridade social do servidor, lhe garantindo proteção na fase da vida em que este se desengaja do processo produtivo.”

A aposentadoria e a saída do mundo do trabalho são, de fato, acontecimentos impactantes na vida das pessoas, exigindo uma série de novas aprendizagens e reorganizações. Por outro lado, fica evidente que existem muitas formas de experimentação deste processo pelas pessoas (FONTOURA; DOLL; OLIVEIRA, 2015). Corroborando com o que afirma Debert (1999), Zantinge et al. (2013), FRANÇA et.al (2013), os quais se referem à aposentadoria como um processo, a transição da vida adulta marcado por mudanças acompanhadas de estilo de vida favoráveis ou desfavoráveis, dependendo do estilo de vida do aposentado.

Apesar de existir políticas públicas que se preocupam com o bem-estar dos trabalhadores durante a jornada de trabalho, e também políticas que propõem a estimulação e criação de programas que visem a preparação para aposentadoria, ainda são poucas as instituições ou organizações que fazem cumprir o que é determinado. Para Brandão (2011), os PPAs possuem potencial para auxiliar os servidores e trabalhadores, ao passo que se criam espaços públicos para discussão, possibilitando estabelecer mediações e estratégias que visem pelos interesses da classe representativa a qual é representado, que possui necessidades específicas.

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) no seu art. 10, dispõe sobre a importância do governo criar e estimular PPAs no mínimo dois anos antes do afastamento do trabalho (BRASIL, 1994), o que é reiterado pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), no seu Capítulo VI – Da Profissionalização e do Trabalho, no seu Art. 28” (BRASIL, 2003). Em 2011, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, criou a Portaria SRH nº1262 de maio de 2010, com objetivo de instituir uma Política de Atenção à Saúde do Servidor- PASS, a qual prevê ações de promoção e assistência à saúde do servidor público federal, além de implementar PPAs, corroborando com a legislação já existente.

Os PPAs, previsto em nossa legislação, nem sempre estão sendo colocados em prática, para Murta (2014, p.2), tais “políticas públicas, se implementadas integralmente, podem facilitar o envelhecer com dignidade”. Infelizmente, ainda é possível encontrar instituições públicas e privadas sem oferecer aos seus colaboradores este serviço de fundamental importância para a manutenção da funcionalidade e maior compreensão desse processo. Diante disso, é preciso considerar a necessidade dos servidores se engajarem em movimentos sociopolíticos junto às entidades representativas, como sindicatos ou associações de aposentados e pensionistas, buscando “manter-se na luta pela defesa e efetivação dos direitos” (BRANDÃO, 2011, p.245).

Neste sentido, Fernandes (2012), afirma que muitas vezes a aposentadoria, mesmo sendo previsível, chega de forma inesperada, trazendo sentimentos contraditórios. Se de um lado a pessoa ganha liberdade e o controle de sua vida, por outro lado surgem os receios e a incerteza quanto ao futuro, gerando ansiedade. “A

mobilização dos aposentados passa também pela possibilidade de, ainda na fase de preparação, formar uma rede de contatos e trocas simbólicas em que a temática da garantia de direitos continue na agenda dos sujeitos.” (BRANDÃO, 2011, p.246)

É preciso compreender o envelhecimento como um processo dinâmico da vida, aposentadoria planejada é, sem dúvida, positivo e relevante para a sobrevivência, pois como afirmam Silva e Rodrigues (2016), possibilita a preparação para ajustes e desordens na vida no decorrer desta etapa. Deste modo, é possível perceber a importância desses programas bem como suas avaliações periódicas, para que tenham seus objetivos alcançados e o servidor encare a aposentadoria como um momento de descoberta de novas oportunidades.

5 | RESULTADOS

O presente estudo apresenta dados parciais de uma pesquisa de Mestrado, a qual evidencia a necessidade de maior estudo relacionada à temática para maior compreensão do universo da retirada do mundo do trabalho. A partir da análise dos documentos acessados foi possível compreender como se dá a estruturação do Programa de Preparação para Aposentadoria, oferecido pela instituição pesquisada, o qual é conhecido como “Transformar o Hoje”. O mesmo foi institucionalizado pela resolução nº 006/2012 de 1º de fevereiro de 2012, surge com o intuito de contextualizar o servidor frente às novas condições de aposentadoria.

Os objetivos do programa visam contemplar a atualização da cultura da aposentadoria diante do contexto social e histórico atual, evidenciando o direito à cidadania dos servidores, considerando que o processo de aposentadoria se dá desde o ingresso do servidor na Instituição. Como metodologia proposta o PPA – “Transformar o Hoje” é constituído por quatro eixos norteadores: I. Aspectos psicológicos aplicados à aposentadoria; II. Aspectos sócio-culturais e de cidadania; III. Saúde; IV. Administração financeira.

Além dos eixos norteadores o programa possui três projetos que compõem o PPA, são eles: o Seminário de Preparação para a Aposentadoria – Transformar o Hoje, o qual teve cinco edições; Curso de Preparação para Aposentadoria, que contou com quatro edições e o Revivência – Encontro de Aposentados, com cinco edições, cada um dos eventos citados ocorrem separadamente, não tendo obrigatoriedade de participação em todos pelos servidores. Atualmente são disponibilizadas aproximadamente oitenta vagas para o Seminário, aproximadamente cinquenta vagas para o Curso e para o Revivência são disponibilizadas aproximadamente duzentas e vinte vagas.

Apesar de se identificar pouca disponibilidade de vagas para participação no programa, diante do número de servidores da instituição, nem todas as edições

atingiram o número máximo de inscritos. Considerando os anos de 2011 à 2016 foram oferecidas um total de quatrocentas (400) vagas para participar do Seminário de Preparação para Aposentadoria, o qual tem carga horária de 8h, das vagas oferecidas 84% foram preenchidas e destas 88% concluíram a participação no evento.

Durante este mesmo período foram oferecidas duzentas (200) vagas para participar do Curso de Preparação para Aposentadoria, o qual contempla carga horária de 32h distribuída em oito encontros de 4h, das vagas oferecidas 42% foram preenchidas e destas 60% concluíram a participação no evento. Há maior destaque para o Revivência, que possui carga horária de 8h, pois além de apresentar o maior número de vagas mil e cem (1100), apresentou 67% das vagas preenchidas e destas teve o maior número de concluintes atingindo 98% de concluintes do evento.

Vale ressaltar que nem todos os inscritos concluíram as atividades a qual se propuseram inicialmente, vale destacar que apesar do PPA ser oferecido para todos os servidores da instituição, contemplando, D e TAE foi possível perceber que a procura pelo serviço é maior entre os TAE (90%) do que entre os D (10%). Desde 2011 até 2016 são 1.141 servidores inscritos, os quais participaram de pelo menos um dos eventos oferecidos, destes 81% concluíram as atividades propostas. Sabe-se que apesar da baixa procura pelo programa, a categoria docente teve um aproveitamento de 90% na conclusão do serviço, já os TAE possuem 80% de concluintes nas atividades.

O programa possui uma avaliação de reação dos participantes, com intuito de proporcionar o aprimoramento do mesmo. Dentre as sugestões relacionadas ao curso, é possível destacar que há o interesse dos servidores na continuidade do curso por todo o ano, além de oportunizar momentos de interação e troca de experiências entre os participantes. Em relação ao seminário, destaca-se o interesse dos participantes na realização de mais de uma vez ao ano, destacando o interesse por assuntos relacionados aos aspectos econômicos e psicológicos advindos da aposentadoria, bem como sugestão de grupos de troca de experiência. Considerando a avaliação realizada no Revivência, os participantes consideraram importante o evento proporcionar mais momentos de trocas de experiência entre os aposentados, bem como atividades mais dinâmicas como alongamento, dinâmicas de grupo

É importante salientar que o objetivo do PPA não é responder a questão de aposentar ou não aposentar, mas de se fazer refletir sobre o processo e ter ciência de suas decisões. Tal colocação corrobora com o que Brandão (2011) e França (2014) salientam, em relação ao principal valor que reside nos PPA's que está centrado em auxiliar na reflexão sobre as mudanças que ocorrem com a aposentadoria. Em todos os eventos e edições ficou evidente a importância de maior divulgação do

programa para que tivesse maior visibilidade e adesão dos servidores.

Em estudo realizado por Murta et.al. (2014), os PPA's em sua maioria, utilizam como didática de seus programas módulos informativos e voltados mais para trabalhadores próximos do advento da aposentadoria. O que é possível identificar nas ações desenvolvidas especificamente para os servidores prestes a se aposentar ou já aposentados. Quem planeja a aposentadoria e estabelece metas para si tem tendência de ser mais controlado em relação às expectativas de futuro e não pelo sentimento de desvalorização e isolamento. Este é um dos principais argumentos para que os trabalhadores, a empresa e o próprio governo invistam em programas de planejamento e preparação (NERI, p.60, 2009).

Os processos de envelhecimento e aposentadoria podem se dar de diversas maneiras por estarem relacionadas as singularidades dos indivíduos, levando em conta o contexto o qual vive, os papéis sociais assumidos entre outros fatores (PAULIN e OLIVEIRA, 2009). Os autores ainda afirmam que independente da forma como a aposentadoria é enfrentada, a consequência para o individuo é uma transformação no modo de utilizar seu tempo e na quantidade de recursos disponíveis.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o presente estudo, entende-se importante os Programas de Preparação para Aposentadoria, bem como, suas avaliações periódicas, para que seus objetivos sejam alcançados e o servidor/colaborador encare a aposentadoria como um momento de descoberta de novas oportunidades. Os dados identificados neste estudo chamam atenção, pois apresentam menor procura pelo serviço da categoria docente, necessitando de estudos mais aprofundados para compreender o que leva os servidores desta categoria não buscar pela participação nas ações propostas pelo programa.

Agregando a isso, pode-se refletir sobre a maior procura categoria TAE, quais os fatores determinantes para maior engajamento desta categoria nas ações propostas pelo programa. Essa análise também indicou que há a necessidade de reconhecer o que mobiliza os servidores a buscar pelo serviço do PPAs e o que desmobiliza os mesmos, considerando que neste estudo foi possível analisar que nem todas as vagas oferecidas são preenchidas e, além disso, nem todos os participantes concluem as atividades propostas.

Além disso, é preciso considerar o fato de que os participantes do programa alertam sobre a importância de intensificar nas instituições (público ou privada) o incentivo de seus colaboradores na busca por serviços os quais visam melhorar a qualidade de vida, bem como pensar em projetos de vida para além da vida laboral, deste modo proporcionando maior realização pessoal e menor impacto diante da

aposentadoria.

REFERENCIAS

BRASIL. **Lei Nº 8.112, de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm> Acesso em: 20 abril 2016.

_____. **Lei Nº 8.842 de janeiro de 1994.** Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm> Acesso em: 20 abril 2016.

_____. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 20 abril 2016.

BARBOSA, T.M.; TRAESEL, E.S. **Pré-aposentadoria: um desafio a ser enfrentado.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, 2013.

BRAGANÇA, A. B. de S. **Aposentadoria: a experiência de professores aposentados do Instituto de Biologia da Unicamp.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas, SP. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Unicamp, 2004.

BRANDÃO, T.B. **Previdência Social no Serviço Público e os Programas de Preparação para a Aposentadoria: uma relação necessária?** SER Social, Brasília, v. 13, nº28, 2011.

BRESSAN, M.A.L.C.; MAFRA, S.C.T.; FRANÇA, L.H.F.P.; MELO, M.S.S.; LORETTO, M.D.S. **Bem-estar na aposentadoria: o que isto significa para os servidores públicos federais?** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013.

COSTA, N. E.; MESQUITA, R.A.V.; ROCHA, S.M. **Significado da aposentadoria na vida da pessoa idosa.** In.: PY, L.; FREITAS, E.V. (ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan, 4º Ed., Rio de Janeiro, 2016.

CRUZ, V. F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOKE, A. C. **A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho.** Rev. Saúde Soc. v.25. n.4. p.1050-1063. São Paulo. 2016.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; FAPESP, 1999.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** Rev. Esc. Enferm USP, 46(6), 2012.

FÉLIX, Y.T.M.; CATÃO, M.F.F.M. **Envelhecimento e aposentadoria por policiais rodoviários.** Psicologia & Sociedade, 25(2), 2013.

FONTOURA, D.S.; DOLL, J.; OLIVEIRA, S.N. **O desafio de aposentar-se na sociedade contemporânea.** Rev. Educação e Realidade. Porto Alegre, v.40, n.1, 2015.

FRANÇA, L. H. F. P.; SOARES, D. H. P. **Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida.** Psicologia ciência e profissão, 29 (4), 738-751, 2009.

FRANÇA, L.H.F.P.; MENEZES, G.S.; BENDASSOLLI, P.F.; MACEDO, L.S.S. **Aposentar-se ou continuar trabalhando? O que influencia essa decisão.** Psicologia, ciência e profissão, 33(3), 2013.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (orgs). **Método de Pesquisa.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GUARIENTO, M.E.; NERI, A.L.; FATTORI, A.; PEREIRA, A.A. **Pesquisa em Gerontologia**. In: FREITAS et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3º Ed., Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2011.

KEGLER, P.; MACEDO, M.M.K. **Trabalho e aposentadoria militar**: singularidades de uma travessia psíquica. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 25-38, 2015.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. **Cristhophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Brasília: Paralelo, 2008.

MIRANDA, F.A.N.; CARVALHO, G.R.P.; FERNANDES, R.L.; SILVA, M.B.; SABINO, M.G.G. **Saúde Mental, Trabalho e Aposentadoria**: focalizando a alienação mental. REV. BRAS. ENFERM., BRASÍLIA, 2009.

MOEHLECKE, V.; FONSECA, T.M.G.; OLIVEIRA, A.M. **Corpos que (se) trabalham**: relações éticas nas construção de si e do coletivo. Rev. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.38,n.3, p.855-871, 2013

MURTA, S. G., ABREU, S., FRANÇA, C. L., PEDRALHO, M., SEIDL, J., LIRA, N. P. M., CARVALHEDO, R. K. M., CONCEIÇÃO, A. C., & GUNTHER, I. A. **Preparação para a Aposentadoria**: Implantação e Avaliação do Programa Viva Mais!. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 2014.

NERI, A.A. **O envelhecimento no universo do trabalho** – desafios e oportunidades. In: JÚNIOR, J.C.B. (org.). Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade. 1ª Ed. São Paulo: Editora Edicon, 2009.

PACHECO, J.L.; CARLOS, S.A. **Educação, trabalho e aposentadoria**. In: FREITAS et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3º Ed., Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2013.

PAULIN, G.S. e OLIVEIRA, M.L. **Terapia ocupacional no processo de envelhecimento e aposentadoria**: construção de espaços saudáveis. O mundo da saúde, São Paulo: 33(2), 2009.

SILVA, L.R.F. **Da velhice à terceira idade**: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. História, Ciência, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SILVA, R.S.; RODRIGUES, N.D. **Saúde Emocional**: a importância de planejar a aposentadoria. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.2, p. 116-121, 2016.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Trad. De Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª Ed., Porto Alegre: Artimed, 2008.

VIEIRA, E. **Educação, trabalho e a terceira idade**. In: JÚNIOR, J.C.B. (org.). Empreendedorismo, trabalho e qualidade de vida na terceira idade. 1ª Ed. São Paulo: Editora Edicon, 2009.

VILELA, J.M. e PAULIN, G.S.T. **Estou me aposentando, e agora?** Contribuições da Terapia ocupacional na reorganização do cotidiano. Cad. Ter. Ocup., UFSCar, v. 22, nº3, p.497-505, 2014.

ZANTINGE, E.L.; BERG, M.V.D.; SMIT, H. A.; PICAVET, H.S.J. **Retirement and a healthy lifestyle**: opportunity or pitfall? A narrative review of the literature. European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 3, 2013.

TRIAGEM COGNITIVA PARA DETECÇÃO PRECOCE DA DOENÇA DE ALZHEIMER: ANTECEDENTES PSICOMÉTRICOS DE UMA VERSÃO EM ESPANHOL (TYM-E) DO TEST YOUR MEMORY (TYM) TESTE

Data de aceite: 18/11/2018

Gabriel Urrutia Urrutia

Fonoaudiólogo, Universidad de Talca, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Comunicación Humana y Trastornos Oromotores, Talca, Chile
email: gurrutia@utalca.cl

Pedro García Montenegro

Universidad de Talca, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Comunicación Humana y Trastornos Oromotores, Talca, Chile.

Rodrigo Riveros Miranda

Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMO: Introdução: O diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer (DA) se converteu em um importante foco de interesse clínico e investigativo no estudo das demências. O teste TYM é uma triagem cognitiva auto administrada, com adequados antecedentes psicométricos para detecção da DA na população falante de inglês; no entanto, a utilização deste teste em um contexto cultural diferente ao que foi criado gera fontes de viés no momento de interpretar os resultados e tomar decisões clínicas. O propósito deste estudo foi obter as propriedades psicométricas de uma versão em

espanhol do teste TYM e avaliar sua utilidade diagnóstica para a detecção de DA. Método: Em primeiro lugar, traduziu-se e adaptou-se linguisticamente o teste TYM ao espanhol (denominado TYM-E). Em seguida, foi administrado o TYM-E e uma bateria de provas neuropsicológicas, escalas e questionários a 28 pacientes diagnosticados clinicamente com DA ($CDR \geq 1$) e a 28 idosos cognitivamente normais, comparados por sexo, idade e nível de escolaridade. Resultados: A pontuação do TYM-E correlacionou-se significativamente com medidas de eficiência cognitiva global, disfunção executiva e funcionalidade em atividades de vida diária, proporcionando evidência de validade concorrente. O TYM-E apresentou uma excelente confiabilidade, com um coeficiente α de Cronbach de 0,96. O ponto de corte recomendado para detecção de DA é ≤ 39 pontos, com uma sensibilidade e especificidade de 96% e 93%, respectivamente. Conclusão: O TYM-E evidenciou adequadas propriedades psicométricas, convertendo-o em uma ferramenta útil para detecção da DA na população idosa que fala espanhol.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem cognitiva auto administrada; Teste Test Your Memory (TYM); Propriedades psicométricas; Utilidade diagnóstica; Demência; Doença de Alzheimer.

COGNITIVE SCREENING FOR DETECTION OF ALZHEIMER'S DISEASE: PSYCHOMETRIC BACKGROUND OF A SPANISH VERSION (TYM-E) OF THE TEST YOUR MEMORY (TYM) TEST

ABSTRACT: Introduction: Early diagnosis of Alzheimer's disease (AD) has become a major focus of clinical and research interest in the study of dementia. The TYM test is a self-administered cognitive screening with adequate psychometric background to detect AD in English-speaking population; however, the use of this test in a different cultural context that was created generates sources of bias when interpreting the results and making clinical decisions. The purpose of this study was to obtain the psychometric properties of a Spanish version of the TYM test and evaluate its diagnostic utility for detection of AD. Method: The TYM test was linguistically translated and adapted to Spanish (it was named TYM-E). Next, the TYM-E and a battery of neuropsychological tests, scales and questionnaires were administered to 28 patients clinically diagnosed with AD ($CDR \geq 1$) and 28 cognitively normal older adults, matched for sex, age and education level. Results: The TYM-E scores correlated significantly with measures of global cognitive efficiency, executive dysfunction and function in activities of daily living, providing evidence of concurrent validity. The TYM-E showed excellent reliability with a Cronbach α of 0.96. The cutoff recommended for detection of EA is ≤ 39 points, with a sensitivity and specificity of 96% and 93% respectively. Conclusion: The TYM-E showed adequate psychometric properties, making it a useful tool for the detection of AD in Spanish-speaking population.

KEYWORDS: Self-administered cognitive screening, Test Your Memory (TYM) test, Psychometric properties, Diagnostic utility, Dementia, Alzheimer's disease.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência. É descrita como uma doença neurodegenerativa primária, cuja frequência aumenta com a idade, caracterizada pelo insidioso em sua manifestação inicial e por uma perda progressiva das capacidades cognitivas (JACK ET AL., 2011).

Na evolução da DA, igual que em outras condições neurodegenerativas, os sintomas começam a manifestar-se muito antes de que possa ser clinicamente diagnosticada (fase prodrômica) (BATEMAN ET AL., 2012). Isso ocasiona que a DA seja uma condição difícil de reconhecer e diagnosticar no âmbito da atenção primária, sobretudo nas primeiras etapas quando os sintomas são leves. Considerando esta problemática, muitos pesquisadores e clínicos desenvolveram uma série de provas de detecção para medir as funciones cognitivas em sujeitos com risco de padecer desta condição (ASHFORD ET AL., 2007).

Porém, muitos dos testes disponíveis são infra utilizados, pela grande demanda de tempo que a sua administração requer (BRAYNE, FOX, BOUSTANI, 2007). Além disso, não cumprem com requisitos essenciais para seu uso generalizado no âmbito da atenção primária por um profissional minimamente treinado, como uma ferramenta fácil e rápida de administrar; explorar um alcance razoável de funções cognitivas que permitam contrastar que os déficits que habitualmente produzem a DA se encontram presentes no paciente aumentando desta maneira a probabilidade de êxito em sua detecção precoce e posterior diagnóstico clínico. Por último, ser ferramentas de avaliação sensíveis para identificar as fases leves da DA (PETERSEN, STEVENS, GANGULI, TANGALOS, CUMMINGS, DEKOSKY, 2001; BROWN, PENGAS, DAWSON, BROWN, CLATWORTHY, 2009).

Considerando estes requerimentos, Brown et al. (2009) criou e validou em inglês o teste Test Your Memory (TYM) para detecção precoce da DA. É uma prova desenhada para ser auto administrada sob supervisão, que compreende uma série de 10 tarefas para avaliar de forma rápida e fácil diferentes domínios cognitivos que incluem a memória anterógrada, o conhecimento semântico e habilidades viso espaciais, as quais normalmente estão afetadas nas primeiras etapas da DA. A pontuação máxima é de 50 pontos e quanto maior a pontuação, melhor é o desempenho.

Devido a que o rendimento em provas neuropsicológicas é afetado por fatores linguísticos e socioculturais, a adaptação à língua de administração é um aspecto essencial para evitar um viés nas medidas (LOEWENSTEIN, ARGUELLES, BARKER, DUARA, 1993; MUNGAS, REED, HAAN, GONZALEZ, 2005; PEÑA-CASANOVA ET AL., 2009). Por esta razão, traduziu-se e adaptou-se linguisticamente ao espanhol o teste TYM. Porém, com a finalidade de facilitar seu uso na prática clínica, resulta relevante examinar o comportamento psicométrico da versão adaptada.

Tomando em consideração os antecedentes expostos, o propósito desta pesquisa foi centrado na obtenção de antecedentes psicométricos de uma versão em espanhol do teste TYM e avaliar sua utilidade diagnóstica para detecção da DA em uma mostra de idosos falantes de espanhol.

2 | PACIENTES E MÉTODO

2.1 Participantes

O estudo psicométrico foi realizado com uma mostra de idosos (n= 56), divididos em um grupo estudo e um grupo controle. O grupo estudo (CDR \geq 1) veio de um centro clínico e de pesquisa de saúde mental, Psicomédica: Clinical & Research Group e esteve composto por 28 pacientes diagnosticados clinicamente com DA

provável de acordo com os critérios do NINCS-ADDA (MCKHANN ET AL., 2011). O grupo controle (CDR= 0) incluiu 28 participantes idosos cognitivamente normais (ICN) segundo desempenho em teste de triagem (ACE-R e MMSE, incluído no primeiro), sem antecedentes de queixas cognitivas ou doença neurológica, advindos de centros comunitários de idosos. Ambos grupos foram comparados por sexo, idade e nível de escolaridade. A tabela N° 1 mostra os antecedentes demográficos de ambos grupos.

Parâmetros	ICN (n= 28)	Pacientes com DA (n=28)	P value*
Gênero (%)	M (39.3)	M (39.3)	--
	F (60.7)	F (60.7)	
Idade, Média (DP)	76.54 (5.71)	77.68 (6.12)	(N.S)
Educação (Anos), Média (DP)	7.68 (2.88)	7.50 (3.11)	(N.S)

Tabela N°1. Antecedentes sociodemográficos de pacientes diagnosticados clinicamente com provável DA e dos idosos cognitivamente normais.

ICN= Idosos Cognitivamente Normais; M= Masculino; F= Feminino; DP= Desvio padrão; * valores de significância para a prova U-Mann Whitney; (N.S) = $p > 0,05$, diferenças Não Significativas; ** $p < 0,05$: diferenças significativas.

Foram excluídos deste estudo aqueles participantes que apresentavam \leq a 3 anos de escolaridade formal ou eram analfabetos, os pacientes que apresentavam antecedentes de doença neuropsiquiátrica e os pacientes cujos problemas cognitivos se associavam a sintomatologia depressiva. Também foram descartados todos aqueles sujeitos que apresentavam dificuldades sensoriais e motoras que lhes impedisse de completarem a prova. Todos os participantes e os familiares, no caso do grupo de pacientes com diagnóstico clínico de DA, assinaram um termo de consentimento informado.

Esta pesquisa se desenvolveu sob os princípios éticos para as pesquisas médicas em humanos estabelecidos na declaração de Helsinki (1975).

2.2 Adaptação do teste TYM

Antes de avaliar as propriedades psicométricas do TYM-E, foram definidos três passos para adaptar o teste TYM ao espanhol.

O primeiro correspondeu a tradução literal ao espanhol e a retrotradução da prova original (BEATON, BOMBARDIER, GUILLEMIN & FERRAZ, 2000).

O segundo passo foi a adaptação linguística de alguns itens da prova, como a modificação da subprova “fluidez verbal”, trocando o critério de produção fonológica da letra “S” para a letra “P”, devido a que é mais frequente encontrar nomes de animais que comecem com essa letra no idioma espanhol. Também foi adaptada

culturalmente a subprova de “conhecimento semântico”, trocando a pergunta que requer o nome do “primeiro ministro” pelo nome do “presidente do país” e a “data da primeira guerra mundial” pela “data da declaração de independência do país”. Assim mesmo, para a subprova de “semelhanças” se decidiu substituir a palavra “lobo” por “raposa”. Ambas modificações foram realizadas visto que tal informação é mais familiar no contexto cultural no qual a prova será aplicada. Por último, se adaptou a subprova de “união de círculos para formar uma letra”, trocando a letra “W” pela letra “M”. Neste caso, a modificação se realizou com base na escassa frequência de uso da letra “W” no espanhol.

O terceiro passo considerou uma avaliação dos dois anteriores. A fim de garantir que a adaptação das subprovas eram adequadas para os sujeitos que são falantes do espanhol e para assegurar uma equivalência de mensuração com o teste original, a versão adaptada foi revisada e avaliada por uma banca de especialistas bilingües composto por um psiquiatra, um neuropsicólogo cuja língua materna era o espanhol e um neuropsicólogo cujo primeiro idioma era o inglês. Por último, a versão final da adaptação ao espanhol do teste TYM foi aplicada a uma amostra de cinco sujeitos idosos com características típicas de envelhecimento, para assegurar a compreensão, transparência e pertinência da adaptação dos itens da prova. A avaliação foi aplicada pelo mesmo pesquisador que mais tarde recolheu os dados do grupo amostral. A execução da versão adaptada não apresentou dificuldades.

Igual a prova original, o TYM-*E* pode ser completado sob a supervisão de um profissional e tarda uns 10-15 minutos em sua aplicação. Os itens de cada subprova são pontuados de acordo com o que foi estabelecido na versão original do teste, marcando 1 ponto por resposta correta, com um total de 50 pontos disponíveis.

2.3 Medidas de resultado

Para obter medidas de eficiência cognitiva global e disfunção executiva, a todos os participantes aplicou-se o TYM-*E* e uma bateria de provas neuropsicológicas que incluíam: o Addenbrooke’s Cognitive Examination-Revised (ACE-R) (MIOSHI, DAWSON, MITCHELL, ARNOLD & HODGES, 2006), em sua versão em espanhol (Argentina) (TORRALVA, ROCA, GLEICHGERRCHT, BONIFACIO, RAIMONDI & MANES, 2011), com adaptação local da tarefa de memória anterógrada (subprova de nome e endereço); o Minimental State Examination (MMSE) (FOLSTEIN, FOLSTEIN & MCHUGH, 1975), incluindo na pontuação global do ACE-R; tarefas de Fluidez Verbal (TFV), tanto semântica (nome de animais) como fonológica (letra “P”), ambas incluídas no ACE-R; e a Frontal Assessment Battery (FAB) (DUBOIS, SLACHEVSKY, LITVAN & PILLON, 2000). As medidas de severidade da demência foram estimadas mediante a Clinical Dementia Rating (CDR) (MORRIS,

1993) e a Functional Assessment Stages (FAST) (REISBERG & SCLAN, 1992). A funcionalidade em atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foi avaliada através da escala de Lawton y Brody (1969). Para a triagem da depressão se utilizou a versão local do questionário de saúde geral (GHQ-12) (FULLERTON, ACUÑA, FLORENZANO, CRUZ & WEIL, 2003) de Goldberg (1992).

Todas as avaliações foram administradas por profissionais devidamente capacitados, considerando as instruções estabelecidas no manual de uso de cada uma delas. A tabela N° 2 mostra os dados clínicos de ambos grupos.

Parâmetros	ICN (n= 28)	Pacientes com DA (n=28)	P value*
Eficiência Cognitiva			
ACE-R, Média (DP)	91.32 (3.44)	47.68 (19.67)	**
MMSE, Média (DP)	28.14 (1.58)	15.75 (6.05)	**
TFV-fonológica	14.57 (3.02)	7.07 (4.48)	**
TFV-semântica	16.04 (3.46)	6.21 (3.57)	**
Disfunção executiva			
FAB, Média (DP)	15.82 (1.15)	6.86 (2.12)	**
Funcionalidade em AIVD			
Escala de Lawton & Brody, Média (DP)	7.79 (0.49)	3.04 (1.71)	**
Severidade da demência			
CDR, Média (DP)	6.93 (0.97)	22.68 (3.5)	**
Saúde Mental			
GHQ-12, Média (DP)	1.6 (1.6)	4.82 (1.72)	**

Tabela N°2. Dados clínicos dos pacientes diagnosticados clinicamente com provável DA e dos idosos cognitivamente normais.

ICN= Idosos Cognitivamente Normais; DP= Desvio padrão; ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised; MMSE: Mini Mental State Examination; FAB= Frontal Assessment Battery; TFV= Tarefa de Fluidez Verbal; * Valores de significância para a prova U-Mann Whitney; (N.S) = $p > 0,05$, diferenças Não Significativas; ** $p < 0,05$: diferenças significativas.

2.4 Análise estatística

Todos os dados foram analisados com o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais SPSS, em sua versão 19. A confiabilidade por consistência interna se determinou mediante o coeficiente α de Cronbach. Para analisar a validade concorrente, se estabeleceu uma correlação entre a pontuação total do TYM-E e medidas de eficiência cognitiva global, de disfunção executiva, de severidade da demência, de funcionalidade em AIVD e de saúde mental, usando o coeficiente de correlação Rho de Spearman.

Para estabelecer a validade discriminante, foi comparado o desempenho no TYM-E (pontuação total e sub pontuações) entre ambos grupos, usando o teste de Mann-Whitney. Além disso, analisou-se a área sob a curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para determinar um ponto de corte apropriado. Imediatamente,

calculou-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo do TYM-*E* para detectar a DA.

Finalmente, uma análise de regressão linear simples foi realizada para avaliar o efeito da escolaridade no resultado geral do TYM-*E*.

3 | RESULTADOS

3.1 Confiabilidade do TYM-*E*

O valor do coeficiente α de Cronbach para todos os participantes e itens foi de 0,96.

3.2 Validade do TYM-*E*

Enquanto a validade concorrente, encontrou-se evidência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a pontuação total do TYM-*E* e as medidas de eficiência cognitiva global, disfunção executiva e funcionalidade em AIVD (TYM-*E* com ACE-R= 0,94; TYM-*E* com MMSE= 0,93; TYM-*E* com FAB= 0,90; TYM-*E* com TFV-F= 0,73; TYM-*C* com TFV-S= 0,78 e TYM-*E* com AIVD= 0,81, todas com $p < 0,01$). Entretanto, observou-se evidência de correlações negativas e estatisticamente significativas entre a pontuação total do TYM-*E* e as medidas de saúde mental (TYM-*E* com GHQ-12= -0,69, $p = 0,00$) e com medidas de severidade da demência (TYM-*E* com CDR= -0,93 e TYM-*E* com FAST= -0,94; $p = 0,00$).

A tabela N° 3 mostra o desempenho de ambos grupos no TYM-*E*. Os resultados indicam que o grupo de pacientes diagnosticados clinicamente com DA provavelmente evidenciaram um desempenho significativamente mais baixo em cada habilidade cognitiva explorada pelo teste ($p < 0,01$ em todos os casos), assim como na eficiência cognitiva global ($U = 3,5$; $p = 0,00$).

Tarefas (pontuação máxima)	ICN ($n=28$) Média (DP)	Pacientes com DA ($n=28$) Média (DP)	Diferença	P value*
Orientação (10)	9.8 (0,3)	5.1 (2.1)	4.7	**
Habilidade para copiar uma frase (2)	1.9 (0.2)	1.3 (0.8)	0.6	**
Conhecimento semântico (3)	2.4 (0.5)	0.6 (0.9)	1.8	**
Cálculo (4)	3.7 (2.4)	2.1 (1.6)	1.6	**
Fluidez verbal (4)	3.7 (0.4)	1.7 (1.4)	2	**
Semelhanças (4)	3.6 (0.6)	1.8 (1.5)	1.8	**
Denominação (5)	4.9 (0.1)	4.0 (1.2)	0.9	**
Habilidades viso espaciais 1 (3)	2.5 (0.9)	1.1 (1.1)	1.4	**
Habilidades viso espaciais 2 (4)	3.6 (0.7)	1.7 (1.6)	1.9	**
Lembrança de uma frase copiada (6)	4.5 (1.1)	0.1 (0.4)	4.4	**

Ajudas (5)	4.1 (0.6)	2.4 (0.7)	1.7	**
Pontuação total (50)	45.1 (3.2)	22.2 (9.9)	22.9	**

Tabela N°3. Comparação de pontuação (total e subtotais) no TYM-E entre o grupo de pacientes diagnosticados clinicamente com provável DA e o grupo de idosos cognitivamente normais.

ICN= Idosos Cognitivamente Normais; DP= Desvio padrão; * Valores de significância para a prova U-Mann Whitney; (N.S) = $p > 0,05$, diferenças Não Significativas; ** $p < 0,05$: diferenças significativas.

3.3 Sensibilidade e especificidade do TYM-E

A área dentro da curva ROC para detectar a DA foi de 0,99. O ponto de corte que melhor diferenciou os pacientes diagnosticados clinicamente com provável DA dos idosos típicos esteve em ≤ 39 pontos, com uma sensibilidade de 96% e uma especificidade de 93%. Os valores preditivos positivo e negativo foram de 93% e 96%, respectivamente.

A tabela N° 4 mostra os valores preditivos para diferentes pontos de corte do TYM-E e diferentes prevalências da DA. Uma pontuação ≤ 39 pontos possui um valor preditivo positivo e negativo de 42% e 100%, respectivamente, com uma prevalência da DA de 5%.

Pontuações do TYM-E	VPP e VPN para diferentes prevalências da DA									
	S	E	5%		10%		15%		20%	
			VPP	VPN	VPP	VPN	PPV	VPN	VPP	VPN
≤ 37	93	96	55	100	72	99	80	99	85	98
≤ 38	96	93	42	100	60	100	71	99	77	99
≤ 39	96	93	42	100	60	100	71	99	77	99
≤ 40	100	93	43	100	61	100	72	100	78	100
≤ 41	100	86	27	100	44	100	56	100	64	100
≤ 42	100	79	20	100	35	100	46	100	54	100
≤ 43	100	79	20	100	35	100	46	100	54	100
≤ 44	100	68	14	100	26	100	36	100	44	100
≤ 45	100	54	10	100	19	100	28	100	35	100

Tabela N°4. Sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos para diferentes pontos de corte do TYM-E, segundo a prevalência da DA.

S= Sensibilidade; E= Especificidade; VPP= Valor Preditivo Positivo; VPN= Valor Preditivo Negativo.

O modelo de regressão linear mostra que o R2 corrigido foi de 0,03 com um erro de estimativa típico de 13.459. Isso indica que em a amostra estudada a escolaridade explicou apenas 3% da variância observada no escore total do TYM-E.

4 | DISCUSSÃO

Traduziu-se e adaptou-se linguisticamente o teste TYM à população falante

de espanhol (denominado *TYM-E*), com a finalidade de obter dados de referência em relação com seu comportamento psicométrico e utilidade diagnóstica no âmbito clínica das demências.

Os resultados deste estudo demonstraram que o *TYM-E* apresenta propriedades psicométricas adequadas e boa utilidade diagnóstica para discriminar pacientes com provável DA de idosos cognitivamente normais.

Existem métodos eficazes para o diagnóstico precoce da DA. Estes consideram o uso combinado de marcadores neurobiológicos, bioquímicos e de neuroimagem (BALLARD, GAUTHIER, CORBETT, BRAYNE, AARSLAND & JONES, 2011). Não obstante, o acesso a estes recursos é limitado, pois significam um alto custo e ademais requerem de profissionais especialistas para sua realização. Em oposição à situação, por ser uma triagem breve, de fácil administração, válida e confiável para detectar os estágios leves da DA em uma entrevista clínica inicial, o *TYM-E* se converte em uma alternativa efetiva para avaliar sintomas cognitivos quando existe suspeita da presença de DA, de tal modo que sejam encaminhados precocemente a um estudo mais profundo que contribua com maior precisão ao diagnóstico clínico e ao manejo oportuno de sua inevitável progressão, no lugar de outros testes amplamente utilizados, como o MMSE (VAN SCHALKWYK, BOTHA & SEEDAT, 2012). Sobretudo esse último, pelas limitações que apresenta com variável demográficas, como idade e educação e pela escassa sensibilidade para objetivar déficits cognitivos leves como consequência do uso de tarefas muito simples apresentando importantes dificuldades na detecção da demência em seus estados iniciais (TORRALVA ET AL., 2011).

Em relação a representatividade dos resultados psicométricos deste estudo, é importante mencionar que ao considerar uma amostra dirigida de indivíduos idosos, estes não devem extrapolar a população geral. Isto é particularmente relevante para que a adaptação ao espanhol do teste *TYM* se torne uma ferramenta útil para ajudar a detectar as fases leves da DA na prática clínica rotineira da atenção primária. Idealmente, as provas deveriam ser validadas em uma amostra representativa do grupo objetivo ao qual será utilizado. Não obstante, é importante reconhecer a possibilidade de realizar projeções à população, supondo que os idosos com suspeita de DA se comportam de maneira similar aos sujeitos representados nesta pesquisa.

Considerando que fatores demográficos afetam o desempenho em provas neuropsicológicas (HEATON, RYAN & GRANT, 2009), seria interessante que no futuro seja realizado um estudo normativo do *TYM-E* que incorpore uma amostra representativa de idosos em função de tais fatores, que permita obter estândares normativos ajustados para que sejam mais representativos de cada grupo específico de pessoas. Assim, a aplicação destes estândares contribuiria de melhor maneira a

diferenciar os níveis esperados de rendimento frente aos que indicam um possível deterioro relacionado ao cérebro.

Finalmente, dadas excelentes propriedades psicométricas e utilidade diagnóstica da versão do teste estudado, seria recomendável desenvolver e validar uma versão para sujeitos com menos de 3 anos de educação formal ou analfabetos.

AGRADECIMENTOS

Este estudo não haveria sido possível sem a colaboração do centro de saúde mental Psicomédica: Clínica & Research Group (www.psicomedica.cl), Santiago de Chile. Agradecemos por autorizarem a inclusão de seus pacientes neste trabalho. Também agradecemos a Jeremy Brown y cols., criadores da versão original do teste TYM.

REFERÊNCIAS

ASHFORD, J., BORSON, S., O'HARA, R., DASH, P., FRANK, L., ROBERT, P., ET AL. **Should older adults be screened for dementia? It is important to screen for evidence of dementia!** *Alzheimers Dement*, n. 3, p. 75-80, 2007.

BALLARD, C., GAUTHIER, S., CORBETT, A., BRAYNE, C., AARSLAND, D., JONES, E. **Alzheimer's disease.** *Lancet*, n. 377, p. 1019-31, 2011.

BATEMAN, R., XIONG, C., BENZINGER, T., FAGAN, A., GOATE, A., FOX, N., ET AL., **Dominantly Inherited Alzheimer Network. Clinical and biomarker changes in dominantly inherited Alzheimer's disease.** *N Engl J Med.*, n. 367, p. 795-804, 2012.

BEATON, D., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M. **Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures.** *Spine*, n. 24, p. 3186-91, 2000.

BRAYNE, C., FOX, C., BOUSTANI, M. **Dementia screening in primary care: is it time?** *JAMA*, n. 298, p. 2409-11, 2007.

BROWN, J., PENGAS, G., DAWSON, K., BROWN, L., CLATWORTHY, P. **Self-administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study.** *BMJ*, n. 338, p. b2030, 2009.

DUBOIS, B., SLACHEVSKY, A., LITVAN, I., PILLON, B. **The FAB. A frontal Assessment Battery at bedside.** *Neurology*, n. 55, p. 1621-1626, 2000.

MORRIS, J. **The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules.** *Neurology*, n. 43, p. 2412-2414, 1993.

FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S., MCHUGH, P. **"Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** *J Psychiatr Res.*, n. 12, p. 189-98, 1975.

FULLERTON, C., ACUÑA, J., FLORENZANO, R., CRUZ, C., WEIL, K. **Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general.** *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, v. 2, n. 41, p. 103-109, 2003.

GOLDBERG, D. **Manual of General Health Questionnaire**. Windsor: NFER Publishing, 1978.

HEATON, R., RYAN, L., GRANT, I. **Demographic influences and use of demographically corrected norms in neuropsychological assessment**. En: Grant K, editor. **Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders**. New York: Oxford University Press, p. 127-155, 2009.

JACK, C. JR, ALBERT, M, KNOPMAN S, MCKHANN G, SPERLING R, CARRILLO C, ET AL. **Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease**. *Alzheimer's & Dementia*; n. 7, p. 257-262, 2011.

LAWTON, M., BRODY, E. **Assessment of older people: Selfmaintaining and instrumental activities of daily living**. *Gerontologist*, n. 9, p. 179-86, 1969.

LOEWENSTEIN, D., ARGUELLES, T., BARKER, W., DUARA, R. **A comparative analysis of neuropsychological test performance of Spanish-speaking and English-speaking patients with Alzheimer's disease**. *J Gerontol*, v. 48, n. 3, p. 142-149, 1993.

MCKHANN, G., KNOPMANC, D., CHERTKOWD, H., HYMANF, B., CLIFFORD, J., KAWAS, C., ET AL. **The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease**. *Alzheimer's & Dementia*, n. 7, p. 263–269, 2011.

MIOSHI, E., DAWSON, K., MITCHELL, J., ARNOLD, R., HODGES, JR. **The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening**. *Int J Geriatr Psychiatry*, n. 21, p. 1078-85, 2006.

MUNGAS, D., REED, B., HAAN, M., GONZALEZ, H. **Spanish and English neuropsychological assessment scales: relationship to demographics, language, cognition, and independent function**. *Neuropsychology*, v. 19, n. 4, p. 466-475, 2005.

PEÑA-CASANOVA, J., BLESA, R., AGUILAR, M., GRAMUNT-FOMBUENA, N., GOMEZ-ANSON, B., OLIVA, R., ET AL. **Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): methods and sample Characteristics**. *Arch Clin Neuropsychol*, n. 24, p. 307-19, 2009.

PETERSEN, R., STEVENS, J., GANGULI, M., TANGALOS, E., CUMMINGS, J., DEKOSKY, S. **Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology**. *Neurology*, n. 56, p.1133-42, 2001.

REISBERG, B., SCLAN, S. **Functional Staging Assessment (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality**. *Int Psychogeriatr.*, n. 4: 55-69, 1992.

TORRALVA, T., ROCA, M., GLEICHGERRCHT, E., BONIFACIO, A., RAIMONDI, C., MANES, F. **Validación de la versión en español del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R)**. *Neurología*, n. 26, p. 351-6, 2011.

VAN SCHALKWYK, G., BOTHA, H., SEEDAT, S. **Comparison of 2 dementia screeners, the test your memory test and the mini-mental state examination, in a primary care setting**. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, n. 25, p. 85-8, 2012.

O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL EM UMA COORTE DE IDOSOS

Data de aceite: 18/11/2018

Maria José Santos de Oliveira

Enfermeira do Hospital Moinhos de Vento, Mestre em saúde e Desenvolvimento pela Universidade La Salle Canoas/RS.

Lidiane Isabel Filippin

Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano – Universidade La Salle, Canoas/RS.

Márcio Manozzo Boniatti

Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano – Universidade La Salle, Canoas/RS.

RESUMO: a capacidade funcional é entendida como a capacidade de manter-se autônomo, independente e funcional nas suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. **Objetivo:** determinar o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional de idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos de membros inferiores. **Metodologia:** coorte de idosos com 60 anos ou mais que sofreram fratura de membros inferiores e apresentavam indicação cirúrgica. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética La Salle Canoas- RS, parecer (1.878.057). A sarcopenia foi avaliada pela probabilidade proposta por Ishii (2014) na admissão hospitalar. A capacidade funcional

(CF) para atividades básicas de vida diária foi avaliada pela escala de Katz e as atividades instrumentais de vida diária avaliada pela escala de Lawton, ambas foram avaliadas na admissão hospitalar e reavaliadas três meses após alta hospitalar. **Resultados:** participaram 63 idosos, a mediana do tempo hospitalização foi de 18 dias. Na admissão hospitalar, 41,9% dos pacientes apresentavam risco de sarcopenia, 43,7% apresentaram dependência parcial nas atividades básicas de vida diária; após três meses da alta hospitalar, essa dependência foi de 81,8%. Nas atividades instrumentais de vida diária, 71,9% foram admitidos com, pelo menos, dependência parcial. Após três meses de acompanhamento, 94,3% dos avaliados apresentavam dependência. Idosos com risco de sarcopenia apresentaram redução mais acentuada da capacidade funcional avaliada pelo Katz, após três meses da alta hospitalar quando comparara aos pacientes sem risco ou com menor risco de sarcopenia. **Conclusões:** os pacientes admitidos com alto risco de sarcopenia apresentam pior capacidade funcional após três meses da alta hospitalar. **PALAVRAS-CHAVE:** idoso, Desempenho físico funcional, hospitalização.

THE IMPACT OF HOSPITALIZATION ON FUNCTIONAL CAPACITY IN A COURT OF ELDERLY

ABSTRACT: Functional capacity is understood as the ability to remain autonomous, independent and functional in their basic and instrumental activities of daily living. The **objective** to determine the impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly undergoing lower limb surgical procedures. **Methodology:** cohort of elderly aged 60 years or older who suffered lower limb fracture and had surgical indication. The project was approved by the ethics committee La Salle Canoas-RS, opinion (1,878,057). Sarcopenia was assessed by the probability proposed by Ishii (2014) at hospital admission. Functional capacity (FC) for basic activities of daily living was assessed by the Katz scale and instrumental activities of daily living assessed by the Lawton scale, both were assessed at hospital admission and reassessed three months after discharge. **Results:** 63 elderly people participated, the median hospitalization time was 18 days. At hospital admission, 41.9% of patients were at risk for sarcopenia, 43.7% had partial dependence on basic activities of daily living; three months after hospital discharge, this dependence was 81.8%. In instrumental activities of daily living, 71.9% were admitted with at least partial dependence. After three months of follow-up, 94.3% of the subjects had dependence. Elderly people at risk for sarcopenia had a marked reduction in functional capacity assessed by Katz after three months of hospital discharge when compared to patients without risk or at lower risk of sarcopenia. **Conclusions:** Patients admitted at high risk of sarcopenia have worse functional capacity after three months of hospital discharge. **KEYWORDS:** Aged, Physical Functional Performance, Hospitalization.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento do número de idosos o risco de dependência funcional e síndromes geriátricas têm aumentado. A perda de massa e de força muscular é uma variável clínica pontual e relevante, no entanto, ainda é um problema clínico subestimado, especialmente nos idosos mais velhos. Com o avanço da idade, há perda anual de 1 a 2% na massa muscular e de 1,5 a 5% na força muscular (HUGHES et al, 2002). A diminuição da força e da potência do músculo pode influenciar na autonomia, no bem-estar e na qualidade de vida dos longevos. Além disso, parâmetros de performance física (força e massa muscular) têm sido associados com desfechos relevantes em saúde, tais como quedas, fragilidade e sarcopenia (CRUZ-JENTOFT et al, 2010).

Em 1989, Irwin Rosenberg descreveu pela primeira vez o termo 'sarcopenia' (Grego 'sarx' ou carne + 'penia' ou perda), como uma síndrome geriátrica representada pelo declínio da massa muscular associada ao envelhecimento

(ROSENBERG, 1997). Nos últimos 10 anos, os pesquisadores identificaram uma forte relação entre a sarcopenia e desfechos clínicos negativos, como redução da qualidade de vida (GO et al, 2013). A diminuição da capacidade funcional, aumento das hospitalizações e institucionalizações, inatividade física (LANDI et al, 2013) e aumento da mortalidade (ALCHIN, 2014).

O desuso decorrente do repouso prolongado (>10 dias) da hospitalização contribui para o desenvolvimento da atrofia muscular, fator predisponente para o desenvolvimento da síndrome da sarcopenia (WALL; VAN et al. 2013). É notório que a hospitalização impacta negativamente na capacidade funcional dos pacientes. No entanto, não é conhecido a extensão desse impacto em pacientes que internam com sarcopenia prévia e os efeitos sobre a capacidade funcional.

Dessa forma, rastrear a presença de sarcopenia, especialmente no âmbito hospitalar se torna importante, pois a hospitalização pode apresentar consequências negativas, tais como prejuízo cognitivo, desabilidade física, prolongamento do período de hospitalização, isolamento social, piora da qualidade de vida, redução relevante da autonomia e independência, e aumento dos custos (financeiros e emocionais) aos familiares e a instituição de saúde. Portanto, o objetivo foi determinar o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional de idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos de membros inferiores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma coorte prospectiva, composta por idosos com 60 anos ou mais que sofreram fraturas fechadas de membros inferiores e foram admitidos no hospital público de Porto Alegre com indicação de tratamento cirúrgica. Os dados socioeconômicos e demográficos foram avaliados a partir de questionário com questões fechadas e a função cognitiva foi rastreada através do mini exame de estado mental (BERTOLUCCI et al, 1994). A sarcopenia foi avaliada pela probabilidade proposta por Ishii et al. (2014) que inclui quatro variáveis: sexo, idade, força de preensão palmar e circunferência da panturrilha, na admissão hospitalar. A capacidade funcional para atividades básicas de vida diária foi avaliada pela escala de Katz (LINO et al. 2008). E as atividades instrumentais de vida diária avaliada pela escala de Lawton (SANTOS; VIRTUOSO, 2008). Ambas as escalas foram aplicadas na admissão hospitalar e três meses após alta hospitalar no domicílio do paciente. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade La Salle Canoas-RS sob parecer número 1.878.057. Foi respeitada a resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Pesquisa foi realizada em um hospital público da cidade de Porto Alegre/RS no período de janeiro a novembro de 2017.

Os dados foram apresentados por média e desvio padrão quando as variáveis

forem simétricas e, em mediana, amplitude e percentis (percentil 25 e percentil 75) quando as variáveis assimétricas. A capacidade funcional dos indivíduos sarcopênicos e não-sarcopênicos mensurada pelas atividades básicas de vida diária (índice de Katz) foi avaliada por Mann-Whitney e a capacidade funcional das atividades instrumentais de vida diária (escala de Lawton) foi mensurada por teste *t* para amostras independentes. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. O programa estatístico que foi utilizado para análise dos dados SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 63 idosos hospitalizados por fratura de membros inferiores e submetidos a procedimento cirúrgico para correção. Desses idosos, 76% eram do sexo feminino, a média de idade é $78,6 \pm 9,04$, a maioria se declarou ser de raça branca (82,5%, $n=52$), os idosos residiam com os filhos (31,7%, $n=20$), mais da metade da amostra era viúva e com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Durante a internação hospitalar, quatro pacientes foram ao óbito, portanto, somente 59 pacientes tiveram alta hospitalar. Após a alta hospitalar apenas 55 pacientes concluíram o seguimento, perfazendo 12,6% de perdas de acompanhamento. As variáveis relacionadas a questões sociodemográficas dos pacientes estratificados em alta e baixa probabilidade de sarcopenia estão descritas na tabela 2.

Variáveis sociodemográficas	Alta probabilidade (n=20)	Baixa probabilidade (n=39)
Sexo (feminino)	19 (95,0)*	27 (69,7)
Idade (anos)†	$83,05 \pm 6,54^*$	$75,59 \pm 9,16$
Raça		
Caucasiana	14 (73,7)	33 (84,6)
Negra	1 (5,3)	4 (10,3)
Arranjo Familiar		
Reside sozinho	3 (15,0)	12 (30,8)
Residente com filhos	5 (25,0)	13 (33,3)
Estado Civil		
Casado ou reside com companheiro	5 (25,0)	10 (25,6)
Viúvo	11 (55,0)	20 (51,3)
Escolaridade		
Analfabetos	4 (20,0)	9 (23,1)

Até 5 anos	10 (50,0)	18 (46,1)
Mais de 5 anos	6 (30,0)	12 (30,8)

Tabela 2 – Dados sociodemográficas estratificados em alta e baixa probabilidade de sarcopenia da população de idosos hospitalizadas em um hospital público de Porto Alegre. Brasil – RS, 2017 (n=59).

As variáveis relacionadas ao estado geral dos pacientes e à fratura estratificados por alta e baixa probabilidade de sarcopenia estão descritas na tabela 3.

Informações clínicas	Alta probabilidade (n=20)	Baixa probabilidade (n=39)	p
Tempo Hospitalização (dias)‡	19,5 (16,25 – 23,0)	15 (13,0 – 20,0)	p=0,023
Tempo Pré Operatório (dias)‡	10,5 (6,25 – 12,0)	8,0 (6,0 – 12,0)	p=0,037
Ocorrência Fratura			
Queda da Própria Altura	16 (84,2)	27 (71,1)	
Queda de outro local	1 (5,3)	3 (7,9)	
Tipo de Fratura			
Colo de Fêmur	10 (50,0)	13 (33,3)	
Outra fratura fêmur	7 (35,0)	24 (53,9)	
Tíbia e tornozelo	3 (15,0)	5 (12,8)	
Local Queda			
Área interna da casa	13 (65,0)	20 (51,3)	
Área externa da casa	7 (35,0)	12 (30,8)	
Horário de Ocorrência (diurna)	16 (80,0)	28 (71,8)	
Mini Mental*	15±3,5	19,1±4,2	p<0,001
Força de Preensão Manual (kgf)‡			
Homens	10	43 (34 – 63)	p=0,15
Mulheres	8 (0 – 20)	26 (22 – 40)	p<0,001
Circunferência Panturrilha (cm)*	26,2±3,5	28,8±3,5	p=0,01

Tabela 3 - Informações clínicas estratificadas em alta e baixa probabilidade de sarcopenia para o estado geral de saúde dos pacientes hospitalizados por fratura fechada de membros inferiores em um hospital público de Porto Alegre. Brasil, RS – 2017 (n=59).

Na alta hospitalar 71% dos pacientes apresentaram redução da força de preensão manual mensurada pelo dinamômetro. A redução da FPM durante o período de hospitalização foi de 5kgf, representando uma perda de aproximadamente 20% da força. Esta redução foi mais acentuada nas mulheres com alta probabilidade de sarcopenia. No entanto, a amostra masculina foi composta somente por um sujeito, o que dificulta comparações com o grupo de baixa probabilidade.

Na admissão hospitalar 43,7% (n=46/63) dos pacientes apresentaram dependência parcial nas atividades básicas de vida diária (ABVD). Após três meses da alta hospitalar, 81,8% (n=52/55) apresentavam dependência parcial.

Nas atividades instrumentais de vida diária, 71,9% (n=46/63) foram admitidos com, pelo menos, dependência parcial. Após três meses de acompanhamento, 94,3% (n=52/55) dos avaliados apresentavam dependência.

Na admissão hospitalar 33,8% (n=20/59) dos pacientes foram classificados com alta probabilidade de sarcopenia, segundo Ishi (2014). Esses pacientes apresentaram redução mais acentuada da capacidade funcional avaliada pelo Katz após três meses da alta hospitalar ($p=0,001$) em relação aos idosos com baixa probabilidade de sarcopenia (gráfico 1A). A capacidade funcional para as AIVD, avaliada pelo Lawton, também reduziu após o seguimento, os indivíduos com alta probabilidade de sarcopenia apresentaram pior desempenho após três meses da alta hospitalar ($p=0,002$) (gráfico 1B).

No gráfico 1C, está demonstrado o Katz final e Lawton final, o qual refere-se a diferença da capacidade funcional, medida por esses instrumentos, na admissão e três meses após a alta hospitalar. Observa-se que ao final de três meses os idosos com alta probabilidade de sarcopenia apresentavam pior desempenho funcional para atividades básicas de vida diária ($p=0,033$), pois a realização das mesmas necessita de força que ainda estava prejudicada devido ao tempo de hospitalização. Por outro lado, as atividades instrumentais de vida diária não sofreram tanto impacto, pois os pacientes já apresentavam piores escores na admissão hospitalar ($p=0,42$).

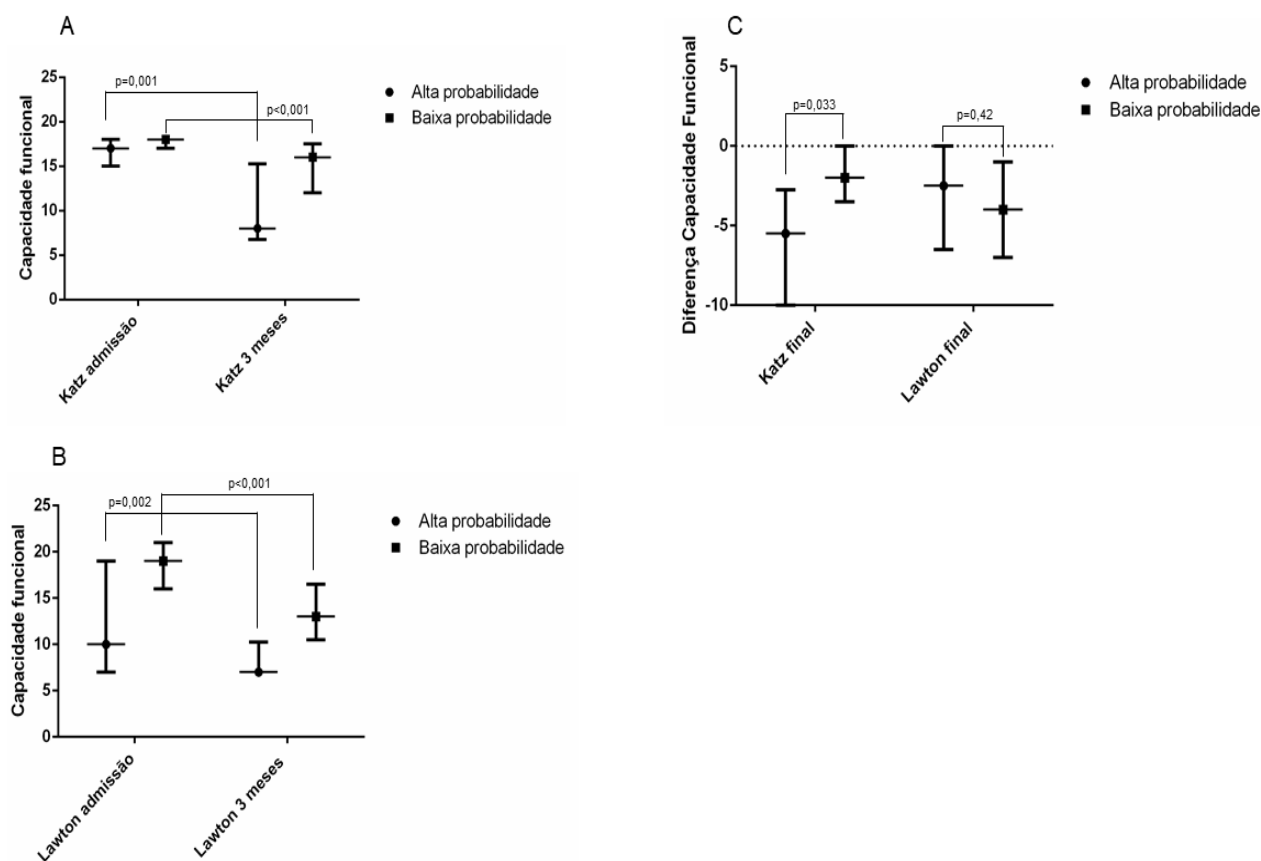


Gráfico 1 - Informações referentes à capacidade funcional na admissão e três meses após a alta hospitalar dos pacientes hospitalizados por fratura fechada de membros inferiores em um hospital público de Porto Alegre, Brasil, RS – 2017 (n=59).

DISCUSSÃO

A capacidade funcional no idoso está relacionada à possibilidade de se manter autônomo e independente para realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Observou-se, neste estudo a redução da capacidade funcional e da força de preensão palmar nos indivíduos internados por fratura de membros inferiores. A capacidade funcional teve piores resultados em relação às atividades básicas da vida diária, os pacientes com alta probabilidade de sarcopenia foram os mais comprometidos. Observa-se que os pacientes com alta probabilidade de sarcopenia prévia a admissão hospitalar tem alto fator de risco para incapacidade funcional pós-alta hospitalar.

Neste estudo foi demonstrada maior prevalência de mulheres (76%) e uma média de idade de $78,6 \pm 9,04$. Observou-se que as idosas mais longevas com média de idade de $(83,05 \pm 6,54)$ possuíam alta probabilidade de sarcopenia na admissão hospitalar. A fratura mais encontrada foi de colo de fêmur, decorrente de queda da própria altura. Esse motivo de queda foi evento adverso de maior ocorrência entre os idosos com baixa probabilidade de sarcopenia, possivelmente relacionado à maior mobilidade e inserção em atividades instrumentais de vida diária.

Esses dados foram semelhantes ao estudo de Sanz-Reig et al. (2018) no qual a prevalência de mulheres foi de 73,1% e a média de idade foi de 83,7 anos, sendo a fratura mais prevalente a de colo de fêmur. Estudo realizado por Daniachi et al. (2015) observou que a queda da própria altura foi responsável por 92% das fraturas e destas 42,5% eram fraturas de colo de fêmur, com maior incidência na população idosa feminina. A hipótese para que as mulheres sofram mais quedas com subsequente fratura está relacionada à força e massa magra reduzida como consequência da diminuição dos níveis de estrogênio que contribui para o surgimento da osteopenia e osteoporose (Daniachi et al. 2015). Além disso, existe o fenômeno de feminilização da velhice, tendo mais mulheres em idades avançadas do que homens, no entanto, a longevidade não representa, necessariamente, qualidade de vida ou condições de saúde desejadas (BERLEZI, 2016).

O envelhecimento e as quedas em idosos com consequentes fraturas são fatores de risco para incapacidade funcional. As fraturas contribuem para redução da mobilidade e aumento da dependência funcional mesmo em idosos ativos pré-fratura (KONSTANTINOS et al. 2018).

Em relação à hospitalização o tempo médio pré-operatório foi de 9 dias e o período médio de permanência hospitalar de 18 dias, os dados encontrados neste estudo são maiores que as recomendações das diretrizes internacionais do Instituto Nacional de Excelência Clínica, que recomenda como tratamento ideal a cirurgia imediata para redução ou correção da fratura de quadril ou fêmur (*National*

Institute for Clinical Excellences, 2011). Nossos pacientes que foram admitidos com alta probabilidade de sarcopenia tiveram maior tempo de hospitalização pré-operatória 10,5 (6,25 – 12,0) em comparação aos idosos com baixa probabilidade de sarcopenia 8,0 (6,0 – 12,0), fato que pode ter contribuído para o longo período de hospitalização 19,5 (16,25 – 23,0) e para pior capacidade funcional pós-alta hospitalar. No entanto, os idosos que apresentavam baixa probabilidade de sarcopenia na admissão hospitalar foram os que apresentaram mais intercorrências e necessidade de interconsultas durante o período de hospitalização (71,8%).

Estudos tem demonstrado que maiores tempos de internação afetam a autonomia e independência dos idosos no pós-alta. Conforme Meán et al. (2017) em torno de 65% dos idosos que tem autonomia e independência para realizar suas atividades de vida diária, após um período prolongado de hospitalização apresentaram dificuldade na execução destas atividades, necessitando de auxílio. Neste estudo, na admissão hospitalar 43,7% (n=46/63) dos pacientes do estudo apresentaram dependência parcial nas atividades básicas de vida diária (ABVD) pelo índice de Katz. Após três meses da alta hospitalar, 81,8% (n=52/55) apresentavam dependência parcial. Essa piora na CF mensurada pelas atividades básicas de vida diária pode ser explicada pela redução de força muscular que os pacientes apresentavam na alta hospitalar, pois tais atividades exigem mais força muscular quando comparada às atividades instrumentais (que exigem mais cognição e equilíbrio). Em estudo semelhante Flikweert et al. (2013) notou que hospitalização e a fratura reduzem em torno de 29 a 50% a capacidade funcional para realização das atividades básicas da vida diária durante a internação. Além disso, 20% de todos os pacientes com mais de 70 anos que sofreram hospitalização, apresentaram retrocesso para a realização de tarefas básicas da vida diária pós-alta hospitalar (SOURDET et al 2015). Não somente a mobilidade fica prejudicada, mas também atividades como segurar objetos pesados não mãos, levantar membros superiores e sustentar a posição por alguns segundos, vestir-se, alimentar-se e mobilizar-se da cama para cadeira, tornam-se tarefas de difícil realização para os idosos pós-hospitalização devido perda de força muscular (MATLA et al. 2018).

No presente estudo, 71% dos pacientes apresentaram redução da força de preensão manual, mensurada pelo dinamômetro, na alta hospitalar. A redução da FPM durante o período de hospitalização foi de 5kgf, em média, representando uma perda de aproximadamente 20% da força. Estudo realizado por Martinez et al. (2016), observou que idosos hospitalizados por cinco dias apresentaram redução de 30% da massa muscular e 36,4% de fraqueza muscular. A perda da força nos idosos é mais significativa do que a de massa muscular, visto que a força está relacionada à capacidade de realizar as atividades de vida diária.

Algumas síndromes geriátricas podem piorar as perdas funcionais durante a

hospitalização. A sarcopenia aparece como fator de risco para pior prognóstico de idosos hospitalizados por fraturas nos membros inferiores. Esse estudo demonstrou que a capacidade funcional dos idosos três meses após a alta hospitalar foi pior nos idosos que apresentaram sarcopenia na admissão hospitalar. Ou seja, indivíduos que eram sarcopênicos na admissão hospitalar tiveram pior desempenho na avaliação de capacidade funcional após três meses da alta-hospitalar. Os achados deste estudo são semelhantes ao encontrado no estudo realizado por Chang et al. (2018). Neste estudo, os autores observaram que 23% dos pacientes idosos hospitalizados por fratura de fêmur e que apresentavam sarcopenia já na admissão hospitalar tiveram complicações clínicas no pós-operatório imediato. Destes, 17,6% após 90 dias da alta hospitalar reinternaram em decorrência de novas quedas no domicílio associadas à redução da capacidade funcional e desfechos clínicos negativos do pós-operatório tardio. Além disso, mesmo que não ocorram eventos adversos graves no pós-operatório, idosos sarcopênicos tem maior risco de não atingirem a reabilitação funcional completa, pois o tempo de hospitalização associado à imobilidade aumenta a prevalência de lesões por pressão, incontinência urinária e dor incapacitante (LANDI et al. 2017). Conforme Fiatarone et al. (2009) pacientes com sarcopenia, comprometimento funcional preexistente e comportamento sedentário pré hospitalização, necessitam de uma avaliação minuciosa e de um plano de cuidado multiprofissional específico para cada idoso. Assim poderá ser minimizada a perda funcional relacionada à sarcopenia e o tempo de hospitalização.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira é a ausência da mensuração da força de preensão manual após três meses de alta hospitalar; a segunda, necessidade de envolver outros hospitais com mesmo perfil de pacientes para confirmação dos resultados e, a terceira o pequeno número de participantes da amostra. A quarta a possibilidade de ter determinado a sarcopenia através de um cálculo de probabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de força associada à avaliação da capacidade funcional por meio de questionário de atividades básicas e instrumentais de vida diária dos idosos permitiu observar a relação direta entre força e atividades básicas de vida diária, visto que quanto maior a força, melhor desempenho em realizar essas atividades. A avaliação da sarcopenia na admissão hospitalar pela equipe multiprofissional é de fundamental importância para direcionar as melhores práticas assistenciais de acordo com a necessidade de reabilitação de cada idoso.

REFERÊNCIAS

- ALCHIN, D.R., **Sarcopenia: describing rather than defining a condition.** *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, v.5 n.4 p. 265-8, 2014.
- BERLEZI Evelise M. et al. **Como esta a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?** *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. v. 19 n.4 p:643-52, 2016.
- BERTOLUCCI, Paulo. H. et al. **[The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]**. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 52, n. 1, p. 1-7, Mar 1994.
- CHANG, Ching-Di et al. **Effect of sarcopenia on clinical and surgical outcome in elderly patients with proximal femur fractures.** *Skeletal Radiol.* v.47 n.6 p:771-777 Jun 2018.
- CRUZ-JENTOFT, Alfonso. J. et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. **Age Ageing**, v. 39, n. 4, p. 412-23, Jul 2010.
- DANIACHI Daniel. et al. **Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em pacientes idosos.** *Rev. bras. ortop.* v.50 n.4 São Paulo jul./ago. 2015.
- FIATARONE, Singh MA. et al. **Methodology and baseline characteristics for the Sarcopenia and Hip Fracture study: a 5-year prospective study.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* v. 64 n.5 p:568-74, May 2009.
- FLIKWEERT, Elvira. R. et al. **Evaluation of the effect of a comprehensive multidisciplinary care pathway for hip fractures: design of a controlled study.** *BMC Musculoskelet Disord*, v. 14, p. 291, 2013.
- GO, S.W., et al., **Association between Sarcopenia, Bone Density, and Health-Related Quality of Life in Korean Men.** *Korean J Fam Med*, v.34 n.4 p. 281-8, 2013.
- HUGHES, V.A., et al., **Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity.** *Am J Clin Nutr*, 2002. v.76 n.2 p. 473-81.
- ISHII, S. et al. Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. **Geriatr Gerontol Int**, v. 14 Suppl 1, p. 93-101, Feb 2014.
- KONSTANTINOS, AL. et al. **Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review.** *Clin Interv Aging*. [Published online] v.13 p: 143–150 Jan 2018.
- LANDI, F., et al., **Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: results from iSIRENTE study.** *Age Ageing*, v.42 n.2 p. 203-9, 2013.
- LANDI, F. et al. **The association between sarcopenia and functional outcomes among older patients with hip fracture undergoing in-hospital rehabilitation.** *Osteoporos Int.* v.28 n.5 p:1569-1576, May 2017.
- LINO VTS et.al. **Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz).** *Cad. Saúde Pública* v.24 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2008.
- MARTINEZ, BP. et al. **Frequency of sarcopenia and associated factors among hospitalized elderly patients.** *BMC Musculoskelet Disord*, v. 16, p.108, 2015.
- MATLA M. et al. **The disorders of the musculoskeletal system in patients hospitalized in the**

geriatric ward. Wiad Lek. v.71 n. 2 p:281-288, 2018.

MEÁN, M. et al. **Can mobilization preserve the elderly hospitalized from functional decline ?.** Rev Med Suisse. v. 25 n.13 p:279-281, 2017

MENDES, RML; PINHO, SPS; SANTANA, MN; SANTOS, NF. Sarcopenia in elderly hospitalized coronary patients. Rev. chil. nutr. v.46 n.1 Santiago feb. 2019.

National Institute for Clinical Excellences. **The management of hip fracture in adults. London (UK): NICE clinical guidelines CG124.** London: National Institute for Health and Care Excellence, 2011. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG124>

NETA, RSO, et al; **Sarcopenia, funcionalidade e estado nutricional em idosos residentes na comunidade.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v.21 n.3 p:353-362, Rio de Janeiro, 2018.

ROSENBERG, I.H., **Sarcopenia: origins and clinical relevance.** J Nutr, 1997. 127(5 Suppl): p. 990S-991S.

SANTOS, RL; VIRTUOSO, JJS. **Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária.** RBPS v. 21 n.4 p : 290-296.

SANZ- REIG J et al. **Prognostic factors and predictive model for in-hospital mortality following hip fractures in the elderly.** Chin J Traumatol. 2018 Apr 25.

SOURDET, S. et al. **Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization.** J Am Med Dir Assoc, v. 16, n. 8, p: 674-81, Aug 2015.

WALL BT., VAN LJ. **Skeletal muscle atrophy during short-term disuse: implications for age-related sarcopenia.** Ageing Res Rev. v.12 n.4, p:898-906, Sep, 2013.

GRUPOS NO CONTEXTO DE PROMOÇÃO A SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Data de aceite: 18/11/2018

Melissa Gewehr

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Sheila Kocourek

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Carolina Tonini Goulart

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Leatrice da Luz Garcia

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Jennifer Aguilar Leocadio de Menezes

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Tainara Genro Vieira

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

Denis Antonio Ferrarin

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS

RESUMO: Trata-se de uma emenda do projeto Promoção de Saúde em Estratégia de Saúde da Família: Limites e Possibilidades para o trabalho em saúde com CAAE 19349113.0.0000.5346. Teve como objetivo geral: analisar como ocorre o

processo de promoção de saúde entre usuários participantes de grupos, referenciados em uma ESF da região centro-oeste de um município do interior do RS, a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo. Tratou-se de um projeto guarda-chuva englobando os núcleos da enfermagem, fisioterapia e educação física, sendo que cada núcleo possuiu objetivo e metodologia específica. Assim, essa monografia teve como objetivo específico identificar a percepção dos usuários sobre grupos de saúde. Trata-se de um estudo descritivo exploratório conduzido pela abordagem qualitativa e análise de conteúdo de Minayo. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 466/12. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada com amostra definida pelo critério de saturação. Os sujeitos da pesquisa foram 11 participantes, com idades entre 18 e 80 anos. Com relação às mudanças percebidas pelos usuários após a participação nos grupos, foi possível elencar quatro categorias: Atividade física: promotora de qualidade de vida; Grupo como “despertar” para o encanto da vida; Conviver no coletivo: potencializando solidariedade, igualdade e fraternidade. Espiritualidade no contexto dos grupos: contribuindo para o significado da vida. Com esses resultados recomenda-se que

o enfermeiro, no cotidiano de suas ações, aja com equidade nas escolhas de suas intervenções, apropriando-se de ferramentas que ampliem o acesso e a qualidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; cuidado; equipe multiprofissional

GROUPS IN HEALTH PROMOTION CONTEXT: PERCEPTION OF USERS

ABSTRACT: It was an amendment to the project “HEALTH PROMOTION FAMILY HEALTH STRATEGY: Limits and Possibilities for health work” with CAAE 19349113.0.0000.5346. Had as general objective to analyze as it has the process of health promotion among stakeholder groups users, referenced in a ESF Midwest in a city of Rio Grande do Sul in order to impact the quality of life of study subjects. It was an umbrella project covering the cores of nursing, physiotherapy and physical education, being that each had objective owned and specific methodology. Thus, this thesis was to identify the specific target users’ perception of health groups. This is a descriptive exploratory study conducted by qualitative approach and content analysis of Minayo. This research followed the ethical principles proposed by Resolution No. 466/12. Data collection was through semi-structured interviews with a sample defined by the criterion of saturation. The study subjects were 11 participants, aged between 10 and 80 years. Regarding the changes perceived by users after the programs, it was possible to list four categories: Physical activity: promoting quality of life; Group as “awakening” to the charm of life; Living in the collective: enhancing solidarity, equality and fraternity. Spirituality in the context of groups: contributing to the meaning of life. With these results it is recommended that nurses, in their everyday actions, act with fairness in their choices of interventions, appropriating tools that increase access and quality of care.

KEYWORDS: Family Health Strategy; care; multiprofessional team

1 | INTRODUÇÃO

Vive-se no Brasil um período de tripla transição: demográfica, nutricional e epidemiológica. A Transição Demográfica relaciona-se com a redução nas taxas de fecundidade, natalidade e aumento gradual na expectativa de vida, resultando na elevação da proporção de idosos. Transição Epidemiológica se refere às mudanças no perfil de morbimortalidade como a urbanização, o acesso a serviços de saúde, meios de diagnóstico e mudanças culturais expressivas ocorridas nas últimas décadas. Nesse modelo de transição é observado, em distintas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2005). Transição

Nutricional é observada alterações na qualidade e na quantidade da alimentação relacionadas às mudanças no estilo de vida, nas condições sociais e demográficas que ocasionaram repercussões negativas na saúde da população desses países. Em consequência disso, observou-se um aumento considerável na prevalência de sobrepeso e obesidade associado às DCNT, especialmente diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer, levando a mudanças no padrão da distribuição da morbimortalidade da população.

Observa-se que o processo de transição impacta diretamente na saúde dos indivíduos. Nessa perspectiva ressalta-se a importância de ações de promoção à saúde. Assim, o enfretamento dessas “novas epidemias” de doenças crônicas não transmissíveis necessita investimento em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa da vida saudável (BRASIL, 2005).

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é considerada como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Contempla cinco campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde. Cabe salientar o eixo político da promoção à saúde, entendendo-a como uma política de saúde e um campo da saúde pública. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde, propõe que

“as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham” (BRASIL, 2006, p. 14).

Cabe contextualizar que as ações tradicionais direcionadas a usuários eram realizadas, até a década de 1970, desconsiderando seus problemas rotineiros, desvinculadas da realidade e das legítimas necessidades desses usuários. O objetivo dessas ações era “adestrar” os usuários, com prescrições centradas na doença e não no usuário, as práticas visavam apenas mudanças de comportamentos inadequados que poderiam causar as complicações da doença, revelando-se punitivas, coercitivas e até mesmo preconceituosas (ALVES, 2005; BRASIL, 2007; FERNANDES; BACKES, 2010; ALVES; AERTS, 2011).

Visando romper com esse paradigma, o Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, propondo modelos de atenção à saúde que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010). O modelo do sistema

de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade, compondo atenção primária, atenção secundária e terciária. A Atenção Básica (AB) é compreendida como o cuidado essencial à saúde baseado em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a pessoas e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. É regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006 e revisada em 2017.

Cabe salientar que a atenção básica no Brasil se constitui como política de saúde recentemente (BRASIL, 2006), e tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, em que o objetivo era ampliar o acesso, visando à reorganização da prática de atenção à saúde em substituição ao modelo assistencial tradicional curativista e hospitalocêntrico. Para a concretização de tal objetivo, o PSF, atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizou as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Sua proposta direciona-se a um modelo de ação com a família, compreendida a partir do seu ambiente físico e sócio-econômico-cultural, para que as equipes de saúde percebam a complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas.

Dentre as intervenções, salienta-se o trabalho com grupos, por serem considerados ferramentas importantes para a promoção da saúde e para educação em saúde (GURGEL et al., 2011; FERREIRA NETO; KIND, 2011). Além disso, os grupos também são espaços de escuta, em que o coordenador pontua e problematiza as falas para dar oportunidade para os participantes pensar, falar de si e poder elaborar melhor suas próprias questões (BASTOS, 2010). Na saúde coletiva, o objetivo do trabalho com grupos é o desenvolvimento pessoal e social dos participantes, promovendo o autoconhecimento e a reflexão sobre o processo saúde-doença em nível individual e na coletividade (SOUZA; HORTA, 2012).

E o resultado só é apreendido mediante a percepção dos usuários em torno do cuidado recebido, sendo uma ferramenta imprescindível para a melhoria do cuidado. Existem alguns espaços que possibilitam essa apreensão como as reuniões com a comunidade, reconhecendo-os como responsáveis pelo cuidado. Ainda, por meio de questionamentos sobre como as ações desempenhadas refletem na vida deles. Relaciona-se a isso a diretriz da PNAB da participação da comunidade, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e agrupamentos do território (BRASIL, 2017).

Frente a relevância da temática, questiona-se **qual a percepção dos usuários**

sobre grupos de saúde. Dessa forma, o estudo tem como **objetivo geral:** analisar como vem ocorrendo o processo de promoção de saúde entre usuários participantes de grupos. E objetivo específico: identificar a percepção dos usuários sobre grupos de saúde.

2 | MÉTODOS

Para atender ao objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. A pesquisa de campo é aquela desenvolvida com intuito de buscar informações e/ou respostas acerca de um problema (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os estudos qualitativos objetivam compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Além disto, aplica-se “ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p. 57).

Estudos exploratórios aplicam-se para investigar um tópico pouco conhecido do pesquisador, esclarecer e modificar conceitos e ideias com propósito de aumentar sua experiência sobre esse fenômeno e os processos pelo qual ele se relaciona (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva tem por finalidade a descrição das características principais de uma determinada população, comunidade ou de um fenômeno. Destacam-se as seguintes características: levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

A ESF da Vila Lídia localiza-se no município de Santa Maria que pertence a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. A população adstrita é em torno de 3850 pessoas. É composta por uma equipe básica: 1 Enfermeira, 1 Técnica de Enfermagem, 5 ACS, 1 Auxiliar de Serviços Gerais (terceirizada) e 1 Médico do Programa Mais Médicos e apoio da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Ao compreender a importância da informação, do conhecimento para que o usuário tome decisões saudáveis diariamente, nos encontros da educação em grupo do presente estudo foram abordadas as temáticas relacionadas aos 8 remédios naturais: água, confiança em Deus, luz solar, ar puro, alimentação saudável, exercício físico, temperança e descanso. São recursos que podem ser obtidos de forma gratuita ou a baixo custo e que influenciam de forma positiva na saúde quando colocados em prática. Foi trabalhado os benefícios de cada recurso, os cuidados necessários como quantidade de água, como preparar uma refeição balanceada e higiene dos produtos, como ter um sono de qualidade, entre outros.

As intervenções tiveram como lastro os princípios da Política Nacional da Atenção Básica (2017), que são a universalidade, equidade e integralidade. A Universalidade visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a Atenção Básica a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção a Saúde. (BRASIL, 2017).

A equidade considera que o direito à saúde transcende as diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Suas estratégias devem minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de forma que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017). Já a integralidade é o aglomerado de serviços desenvolvidos pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a percepção adequada das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão imprescindíveis a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017).

Os critérios de inclusão foram usuários adstritos à ESF de estudo, com adesão aos grupos vinculados à mesma, com mais de 18 anos de idade, que aceitassem participar do estudo e que assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade.

Os sujeitos da pesquisa foram 11 participantes dos grupos de saúde, com idades entre 18 e 80 anos. O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação, em que as informações contidas nas entrevistas se tornaram redundante. A avaliação da saturação foi feita desde o início da coleta de dados em acordo com os objetivos do estudo. Assim, quando se percebeu a repetição das narrativas do grupo em estudo, a coleta de dados foi finalizada (MINAYO, 2014).

Foi realizada uma entrevista semiestruturada onde os participantes puderam expressar suas opiniões e sentimentos, revelar aspectos subjetivos que não seriam encontradas em outras fontes. O roteiro da entrevista semiestruturada elaborado pela pesquisadora foi composto pelas seguintes questões norteadoras: Conte-me sua história: como chegou até esse grupo? Quais as mudanças que foi percebendo ao longo de sua história? Como se sente antes e após a participação nos grupos? Quando você pensa em saúde, o que vem a sua cabeça? O que o (a) senhor (a) acredita que possa influenciar na sua saúde?

As entrevistas foram gravadas em celular para favorecer a transcrição na íntegra, que ocorria no mesmo dia da entrevista, evitando-se a perda dos detalhes das falas das entrevistadas, o que inclui hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos da entrevistadora (BARDIN, 2011).

Os dados foram analisados a luz da análise de conteúdo temática da proposta operativa de Minayo (2014) que se caracteriza por dois níveis de interpretação. O primeiro nível corresponde às determinações fundamentais da pesquisa, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto socio-histórico do grupo social em questão, essencial para a análise (MINAYO, 2014).

O segundo nível denomina-se interpretativo, representando o encontro com os fatos empíricos, em que é necessário procurar nos relatos dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação e a classificação dos dados (MINAYO, 2014).

A organização dos dados envolveu a transcrição das informações provenientes das entrevistas em arquivos de texto *Word*, releitura desses materiais e organização dos relatos em determinada ordem. Nesse momento, formou-se o *corpus* da pesquisa a ser trabalhado.

Para a classificação dos dados, seguiram-se as seguintes etapas propostas por Minayo (2014): leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório. Na leitura horizontal e exaustiva dos textos, pontuaram-se as ideias centrais das falas e foram anotadas as primeiras impressões. Na etapa da leitura transversal, as falas foram separadas por temas, juntando os conteúdos semelhantes e, então, formando as categorias. Após, realizou-se a análise final, na qual se discutiu os dados com base nos referenciais teóricos. Por fim, constituiu-se o relatório com os resultados da pesquisa.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério de Saúde, que orienta e estabelece normas e diretrizes para as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Aprovado no Comitê de ética em Pesquisa sob número de CAAE 19349113.0.0000.5346.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram 11 pessoas que tem adesão a todos os grupos vinculados a ESF. Encontram-se na faixa etária de 18 a 80 anos de idade, nove deles são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Seis possuem baixa escolaridade, e cinco são analfabetos. A maioria não possui emprego formal constituindo-se de um grande número de pessoas desempregadas sobrevivendo de atividades informais e benefícios do governo proveniente do Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada.

Nesse sentido, foi estabelecida parceria com a escola para aderir ao programa Brasil alfabetizado e junto com os ACS indicou-se 12 usuários adstritos a ESF. Nesse

sentido, “Health literacy” é um descritor que equivale em português a “alfabetização em saúde”. O termo é definido por RATZAN e PARKER (2000) como o grau de capacidade que indivíduos têm de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos sobre saúde, indispensável para tomar decisões apropriadas em saúde.

Quando questionados sobre o seu conceito de saúde os entrevistados relacionaram com hábitos de alimentação e atividade física, observado nas seguintes falas:

“saúde é ter uma alimentação correta, é comer frutas, verduras e legumes. (E2, E3, E5, E8, E9). Para se ter boa saúde é necessário tomar um café da manhã forte, um almoço colorido e uma janta leve.. uso muito os grãos integrais nas minhas refeições” (E7).

“Saúde é [...] estar desposta para caminhar, fazer as atividades da casa, andar de bicicleta, correr, sair para passear”. (E3, E5, E8, E9)

Alguns trouxeram uma compreensão ampliada, usando o conceito de completo bem estar biopsicossocial e espiritual. Uma minoria (N=3) relacionou com o uso da medicação e com não sentir dor nem desconforto.

“Eu penso que saúde seja um completo bem estar [...], envolve meus sentimentos, as relações que eu tenho com amigos e familiares, pessoas com quem posso contar, meus hábitos de vida, como alimentação, exercício físico, não fumar, não beber, dormir bem, pegar sol... também envolve a forma que eu me relaciono com Deus, a crença que tenho nele. Acho que era isso”. (E6, E7).

“eu fico com saúde quando tomo meus medicamentos certinho, quando eu não tenho dor” (E10).

Nos relatos obtidos por Gehn et al (2011) a saúde foi considerada apenas como ausência de doenças, e o conceito ampliado de saúde previsto pelo SUS não foi evidenciado pelos entrevistados.

Quando questionados quanto a forma de acesso aos grupos a maioria (N=7) relatou que foi devido a convite feito no acolhimento na unidade de saúde, conforme observado nas seguintes falas:

“Um dia eu vim tirar minha pressão (E2),

[...] estava com gripe e vim consultar (E4),

[...] vim acompanhar minha filha pro pré-natal (E5),

[...] tinha que trocar o curativo, me acidentei sabe (E7)

[...] e recebi um convite para o grupo com os horários (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E9).

Nesse sentido, outro resultado alcançado foi o acolhimento, discutido durante as reuniões de equipe desde julho de 2013 e implementado em junho de 2014. Esse

sendo entendido como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas diversas (BRASIL, 2011). O acolhimento deve acontecer durante todo o horário de funcionamento da AB, na organização dos fluxos de usuários na unidade, nas avaliações de risco e vulnerabilidade, na escolha de abordagens de escuta (individual ou coletiva), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar (BRASIL, 2017).

Alguns trouxeram que a forma de acesso foi pelas ações de saúde na escola, convite feito pelo ACS e outros devido a insistência de amigos. Corroborando, Ferreira Neto e Kind (2010) apontam que os usuários chegam aos grupos por vários caminhos: convite direto, escrito ou verbal, feito pelo ACS; através do acolhimento de algumas unidades.

“A agente de saúde veio na minha casa com um papelzinho convidando pro grupo e eu fui” (E6, E10).

“Minha amiga todos os dias me convidava, falava que era muito bom, aí certo dia apareci.” (E11)

“Teve tipo uma feira na escola, aí tavam tirando as pressões e falaram de um grupo de saúde do postinho” (E3).

Com relação as influencias percebidas pelos usuários após a participação nos grupos, foi possível elencar quatro categorias: Atividade física: promotora de qualidade de vida; Grupo como “despertar” para o encanto da vida; Conviver no coletivo: potencializando solidariedade, igualdade e fraternidade. Espiritualidade no contexto dos grupos: contribuindo para o significado da vida. A escolha para as categorias emergiu diante das narrativas dos usuários entrevistados.

3.1 Atividade física: alívio da dor + condicionamento físico = qualidade de vida

Nas falas foi possível observar que o condicionamento físico é um resultado importante quando se trata de exercício físico. Foi levantada como primeira etapa para a prática. Como é o caso das seguintes falas:

“eu consigo correr direito e não canso tanto quando eu caminho ou corro..” (E9)

Até eu mesmo melhorei meu condicionamento físico, .. fazia atividade física uma vez por semana e ficava dois, três dias com os músculos doloridos..(risos)..ai agora pelo menos, vo lá, corro, jogo um futebolzinho, e, no outro dia não to todo estropiado que nem era antes, agora melhora bastante.” (E10)

“ primeiro tem que fazer atividade pra melhorar as condições físicas, circulação e atividade mesmo” (E1).

Torres et al (2013) apontam que a prática da caminhada promove e/ou restaura a elasticidade, flexibilidade, pois estimula e mantém a funcionalidade das

articulações, pela sucessiva repetição dos movimentos.

Observa-se que o condicionamento é importante principalmente no processo de envelhecimento, visto que algumas atividades cognitivas e motoras são prejudicadas durante esse período.

“[...] pra ti não perder o condicionamento físico principalmente pra quem tem mais idade é bem importante né, tanto é que a minha mãe participa do grupo e senti uma melhora muito boa assim, [...] a parte de condicionamento físico, de equilíbrio, de movimentação, eu senti uma melhora muito boa, ela já tava tipo que entrando já pra labirintite, tinha problema com equilíbrio, depois disso ela melhora bastante a coordenação motora dela, a minha amiga”. (E10)

Silva (2017) em estudo com 30 participantes encontrou como resultado a melhora do condicionamento físico em metade dos entrevistados, sendo que relataram aumento da flexibilidade, energia, melhora na força, coordenação e equilíbrio.

Ainda, a atividade física interfere no controle das DCNT e no alívio da dor, como pode ser observado nas seguintes falas:

“Porque antigamente eu tinha problema de coluna, nervo ciático, como eu cansei de vir aqui né mal e graças a Deus depois que eu iniciei essa atividade nunca mais. Aquela dor que eu tinha, que eu ia no PA e fazia soro e voltava pra casa com dor, nada adiantava, nunca mais” (E3).

“e tá sendo muito maravilhoso pra mim essa atividade que nós temos fazendo porque a minha pressão tá boa [...] e as minhas pernas também, posso caminhar bastante, como as vezes eu termino... eu chego em casa e já vo lá na lotérica.. e nunca me dói mais nada.. e de primeiro eu não podia caminhar...” (E4)

“fico desposta pra fazer o serviço, tudo.. fico mais leviana pra trabalhar tudo isso né, daí pra mim foi bem bom, pra minha saúde, tudo..” (E5)

A população estudada percebe a atividade física como ferramenta efetiva no controle especialmente da hipertensão arterial e de algias, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento do bem estar da pessoa (TORRES et al, 2013). Os participantes de outro estudo afirmaram que a prática de atividade física lhes proporcionou melhoria das dores articulares, da pressão alta, do diabetes, arritmia, redução do uso de remédios, entre outros (SILVA, 2017).

De uma forma geral, esses resultados convergem com o que o Ministério da Saúde (2007) listou como os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados por essa prática: melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência; redução no risco de morte por doenças cardiovasculares; controle da pressão arterial; manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis; melhora a postura e o equilíbrio. Além de favorecer o controle do peso corporal; melhora o perfil lipídico e aumenta a utilização da glicose pelas células; regula a função intestinal; diminuição de quadros álgicos; aumenta a resposta imunológica;

3.2 Grupo como “despertar” para o encanto da vida

Os grupos interferem na forma de pensar, principalmente no foco, ao desviar das dificuldades em prol de coisas boas e do senso de pertença de comunidade, em que um cuida do outro.

“[...] até na mente, porque a gente só pensa as coisas boas, não pensa nada ruim né.. nada é difícil, muito muito muito bom.. uma beleza” (E4)

“Eu fiz tratamento de depressão por mais de dois anos, sou uma pessoa que também tentou suicídio por duas vezes. Na primeira eu tentei realmente, eu cheguei a comete a tentativa. Na segunda vez eu não cheguei a fazer porque eu tive uma pessoa da minha comunidade e me impediu. Porque a minha comunidade tem um diferencial, que eu acho neles.. eles me conhecem extremamente bem, então eles sabem. Quando eu saio pra rua, eles olham pra minha cara e sabem se eu to legal ou não [...] e já ficam preocupados e querem saber o que que aconteceu.”(E1)

“Aqueles que tinham depressão, já tão melhores, estão sem medicação [...] Eu (ACS) consegui largar a medicação psiquiátrica, eu não uso mais sabe, me sinto mais animada, minha autoestima cresceu muito, me mantive mais calma” (E8).

Ferreira Neto e Kind (2010) trazem como indicadores qualitativos da influencia dos grupos: satisfação do usuário, qualidade de vida, estabilização das doenças crônicas, diminuição no uso de medicamentos especialmente ansiolíticos e antidepressivos e fortalecimento dos vínculos.

A convivência nos grupos faz com que as participantes sintam-se capazes de superar suas tristezas, encontrar novos objetivos e mudar sua perspectiva.

“Elas (usuárias) estão mais felizes [...] aquelas que estavam mais deprimidas hoje trabalham, elas tem um objetivo de vida, sabe tu olha pra elas e elas tão bonitas, percebe sabe a diferença que fez esses grupos, a convivência.”(E8).

O grupo pode ser compreendido como suporte do enfrentamento das dificuldades além do seio familiar, para condições de vida difíceis, já que o contato com outras pessoas aumenta o círculo de amizades e, evidentemente, as fontes de ajuda (FERREIRA NETO; KIND, 2010; TORRES et al., 2013).

Interfere ainda no processo de envelhecimento, em que a atividade física faz com que os usuários sintam-se mais jovens.

“Eu me sentia o corpo pesado, as perna pesada, uma coisa ruim, agora não, agora eu to jovem (E4)”.

“O grupo ta promovendo amizades. As risadas, as brincadeiras, tudo isso te ajuda a rejuvenescer (E2)”.

A presença de sorrisos comprova o benefício do grupo para o humor de seus integrantes, contribui para a melhora da saúde mental, proporciona possível cura e ressocialização de quem se encontrava em depressão. Reduz os malefícios das numerosas preocupações que ameaçam a saúde mental do indivíduo que agora pode conversar e rir em meio a seus semelhantes (TORRES et al., 2013)

3.3 Conviver no coletivo: potencializando solidariedade, igualdade e fraternidade

A interação com outras pessoas é vista como forma de preenchimento da vida, como se estas fossem parte da família, com igualdade.

“O que mais mesmo melhora foi, assim, a participação no grupo, em conjunto, a convivência mesmo..com o pessoal a turma...dispensa comentário.. foi assim, o que preencheu minha vida.. eu vivo sozinha.. muito legal..” (E1)

“me sinto bem, com minhas colegas de ginástica... tenho boa amizade, bom viver no meio deles né, [...] é a mesma coisa que eu tivesse junto com meus irmãos e meus pai, eu considero uma família unida, então é isso aí que eu digo: eu me sinto muito bem no meio de todos (E7)”

Ferreira Neto e Kind (2010) trazem que um dos efeitos do grupo é a criação de espaços de sociabilidade. São vários usuários, com vínculos sociais e familiares estreitos, que encontram nos grupos formas de estabelecer laços de amizade e solidariedade.

O mais interessante é observar a empatia envolvida, em que cada participante se coloca no lugar do outro e se percebe com afinidades o que leva a uma relação de proximidade e vínculo.

“Agora elas estão me olhando como uma mulher que é igual a elas, que tem os mesmos problemas delas, que tem os mesmos sentimentos, que sofre [...] eu me senti mais próxima a elas porque eu pude me abrir com elas, elas puderam me ver como uma igual, e não como as vezes me enxergavam como se eu fosse uma autoridade.. (E8)

A socialização é vista como a confirmação da espiritualidade, como observado na seguinte fala: *“Deus bota as coisas tudo no lugar né, depois que eu fiquei viúva apareceu as pessoas certas pra me ajudar [...] todos foram presentes que Deus me deu pra me ajuda, pra me apoia.. e a socialização nos grupos reforçou isso (E1)”*

3.4 Espiritualidade individual: contribuições para o cuidado

Os entrevistados não fizeram associação entre espiritualidade e grupos. Relataram sua experiência pessoal com a espiritualidade e seu impacto na saúde. Parte da abordagem em grupos envolve o respeito aos saberes e práticas dos usuários, reconhecendo sua importância e incorporando no cuidado. Diante dos discursos foi observado que a fé/crença em Deus é trazida como cura e melhora das condições físicas, emocionais e sociais.

“[...] o médico disse que eu tinha que me acostumar com a dor porque eu não tinha cura.. reumatismo no sangue eu acho, sei lá. Ai eu me apavorava porque eu não podia me abaixar, não podia abaixar o joelho Com o poder da fé, como eu digo né, e graças a Deus hoje eu não sinto mais nada, e (pausa) to bem mesmo, graças a Deus, to bem em tudo”(E4). A religião e a espiritualidade tiveram influência positiva ao proporcionar às pessoas melhoria do bem-estar físico e subjetivo, além de contribuir para mudanças de comportamento, cuidados à saúde, ampliaram a rede social e propiciaram a resignificação da vida (FAVA et

al, 2013).

A crença em Deus contribui de forma significativa para a resiliência conforme observado nas seguintes falas:

“A gente usa a fé pra lidar com as preocupações, com persistência, perseverança, confiança em Deus né, e te paciência que as coisas vão se encaminhando, se resolvendo” (E4).

Eu tinha preguiça em tudo, desanimo em tudo mesmo, não tinha vontade pra nada sabe. Mas depois eu comecei a melhora sabe, não vo te dizê que um dia eu não tenha isso, eu tenho, porque tu sabe que tenho muito problema, de mais, voltando bem esses problema eu quero me abate mas ai eu me lembro né que eu tenho um Deus poderoso que ta comigo (E3).

Há relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental, sendo que pessoas vivenciam melhor a saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse quando são religiosas (MURAKAMI;CAMPOS, 2012).

Infere-se que tal temática tem merecido destaque na área da saúde por existir, o reconhecimento da OMS de que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais.

Dessa forma, o conhecimento do impacto positivo que a espiritualidade promove pode ser valorizado pelos profissionais para lidarem melhor com o sofrimento mental dos pacientes, visto que a maioria das pesquisas feitas com populações saudáveis sugere que as crenças e as práticas religiosas estão associadas a maior bem-estar, melhor saúde mental e a um enfrentamento mais exitoso de situações estressantes (KOENIG, 2010).

A espiritualidade pode ser compreendida como um conjunto de crenças que transmite vitalidade e significado a eventos da vida, ferramenta importante na resiliência, podendo mobilizar iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Diante do impacto que a espiritualidade exerce na Saúde Mental dos indivíduos infere-se que ela é uma dimensão do cuidado. Assim, de acordo com Baldacchino (2010), o cuidado de natureza espiritual congrega o realizar (avaliação de necessidades, diagnóstico, intervenção e avaliação) e um modo de ser relacionado a espiritualidade do profissional que cuida no momento de encontro com o doente, referindo que “ninguém poderá dar aquilo que não possui”.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da tripla transição da população brasileira observa-se que se configura um quadro preocupante, pois há uma incompatibilidade entre demanda e suporte do sistema de saúde. O modelo de saúde hegemônico no Brasil, mantém resquícios

no controle do processo saúde-doença por meio da transferência de conhecimento em saúde para a comunidade, com mudanças comportamentais normativas e prescritivas. Percebe-se uma realidade em saúde extremamente complexa e com muitas questões delicadas que perpassam o trabalho em saúde. Reflete-se então sobre as diversas possibilidades de trabalho, com diferentes instrumentos, dispositivos e ferramentas que tornam viável uma efetiva atuação e contribuição para a qualidade da vida das pessoas atendidas pelo sistema público de saúde.

A existência de políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica e algumas iniciativas assistenciais já cooperam no enfrentamento dessa realidade. Sendo que a implantação de grupos de atividade e de educação na Estratégia Saúde da Família representa importante ferramenta de Promoção a Saúde.

Ao interpretar a perspectiva do usuário sobre a influência dos grupos na sua vida, emergiram questões físicas, sociais, mentais e espirituais, vertentes correlacionadas que impactam diretamente na qualidade de vida e nos modos de agir dos usuários inseridos nos espaços de grupo.

Com esses resultados recomenda-se que o enfermeiro, no cotidiano de suas ações, aja com equidade nas escolhas de suas intervenções, apropriando-se de ferramentas que ampliem o acesso e a qualidade do cuidado. Para isso, é fundamental o conhecimento das necessidades da população adstrita, do olhar dela sobre a saúde e o reconhecimento da importância do cuidado multidisciplinar.

Sugere-se que a espiritualidade seja incorporada nas práticas de cuidado enquanto ferramenta de promoção a saúde visto que os achados trouxeram que a mesma influi positivamente na saúde da população.

REFERENCIAS

- ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 9, n. 16, fev. 2005.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. Práticas Educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.
- BALDACCHINO, D. **Spiritual care: being in doing**. Malta : PrecaLibrary, 2010.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo Informação**, v. 14, n. 14, p. 160-160, jan./dez. 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-**

transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção básica nº 19: **envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed - Brasília 2010. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). 56 p. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

FAVA, S. M. C. L. et al. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, ago. 2010.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da saúde**: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2011.

GEHLEN, M. H. et al. Percepção de usuários de saúde em relação às ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **Disc Sci, Ser Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 27-37, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p.610-615, 2011.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev Psiquiatr Clín**. v. 34, n. 1, p. 5-7, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010. 7. ed. 277 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MURAKAMI, R.; CAMPOS C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev Bras Enferm**. v. 65, n. 2, p. 361-67, 2012.

RATZAN SC, PARKER RM. 2000. U.S. Department of Health and Human Services. Introduction. In **National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine**: Health Literacy.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**.

Ottawa: OMS, 1986.

SILVA, C. C. da. **Atividade física e qualidade de vida da pessoa idosa em Formoso/MG**. 2017. 29 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Educação Física) - Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Buritis, 2017.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TORRES, A. G. et al. Efeitos da prática de caminhada de idosos em grupo: um olhar do protagonista. **J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 1, p. 19-26, 2013.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO PSICOGERIÁTRICA

Data de aceite: 18/11/2018

Talita Portela Cassola

Enfermeira. Mestre e Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). talita_cassola@hotmail.com

Michele Schmid

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Lyliam Midori Suzuki Isuzuki

Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Leandro Barbosa de Pinho

Orientador. Professor do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Introdução: As quedas são consideradas, mundialmente, um problema de saúde pública.

Objetivo: Conhecer os instrumentos avaliativos para quedas na população psicogeriatrica.

Metodologia: O estudo emergiu de um recorte de uma Dissertação de Mestrado, baseada em uma revisão integrativa, utilizando pressupostos teórico-metodológicos, proposto por Whittemore (2005). **Resultados e**

Discussão: Nesse sentido, mecanismos e instrumentos de avaliações para as quedas são ferramentas que possibilitam aos cuidadores ou profissionais de unidades de saúde detectar os fatores predisponentes a quedas nos pacientes, sendo eles complementares ao exame clínico tradicional. A literatura aponta vários instrumentos potenciais para o uso por profissionais de saúde na população idosa com problemas de saúde mental, embora cada um deles se foque em propriedades específicas. São eles: O instrumento “*Fall-related Impulsive Behaviour Scale-FIBS*”, destinado a pacientes com diagnóstico de impulsividade, “*Health of the Nation Outcome Scale scores for people over the age of 65 -HoNOS65+*”, utilizado para avaliar o impacto das quedas na saúde mental de idosos, o “*National Prevalence Measurement of care problems* (LPZ-International), o STRATIFY, destinado à avaliação global do risco de quedas, o *Easy Care Risk of Falls-ECRF*, com ênfase na prevenção da incidência de quedas em pacientes idosos psiquiátricos e o *Health Care Task Difficulty-HCTD*, que mede os cuidados com doenças crônicas e o impacto na qualidade de vida/saúde física e mental de idosos. **Conclusão:** As razões para quedas em pacientes psicogeriatricos são multifatoriais, incluindo déficits cognitivos, psicológicos

e comportamentais. Portanto, urge a necessidade de melhor compreensão dos instrumentos disponíveis para avaliação das quedas nessa população específica, que possam ser adaptados à realidade da rede de serviços de saúde mental e às características locorregionais dos municípios e suas necessidades específicas de cuidado à população.

INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DA NEUROPSIQUIATRIA EM IDOSOS: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Data de aceite: 18/11/2018

Talita Portela Cassola

Enfermeira. Mestre e Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). talita_cassola@hotmail.com

Michele Schmid

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Leandro Barbosa de Pinho

Orientador. Professor do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Introdução: A sociedade vem se deparando com um envelhecimento populacional progressivo. Nesta perspectiva, evidencia-se constante aumento de agravos crônicos, como as demências em idosos. **Objetivo:** Conhecer os instrumentos disponíveis para avaliação de demências em idosos disponíveis na literatura da área. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão crítica-reflexiva a cerca de estudos publicados nas bases de dados LILACS e BVS com descritores: “Avaliação Geriátrica” e “Demência”.

Resultados e Discussão: Acredita-se na necessidade de compreender os instrumentos avaliativos que permitem os profissionais da saúde acompanhar a complexidade que envolve o processo demencial e a necessidade de conhecer os instrumentos avaliativos. A análise dos estudos foi organizada a partir das seguintes dimensões: na primeira, intitulada “Avaliação do estado mental”, destacou-se o “Mini- Exame do Estado Mental (MEEM)”. Em relação à “Avaliação da Linguagem verbal”, a literatura aponta a “Escala de Fluência Verbal Semântica” e o “Teste Token”. Já sobre a “Avaliação das funções cognitivas e de Memória”, houve destaque ao “Teste do Desenho do Relógio”, “Span de Dígitos” (utilizado para avaliação da memória a curto prazo), o “Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE”, responsável pela avaliação do declínio cognitivo, o “Montreal Cognitive Assesment –MoCA”, que mede o grau do declínio cognitivo em idosos com Doença de Alzheimer, o “Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly- CAMDEX-R”, que mede o grau de demência e a “Escala de Avaliação de Demência de Mattis –MDRS”, que mede o grau cognitivo e o impacto do quadro demencial. **Conclusão:** Sugere-se estudos

que aprofundem a correlação entre os instrumentos disponíveis e validados com as diferentes realidades da sociedade brasileira, de modo a ampliar o olhar ao cuidado de idosos com demências e respeitando as especificidades da população local.

A MELHORA DA INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS IDOSAS COM DEFICIÊNCIA: EXPERIÊNCIA DO DESAFIO NO CHILE

Data de aceite: 18/11/2018

Exequiel Plaza

Universidad de Talca, Facultad de Ciencias de la Salud
Talca -Chile

Pedro García

Universidad de Talca, Facultad de Ciencias de la Salud
Talca – Chile

Gabriel Urrutia

Universidad de Talca, Facultad de Ciencias de la Salud
Talca – Chile

RESUMO: O objetivo deste estudo foi adquirir conhecimentos sobre inclusão social de idosos deficientes na comunidade. Os estudos mais recentes mostram que, em 2030, 23% da população chilena excederá os 60 anos de idade, o que tornará o Chile um país com uma das maiores populações envelhecidas da América do Sul. As pessoas idosas que tendem a viver mais tempo entram em estágios de incapacidade relacionados ao próprio envelhecimento. Existem ações do governo e legislação vigente para idosos com deficiência, mas ainda não está claro se essas estratégias e programas atingiram

os beneficiários finais. **Metodologia:** Um estudo social inovador foi realizado em dois municípios da região central do Chile, onde foi encontrado um universo de 421.067 idosos e 320 foram parte de uma amostra que ajudou a reunir as evidências obtidas em uma pesquisa modelo transversal. Foi realizada uma pesquisa para examinar a lacuna de inclusão social em quatro domínios principais para determinar o nível de satisfação com os serviços prestados pelo governo e pela comunidade. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo princípios éticos para a pesquisa médica em seres humanos estabelecidos na Declaração de Helsinque (1964). **Resultados:** Quatro dimensões foram identificadas como críticas, sendo elas: gestão, recursos, comunicação e participação social. Todos eles tiveram uma alta correlação com as necessidades percebidas de integração e inclusão social. Esses achados foram obtidos independentemente do tipo e grau de incapacidade dos sujeitos. **Conclusão:** A inclusão social não foi suficiente para o grau de expectativa que os beneficiários tinham. **PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento; inclusão; bem-estar; saúde.

ENHANCING SOCIAL INCLUSION OF ELDERLY PEOPLE WITH DISABILITIES: EXPERIENCE OF THE CHILEAN CHALLENGE

ABSTRACT: The aim of this study was to gain knowledge regarding social inclusion of elderly disabled people into the community. Latest studies show that in 2030, 23% of the Chilean population will exceed 60 years of age, which will make Chile a country with one of the highest ageing population in South America. Older people that tend to live longer are prone to enter stages of disability related to aging itself. There exist actions from government and actual legislation for elderly with disabilities, but whether these strategies and programs reached the final beneficiaries remained unclear. **Method:** A social innovative study was carried out in two counties of central Chile, where a universe of 421.067 older persons live and 320 were part of a sample that helped to gather the evidence obtained in a cross sectional model research. A survey was administered to examine the gap of social inclusion in four main domains to determine the level of satisfaction with the services provided by the government and the community. All subjects signed an informed consent, following ethical principles for medical research in humans established in the Declaration of Helsinki (1964). **Results:** Four dimensions were identified as critical being these: managing, resources, communication and social participation. They all had a high correlation to the perceived needs for social integration and inclusion. These findings were obtained regardless the type and degree of disability of the subjects. **Conclusion:** Social inclusion was not sufficient to the degree of expectative the beneficiaries had.

KEYWORDS: older people; ageing; integration; wellbeing; health.

1 | INTRODUCTION

From a clinical and epidemiological point of view, older people are likely to be in a state of vulnerability due to advanced age and disability. In Chile, the age group over 60 years old has an increasing relative weight in the total general population, reaching 11.4%, with 1.717.478 people and the age group of 65 years old and over is 1.217.576, corresponds to 8% of the population. Of this total, the group of people over 80 years old stands out, reaching 14.7%.. Life expectancy at birth is 77.36 years (74.42 years for men and 80.41 years for women). (Minsal, 2015).

As mortality rates in Chile began to decline the life expectancy began to increase rapidly, the complexity of the demographic transition has become a task that many agents are trying to solve. Scientific research is today a necessity to find mechanisms that can contribute to elderly well-being. However, the complexity is greater when we consider that older people who tend to live longer are likely to enter some age-related disability stages. It is a biological fact that everyone ages

and, undoubtedly, the longer a person lives, the greater the chances of getting into a chronic condition of vulnerability due to the rapid aging of the population and the changing epidemiological burden of non-communicable diseases (PIEI-Es, 2017).

According to latest studies by year 2050, 23% of the Chilean population will exceed 60 years of age, the equivalent to 5.229 persons, which will make Chile one of the countries with the highest ageing population in South America. This projection is clearly a sign of a well-documented trend of aging. The actual legislation provides several opportunities to prevent and take care of elderly people with disabilities, most of them are health and social programs nationwide, but whether these strategies and programs reached the final beneficiaries remained unclear.

The evolution of the population in Chile as detailed by the National Service of the Elderly (SENAMA) in its study of “Collection, systematization and description of available statistical information on old age and aging in Chile” (2013), is characterized by a permanent rhythm of aging, which is expressed in a tendency towards the decrease of the youngest population (this, product of the decrease in fertility and the consequent decrease in the birth rate) and an increase in the proportion of the older population. This interaction also causes a reduction in the population growth rate.

In the 2002 census it was declared that the total population of the country was 15,116,435 people, of which 11.4% were older adults (over 60 years), that is, 1,717,478 people. Of these, 758,049 were men (10.2%) and 959,429 were women (12.5%). However, now in Chile, 4.770 people live over 100 years of age and of these, a total of 3,171 are women (Casen 2017).

For the purpose of the present study, two central regions of Chile were included. These are Región of Libertador O’Higgins and Region of Maule. Both are located south Santiago and the two together make up an 11% of the total population of the nation. It is important to mention that this narrow and long country has a huge concentration of inhabitants in the Metropolitan Region where Santiago is located. There live seven millions people which are almost a 41% of the total Chilean population. In the Región of Libertador O’Higgins the total number of inhabitants is 914.550, here the number of elderly are 191.261. In addition, the Region of Maule has a population of 1.044.950 inhabitants of which 229.851 are older adults.

Chile is one of the countries that adhered to the International Convention for the Rights of Persons with Disabilities (PwD), ratifying this commitment in 2008. This is the second human rights treaty of the 21st century and that aims to protect more than 650 million people with disabilities living in the world (UNRISD, 2010). The Convention, which consists of 50 articles, includes fundamental rights such as accessibility to the built environment, information, freedom of movement, access

to health, education, employment, habilitation and rehabilitation and participation in the political life, all based on the principle of non-discrimination of any kind, which is not always possible to perform or measure (Bright, 2018). In Chile, people with a disability situation reach a total of 2.606.914. As in other countries, social participation is visualized as an alternative to contribute to the inclusion of these people (Mathias, 2018)

At the local level, the Ministry of Social Development through the National Disability Service must comply with Law 20.422, which establishes rules on equal opportunities and social inclusion of persons with disabilities. Within this framework, the State of Chile must generate actions that contribute to the inclusion of people with disabilities (PwD). For this reason, it has developed various programs and initiatives such as competitive projects, inclusive local strategies for development and lately, through inclusive territorial management schools, which are intended to empower PwDs and their associative groups (Eskola, 2011).

Disability is multidimensional (Pinilla-Roncancio, 2018) and it is possible to identify dimensions related to epidemiology, quality of life, education, work, housing and place of residence among others. Similarly, economic competitiveness and poverty play a relevant role (Borg, 2018). The National Survey of Disability ENDISC II revealed that the population of 60 years and older is in a situation of disability. In this regard, in the Region of Maule, the national pattern that establishes that disability increases significantly with age is evident. Likewise, population aging is introduced as another variable in the complex approach to disability.

In relation to the work-force dimension, those who are available to work (occupied or unoccupied) in the PwD is 31.8% compared to 66.94% of the population without a disability. A 77.1% of severe PwD is inactive, unlike 33.1% of the population without a disability.

Regarding education, the PwD have an average of seven years of schooling, while those without disabilities have an average of ten years of formal educational instruction.

These elements as a whole can limit access to adequate interaction and social inclusion of people (Bengston, 2017). That is why the role of the State and public-private entities in contributing to the development of a more equitable society that guarantees the rights of each one becomes relevant (Szmukler et al., 2014).

For the past five years, the National Service for Disability SENADIS, in its quest to contribute to the promotion of inclusive participation within public institutions, enabling dialogue and feedback with all citizens, generated a Territorial Inclusive Participation Program, which tends to explore and identify the development of inclusive approaches related to topics such as participation and disability. Such activities are devoted to a population that live in a social context where poverty,

rurality, aging, disability and low access to communication are major concerns.

2 | STUDY

In order to generate scientific evidence on whether governmental efforts and those from general society effectively reached the aged population with disabilities, a study was developed based on a social innovation model establishing a co-identification in conjunction with the population of interest to formulate the question of research. This ended up being “Did they really acknowledge that their needs were being solved in some way by the State and community actions?”. Thus, their perception on key problems and level of satisfaction of the services available for solving them was the guideline for the research.

A descriptive, exploratory and cross-sectional study was conducted with elderly (60 years or older) with physical, sensory and cognitive disabilities. Most of them were gathered in associative groups and entities that include their relatives and caregivers, some persons were involved in self-organized community groups, as some others were passive participant of NGOs and social groups organized by municipalities. A total of 320 participants were involved whom signed an informed consent to participate in the study, since this work followed the ethical principles for medical research in humans established in the Declaration of Helsinki (1964).

The Type of sampling was based on voluntary subjects willing to answer a survey of characterization and attributes of perception about services received. This type of research also seeks to explore the knowledge and skills of people who belong to this study context and who are willing to participate as informants of the investigation (Flick, 2004; J. Gómez, Latorre, Sánchez, & Flecha , 2006); In this sense, participants responded to an invitation to participate in the study. Each participant was asked to answer a survey that included four dimensions that were identified: Management, Resources, Communication and Social Participation. The items for each dimension were presented in the form of written statements that had to be ranked on a Likert Scale. When needed help was provided as reading of the text for blind people or semi illiterate persons and sign language for deaf people with poor reading skills. Each dimension had four statements (Figure 1)

Dimension	Items (topics)
Management	<ul style="list-style-type: none">- Level of self-organization- Flaws identified in functioning of groups- Help received from official entities to empower the groups and members- Collaborative work among members and groups

Resources	<ul style="list-style-type: none"> - Quantity and quality of resources available - Key lack of resources identified - Actions taken to obtain resources in a sustainable way - Effective use of resources obtained
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Access to call for application to fund - Communication within the group - Communication among groups - Access to official mentorship, counseling, coaching on disability and training or clinical services
Social Participation	<ul style="list-style-type: none"> - Access to education or training - Access to work and labor performance - Sport and leisure - Cultural and artistic engagement activity - Role in the community, acceptance. - Attention and embracement from official entities

Figure 1. Survey dimensions and topics

Data Analysis: For the statistical analysis, descriptive type measures were considered: Frequencies for categorical variables, Central tendency (mean) and Dispersion of the data (standard deviation), the latter in the case that the variables were quantitative. Likewise, the relationship between variable dimensions based on the “Active Inclusion” construct of the instrument was analyzed, which included the dimensions: organizational structure, participation, access and information, identifying statistically significant relationships among the most relevant. The SPSS v 21.0 software was used for the analysis.

3 | RESULTS

The survey in the form of satisfaction questionnaires contained all four dimensions and four questions in each which were fully answered with none lost data. The dimensions Management, Resources, Communication and Social Participation proved to be of areas of deep concern where out of 16 questions combined, five discriminated the perception of social inclusion (1: No Inclusion, 2: Low Inclusion, 3: Moderate Inclusion, 4: High Inclusion), two determined the relevance of managing activities for inclusion, while eight weighted the needs of the users for effective communication mechanisms and resources to improve their quality of life through inclusion. None of all questions considered in the Likert scale score was dismissed. In addition, results showed that social inclusion was not sufficient for the beneficiaries’ degree of expectation. Although all four dimensions stated in the survey were relevant to the participants, two were identified as critical: communication and social participation. They all had a high correlation with the perceived needs for integration and social inclusion (Figure 2).

Factor 1: "Social Inclusion"		Factor 2: "Communication"	
Component	Factorial Weight	Componente	Factorial weight
Bring PwD closer to the community by publicizing the different organizations in the community, their relevant aspects and work themes so that they can register according to their interests and / or needs.	0,890	Improve and create new information channels such as local radios, Facebook, text messaging so people can immediately access topics of interest and scheduled activities	0,854
Promote inclusive community activities such as cultural and recreational activities, sports tournaments, folklore, theater, among others	0,849	Disseminate in various channels (mentioned above), updated information on the application of projects or technical aids.	0,794
Integrate the community to raise disability awareness by celebrating disability day in the commune square. Develop various activities such as dance, acting, workshops, making the massive invitation to the largest number of people to participate	0,829 0,677	Difficulty accessing communication relevant to disability topics	0,519
Variance Explained	42,534	Variance Explained	25,212
Cronbach Alpha	0,848	Cronbach Alpha	0,660

Figure 2. Key dimensions for Social Inclusion.

4 | DISCUSSION

The study allowed characterizing the population that participates or expresses their opinion on the activities that governmental entities such as SENADIS promotes, in this case, the professionals in the field of health and education were the ones who were more willing to participate and deliver their perception.

It is important within the profile of the participants, that the formalization and seniority of the groups of and for PwD are directly related to the type of information they require to a better functioning. Long term associations 'members can clearly identify what knowledge is relevant to them to manage or acquire. There is a directly proportional relationship in this identification. The greater the age of formation of the grouping, the more clarity of the knowledge they need to incorporate.

There is a disparity between the availability, understood as readiness of the members of the PwD associations to participate and the real level of participation within them. Thus, 36,4% report participating in the activities, however 22.7% report that they do it with difficulty, which could jeopardize the functioning of these groups and their continuity over time. Despite these numbers, a 100% of participants declare

to be willing to continue participating in workshop, coaching meetings or trainings about inclusion and civil rights granted by law such as those analyzed in this study.

The lack of access to information regarding benefits from the State and some other sources is heavily reported. This applies especially for those with limited mobility or those who live in the countryside and rural areas. Some of the participants report being hopeless about getting any resource or service delivered by municipalities or local offices of the National Service for Disability in their areas of residence.

Groups with greater seniority better identify their strengths and recognize the convenience that associativity offers them for the development of themselves. Data collected from the instruments used leads to establish that some clusters of PwD that participated, as well as some public officials, perceive that there is access to information relevant to their purposes; however, it is not expedited or somehow hidden by bureaucracy. These same participants believe that there is still a lack of development at the level of communication with their own government colleagues.

Regarding the structural-legal factor of the groups in relation to the information they need, all the analysis show that elderly PwD have unfulfilled expectation about getting appropriate information on competitive funds or grants. They highlight the perception that whether is the access, the opportunity or the complexity; they always get stuck in the way to pursue assets that could improve their quality of life as disabled senior citizens.

5 | CONCLUSION

This research highlights the need for the participants to understand more clearly the activities that the State proposes to have access to an effective social inclusion of elderly people with disabilities, as well as the incidence on their quality of life. Thus, there is a need to identify a comprehensive repertoire of strategies that could close the gap to a positive perception of what is being done by the State and the community; such strategies should be conceived under a co-creative model which attempt to involve the agents of interest and also stakeholders, in a meaningful path to specific solution.

It can be concluded that the elderly with disabilities establish that Communication and social Inclusion are highly relevant to improve their quality of life.

REFERENCES

Bengtsson, S., & Datta Gupta, N. (2017). Identifying the effects of education on the ability to cope with a disability among individuals with disabilities. *PloS one*, 12(3), e0173659.

- Borg, J., Bergman, A. K., & Östergren, P. O. (2013). Is 'legal empowerment of the poor' relevant to people with disabilities in developing countries?. *Global health action*, 6, 22854.
- Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Oct 2; 15(10).
- Eskola, Tiina (2011). Empowering People with Disabilities for Rural Development. ILO Disability Team: disability@ilo.org
- Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gómez, J.; Latorre, A.; Sánchez, M. y Flecha R. (2006): "Metodología comunicativa crítica". Ed. El Roure. Barcelona.
- Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Recovered from www.censo2017.cl
- Labbe Opazo F. (2012) *Resultados Preliminares Censo de Población y Vivienda 2012*. Santiago, Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Mathias K, Pant H, Marella M, Singh L, Murthy G, Grills N. Multiple barriers to participation for people with psychosocial disability in Dehradun district, North India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Feb 27;8(2):e019443.
- Ministerio Desarrollo Social (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. *Encuesta Nacional de Discapacidad ENDISC II*. Chile. cited 2018 Octubre 22. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf
- Ministerio de Salud (2013). *Encuesta nacional de salud*. Gobierno de Chile. Recuperado en: https://www.minsal.cl/estudios_encuestas_salud/el 16 de marzo del 2019.
- Ministerio de Salud (2015). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. Gobierno de Chile. Recuperado en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa%20Nacional%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf.
- Pinilla-Roncancio, M. The reality of disability: Multidimensional poverty of people with disability and their families in Latin America. *Disabil Health J*. 2018 jul;11(3):398-404.
- United Nations. *United Nations convention on the rights of persons with disabilities*. Geneva, Switzerland: UN, 2006.
- World Health Organization. *10 facts on disability*. Geneva, Switzerland: WHO, 2013. [updated 2013; cited 2018 October 20]. <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/en/>
- Szmukler, G., Daw, R., & Callard, F. (2014). Mental health law and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities. *International journal of law and psychiatry*, 37(3), 245-52.

EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO EM MEIO AQUÁTICO NO RISCO DE QUEDA EM IDOSAS

Data de aceite: 18/11/2018

Pietro Diniz Bataglin

Fisioterapeuta

Jaguari – Rio Grande do Sul

Luise Franchi Rodrigues

Fisioterapeuta

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Natany Masiero Piovesan

Fisioterapeuta

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Jaqueline Fátima Biazus

Docente do curso de Fisioterapia, Universidade Franciscana (UFN)

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Clandio Timm Marques

Docente do curso de Fisioterapia, Universidade Franciscana (UFN)

Santa Maria – Rio Grande do Sul

João Rafael Sauzem Machado

Docente do curso de Fisioterapia, Universidade Franciscana (UFN)

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Alethéia Peters Bajotto

Docente do curso de Fisioterapia, Universidade Franciscana (UFN)

Santa Maria – Rio Grande do Sul

RESUMO: Objetivo: Verificar os benefícios do exercício físico em meio aquático na diminuição

do risco de queda em idosas. Metodologia: Estudo do tipo quantitativo, de intervenção quase experimental sem grupo controle. Aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Franciscana (UFN). A amostra foi composta por idosas que realizam exercício físico em grupo, em meio aquático. A avaliação das participantes foi realizada por Timed Up and Go (TUG). A intervenção consistiu na aplicação de protocolos de atividades de dupla tarefa por 6 meses, entre a avaliação pré-intervenção e a pós-intervenção o período foi de 9 meses. Para análise estatística aplicou-se os testes de Friedman, Wilcoxon, ANOVA *One-Way*. Resultados: O estudo dispôs de uma amostra de 17 idosas, com média de idade de 69,23±8,09 anos e residentes de Santa Maria, RS. Foram realizados 46 encontros e as participantes estiveram ao menos em 36. A análise estatística encontrou resultado significativo, sendo o $p < 0,001$, nos 4 momentos avaliados. Conclusão: O presente estudo sugere que o exercício físico seja usado como prevenção e promoção de saúde para atenuar os danos consequentes do envelhecimento e, assim, minimizar o risco de queda das idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Envelhecimento; Hidroterapia

ABSTRACT: Objective: To verify the benefits of aquatic exercise in reducing the risk of falls in the older adults. Methodology: Quantitative study of quasi-experimental intervention without control group. Approved by the Research Ethics Committee of the Franciscan University (UFN). The sample consisted of elderly women who perform group physical exercise in the aquatic environment. Participants were evaluated by Timed Up and Go (TUG). The intervention consisted of the application of double-task activity protocols for 6 months, between the pre-intervention and post-intervention evaluation the period was 9 months. For statistical analysis, the Friedman, Wilcoxon, One-Way ANOVA tests were applied. Results: The study had a sample of 17 elderly women, with a mean age of 69.23 ± 8.09 years and residents of Santa Maria, RS, Brazil. Forty-six meetings were held and each participant performed at least 36. Statistical analysis found a significant result, $p < 0.001$, in the 4 moments evaluated. Conclusion: The present study suggests that physical exercise should be used as prevention and health promotion to ease the damage caused by aging and thus minimize the risk of falling of the older adults KEYWORDS: Physiotherapy; Aging; Hydrotherapy

1 | INTRODUÇÃO

O fenômeno da transição demográfica nos apresenta uma realidade onde a expectativa de vida se mostra elevada e as taxas de natalidade reduzidas. (BERLEZI, 2016) A estimativa atual no número de pessoas acima dos 60 anos é de mais de 900 milhões, podendo atingir aproximadamente a marca dos 2 bilhões, no ano de 2050, ou seja, mais de 20% da população mundial será considerada idosa. Com isto, o envelhecimento tornou-se uma linha de pesquisa e atuação vital, com vistas à busca por estratégias que promovam o envelhecimento de forma saudável, com qualidade de vida, função e autonomia. (BRASIL,2017;IBGE,2011;IBGE,2017;OMS,2015)

O processo de senescência ocasiona múltiplas modificações intrínsecas, como fisiológicas, físicas e cognitivas, podendo ser citadas a diminuição de massa muscular e óssea, força, flexibilidade, equilíbrio e déficit cognitivo, bem como aumenta a vulnerabilidade dos idosos a fatores externos, como as barreiras arquitetônicas. (BLOMKVIST,2017;WANG,2010)

A associação do déficit de equilíbrio postural à fraqueza muscular e ao meio externo faz com que o risco de quedas aumente e, conseqüentemente os idosos estejam suscetíveis a lesões mais graves, como fraturas. (RUBENSTEIN,2006) As quedas são caracterizadas pelo deslocamento involuntário do corpo a um nível abaixo da posição em que se encontrava, e estão relacionadas diretamente com os fatores intrínsecos e extrínsecos supracitados. (GOMES,2014)

A inatividade física juntamente com os efeitos do envelhecimento, são aspectos que predisõem a degradação das capacidades tanto em relação à redução no

desempenho físico como na habilidade motora. (OLIVEIRA DE SÁ, 2016) Dentre os recursos que podem ser propostos pela fisioterapia, encontra-se o meio aquático, sendo este um precursor no retardo e na melhora de disfunções como melhora do equilíbrio, aumento da força muscular, melhora da qualidade de vida bem como prevenção de quedas, visto que favorece o treino de diversos domínios. (FERREIRA; RAMOS, 2012; MEEREIS et al, 2013; SOUSA et al, 2017; ALCADE et al, 2016;)

Desta forma, este estudo apresentou como objetivos, verificar o benefício do exercício físico realizado em grupo, bem como investigar a possibilidade de diminuição do risco de quedas de idosas que foram submetidos à realização de exercícios físicos em meio aquático.

2 | METODOLOGIA

Estudo do tipo quantitativo, de intervenção quase experimental sem grupo controle, consistindo em 6 meses de atividades e 9 meses de intervalo de tempo entre a primeira e a última avaliação. Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Franciscana (UFN) em consonância à Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sob o parecer (2.196.717).

A amostra foi constituída por idosas que residiam na cidade de Santa Maria, Rio Grande do sul, sendo incluídas aquelas que possuísem 60 anos completos ou mais, atingissem pelo menos 23 pontos no Mini exame do estado mental (MEEM), com disponibilidade de deslocar-se até o local das atividades e aptas à realização de atividade física moderada, atestada por um médico do último ano.

Foram excluídas as participantes que fizessem qualquer outro exercício físico durante o período da pesquisa, apresentassem quadro cardiopulmonar descompensado e utilizassem dispositivo auxiliar de marcha.

Passaram por um processo de consentimento informado as participantes que demonstraram interesse, onde foram transmitidas informações e esclarecimentos a respeito da pesquisa, e após, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentiram fazer parte do estudo.

As avaliações das mesmas foram realizadas antes do início das atividades (agosto de 2017 – AV1); após 3 meses de intervenção (dezembro de 2017 – AV2); ao retorno das atividades acadêmicas (março de 2018 – AV3) e no final das atividades (maio de 2018 – AV4). As participantes foram avaliadas nas variáveis: dados sócio-demográficos; e o Teste funcional de mobilidade – Time Up and Go Test (TUG test).

O “*TUG test*” é uma ferramenta clínica, onde para avaliação do risco de quedas através de caminhada e transições em linha reta. (FRANCIULLI et al. 2015) Os critérios a serem seguidos sugerem que valores menores de 20 segundos na

realização do teste, o risco para quedas é baixo; 20 a 29 segundos refere-se há moderado risco de quedas; 30 segundos ou mais, há elevado risco para quedas. (BEGATE; RICARDO; SAWAZKI, 2009)

As intervenções aconteceram em meio aquático, no Laboratório de Ensino e Pesquisa (LEP) da Universidade Franciscana (UFN) duas vezes por semana com duração média de 45 minutos, durante aproximadamente 14 meses e intervalos proporcionais aos recessos institucionais. Foram aplicados quatro protocolos diferentes, com duração de uma semana cada um, sendo assim, mês a mês as atividades eram rerepresentadas novamente às participantes. A sessão dividia-se em quatro partes: aquecimento com atividade de placas e cores; atividades específicas de dupla tarefa; fortalecimentos gerais associados a exercícios aeróbicos e, ao final, alongamentos gerais.

Utilizou-se o software Product and Service Solutions (SPSS) Versão 23.0 como ferramenta computacional para análise dos dados, sendo estudadas na pesquisa as variáveis: idade e TUG onde foram avaliadas através da análise descritiva, por meio dos cálculos de média, desvio padrão, mínimo, máximo demonstrados em forma de gráficos e tabela. Visto que havia interesse em verificar a significância dos resultados, foi necessário averiguar a normalidade dos dados através do teste de Shapiro-Wilk, sendo que estes foram analisados em 4 momentos distintos. As diferenças foram consideradas significativas quando os resultados apresentaram o valor $p < 0,05$.

3 | RESULTADOS

Primeiramente, foram selecionadas 22 idosas, onde 5 acabaram excluídas por não se encaixarem nos critérios da pesquisa, assim sendo, o presente estudo foi composto por uma amostra de 17 idosas, tendo média de idade de $69,23 \pm 8,09$ anos, 70,59% casadas, 88,23% de etnia branca e todas residentes da cidade de Santa Maria, RS.

Durante o período de intervenção foram realizados 46 encontros, para serem consideradas na contagem da amostra as participantes precisavam estar presente em ao menos 36 encontros.

A análise estatística dos dados do TUG test que avalia o risco de queda por meio da cronometragem da marcha em 6 metros encontrou-se resultados significativo, sendo o $p < 0,001$, na comparação da 1ª avaliação (AV1) quando correlacionada com a 4ª avaliação (AV4), que diz respeito ao 9º mês de intervenções. Entretanto, é possível observar significância também se compararmos a 2ª avaliação (AV2) e 3ª avaliação (AV3) com as demais, mostrando assim, que houve uma melhora significativa nos escores, representados na Tabela 1.

	TUG AV1	TUG AV2	TUG AV3	TUG AV4
TUG AV1		p < 0,001	p = 0,001	p < 0,001
TUG AV2			p = 0,01	p < 0,001
TUG AV3				p < 0,001
TUG AV4				

Tabela1. Valores de p quando comparados todos os momentos entre si.

Encontram-se retratados na Tabela2, os valores das médias, desvio padrão, máximos e mínimos das 4 avaliações do TUG test, sendo possível observar melhora numérica nos escores referentes ao risco de quedas das participantes nos diferentes momentos, levando em consideração que, em relação ao TUG, quanto menor o valor, melhor o desempenho das mesmas na realização do teste.

Avaliações TUG	Média ± DP	Mínimo	Máximo
TUG_AV1	13,29 ± 4,26	9,03	22,2
TUG_AV2	11,17 ± 3,29	8,08	19,27
TUG_AV3	9,61 ± 1,84	7,84	14,11
TUG_AV4	7,65 ± 2,08	4,65	12,23

Tabela2. Valores do TUG test para médias, desvio padrão, máximos e mínimos nas quatro avaliações

4 | DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento ocorre de maneira irreversível, trazendo consigo diferentes manifestações em todos os indivíduos, desencadeadas por alterações funcionais, químicas e neurobiológicas, influenciadas por fatores ambientais e socioculturais, como a qualidade e estilo de vida, alimentação, sedentarismo e exercício físico, sendo estes, grandes precursores na determinação de um envelhecimento sadio ou patológico. (MACIEL et al. 2014)

Este protocolo de pesquisa buscou investigar a influência do exercício físico quando realizados em meio aquático, no risco de quedas de idosas, por meio de exercícios físicos gerais e de dupla tarefa, evidenciando melhora nos resultados do Timed Up and Go (TUG test).

O TUG test é de fácil e rápida aplicação com boa validade clínica, que objetiva avaliar o equilíbrio sentado, transferências da posição de sedestação para

bipedestação, bem como a estabilidade na deambulação e mudanças relacionadas à marcha. (BEGATE; RICARDO; SAWAZKI, 2009) As quedas são eventos que ocorrem mais freqüentemente em indivíduos com idade superior a 60 anos, sendo estas relativas às modificações decorrentes do envelhecimento. (GOMES et al. 2014; OLIVEIRA et al. 2015) Os resultados levantados pela análise de quatro momentos diferentes, evidenciam que, em relação ao risco de queda, o exercício físico em meio aquático conseguiu reduzi-lo, sugerindo que esta estratégia que deve ser considerada ao planejar atividades a faixa etária dos idosos, visto que aparenta ser de boa aceitação pelos mesmos.

A diminuição na capacidade física nos indivíduos que envelhecem é inevitável, porém, há possibilidade de retardar o avanço desse processo. O exercício físico realizado de forma regular e intercalando entre exercícios aeróbicos e exercícios resistidos podem alcançar resultados satisfatórios como uma melhora de até 30 anos no desempenho físico dos idosos, ou seja, pessoas ativas de 80 anos podem ter a mesma performance que pessoas sedentárias na faixa etária dos 50 anos. (PORCIUNCULA; RAO; MCISAAC, 2016) Os exercícios de dupla-tarefa realizados em meio aquático, que utilizados como base no treinamento das idosas deste estudo, parecem atuar positivamente na cognição bem como, no equilíbrio, influenciando na prevenção de quedas.

O risco de quedas sofre influências positivas e negativas de vários elementos essenciais no processo de um envelhecimento saudável sendo o equilíbrio um dos principais elementos, quanto em déficit acarreta em um maior risco de quedas e, conseqüentemente, de lesões. (FARIA; SANTOS; PATINO, 2017; FISKEN et al. 2015) No presente estudo a totalidade das participantes foi considerada saudável, estudos que compuseram suas amostras com pessoas que possuem patologias, como esclerose múltipla e Acidente vascular encefálico (AVE) tiveram resultados satisfatórios em fatores como equilíbrio, capacidade funcional e marcha que são influenciadores no risco de quedas. (KARGARFARD,2018; ZHU,2018)

Em estudo elaborado por Franciulli et al (2015), foi utilizado a ferramenta TUG test como forma de avaliação do equilíbrio e agilidade de 12 idosos saudáveis quanto a eficácia de exercícios físicos executados tanto em meio aquático quanto em solo, sendo estes indivíduos dispostos em dois grupos e comparados entre si. Ao final do estudo, obteve como resultado a melhoria nos valores de ambos os grupos, ou seja, redução no tempo de realização do teste, concluindo que ambos meios são eficazes na diminuição do risco de quedas. Embora esta pesquisa tenha sido elaborada apenas com idosas praticantes de exercícios físicos em meio aquático, os resultados convergem quanto ao benefício dos mesmos no risco de quedas.

Kargarfard et.al. (2018) avaliou capacidade funcional, equilíbrio e a fadiga em 32 mulheres com esclerose múltipla, onde o treinamento foi realizado em meio

aquático durante 8 semanas, com 3 sessões semanais de 45 a 50 minutos. Em outra pesquisa realizada por Zhu et.al. (2018) em meio aquático, encontrou-se resultados que demonstraram maiores benefícios em pessoas que haviam sofrido AVE com relação às variáveis: equilíbrio e marcha quando comparadas com aquelas que realizaram tratamento no solo. A intervenção da mesma, ocorreu durante 4 semanas, sendo aplicada por 45 minutos em 5 dias de cada semana.

Em seu estudo, Kyoung, Dong-kyu e Eun-Kyung (2016), analisou a melhora na marcha e equilíbrio em ambiente aquático de 20 idosos pós AVE, onde foram comparados intragrupo, obtendo como resultados melhoras significativas no equilíbrio e na marcha dos participantes, evidenciando menor risco de quedas destes. Conforme os resultados deste estudo, foi possível observar que exercícios físicos quando praticados em grupo na água, são capazes de reduzir o risco de quedas, evidenciados pelas melhorias dos escores das avaliações do TUG test.

Siqueira et al. (2017), objetivou avaliar o efeito de um programa de fisioterapia em meio aquático quanto ao equilíbrio e capacidade funcional de idosos, verificando que o grupo experimental apresentou obtendo significância nos resultados pós-intervenção quanto à melhora no equilíbrio dos participantes. Em concordância ao estudo anterior, programas de exercícios em meio aquático para promoção à saúde e prevenção de disfunções advindas do envelhecimento podem ser eficazes na redução nos escores das avaliações do TUG test, minimizando o impacto da senescência na rotina de idosos.

No estudo de Costa et al (2017), comparou-se o risco de quedas, indicativos de depressão e mobilidade na marcha de dois grupos sendo estes subdivididos em: idosos institucionalizados e idosos freqüentadores de um grupo socioterápico, evidenciando que os não institucionalizados apresentaram menor risco de quedas, melhor mobilidade na marcha e menos sinais depressivos quando contrapostos aos institucionalizados. Evidenciou-se nos resultados das 4 avaliações do presente estudo que os exercícios físicos realizados em grupo no meio aquático são eficientes na promoção da melhora no risco de quedas e na cognição de idosos.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo sugere que o exercício físico em meio aquático seja usado como prevenção e promoção de saúde para a população idosa com o propósito de atenuação dos danos conseqüentes do processo de envelhecimento e, assim, tornar possível minimizar o risco de queda e, desta forma, reduzindo assim às chances de lesões que possuam maior periculosidade as idosas.

REFERÊNCIAS

- ALCADE, G.E. **Efetividade da fisioterapia aquática na intensidade da dor, aptidão funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho: ensaio clínico controlado aleatório.** 62f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia - Área de concentração: Saúde Funcional) - Universidade do Sagrado Coração, 2016.
- ALCADE, G.E. et al. **Impacto do programa de fisioterapia aquática na mobilidade funcional de idosos da comunidade.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v.19, n.4, p. 243-253. Out/Dez. 2016.
- Begate P.S, Ricardo A.C.M, Sawazki G. **Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados através do teste de mobilidade timed up and go (TUG).** Revista Funcional, v.2,n.2,p.43-52. 2009.
- BERLEZI, E.M. et al. **Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.643-652. 2016.
- Blomkvist A.W. et al. **Reference data on reaction time and aging using the nintendo wii balance board: a cross-sectional study of 354 subjects from 20 to 99 years of age.** PLOS One, v.12,n.12,p.1-13. 2017.
- BRASIL. Brasil 2050: **Desafios de uma nação que envelhece.** Câmara dos Deputados. Brasil 2017.
- Costa C. et al. **Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados.** Saúde e pesquisa, v.10,n.2,p.293-300. 2017.
- Franciulli P. et al. **Efetividade da hidroterapia e da cinesioterapia na reabilitação de idosos com histórico de quedas.** Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, v.20,n.3,p.671-686. 2015.
- Gomes E.C.C. et al. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa.** Ciência e Saúde Coletiva.v.19,n.8,p.3543-3551. 2014.
- Gomes E.C. et al. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados:uma revisão integrativa.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.1,n.8,p.3543-3551. 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios.** 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil-2016: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil.** 2017.
- Kyoung K, Dong-Kyu L, Eun-Kyung, K. **Effect of aquatic dual-task training on balance and gait in stroke patients.** Journal of Physical Therapy Science, v.28,n.4,p.:2044–2047.2016.
- Maciel A.M. et al. **Impact of Dual Task on Parkinson’s Disease, Stroke and Ataxia Patients’ Gait: A Comparative Analysis.** Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica, v.27,n.2,p.351-357. 2014.
- MEEREIS, E.C.W et al. **Análise do equilíbrio dinâmico de idosas institucionalizadas após hidrocinesioterapia.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v.16 n.1 Jan./Mar. 2013.
- MEEREIS, E.C.W et al. **Influência da hidrocinesioterapia no equilíbrio postural de idosas institucionalizadas.** Motriz: Revista de Educação Física, Rio Claro, v.19 n.2 Abr/Jun. 2013.

Oliveira A.S et al. **Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.17,n.3,p.637-645. 2015.

OLIVEIRA DE SÁ, P.H.V; CURY, G.C; RIBEIRO, L.C.C. **Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas Unidades Básicas.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.14 n.2 Mai/Ago. 2016

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde.** 2015.

Porciuncula F.S, Rao A.K, McIsaac T.L. **Aging-related decrements during specific phases of the dual-task Timed Up-and-Go test.** Aging clinical and experimental research, v.28,p.121-130. 2016.

Rubenstein L.Z. **Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention.** Age and Ageing;v.35,n.2,p.37-41. 2006.

Siqueira A.F et al. **Efeito de um programa de fisioterapia aquática no equilíbrio e capacidade funcional de idosos.** Saúde e pesquisa, v.10,n.2,p.331-338. 2017.

SOUSA, D. O et al. **Influência da hidroginástica/hidroterapia no equilíbrio postural em idosos.** Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício, v. 16, n. 2, p. 89-94, 2017.

Wang J, Chen Z, Song Y. **Falls in aged people of the Chinese mainland: epidemiology, risk factors and clinical strategies.** Ageing Research Reviews, v.9,n.1,p.13-17. 2010.

CONTROLE FÍSICO-QUÍMICOS DE LOSARTANA POTÁSSICA DISPENSADO NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NA CIDADE DE CARUARU-PE

Data de aceite: 18/11/2018

Elisiane Gomes de Andrade

Centro Universitário do Vale do Ipojuca -
UNIFAVIP/WYDEN
Caruaru-PE

Cristiane Oliveira dos Santos

Centro Universitário do Vale do Ipojuca -
UNIFAVIP/WYDEN
Caruaru-PE

Lidiany da Paixão Siqueira

Centro Universitário do Vale do Ipojuca -
UNIFAVIP/WYDEN
Caruaru-PE

RESUMO: O número de idosos (acima de 60 anos) cresceu mais de 18% no ano de 2010 a 2018, segundo dados do IBGE, e o envelhecimento vem ocorrendo de forma acelerada no Brasil e esse valor deve dobrar até o ano de 2042, comparando com o ano de 2017. O resultado desse envelhecimento pode ser entendido pelos padrões de saúde/doença da população. Dessa forma, os anti-hipertensivos serão eficazes para evitar essa situação, onde o Losartana Potássica 50mg entra como uma alternativa de escolha, agindo como bloqueador dos receptores AT1 da angiotensina II. Neste trabalho foi realizado um estudo

experimental com o Losartana Potássica de 50mg, de laboratórios farmacêuticos distintos, sendo quatro medicamentos genéricos e um de referência, aplicando os controles físico-químicos com o objetivo de avaliar a eficácia, qualidade e segurança. Onde obtiveram resultados satisfatórios em todos os ensaios realizados, tais como: peso médio, dureza, friabilidade e desintegração. De acordo com os testes realizados, foi possível concluir que não houve diferenças significativas entre os diferentes laboratórios do fármaco, bem como enquanto sua classificação, medicamento genérico e de referência, e por fim, garantindo um tratamento seguro para a hipertensão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial, Testes Físico-Químicos, Losartana Potássica, Farmácia Popular, Genéricos.

PHYSICOCHEMICAL CONTROL OF POTASSIC LOSARTANA DISPENSED IN BRAZIL'S POPULAR PHARMACY PROGRAM IN THE CITY OF CARUARU-PE

ABSTRACT: The number of elderly people (over 60 years old) grew by over 18% in the year 2010 to 2018, according to IBGE data, and aging has been occurring rapidly in Brazil and this figure

should double by the year 2042, compared to 2017. The result of this aging can be understood by the population's health / disease standards. Thus, antihypertensives will be effective in avoiding this situation, where Losartan Potassium 50mg comes in as an alternative of choice, acting as a blocker of angiotensin II AT1 receptors. In this work an experimental study was performed with Losartan Potassium 50mg, from different pharmaceutical laboratories, being four generic and one reference drugs, applying the physical-chemical controls in order to evaluate the efficacy, quality and safety. Where they obtained satisfactory results in all tests performed, such as: average weight, hardness, friability and disintegration. According to the tests performed, it was concluded that there were no significant differences between the different laboratories of the drug, as well as its classification, generic and reference drug, and finally, ensuring a safe treatment for hypertension.

KEYWORDS: Arterial Hypertension, Physicochemical Tests, Potassium Losartan, Popular Pharmacy, Generics.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das grandes dificuldades de saúde pública, que acomete homens, mulheres, idosos e adolescentes, causando danos à saúde tais como insuficiência cardíaca e renal, infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, aneurismas, acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico ou hemorrágico, dentre outras. Também conhecida como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), acometendo a grande maioria da população idosa, sendo responsável ultimamente, por grande parte da mortalidade. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra que a HAS tem uma predominância no Brasil de 32% em média (OMS, 2017).

O uso correto e controlado de medicamentos anti-hipertensivos pode retardar e até evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrais. São diversas razões de risco que comprometem a saúde desses pacientes, entre elas o sedentarismo, obesidade, álcool, tabagismo, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação. Além disso, é considerado a não adesão ao tratamento, desde a prescrição médica especializada até a conduta do paciente, porém, por trás da conduta do próprio indivíduo existem certas dificuldades para a não adesão, tais como: condições financeiras, apoio das famílias, excesso de medicamentos prescritos, efeitos adversos, dificuldade de acesso, setor de saúde e a falta de entendimento do paciente (SBC, 2018).

A fim de solucionar os problemas que envolvem à saúde pública (HAS, dislipidemias, diabetes, etc), foi criado através do Sistema Único de Saúde (SUS), a dispensação de medicamentos gratuitos. Em 2004, o Governo Federal criou

um programa para fácil acesso ao medicamento de pacientes da atenção básica, chamado "Programa Farmácia Popular do Brasil". Contudo, só em 2006 que surgiu a vertente "Aqui Tem Farmácia Popular" e amplificou para órgãos públicos e privados, liberando medicamentos para diversas patologias entre elas a hipertensão (Farmácia Popular; MS, 2018).

No ano de 1994 o Ministério da Saúde (MS) criou a Unidade Básica de Saúde (USB) e seu objetivo foi reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (Ministério da Saúde, 2018). Dessa forma, o paciente portador da HAS não teria apenas a USB para disponibilidade de anti-hipertensivos e outras classes de medicamentos, mais sim, drogarias privadas que passam a atender, também, essa necessidade dos pacientes com dificuldade de acesso ao medicamento (Farmácia Popular; MS, 2018).

O tratamento da HAS se baseia em dois tipos de terapias: a medicamentosa e a não medicamentosa, ou mudança de estilo de vida. Um dos mecanismos para controle de Pressão Arterial (P.A) é por meio de bloqueio dos receptores AT1 da angiotensina II oral. A Losartana Potássica possui este tipo de mecanismo, ela bloqueia o receptor do tipo I e II, inibindo assim a vasoconstrição e a diminuição da síntese de aldosterona, sendo uma alternativa principal para tratamento da HAS (Carneiro, D.R.; Casali, A.G.;2012).

Com a disponibilização do medicamento para a população de baixa renda, vários laboratórios produzem a Losartana Potássica 50 mg, sendo os mesmos classificados como genéricos, similares e referência. Devido a quantidade de laboratórios produtores, os pacientes se questionam quanto à eficácia entre os laboratórios (Pró-genéricos, 2009).

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo experimental, com a finalidade de avaliar o controle físico-químicos de comprimidos de Losartana Potássica de 50mg, de laboratórios farmacêuticos distintos, dentre medicamentos genéricos e de referência.

Local da pesquisa

Os testes físico-químicos foram realizados no laboratório multidisciplinar do Centro Universitário UNIFAVIP/WYDEN, com a supervisão da professora/orientadora e técnicos de laboratório.

Amostras

Os comprimidos de Losartana Potássica 50 mg (Tabela 1) foram adquiridos em drogarias, de forma aleatória, que possuíam o sistema Farmácia Popular do Brasil.

Classificação	Lote	Fabricação	Validade
G1	19A28B	01/19	01/21
G2	B18H1449	08/18	08/20
G3	1810441	08/18	08/20
G4	0T9941	10/18	10/20
R1	R032686	07/18	07/21

Tabela 1. Informações sobre comprimidos de Losartana Potássica 50mg utilizadas na pesquisa.

Legenda: G (genérico), R (referência) Fonte: Dados da pesquisa.

Critério De Inclusão E Critério De Exclusão

Para elaboração da parte teórica, referencial, foram utilizados artigos pesquisados nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e Science Direct, durante o período de 2010 a 2019, utilizando como palavras chave: hipertensão arterial, losartana potássica, sistema farmácia popular do Brasil e controle de qualidade físico-químico de fármacos. Foram descartados artigos que estavam fora do período de ano estabelecido, e também, artigos que não se adequavam aos objetivos da pesquisa.

Procedimento E Coleta Dos Dados

Os testes foram realizados em comprimidos de Losartana Potássica de 50mg, produzidos por laboratórios distintos, sendo quatro medicamentos genéricos (G1, G2, G3 e G4) e um de referência (R1), de diferentes laboratórios, todos foram adquiridos em drogarias, dispensados no Programa Farmácia Popular do Brasil. Para essas amostras, foram aplicados os controles físico-químicos com o objetivo de avaliar a eficácia, qualidade e segurança.

Processamento e análise dos dados

Os ensaios foram realizados em triplicada, sendo o desvio padrão de todos os resultados. Para o tratamento estatístico foi utilizado como ferramenta o Excel. Dentre os parâmetros de controle físico-químicos de medicamentos, foram

realizados os descritos abaixo.

Peso médio

Foram pesados, individualmente, 20 comprimidos e determinado o peso médio. De acordo com os parâmetros farmacopéicos, pode-se tolerar não mais que duas unidades fora dos limites especificados, em relação ao peso médio, porém, nenhuma poderá estar acima ou abaixo do dobro das porcentagens indicadas (Farmacopeia Brasileira, 2015).

Dureza

O teste consistiu em submeter o comprimido à ação de um aparelho que meça a força, aplicada diametralmente, necessária para esmagá-lo. O teste foi realizado com 10 comprimidos, onde o aparelho, foi calibrado com precisão de 1 N. Estes foram testados, individualmente, e os resultados expressos através da média dos valores obtidos nas determinações realizadas (Farmacopeia Brasileira, 2015).

Friabilidade

Foi realizada a pesagem com exatidão os comprimidos de forma individual, obtendo-se uma média prévia, e posteriormente, introduzidos no aparelho (friabilômetro), a velocidade foi ajustada para 25 rotações por minuto e o tempo de teste para 4 minutos, de acordo com parâmetros farmacopéicos. Decorrido o prazo, foi removido qualquer resíduo de pó da superfície dos comprimidos e foram submetidos a pesagem. São considerados aceitáveis os comprimidos com perda igual ou inferior a 1,5% do seu peso ou a porcentagem estabelecida na monografia (Farmacopeia Brasileira, 2015).

Desintegração

Utilizaram-se seis comprimidos no teste de avaliação da desintegração, onde foi colocado um comprimido em cada um dos seis tubos da cesta do equipamento. Foi utilizando água a 37 ± 1 °C, na cuba de aquecimento e nas cestas, mimetizando a temperatura corporal, como líquido de imersão. O limite de tempo estabelecido como critério geral para a desintegração de comprimidos não revestidos é de até 30 min (Farmacopeia Brasileira, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Peso Médio

O objetivo do teste de peso médio está relacionado a influência da concentração do princípio ativo e é através dele que é baseado o peso das formas farmacêuticas. A Tabela 2 demonstra os resultados obtidos pelo teste de peso médio, onde foi pesado com auxílio de uma balança analítica, individualmente, 20 comprimidos de cada laboratório e determinou o valor, usando o desvio padrão relativo (DRP). Conforme os resultados da Tabela 2, os valores são aceitáveis diante os padrões farmacopéicos, tolerando não mais que duas unidades fora dos limites especificados, ou seja, nenhum comprimido apresentou-se acima ou abaixo do dobro das porcentagens indicadas. Para confirmação, todos os testes foram feitos em triplicatas e os resultados foram comparados com a Farmacopeia Brasileira (Farmacopeia Brasileira, 2015).

G1	G2	G3	G4	R1
0,1611	0,1848	0,1605	0,2144	0,1533
0,1612	0,1814	0,1617	0,2120	0,1523
0,1619	0,1822	0,1581	0,2122	0,1561
0,1589	0,1847	0,1618	0,2146	0,1525
0,1619	0,1897	0,1567	0,1944	0,1543
0,1654	0,1893	0,1593	0,2028	0,1532
0,1627	0,1862	0,1587	0,2036	0,1501
0,1618	0,1805	0,1602	0,2040	0,1521
0,1607	0,1871	0,1626	0,2080	0,1531
0,1626	0,1800	0,1655	0,2041	0,1520
0,1609	0,1877	0,1609	0,2055	0,1525
0,1612	0,1856	0,1574	0,2064	0,1520
0,1635	0,1864	0,1550	0,1995	0,1522
0,1618	0,1809	0,1610	0,2061	0,1548
0,1614	0,1830	0,1625	0,2030	0,1524
0,1620	0,1855	0,1560	0,2069	0,1517
0,1626	0,1803	0,1609	0,2066	0,1523
0,1637	0,1869	0,1590	0,2090	0,1530
0,1590	0,1843	0,1598	0,2149	0,1500
0,1614	0,1849	0,1604	0,2093	0,1533

Tabela 2. Resultados obtidos no teste de peso médio.

Desvio padrão relativo (DRP): G1=0,161785; G2=0,18457, G3=0,1599, G4=0,206865, R1=0,15266. Fonte: Dados da pesquisa.

Dureza

A Tabela 3 demonstra os resultados obtidos através do ensaio de dureza. Apesar de não ser considerado um método farmacopéico, a mesma está relacionada diretamente com o tempo de desintegração da forma farmacêutica, sendo indicativo da biodisponibilidade do fármaco em meio aquoso. Os comprimidos foram submetidos ao teste de forma individual, submetendo-os à ação do durômetro, que mediu a força em newtons (N), necessária para esmagá-lo. Os resultados apresentados na Tabela 3 foram considerados aceitáveis, pois, diante os padrões farmacopéicos, para a dureza de comprimidos, o mínimo aceitável é 30 N (Farmacopeia Brasileira, 2015).

G1	G2	G3	G4	R1
32,5	39,5	43,5	32,5	30,0
42,5	35,5	47,5	43,5	31,5
34,5	47,0	46,5	33,5	30,0
35,5	25,5	47,5	30,5	41,5
38,5	23,0	43,0	33,5	33,0
47,5	25,5	46,5	59,0	35,0
41,0	44,5	42,0	32,5	31,0
51,5	59,0	54,5	32,0	59,0
58,0	34,5	39,5	37,5	44,0
46,0	58,0	40,0	42,5	38,5

Tabela 3. Resultados obtidos no teste de dureza.

Desvio padrão relativo (DRP): G1=42,75N; G2=39,2N; G3=45,05N; G4=37,7N; R1=37,35N. Fonte: Dados da pesquisa.

Friabilidade

O ensaio de friabilidade proporciona a avaliação da qualidade dos comprimidos, demonstrando a resistência mecânica. A Tabela 4 apresenta os resultados do teste de friabilidade, onde foram pesados 20 comprimidos e colocados no friabilômetro. A diferença entre o peso inicial e o final representa a friabilidade, medida em função da porcentagem de pó perdido. Nenhum comprimido apresentou, ao final do teste, características como: quebrado, lascado, rachado ou partido. Como resultado destes ensaios, pode-se observar que estão atendendo aos critérios farmacopéicos, visto que a perda foi inferior a 1,5% do peso dos comprimidos (Farmacopeia Brasileira, 2015).

G1	G2	G3	G4	R1
0,1594	0,1801	0,1590	0,2146	0,1528
0,1615	0,1856	0,1664	0,2055	0,1526
0,1665	0,1870	0,1609	0,2067	0,1500
0,1610	0,1856	0,1615	0,2117	0,1512
0,1591	0,1893	0,1567	0,2093	0,1527
0,1614	0,1862	0,1635	0,2078	0,1536
0,1609	0,1842	0,1616	0,2038	0,1500
0,1620	0,1895	0,1626	0,1941	0,1525
0,1633	0,1872	0,1581	0,2030	0,1520
0,1624	0,1815	0,1621	0,1998	0,1517
0,1602	0,1801	0,1603	0,2143	0,1538
0,1593	0,1805	0,1572	0,2093	0,1528
0,1628	0,1850	0,1619	0,2044	0,1571
0,1644	0,1820	0,1634	0,2067	0,1520
0,1600	0,1808	0,1603	0,2049	0,1528
0,1627	0,1878	0,1575	0,2039	0,1528
0,1614	0,1828	0,1597	0,2070	0,1548
0,1613	0,1844	0,1598	0,2030	0,1522
0,1588	0,1848	0,1610	0,2142	0,1534
0,1653	0,1863	0,1614	0,2124	0,1546

Tabela 4. Resultados obtidos no teste de friabilidade.

Desvio padrão relativo (DRP): G1=0,161685; G2=0,184535, G3=0,160745, G4=0,20682, R1=0,15277. Fonte: Dados da pesquisa.

Desintegração

O teste de desintegração permite verificar se os comprimidos se desintegram dentro do limite de tempo especificado, seis unidades do mesmo lote foram submetidos ao ensaio de desintegração, de acordo com parâmetros experimentais descritas na metodologia. A Tabela 5 descrevem os resultados obtidos, ao final do intervalo de tempo especificado (menos de 30 min), cessou o movimento da cesta e observou o material em cada um dos tubos. Todos os comprimidos estavam completamente desintegrados. Dessa forma, pode-se observar que os resultados são consideráveis, pois, a desintegração dos comprimidos dos laboratórios em teste, tiveram um tempo de 12-19 minutos para desintegração total. De acordo com a farmacopeia, o tempo preconizado é de até 30 minutos para desintegração (Farmacopeia Brasileira, 2015).

G1	G2	G3	G4	R1
15min	17min	19min	14min	12min
15min	17min	19min	14min	12min
15min	17min	19min	14min	12min

Tabela 5. Resultados obtidos no teste de desintegração.

Desvio padrão relativo (DRP): G1=15min; G2=17min, G3=19min, G4=14min, R1=12min. Fonte: Dados da pesquisa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os ensaios físico-químicos e parâmetros descritos na farmacopeia, os comprimidos não revestidos de laboratórios distintos de losartana potássica 50mg, se encontram dentro do perfil das normas de padronização. Onde obtiveram resultados satisfatórios em todos os ensaios realizados, tais como: peso médio, onde o limite de variação permitido é de $\pm 10,0\%$, se o peso médio for menor ou igual a 80mg; a friabilidade dos comprimidos foi inferior a 1,5%, a dureza foi de no mínimo 30 N e a desintegração foi menor que 30 minutos.

De acordo com os ensaios físico-químicos realizados, foi possível constatar que não houve diferenças significativas entre os diferentes laboratórios do fármaco, bem como enquanto sua classificação, medicamento genérico e de referência. Culturalmente a população remete aos medicamentos genéricos uma baixa qualidade, muitas vezes atrelados à um menor custo, relacionado aos medicamentos de referência.

Através dos ensaios de controle de qualidade físico-químicos de medicamentos é possível constatar a qualidade, segurança e eficácia desses fármacos pela população, garantindo um tratamento resolutivo e com probabilidade de controle da doença crônica, de acordo com a indicação terapêutica do fármaco em estudo.

AGRADECIMENTOS

É chegado ao fim de um ciclo de muitas risadas, choros, felicidades e frustrações. Sendo assim, dedicamos este trabalho a todos que fizeram parte desta etapa da nossa vida. Primeiramente dedicamos a Deus, por ser essencial em nossa vida, autor do nosso destino, nosso guia, socorro presente na hora da angústia, aos nossos pais Maurisa Gomes dos Santos Andrade, Marcos Antônio de Andrade, Maria Lúcia Oliveira do Nascimento, Genésio Messias dos Santos e a toda nossa família por terem propiciado a realização deste sonho.

Deixamos um agradecimento especial à nossa orientadora Lidiany da Paixão Siqueira, por aceitar conduzir esse projeto de pesquisa, pelo incentivo e pela

dedicação do seu escasso tempo, por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar e nos mantermos motivadas durante todo o processo. Também queremos agradecer a nossa amiga Janainy Teresa, aos técnicos de laboratórios, em especial Galego e Elenilson, que nos ajudou com vasta experiências nos testes que foram realizados e ao Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/WYDEN que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino. Finalizamos com a frase que nos acompanha desde o início do curso "A diferença entre o remédio e o veneno é a dose"(Paracelso).

REFERÊNCIAS

AMORIN, M. E. S; FERREIRA, M. R. R; OLIVEIRA, S. A. S; FERNANDES, C. K. C. **Programa Farmácia Popular do Brasil em uma drogaria de São Luís do Montes Belos-GO**. Rev. Faculdade Montes Belos (FMB), v. 8, nº 1, 2015.

ANDRADE, S.S.A; STOPA, S.R; BRITO, A.S; CHUERI, P.S; SZWARCOWALD, C.L; MALTA, D.C; **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde**, 2013.

ANVISA. **Lista de Medicamentos de Referência**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/referencia/lista.pdf>. Acesso em: 11 ago, 2018a.

ANVISA. **Lista de Medicamentos Genéricos**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/352400/1.1+Gen%C3%A9ricos+registrados+-+por+nome+do+gen%C3%A9rico+31-03-2017.pdf/9e4ce425-7915-4cc1-b870-05ee305c1a8f> . Acesso em: 11 ago, 2018b.

AQUINO, G.A.; CRUZ, D.T.; SILVÉRIO, M.S.; VIEIRA, M.T.; BASTOS, R.R.; LEITE, I.C.G.; **Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro.; 20(1): 116-127, 2017.

ARAÚJO, F.N.F; FIGUEIREDO, T.M.R.M, CARDOSO, M.A.A; PAES, N.A; SANTOS, H.E.A.M. **THE EFFECTIVENESS OF HYPERTENSION CONTROL BLOOD IN SHARES ATTENTION HEALTH**. Rev Pesq Saúde, 17(2): 80-86, mai-ago, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Lei n. 9.787, de 10 de Fevereiro de 1999**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm. Acesso em: 27 jan, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 1.170, de 19 de abril de 2006. **Guia para provas de biodisponibilidade relativa/bioequivalência de medicamentos**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RE_1170_2006.pdf/153aa760-5abc-4325-8ec5-95e6b43b35ad. Acesso em: 23 fev, 2019.

BRASIL. **Farmacopeia Brasileira, volume 1, 5ª edição**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. Acesso em: 13 set, 2018.

BRASIL. **Farmacopeia Brasileira, volume 2, 5ª edição**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2010. Acesso em: 13 set, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA. **Medicamentos genéricos: Informação para médicos, farmacêuticos e profissionais de saúde**. Pernambuco: CRF-PE, 2018.

Farmácia Popular: **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: 22 dez, 2018.

FERNANDES, L.A.B; **Efeitos de diurético ou bloqueador do receptor da angiotensina II sobre a pressão arterial central em pacientes com pré- hipertensão e hipertensão arterial estágio I**, São José do Rio Preto, 2015.

GIL, E.S.; **Controle Físico-Químico de Qualidade de Medicamentos**. 3ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010. P.485. 2010.

IBGE; **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**; Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>, Acesso em: 23 dez, 2018.

INFARMED 25+; **Avaliação Biodisponibilidade/Bioequivalência**; 2018; Disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed>. Acesso em: 23 dez, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); **Agência Brasil**. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/brasil-participa-de-banco-de-dados-mundial-sobre-hipertensao>. Acesso em: 19 dez, 2018.

RAMOS, D.C.; CASALI, A.C.G. **ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS: A CLASS REVIEW**, v.2, p.94, 2012.

ROCHA, T. G; GALEND, S.B. **A importância do Controle de Qualidade na indústria farmacêutica**. Revista UNINGÁ, vol.20, n.2, pp. 97-103, 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); **Hipertensão Arterial Sistêmica**; 2018; Acesso em: 19 dez, 2018.

SOUZA, A. O.; YAMAGUCHI, M. U. **Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo**. Saúde e Pesquisa, v. 8, Edição Especial, p. 113-122, 2015.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SÍNDROME METABÓLICA, CONSUMO HABITUAL DE CARBOIDRATOS REFINADOS, PERFIL LIPÍDICO E GLICÊMICO EM IDOSOS DE URUGUAIANA/RS

Data de aceite: 18/11/2018

Vanessa Retamoso

MSc. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Graziela Morgana Silva Tavares

PhD. Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Patrícia Maurer

MSc. Programa de Pós Graduação em Bioquímica, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Vanusa Manfredini

PhD. Programa de Pós Graduação em Bioquímica, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Renata Montagner

MSc. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Jacqueline da Costa Escobar Piccoli

Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

Programa de Pós Graduação em Bioquímica, Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana, BR 472 - Km 592 - Caixa Postal 118, CEP: 97508-000, Uruguaiana - RS, Brasil.

RESUMO: Nas últimas décadas, observa-se o processo de transição nutricional que trouxe modificações no padrão alimentar da população idosa e, conseqüentemente diversas alterações na saúde deste grupo, principalmente comorbidades que se associam com o consumo alimentar, como doenças cardiovasculares. Desta forma, torna-se relevante a investigação do consumo alimentar, principalmente de carboidratos refinados e sua associação com a Síndrome Metabólica em idosos. Foram avaliados idosos (≥ 60 anos), com e sem síndrome metabólica. O consumo alimentar habitual foi investigado através de questionário de frequência alimentar e o perfil lipídico e glicêmico foram mensurados. O estudo foi constituído por uma amostra de 125 idosos residentes em Uruguaiana/RS. Foi observado

elevado consumo de carboidratos refinados pelos idosos avaliados, principalmente de pão branco. Apontando alterações no perfil lipídico e glicêmico ($p < 0,05$) do grupo com síndrome metabólica, além de alterações nas variáveis pressóricas, de peso, circunferência da cintura e IMC deste mesmo grupo. É possível que o consumo alimentar frequente de carboidratos refinados esteja relacionado com as alterações no perfil lipídico, glicêmico e também ao aumento na incidência de síndrome metabólica em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: consumo alimentar; carboidratos; síndrome metabólica

ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME, CONSUMPTION OF REFINED CARBOHYDRATES, LIPIDIC AND GLYCEMIC PROFILE IN ELDERLY OF URUGUAIANA/RS

ABSTRACT: The process of nutritional transition that has been occurring in recent years causes changes in the food pattern of the elderly population in which a number of health consequences have been observed. Mainly comorbidities associated with food consumption, such as cardiovascular diseases. In this way, the investigation of the food consumption, mainly of refined carbohydrates and possible association with the Metabolic Syndrome in the elderly, becomes relevant. Elderly (≥ 60 years), with and without metabolic syndrome, were evaluated in which the usual food consumption was evaluated through a food frequency questionnaire, lipid and glycemic profile. The study consisted of a sample of 125 elderly people living in the city of Uruguaiana / RS. It was observed a high consumption of refined carbohydrates by the evaluated elderly, mainly white bread. Aiming changes in the lipid and glycemic profile ($p < 0.05$) of the metabolic syndrome group, in addition to changes in pressure, weight, waist circumference and BMI variables of this group. It is possible to point out the frequent dietary intake of refined carbohydrates to changes in lipid and glycemic profile and also the increase in the incidence of metabolic syndrome.

KEYWORDS: food consumption; carbohydrates; metabolic syndrome

INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associados às alterações do estilo de vida e o crescimento da população idosa representam importantes fatores que estão relacionados com o aumento da incidência de inúmeras doenças, entre elas as cardiovasculares, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Síndrome Metabólica (SM), Diabetes *Mellitus* tipo 2 (1). A elevada prevalência destas doenças na população idosa é preocupante, visto que acarreta no aumento da morbimortalidade, impactando o sistema de saúde e reduzindo a qualidade de vida deste grupo etário (2).

A prevalência de SM vem crescendo juntamente à epidemia da obesidade, sendo definida através de um conjunto de fatores associados como o Diabetes *Mellitus* tipo 2, e morbidades relacionadas ao risco cardiovascular (3). As principais alterações clínicas e metabólicas que afetam a SM são os baixos níveis de HDL-c, triglicerídeos elevados, alteração na circunferência abdominal, hipertensão e hiperglicemia (4).

Observando o atual processo de transição nutricional em nível mundial, verifica-se que há um conjunto de fatores ambientais que se relacionam ao aumento dos índices de obesidade e suas doenças relacionadas. O fator de maior relevância neste caso são os hábitos alimentares inadequados, verificando elevada ingestão calórica através de alimentos refinados ricos em açúcar, resultando em uma dieta de baixo valor nutricional com ingestão reduzida de fibras, verduras e frutas, aumentando a probabilidade de SM (5).

Desta forma a investigação da dieta habitual é realizada através do recordatório 24 horas, onde se torna mais simples e eficaz quando estamos investigando hábitos de idosos, pois outros métodos de investigação se tornam mais difíceis devido à necessidade de memorização daquilo que foi ingerido em dias anteriores (6).

Assim se torna relevante a investigação da associação entre o consumo alimentar habitual de carboidratos refinados, perfil lipídico e glicêmico com a síndrome metabólica em idosos.

MÉTODOS

Delineamento

O estudo teve um delineamento epidemiológico do tipo transversal analítico, do tipo observacional e comparativo, onde os níveis de marcadores bioquímicos foram comparados entre indivíduos idosos com e sem síndrome metabólica.

População

O estudo foi realizado em 3 unidades básicas de saúde do município de Uruguaiana, com uma amostra de 125 idosos, com média de idade de 68,2±6,1 anos, 78 (62,4%) do sexo feminino e 47 (37,6%) do sexo masculino, recrutados diretamente na comunidade no município de Uruguaiana/RS, Brasil.

Foram excluídos do estudo os idosos com história prévia de neoplasias ou doenças que poderiam interferir no perfil lipídico como, hipotireoidismo.

Variáveis de risco cardiovascular e morbidades

a) Síndrome Metabólica (SM)

A SM foi estimada através dos critérios estabelecidos pelo NCEP-ATP III (4) que preconiza o diagnóstico de síndrome metabólica na presença de pelo menos três dos seguintes critérios: cintura abdominal >88cm para mulheres ou >102cm para homens, HDLc <50mg/dL para mulheres ou <40mg/dL para homens, TG>150 mg/dL, pressão arterial com valores de corte considerando 130/85mmHg e glicemia de jejum >110mg/dL.

c) Avaliações Antropométricas e fisiológicas

No exame físico, foram quantificados o peso (Kg), a altura (cm), a circunferência da cintura (cm) e a pressão arterial (mmHg).

O estado nutricional dos idosos foi avaliado através do índice de massa corporal (IMC) e para classificação se utilizou os seguintes parâmetros como pontos de corte para definição de baixo peso $\leq 23\text{kg/m}^2$, eutrofia 23 a 28kg/m^2 , sobrepeso ≤ 28 a 30kg/m^2 , obesidade $\geq 30\text{kg/m}^2$ (13).

A medida da circunferência da cintura foi utilizada para avaliar risco cardiovascular, e de complicações metabólicas associadas à obesidade, sendo os valores de ponto de corte de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (14).

d) Bioquímicas

Amostras de sangue periférico foram coletadas em jejum de 12 horas. Foram centrifugadas por 15 minutos a 3000rpm, e alíquotas de soro e plasma foram estocadas a -20°C , para análise posterior.

Os níveis de colesterol total, triglicerídeos e glicose foram medidos com kits de reagentes colorimétricos/enzimáticos padrão utilizando os reagentes da Labtest® (Lagoa Santa, MG, Brasil). Níveis de colesterol HDL foram determinados com kit enzimático Bioclin (Belo Horizonte, MG, Brasil), Todas as determinações foram realizadas em equipamento bioquímico semi-automatizado ChemWell T Labtest® (Lagoa Santa, MG, Brasil).

f) Variáveis Clínicas

- **Hipertensão arterial sistêmica (HAS):** foram considerados hipertensos

indivíduos com história de HAS, os com pressão arterial (PA) elevada no exame, bem como, os que estavam em uso de medicação anti-hipertensiva (7)

g) Avaliação do consumo alimentar

O consumo alimentar da dieta habitual dos idosos foi avaliado através de um questionário de frequência alimentar. As entrevistas foram realizadas no mesmo momento da avaliação antropométrica dos voluntários, onde nas perguntas constava a frequência diária, semanal, mensal ou nunca ter consumido alimentos considerados carboidratos refinados. Este questionário foi elaborado pelos autores e adaptado de Fisberg (8).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados em programa estatístico SPSS versão 20.0. As variáveis quantitativas foram analisadas pelos testes *t* de Student para amostras independentes. As variáveis categóricas foram analisadas por teste do qui-quadrado. Para verificar o efeito das variáveis intervenientes nos dados obtidos como sexo, idade e obesidade, utilizou-se a análise de regressão logística método *Backwardwald*. Foram consideradas significativas as comparações com $p < 0,05$.

Ética

O presente estudo cumpriu os princípios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos contidos na Declaração de Helsinki. O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) o qual foi aprovado sob protocolo nº: 284.295.

Todos os sujeitos do estudo tiveram os direitos de privacidade observados e assinaram um consentimento livre e esclarecido para participação e levaram uma cópia do mesmo consigo.

RESULTADOS

A amostra de idosos correspondeu à 125 indivíduos com média de idade de $68,2 \pm 6,1$ anos.

A frequência de SM foi de 49,6% ($n=62$). A média de idade não foi diferente entre os grupos (SM= $68,9 \pm 6,7$ anos; Não SM= $67,5 \pm 5,6$ anos; $p=0,152$).

Em relação ao consumo dos carboidratos refinados pode-se observar que há uma predominância no consumo de arroz branco entre os carboidratos refinados mais ingeridos pelos idosos, conforme evidenciado na Tabela 1.

Alimentos	Por dia		Por semana			Total
	1-2	3 ou +	1 a 2	3 ou +	Nunca	
Pão branco	79	33	2	5	6	125
Arroz branco	83	29	3	9	1	125
Macarrão	59	38	20	0	8	125
Bolacha doce	3	18	17	29	68	125
Chocolate	1	8	1	21	94	125

Tabela 1- Frequência de alimentos refinados consumidos pelos idosos

A tabela 2 mostra o consumo de carboidratos refinados entre os grupos com SM e sem SM. Observou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao consumo de macarraão e SM. O grupo SM relatou nunca consumir macarraão ($p=0,01$).

Grupos		%Nunca	%Semanal	% Diário	* p
Pão branco	Com SM	4,8	32,3	62,9	0,33
	Sem SM	4,8	31,7	63,5	
Arroz branco	Com SM	0	51,8	48,2	0,76
	Sem SM	1,6	46,6	51,8	
Macarrão	Com SM	12,9	43	44,1	0,01*
	Sem SM	0	44,1	55,9	
Bolacha d.	Com SM	59,7	11,3	29	0,70
	Sem SM	49,2	17,5	33,3	
Chocolate	Com SM	77,4	6,5	16,1	0,65
	Sem SM	73	6,3	20,7	

Tabela 2- Frequência do consumo de carboidratos refinados dos idosos com e sem SM

Legenda: Bolacha d.: bolacha doce. *teste qui-quadrado

A Tabela 3 demonstra a comparação entre o perfil lipídico e glicêmico entre os grupos, onde se observa, conforme esperado, que o grupo com SM apresentou valores significativamente maiores em comparação ao grupo sem SM.

Variável	Com SM	Sem SM	p^*
Glicose (mg/dL)	121±64	89±13	0,00
Colesterol total (mg/dL)	204±50	180±33	0,01
Triglicerídeos (mg/dL)	200±116	107±38	0,00
HDL (mg/dL)	45±5	49±6	0,05

Tabela 3- Comparação entre os valores médios e variáveis laboratoriais entre os grupos com e sem síndrome metabólica

Legenda: HDL: High density lipoprotein. *teste t Student

Na Tabela 4 estão apresentadas as variáveis antropométricas e pressóricas dos grupos com e sem SM.

Variável	Com SM	Sem SM	p*
Idade (anos)	69±6	67,5±5,5	0,15
PAS (mmHg)	129±20	85±13	0,02
PAD (mmHg)	80±13	75±14	0,01
Peso (kg)	76±14	69±14	0,01
CC (cm)	104±10	95±13	0,00
IMC (kg/m ²)	31,1±5,1	27±6	0,00

Tabela 4- Variáveis antropométricas e pressóricas entre os grupos

Legenda: SM: síndrome metabólica; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; CC: circunferência da cintura; IMC: índice de massa corporal. *teste t Student

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou estabelecer associação entre SM e consumo de carboidratos refinados em idosos, e evidenciou que praticamente metade da amostra estudada (49,6%) apresenta SM. Este resultado é importante visto que a SM é um conjunto de fatores que aumentam as chances de eventos cardiovasculares e devem ser observados com atenção na população idosa.

Apesar disso, os resultados obtidos em outros estudos nacionais com idosos demonstraram frequência de SM semelhantes às aqui observadas, como o trabalho realizado por Calixto e colaboradores (2016) no qual em um grupo de 100 idosos (51%) possuem diagnóstico de SM pelos critérios NCEP III. Nota-se que, o aumento da prevalência de SM é um fenômeno mundial, acompanhado com o aumento da obesidade. Stančáková (3) relataram que a SM atinge cerca de 20-40% de prevalência em diferentes populações.

Mozaffarian (9) evidenciou um grupo de idosos que 38% das mulheres e 31% dos homens avaliados apresentavam síndrome metabólica segundo critérios NCEP III. Já no estudo de Stančáková (3) 38,8% de homens e 22,2% em mulheres apresentavam SM. Os dados citados corroboram aos achados citados no nosso em relação à predominância de mulheres com SM.

A Tabela 1 demonstra que os idosos avaliados têm hábito de consumir com frequência alimentos ricos em açúcar, onde diariamente a grande maioria dos indivíduos faz uso de algum tipo de carboidrato de rápida absorção, como arroz branco, macarrão, bolacha doce e chocolate.

O elevado consumo de alimentos refinados, encontrados no presente estudo, confirma o apresentado na pesquisa brasileira sobre ingestão inadequada de nutrientes em idosos, na qual se observou que existe um elevado consumo de

pão branco, arroz branco, macarrão, fornecendo um elevado valor energético nas refeições, porém um baixo aporte de micronutrientes (8).

Considerando que existe uma ingestão reduzida de frutas, alimentos integrais e que isso possivelmente pode agravar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis neste grupo populacional, e que o hábito alimentar é um fator agravante nesta situação, é relevante considerar que tais doenças podem ser prevenidas com a adoção de hábitos saudáveis (9,10).

Outro estudo apontou esta tendência de consumo frequente dos alimentos em sua grande maioria refinados ou ricos em gordura, foi encontrada em destaque uma ingestão diária de arroz branco com 96,5%, reforçando o que está apresentado na tabela 2. Em contrapartida o mesmo estudo também apresentou significativo consumo diário de frutas e verduras, divergindo de pesquisas anteriores. Havendo certo equilíbrio de consumo de alimentos altamente energéticos e alimentos ricos em vitaminas e minerais (11).

Veissi e colaboradores (12) investigaram o consumo alimentar através de questionário de frequência alimentar com adesão da dieta mediterrânea em 131 indivíduos com síndrome metabólica observando uma relação significativa do consumo de nozes, sementes e legumes para a mesma, diferente do que foi verificado no presente estudo, porém não houveram outras associações que pudessem demonstrar relação significativa relativo ao consumo alimentar e síndrome metabólica.

Em estudo de Lee e colaboradores (13), foi investigado através de recordatório alimentar 24 horas o consumo alimentar habitual de uma população Coreana acima de 50 anos de idade, onde se observou que cerca de 64% dos participantes com síndrome metabólica consomem diariamente algum tipo de carboidrato refinado, permitindo observar que o grupo populacional do estudo refere maior consumo de arroz branco e pão, diferente do que foi observado no presente estudo no qual apresentou relação de indivíduos com síndrome metabólica e consumo de macarrão, apresentado na Tabela 2.

As Tabelas 3 e 4 demonstram as médias das variáveis bioquímicas, de pressão arterial e antropometria entre os grupos com e sem SM. Observa-se que glicose, triglicerídeos, HDL, PAS, IMC e a circunferência da cintura, os seus resultados demonstram que os valores relacionados ao diagnóstico da SM foram estatisticamente diferentes dos grupos conforme esperado.

Em um estudo realizado com uma população jovem foram comparados os exames bioquímicos e avaliação antropométrica em grupos com e sem SM. Os dados que representaram relação significativa que vem ao encontro desta pesquisa foram a glicose, triglicerídeos, HDL -c, altura, IMC, pressão arterial sistólica e circunferência da cintura. Representando que os níveis de obesidade vêm aumentando, com isso

os dados referidos anteriormente se associam à síndrome metabólica observando que muitos jovens representam essa transição, na qual pode se carregar estas alterações até o seu envelhecimento (14).

Yubero-Serrano (15) avaliou uma população entre 35 e 70 anos de idade distribuídos aleatoriamente em 3 grupos com dietas distintas, sendo que em 2 grupos os indivíduos possuíam SM. Foram avaliados exames bioquímicos e realizada a avaliação antropométrica, dentre os resultados que apresentaram relação significativa para síndrome metabólica e corroboram com este estudo encontram-se a pressão arterial sistólica, IMC, circunferência da cintura, HDL-c, triglicerídeos e glicose.

O que possivelmente reforça a ideia de que além de uma adequação na dieta habitual é necessário ter atenção nestes outros fatores que elevam ainda mais a probabilidade da incidência de SM em diversos grupos etários e não somente em idosos.

Em uma população de chineses adultos de um grupo controle com SM foi verificado que o IMC, a pressão arterial sistólica e diastólica, triglicerídeos, colesterol total, HDL-c tiveram relação significativa para SM (16).

Observa-se, dessa forma, que o elevado consumo de alimentos refinados e a baixa ingestão de frutas, verduras e produtos integrais, previamente avaliado por Retamoso e colaboradores (17) possivelmente se relacionam a uma maior probabilidade de ter SM, evidenciando que o hábito alimentar tem influência no desenvolvimento de doenças crônicas, e o agravamento das mesmas, com isso sugere-se que a reeducação alimentar deve chegar durante a fase adulta para melhorar a qualidade de vida no envelhecimento.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações do estudo é possível apontar o consumo alimentar frequente de carboidratos refinados às alterações no perfil lipídico, glicêmico e também o aumento na incidência de síndrome metabólica. Porém, investigações futuras são necessárias para melhor elucidar esta associação.

REFERÊNCIAS

Calixto, SCS; Vinagre, RMF; Rocha, GF; França, T. Prevalência da Síndrome Metabólica em Idosos. Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 3, n. 2, art. 9, p. 119-135, jul./dez. 2016. ISSN Eletrônico: 2358-7946 <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2016.3.2.9>

Da luz, E.P.; Dallepiane, L.B.; Kirchner, R.M.; silva, L.A.A.; silva, F.P.; Kohler, J.; Gopinger, e.; Carlot, J.M. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte

do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.17, n.2, p.303-314, 2014.

Stančáková, A; Laakso, M. Genetics of metabolic syndrome. **Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders**, 15: 243–252, 2014.

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. **Circulation**. 206 (25): 3143-421, 2002.

Dussaillant, C; Echeverría, G; Villarroel, L; Marin, P; Rigotti, A. Una alimentación poco saludable se asocia a mayor prevalencia de síndrome metabólico en la población adulta chilena: estudio de corte transversal en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. **Nutrición Hospitalaria**, v.32 n.5 p.2098-2104, 2015.

Vitolo, MR. *Nutrição da Gestação ao Envelhecimento*. 2ed. ISBN: 9788564956896. Editora Rubio. Rio de Janeiro. 2014.

Sociedade Brasileira de cardiologia, Sociedade brasileira de hipertensão, sociedade brasileira de nefrologia. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 95: 1-51. 2010.

Fisberg, MR; Marchioni, DML; Castro, MA; Junior, EV; Araújo, MC; Bezerra IN; Pereira, RA; Sichieri, R. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**; 47 (1 Supl): 222S-30S. 2013.

Mozaffarian, D; Kamineni, A; Prineas, R; Siscovick, D. Metabolic Syndrome and Mortality in Older Adults. The Cardiovascular Health Study. **Archives International of Medicine**, v.168 n.9 p.969-978, 2008.

Parahyba, M; simões, CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, v.11 n.4 p.967-974, 2006.

Almeida, IC; Guimarães, GF; Rezende, DC. Hábitos alimentares da população Idosa: padrões de compra e consumo. **Agroalimentaria**, 17(33), 2011.

Veissi, M; Anari, R; Amani, R; Shahbazian H; Latifi SM. Mediterranean diet and metabolic syndrome prevalence in type 2 diabetes patients in Ahvaz, southwest of Iran. **Diabetes Metab Syndr Clinical Research** 2, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2016.01.015>.

Lee, KW; Cho, Y; Jo, G; Park, YK; Shin, MJ. Association of dietary intakes of total and subtypes of fat substituted for carbohydrate with metabolic syndrome in Koreans. **Endocrine Journal**. 63 (11), 991-999, 2016.

Karmelic Ivana; et al. Adiponectin Level and Gene Variability Are Obesity and Metabolic Syndrome Markers in a Young Population. **Archives of Medical Research**, v.43 p.145-153, 2012.

Yubero-Serrano, E; Delgado-Lista J, Tierney AC, Perez-Martinez P, Garcia-Rios A, Alcalá-Díaz JF, Castaño JP, Tinahones FJ, Drevon CA, Defoort C, Blaak EE, Dembinska-Kieć A, Risérus U, Lovegrove JA, Perez-Jimenez F, Roche HM, Lopez-Miranda J. Insulin resistance determines a differential response to changes in dietary fat modification on metabolic syndrome risk factors: the LIPGENE study. *Am J Clin Nutr*. 102: 1509–17, 2015.

Xiaotong, L; Daying, W, Huijing, H; Jianhua, Z; Chunxiu W; Mingju, M; Bin, W; Tao, W; Li, P; Fang, X; Haiqing, H; Guangliang, S. Association of the adiponectin gene (ADIPOQ) +45 T > G polymorphism with the metabolic syndrome among Han Chinese in Sichuan province of China. *Asia Pac J Clin Nutr*;

21 (2):296-301, 2012.

Retamoso, V; Maurer, P; Feijóo, L; Tavares, G; Manfredini, V; Piccoli, JCP. ADIPOQ C 45T_G Polymorphism, Food Ingestion, and Metabolic Syndrome in Elderly Persons. **Journal of the American college of nutrition**. <https://doi.org/10.1080/07315724.2017.1386139>. 2018.

CONSUMO DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS POR IDOSOS EM CORONEL PILAR - RS

Data de aceite: 18/11/2018

Daniel Capalonga

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Graduação em Medicina, Santa Maria, RS

Juliana da Rosa Wendt

Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Clínica Médica, Santa Maria, RS

Camile Locatelli

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Curso de Graduação em Farmácia, São Leopoldo, RS

Helanio Veras Rodrigues

Universidade Federal de Santa Maria, Curso de Graduação em Medicina, Santa Maria, RS

RESUMO: Introdução: Os Antidepressivos Tricíclicos (ADT) são fármacos que apresentam eficácia comprovada para tratamento da depressão. Entretanto, sua ampla gama de efeitos colaterais, potencial elevado para interações medicamentosas e sua difícil titulação tornam seu uso em idosos limitado. Este estudo ocupou-se de analisar o perfil de dispensação de ADT a idosos em Coronel Pilar, município do interior do Rio Grande do Sul que apresenta um dos maiores percentuais de população idosa no país. **Objetivo:** Avaliar a dispensação de ADT em Coronel Pilar-RS,

analisando quais os fármacos disponibilizados e a proporção do consumo de ADT pela população idosa. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, quantitativo e descritivo, realizado a partir da análise de dados secundários sobre a dispensação de ADT no período entre 02 de janeiro de 2018 e 31 de julho de 2018, disponíveis no Software Multi24, utilizado na Farmácia Municipal de Coronel Pilar para gerenciamento farmacêutico. **Resultados:** A pesquisa identificou o fornecimento, na unidade farmacêutica estudada, de quatro fármacos ADT: amitriptilina 25 mg; nortriptilina 25 mg; imipramina 25 mg e clomipramina 25 mg, todos na apresentação de comprimidos (cp). No período analisado, foram distribuídos 9.850 cp a um total de 57 pacientes. Destes, 36 (63,1%) eram idosos, consumindo 5.580 cp (56,6%). **Conclusão:** O consumo de ADT pela população idosa é algo bastante frequente, como ratificaram os dados encontrados na unidade pesquisada, apesar dos riscos e limitações do uso dessa classe medicamentos em geriatria.

PALAVRAS-CHAVE: depressão, prescrição, pessoa idosa, farmacologia, dispensação.

CONSUMPTION OF TRICICLIC
ANTIDEPRESSANTS BY ELDERLY IN

ABSTRACT: Introduction: Tricyclic Antidepressants (TAD) are drugs that have been shown to be effective in treating depression. However, the wide range of effects affects, the high potential for drug interactions and the difficult titration makes the use of TAD limited in the elderly. The present study analyzes the TAD dispensation profile for the elderly in Coronel Pilar, a city which has one of the highest percentages of the elderly population in Brazil. **Objective:** The objective of this study was to analyze the dispensation of TAD in Coronel Pilar-RS, evaluating drug availability and the proportion of ADT consumption by the elderly population. **Methods:** This was a cross-sectional, observational, quantitative and descriptive study, based on the analysis of secondary data about the ADT dispensation between January 2, 2018 and July 31, 2018, provided by the Multi24 Software, a software used by Coronel Pilar's Municipal Pharmacy for pharmaceutical management. **Results:** This research identified the supply, in the pharmaceutical unit studied, of four TAD drugs: amitriptyline 25 mg; nortriptyline 25 mg; imipramine 25 mg and clomipramine 25 mg, all in tablet presentation. During the analyzed period, 9,850 tablets were distributed for a total of 57 patients. Of these, 36 patients (63.1%) were elderly, consuming 5.580 tablets of TAD (56.6% of TAD tablets consumed). **Conclusion:** The consumption of TAD by the elderly population is quite frequent, as confirmed by the data found in this study, despite the risks and restrictions of use of this class of drugs in geriatrics.

KEYWORDS: depression, prescription, elderly, pharmacology.

1 | INTRODUÇÃO

Consequência natural do curso do envelhecimento, a velhice permanece como uma das mais significativas preocupações dos indivíduos desde o início da civilização humana. A busca por e a construção de conhecimento acerca do envelhecimento humano, em todos os seus aspectos, tem se intensificado na contemporaneidade, sobretudo nas duas últimas décadas do século XX. Esse fenômeno se dá em resposta aos processos mundiais de transições demográfica e epidemiológica, os quais ocasionam mudanças no perfil de saúde da população, com predomínio de patologias crônicas e suas complicações, em detrimento de processos agudos que tem por característica um desfecho rápido para cura ou óbito, implicando em aumento da utilização dos serviços de saúde (NETTO, 2016; LEMOS; SIRENA, 2019).

No Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, houve um aumento considerável na prevalência de doenças crônicas como a depressão. Dados do Reino Unido indicam que a depressão é uma condição comum em idosos, afetando 10 a 15% dos indivíduos nessa faixa populacional, sendo significativa parcela atendida

por serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS). Em nosso país, da forma semelhante ao Reino Unido, a maior parte dessa demanda é atendida no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), apenas cerca de 24% da população brasileira possuía algum plano de saúde privado ao final do ano de 2018. Considerando os dados da referida agência, aproximadamente 69% da cobertura é advinda de planos empresariais, cobrindo a população economicamente ativa. Os dados apontam, dessa forma, a importância da capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo os vinculados à APS, para abordar essa patologia prevalente no crescente contingente populacional idoso (COUPLAND et al, 2011; ANS, 2019).

Fleck e Baeza (2013) descrevem que, embora seja uma condição médica comum, a depressão é bastante subdiagnosticada: 30 a 60% dos casos não são detectados por médicos que atuam na APS. Outro dado preocupante trazido pelos autores é o fato de muitos pacientes com diagnóstico de depressão não receberem um tratamento adequado e específico. Vilela (2017) acrescenta ainda que, apesar de muitas vezes passar despercebida por familiares e cuidadores, a depressão configura-se como a síndrome psiquiátrica mais prevalente na população idosa (FLECK; BAEZA, 2013; VILELA, 2017).

Os antidepressivos são medicamentos eficazes no tratamento da depressão em idosos. Todavia, o sucesso do tratamento medicamentoso depende de fatores como a gravidade da depressão, as comorbidades clínicas ou psiquiátricas e a escolha adequada de antidepressivos. Dados de 2011 do Reino Unido apontavam o aumento da prescrição de antidepressivos na APS: em cinco anos houve crescimento de 47% nas prescrições de inibidores seletivos da recaptação de serotonina e de 18% em antidepressivos tricíclicos (ADT) (COUPLAND et al, 2011; SCALCO, 2002).

A escolha da medicação antidepressiva a ser prescrita deve considerar sua eficácia, seus efeitos adversos, a orientação do paciente e sua aderência ao tratamento. Em decorrência das alterações próprias características do envelhecimento, tais como a redução da água corporal total e do volume extracelular, o aumento do percentil da gordura corpórea, a redução da albumina sérica e a redução na velocidade de metabolização e excreção, o idoso é particularmente sensível aos efeitos colaterais das medicações antidepressivas. Ademais, devemos considerar que indivíduos nessa faixa etária apresentam frequentemente múltiplas comorbidades, utilizando polifarmácia, apresentando, então maior risco de complicações e interações medicamentosas com o uso de antidepressivos (SCALCO, 2002; FREIRIAS et al 2006).

Os ADT tem sido considerado o padrão-ouro de eficácia antidepressiva, já evidenciada por grande número de estudos. Por isso, são a classe farmacológica preferida por psiquiatras para o tratamento de quadros depressivos graves, com

eficácia estabelecida para o tratamento de quadros depressivos na população geriátrica. Não obstante sua eficácia comprovada, sua ampla gama de efeitos colaterais, tais como hipotensão ortostática, xerostomia, tremores, constipação, arritmias cardíacas, borramento visual, taquicardia, náuseas e sonolência, aliada à importante possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas e a sua difícil titulação, tornam uso em idosos limitado. (SCALCO, 2002; REY, 2016).

Tendo em vista o envelhecimento populacional experimentado pelo Brasil contemporaneamente, e considerando que o Rio Grande do Sul é a Unidade Federativa com maior número de municípios com maior percentual de população idosa, escolheu-se o município de Coronel Pilar-RS para analisar a dispensação de ADT a população. Tal município foi escolhido por suas singularidades, já que figura entre os dez municípios brasileiros com maior percentual de população idosa; além disso, toda a dispensação de fármacos é centralizada na única unidade farmacêutica do município, minimizando a possibilidade de perdas amostrais (FUSEC, 2015; PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2018).

2 | OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi analisar a dispensação de ADT por parte da Farmácia Municipal de Coronel Pilar, um município do interior do Rio Grande do Sul. Tal município foi escolhido por suas singularidades, já que figura entre os dez municípios brasileiros com maior percentual de população idosa; além disso, toda a dispensação de fármacos é centralizada na única unidade farmacêutica do município, minimizando a possibilidade de perdas amostrais.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, do tipo quantitativo descritivo, observacional, realizado a partir da análise de dados secundários disponíveis no Software Multi24®, utilizado na unidade para gerenciamento farmacêutico. Após o diagnóstico situacional, realizado no período compreendido entre 02 de janeiro de 2018 e 31 de julho de 2018, realizou-se uma concisa revisão na literatura científica para alicerçar uma discussão acerca dos resultados encontrados. Os dados coletados permitiram analisar quais os ADT dispensados na farmácia básica do município e avaliar o consumo pela população acima de 60 anos (ALENCAR, 2012).

4 | RESULTADOS

A pesquisa identificou o fornecimento, na unidade farmacêutica estudada, de

quatro diferentes medicamentos da classe dos ADT: Amitriptilina comprimidos (cp) de 25 mg; Nortriptilina cp de 25 mg; Imipramina cp de 25 mg; e Clomipramina cp de 25 mg. No período analisado, entre 02 de janeiro de 2018 e 31 de julho de 2018, foram distribuídos 9.850 cp a um total de 57 pacientes. Destes, 36 (63,1%) eram idosos, consumindo 5.580 cp (56,6%) (Figura 1 e Figura 2). O ADT mais dispensado foi a Amitriptilina, com 7.610 cp dispensados no período estudado, representando 77,2% do total de comprimidos retirados pela população na farmácia municipal. Durante o período investigado, o fármaco da classe dos ADT com menor quantidade de comprimidos dispensados foi Imipramina 25 mg, com 480 comprimidos distribuídos à população.

O perfil da dispensação de cada fármaco ADT, segundo a distribuição por faixa etária e a proporção de consumo por idosos, foi a seguinte (Figura 3): na dispensação de amitriptilina, 62,2% dos usuários eram idosos (n=28), consumindo 51,2% do total de comprimidos dispensados (3.900 cp); na nortriptilina, 50% dos usuários (n=3), consumindo 66,7% (480 cp); na imipramina, 100% (n=3), consumindo 100% (n=480 cp); e na clomipramina, 66,7% (n=2), consumindo 69,2% (n=720 cp). Os números encontrados na presente pesquisa revelaram que a maioria dos consumidores dos fármacos dessa classe encontra-se acima dos 60 anos de idade.

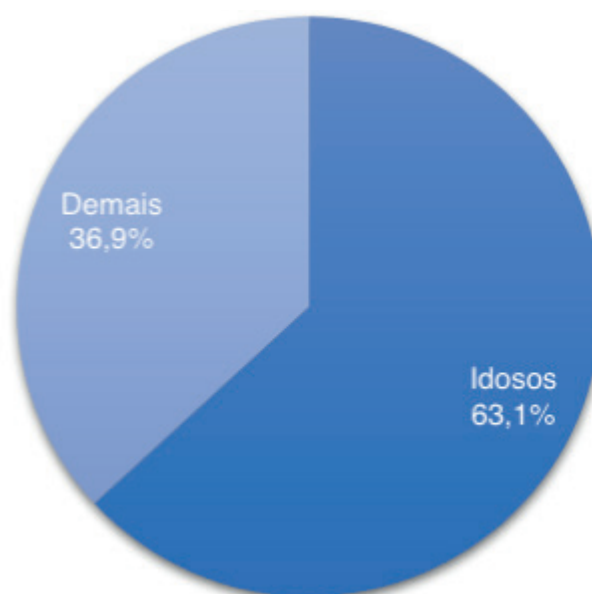


Figura 1 – Perfil dos usuários de ADT

Fonte: dados dos autores.

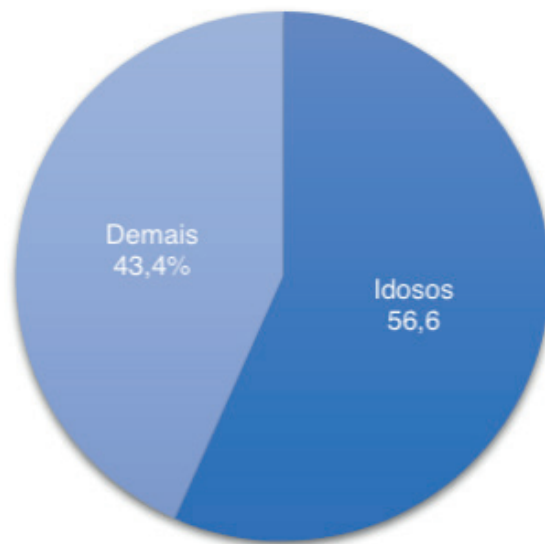


Figura 2 – Perfil da dispensação de ADT por grupos etários

Fonte: registro dos autores.

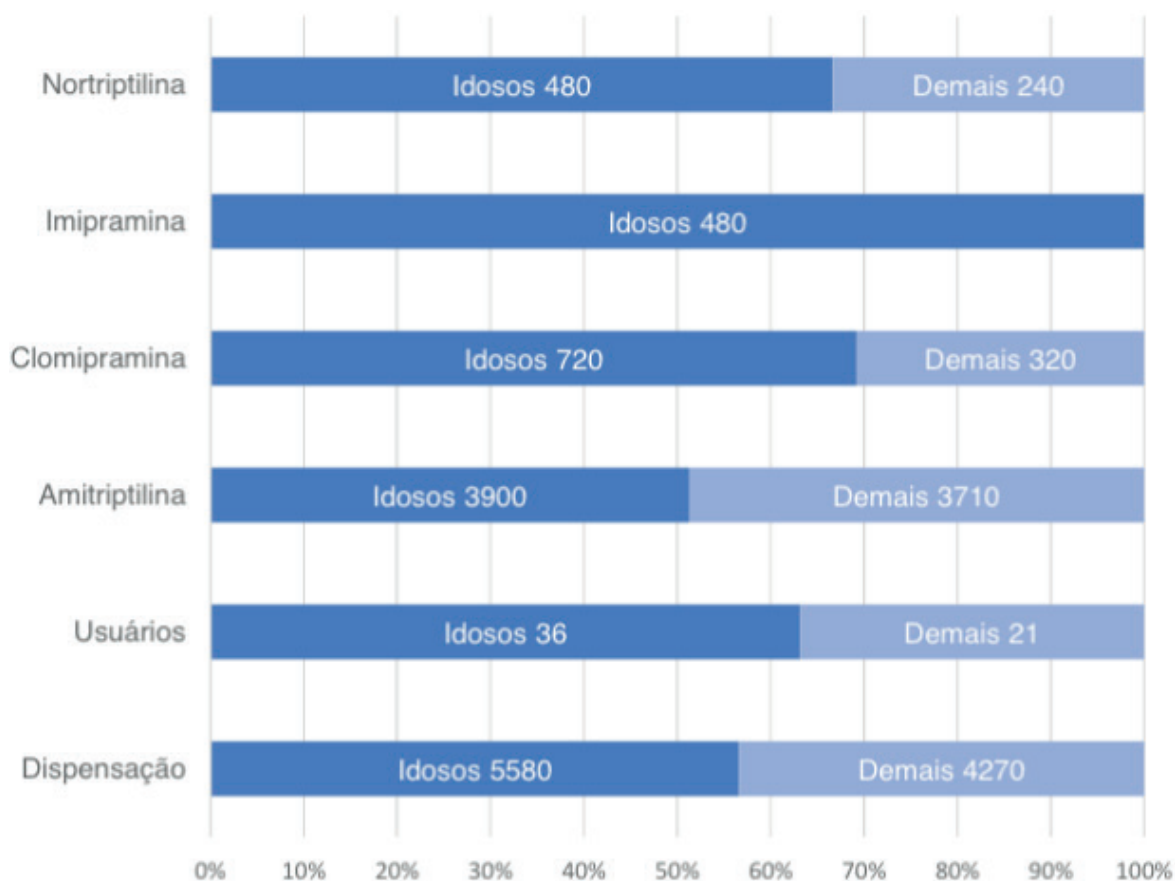


Figura 3 – Perfil de Dispensação por fármacos e por grupos etários.

Fonte: dados dos autores.

5 | CONCLUSÃO

O consumo de ADT pela população idosa é algo bastante frequente, como ratificaram os dados encontrados na unidade pesquisada, na qual essa faixa etária representou 63,1% dos usuários, consumindo 56,6% dos fármacos dispensados.

Como descrito anteriormente, os ADT são úteis e eficazes no tratamento de quadros depressivos, sobretudo em pacientes mais graves; todavia, pelos diversos efeitos colaterais, potencializados pelas mudanças biológicas próprias do processo de envelhecimento, torna-se necessário ponderar a prescrição dessa classe farmacológica para o público geriátrico.

A indicação de fármacos antidepressivos para idosos, especialmente para aqueles com maior vulnerabilidade e com maior grau de dependência quanto as atividades da vida diária, requer maior cautela pelo prescritor. Mesmo com eficácia comprovada, os ADT, devido a seus inúmeros efeitos colaterais e interações medicamentosas de difícil titulação, tem seu uso limitado em geriatria, devendo, caso seja possível, ser preteridos diante de outras classes de medicamentos antidepressivos com maior tolerabilidade.

Dessa forma é de extrema importância que o médico conheça o paciente que irá tratar, assim como o perfil de efeitos adversos e das prováveis interações medicamentosas que os ADT podem apresentar para propiciar um tratamento seguro ao seu paciente.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Airlane. **Tipos de Estudo e Introdução à Análise Estatística**. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: <<https://www.ime.usp.br/~lane/home/MAE0317/AnaliseEstatisticaLane.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Gerais**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2019. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 4 jun. 2018.
- COUPLAND, Carol *et al.* Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. **The BMJ: British Medicine Journal**, Londres, n. 343, p. 1-15, 2 ago. 2011. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4551/related>>. Acesso em: 14 maio 2018.
- DINIZ, José E. **As Cidades mais envelhecidas do país**. São Paulo, 3 ago. 2018. Disponível em: <<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/as-cidades-mais-envelhecidas-do-brasil/>>. Acesso em: 23 maio 2018.
- FLECK, Marcelo P. A.; BAEZA, Fernanda L.C. Depressão. *In*: DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 109, p. 1102-1113.
- FREIRIAS, Andrea *et al.* Tratamento da Depressão no Idoso. **The International Journal of Psychiatry**, [S. l.], Ano 3, v. 11, ed. 12, 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano98/depid.php>>. Acesso em: 1 maio 2018.
- FUSEC - FUNDAÇÃO CODESC DE SEGURIDADE SOCIAL. **As Cidades do Brasil que são dominadas por idosos**. Florianópolis: [s. n.], 2015. Disponível em: <<https://fusedsc.com.br/?p=3570>>. Acesso em: 07 maio 2018.
- LEMONS, Cristina P.; SIRENA, Sergio A. Saúde do Idoso. *In*: GUSSO, Gustavo. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 756-765.

NETO, Matheus P. Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. *In*: FREITAS, Elizabete V, *et al*(ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. cap. 1, p. 74-88.

REY, José A. Antidepressivos. *In*: WHALEN, Karen; FINKEL, Richard; PANAVELIL, Thomas A. **Farmacologia Ilustrada**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 10, p. 135-145.

SCALCO, Mônica Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, depressão utilizando tricíclicos, depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n. 24, Supl. 1, p. 55-63, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8858.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2018.

VILELA, Ana L. S. Depressão. *In*: FREITAS, Elizabete V, *et al*. **Manual Prático de Geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap. 5, p. 55-76.

EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO NA DOR LOMBAR DE IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 18/11/2018

Amanda Figueiró dos Santos

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Tamara Pinheiro de Oliveira

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Clandio Timm Marques

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Alecsandra Pinheiro Vendrusculo

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

RESUMO: A população brasileira está passando por um acelerado processo de transição demográfica levando ao aumento no contingente de idosos. No processo de envelhecimento ocorrem muitas alterações fisiológicas, como aumento da incidência de dor lombar, entre outras, podendo levar a diminuição na prática de exercício físico e conseqüentemente ao sedentarismo. Por este motivo, deve-se conhecer os efeitos do exercício físico na vida dos indivíduos idosos. O objetivo desta revisão integrativa foi analisar o efeito do exercício físico na dor lombar de idosos. Foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo e Pubmed,

com as palavras-chave elderly, exercise e low back pain, sendo artigos publicados de 2012 a 2017. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados três estudos. Os estudos avaliaram a eficácia do exercício físico, em indivíduos idosos com dor lombar. Os estudos concluíram e reforçaram a importância do exercício físico e entre seus efeitos benéficos pode-se citar a redução da dor, melhora da mobilidade, da força muscular e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: exercício físico; dor lombar; idoso

EFFECT OF PHYSICAL EXERCISE ON LOW BACK PAIN IN THE ELDERLY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The Brazilian population is undergoing an accelerated process of demographic transition leading to an increase in the contingent of the elderly. In the aging process many physiological changes occur, such as an increase in the incidence of low back pain, among others, which may lead to a decrease in the practice of physical exercise and consequently to sedentarism. For this reason, one should know the effects of physical

exercise on the life of the elderly individuals. The objective of this integrative review was to analyze the effect of physical exercise on low back pain in the elderly. We searched the databases Scielo and Pubmed with the keywords elderly, exercise and low back pain, and published articles from 2012 to 2017. After applying the inclusion and exclusion criteria, three studies were selected. The studies evaluated the efficacy of physical exercise in elderly individuals with low back pain. The studies concluded and reinforced the importance of physical exercise and among its beneficial effects can be mentioned the reduction of pain, improvement of mobility, muscular strength and consequently the improvement in the quality of life of the elderly.

KEYWORDS: exercise; low back pain; elderly

1 | INTRODUÇÃO

A população brasileira, ao longo dos anos, vem passando por um acelerado processo de transição demográfica, levando a uma grande queda nas taxas de fecundidade e um acentuado aumento da longevidade, impulsionando assim a um envelhecimento acelerado da população, aumentando consideravelmente o contingente de idosos no país. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Para Ribas et al., (2012) esta transição demográfica resultou em um processo de transição epidemiológica, implicando em maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Esta maior prevalência de doenças crônicas no processo de envelhecimento, está diretamente ligada a fatores de risco como obesidade, sedentarismo entre outros. (DUARTE; BARRETO, 2012)

Nessa perspectiva, o papel que o fisioterapeuta irá exercer no atendimento da população idosa é de grande importância, pois segundo Silveira et al., (2010) nessa fase da vida acontecem muitos processos de transformação do organismo, tanto físicos quanto psicológicos e sociais, trazendo declínios em algumas funções de diversos órgãos e sistemas do organismo.

Muitas são as alterações causadas pelo processo de envelhecimento, podendo ser citada, a diminuição da mobilidade, da força muscular e da capacidade funcional, que segundo Matsudo (2009) tem como efeito a redução na prática de atividade física e do exercício físico. Esta redução nos níveis de exercício físico praticado pelos idosos pode ser explicada pela alta incidência de dor, principalmente a dor lombar, que para Zavarize e Wechsler (2012), pode ser considerada um problema de saúde pública, pois afeta mais de 70% da população adulta/idosa levando a um comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos.

A prática regular de exercício físico tem muitos efeitos benéficos, podendo ser citado, a prevenção e controle de doenças crônicas, melhora da mobilidade,

da capacidade funcional e da qualidade de vida durante a fase de envelhecimento. (SILVA, et al., 2014)

Um dado muito importante que reforça a necessidade da prática de exercício físico regular após os 60 anos de idade, é que o estilo de vida sedentário tem efeito no cumprimento dos telômeros dos leucócitos, podendo assim, acelerar o processo de envelhecimento (MATSUDO, 2009). Segundo Meneguci et al. (2015) o sedentarismo implica diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, contribuindo assim, para o aumento das disfunções já causadas no processo de envelhecimento.

O objetivo da presente pesquisa foi realizar uma revisão integrativa sobre a influência do exercício físico na dor lombar de idosos.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes et al. (2008) constitui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese de conhecimento de um determinado assunto, além de apontar possíveis temas que precisam ser aprofundados com a realização de novos estudos. Além disso, proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, mantendo-os atualizados e facilitando sua vivência na prática clínica como consequência da pesquisa.

O termo “integrativa”, segundo Whitemore e Knafl (2005), origina-se através da integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método, é nesse ponto que se destaca o potencial para construir a ciência.

Esta revisão bibliográfica integrativa está baseada em artigos que foram pesquisados nas bases de dados Scielo e Pubmed. As palavras-chave utilizadas foram: idoso, exercício físico e dor lombar e seus respectivos descritores em inglês: elderly, exercise e low back pain, estas palavras foram entrecruzadas utilizando o operador booleano and.

Os filtros aplicados a pesquisa foram: artigos publicados nos últimos 5 anos e humanos. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: artigos na íntegra (originais, revisão sistemática e metanálise), publicados entre os anos de 2012 e 2017 que abordassem a dor lombar em idosos, disponíveis gratuitamente, na versão impressa ou eletrônica, em português e inglês. Os critérios de exclusão foram: resumos, trabalhos publicados em anais de eventos, artigos em blogs, artigos que não atendessem ao objetivo do estudo.

Para a elaboração desta revisão integrativa, após a seleção dos artigos procedeu-se a análise dos dados que são apresentados mediante a sistematização dos estudos em tabela a partir das variáveis: autor e ano de publicação, objetivo

do estudo, desenho do estudo e resultados. A análise integrativa foi realizada com base nos principais elementos inerentes ao método dos estudos, assim como os principais resultados sobre a prevalência de dor lombar em idosos.

Cabe ao pesquisador realizar a análise profunda e sistemática de cada uma das pesquisas encontradas para posteriormente compilar os achados que subsidiam a construção do conhecimento. Os resultados serão apresentados descritivamente utilizando-se de fluxograma e tabela para posterior discussão a partir do entrecruzamento dos achados na pesquisa.

O Fluxograma, descrito na figura 1, demonstra como foi realizada a construção da revisão integrativa, para facilitar o entendimento da sequência seguida.

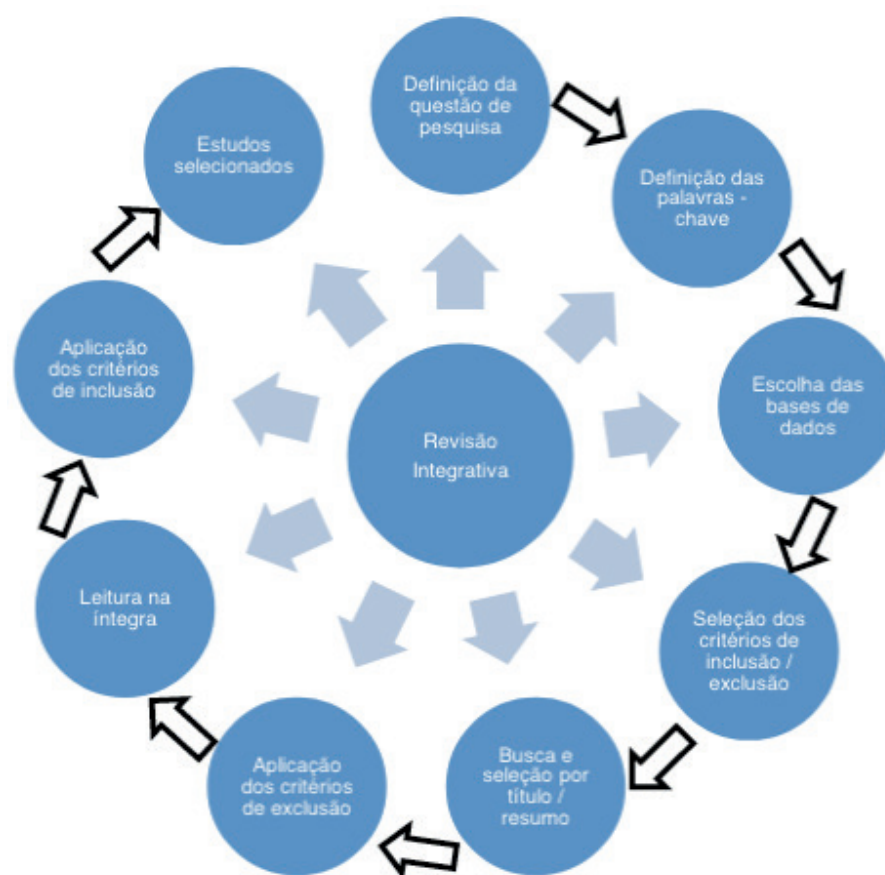


Figura 1. Fluxograma de construção da revisão integrativa

3 | RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por três artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Sendo todos encontrados na base de dados Pubmed. Para a divulgação dos resultados de forma mais ilustrativa e de fácil entendimento, optou-se apresentá-los através de fluxograma e tabela.

Portanto, na figura 2, o fluxograma descreve o resultado da busca nas bases

de dados escolhidas, demonstrando a estratégia de seleção dos artigos através das palavras-chave elencadas. De acordo com os resultados encontrados foi aplicado os critérios de inclusão e exclusão, e posteriormente ocorreu a eliminação de artigos duplicados, restando um total de 3 artigos.

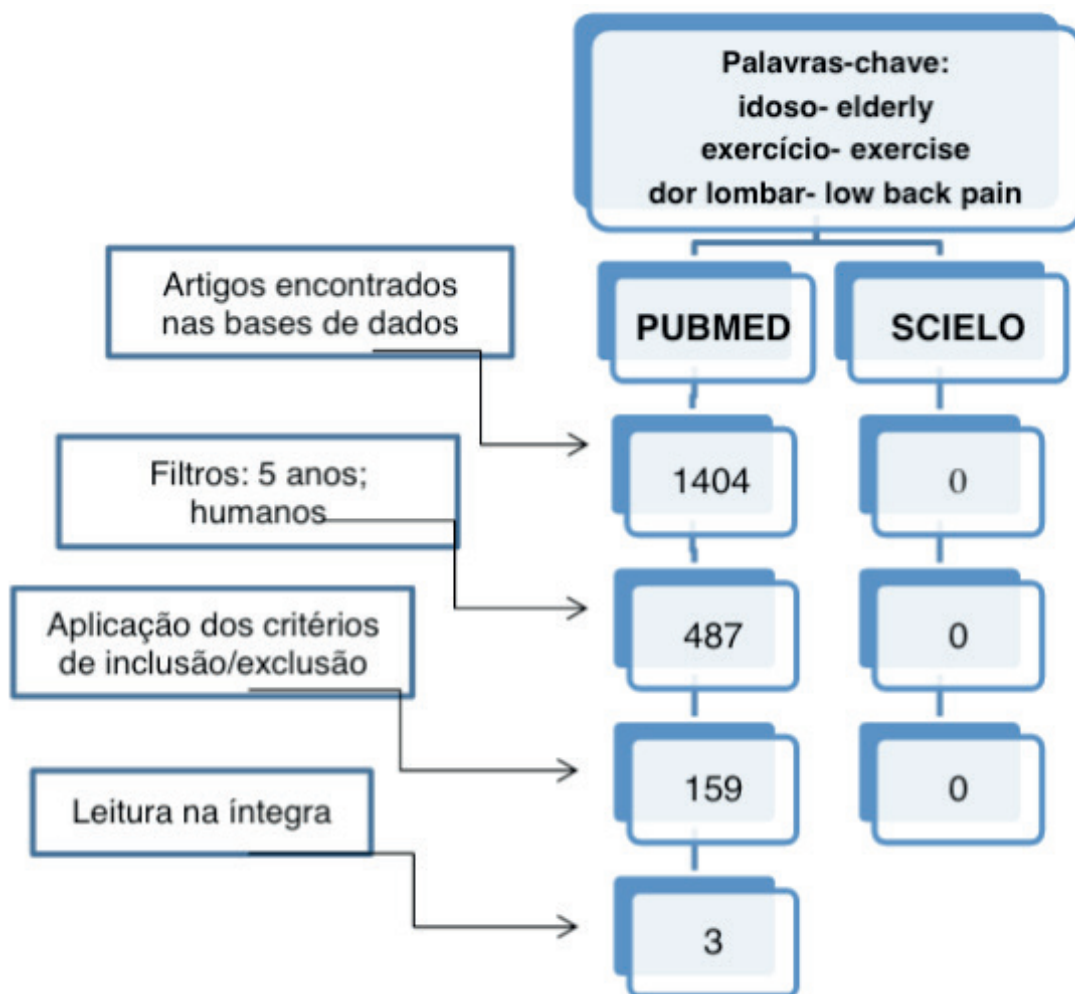


Figura 2. Fluxograma da estratégia de seleção de artigos

A tabela 1 demonstra os artigos selecionados e suas respectivas variáveis avaliadas.

AUTOR/ANO	OBJETIVOS	DESENHO DO ESTUDO	RESULTADOS
Irandoost K, Taheri M 2015	Investigar o efeito de exercícios aquáticos sobre dor lombar inespecífica (LBP) em homens idosos.	Participaram do estudo 32 homens idosos, com idade de 65 anos ou mais, alocados aleatoriamente em dois grupos: treinamento aquático e grupo controle. O programa de tratamento foi realizado 3 dias por semana por um período de 12 semanas.	Após a intervenção o IMC, relação cintura-quadril, porcentagem de gordura corporal e massa muscular do tronco melhoraram significativamente no grupo de treinamento aquático e a dor lombar diminuiu significativamente no grupo de treinamento aquático.
Vincent et al. 2014	Comparar os efeitos de 4 meses de exercício de resistência lombar isolada e exercício de resistência corporal total no desempenho ambulante de idosos obesos com dor lombar crônica.	Participaram do estudo homens e mulheres de 60 a 85 anos, que sofriam de dor lombar por 6 meses ou mais. Foram divididos em três grupos: exercícios de resistência, exercícios de extensão lombar e grupo controle. Para avaliar a dor foi utilizada a escala NRS (Numeric Rating Scale). Os participantes foram avaliados pré e pós intervenção. O programa de treinamento foi realizado por um período de 4 meses.	Após 4 meses, as pontuações de dor da NRS foram menores no grupo de exercícios de resistência corporal total em comparação com os demais grupos. Do total, 53% e 67% dos participantes dos grupos de exercícios de resistência corporal total e resistência lombar isolada obtiveram ganhos de força de extensão lombar que atingiram um valor maior ou igual a 20% dos valores basais.
Cruz-Diaz et al., 2015	Avaliar os efeitos de seis semanas de Pilates sobre equilíbrio funcional, medo de queda e dor em mulheres com mais de 65 anos de idade com dor lombar crônica.	Participaram do estudo 97 mulheres, com idade de 65 anos ou mais, com dor lombar crônica. Foram divididas em dois grupos: exercícios de fisioterapia e Pilates e exercícios somente de fisioterapia. O programa teve duração de seis semanas.	O grupo de fisioterapia e Pilates apresentou melhora significativa na mobilidade funcional, equilíbrio e dor quando comparado com o grupo que foi submetido a apenas fisioterapia.

Tabela 1- Características dos estudos incluídos

4 | DISCUSSÃO

No presente estudo foi realizado uma revisão integrativa com o intuito de investigar a influência do exercício físico na dor lombar de idosos. Durante a pesquisa observou-se uma escassez de literatura em relação ao tema abordado, pois existem poucos estudos que abordem a população idosa especificamente. Porém, diante dos resultados encontrados pode-se perceber que o exercício físico gera inúmeros benefícios para o indivíduo. Segundo Liddle et al. (2004), a prática de exercícios apresenta um efeito positivo em pacientes com dor lombar crônica.

No estudo de Cruz-Diaz et al. (2015), realizado com 97 mulheres com

idade acima de 65 anos com dor lombar crônica, obteve como resultado que seis semanas de exercícios do método Pilates foi efetivo na redução da dor, na melhora da mobilidade funcional e do equilíbrio das participantes, corroborando com os autores Gildenhuis et al. (2013), que em seu estudo concluiu que oito semanas de treinamento, três vezes por semana resultou em uma melhora significativa da mobilidade funcional em mulheres idosas. Para Rydeard et al. (2006), exercícios baseados no método Pilates são mais eficazes que os usualmente utilizados na redução da dor em pacientes com dor lombar.

Em um estudo de Cecchi et al. (2014), que participaram 211 indivíduos com média de idade de 70.4 anos, concluíram que um programa de exercícios realizado individualmente para pacientes com dor lombar crônica foi associado à melhora funcional significativa destes indivíduos, tanto na alta quanto após 1 ano de randomização.

Para Moore et al. (2012), a dor lombar crônica causada por um estilo de vida sedentário pode ser prevenida, com programas de exercícios simplificados que foquem na flexibilidade e no fortalecimento, além de serem benéficos no tratamento da dor. O benefício do exercício físico na promoção da saúde justifica o abandono imediato do sedentarismo. As evidências demonstram-se favoráveis no quesito aptidão física e na diminuição da incidência e duração dos episódios de dor lombar (TOSCANO; EGYPTO, 2001).

A prática regular do exercício físico tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, pois melhora a mobilidade, a capacidade funcional e a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente na fase de envelhecimento. É de suma importância estimular a população para a adoção de um estilo de vida ativo, pois é parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade de vida (MATSUDO, 2005).

Para ratificar a importância da prática de exercício físico, ainda pode-se citar seus efeitos terapêuticos, que são entre outros, efeito no tratamento de doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade, colesterol elevado, diminuição e tratamento de ansiedade e depressão, melhora da autoestima, sendo um preditor importante para a saúde e longevidade (MATSUDO, 2005).

Exercícios físicos realizados no ambiente aquático diminuem os episódios de dor lombar e diminuem a incapacidade dos indivíduos, gerando uma melhora da função e qualidade de vida (BARBERINI, et al. 2011; YOZBATIRAN et al. 2004). Para Barberini et al. (2011), essa melhora está associada aos efeitos dos exercícios terapêuticos e da ação benéfica da água. O exercício aquático tem resultado positivo em diversas condições musculoesqueléticas, pois o movimento na água é menos doloroso. Isso explica-se pela pressão e temperatura da água que geram relaxamento e diminuem a dor (DUNDAR et al. 2009).

No estudo de Irandoust e Taheri (2015), participaram 32 homens com dor lombar inespecífica com idade de 65 anos ou mais que foram divididos em grupo de intervenção e grupo controle, foram submetidos a 12 semanas de exercícios aquáticos, três vezes por semana, observou-se que a diminuição da dor foi significativamente melhor no grupo que foi submetido a exercícios aquáticos. Para os autores, uma das vantagens do exercício aquático é que ele pode envolver as extremidades superiores e inferiores através de amplos intervalos de movimento, minimizando o estresse das articulações, sendo assim um dos exercícios mais úteis para idosos com dor lombar.

Para Vincent et al.(2014), que avaliou homens e mulheres na faixa etária de 60 a 85 anos com dor lombar, observou-se após quatro meses de intervenção que houve redução da dor e melhora da força de extensão lombar no grupo que foi submetido a exercícios de resistência, o que pode ser ratificado no estudo de Coury et al. (2009), que demonstrou através de uma revisão de literatura, que há evidências que exercícios com movimentos resistidos foram efetivos na redução da dor lombar dos participantes.

No estudo de Ferreira et al. (2013), foi concluído que terapias que contemplem o exercício físico, podem ser indicadas como parte do tratamento das dores lombares para pacientes com dor lombar aguda como prevenção de novas crises e, para pacientes com dor lombar crônica, com o objetivo de melhorar a dor, a função e a qualidade de vida.

No estudo de Silva et al. (2012), idosos que praticavam exercícios físicos obtiveram melhora na qualidade de vida quando comparados com idosos sedentários, sugerindo que o exercício físico pode ser fator determinante para a melhora da qualidade de vida do idoso.

Mulheres idosas, fisicamente ativas, apresentam menos dor, melhor desempenho funcional, aptidão física e qualidade de vida, realizando suas atividades de vida diária com mais disposição (TOSCANO;OLIVEIRA, 2009; CONTE; LOPES, 2005).

Atualmente, está comprovado que a prática de exercícios físicos leva a melhora da capacidade funcional, da aptidão física, do equilíbrio e agilidade, principalmente na população idosa, ratificando sua importância para uma melhor qualidade de vida aos indivíduos (HALLAL et al. 2005; FRANCHI;JUNIOR, 2005).

5 | CONCLUSÃO

Diante da literatura encontrada a partir desta revisão integrativa, foi possível concluir a importância da prática do exercício físico. Foram encontrados estudos que abordavam diferentes modalidades de exercício, todos evidenciaram melhora

significativa dos indivíduos. Entre os efeitos benéficos que o exercício proporciona, podemos citar a diminuição da dor, melhora da mobilidade funcional, da força e resistência e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida dos idosos.

A prática do exercício físico no ambiente aquático, no método Pilates e com exercícios de resistência e fortalecimento muscular gerou redução significativa da dor lombar nos idosos. Verificou-se que o idoso que se mantém fisicamente ativo tem diminuição em seu quadro álgico com conseqüente redução de suas queixas, tendo assim uma melhora considerável na realização de suas atividades de vida diária, gerando uma melhora significativa em sua autoestima.

Portanto, torna-se de suma importância que os profissionais da área da saúde estimulem a prática regular de exercício físico, principalmente na fase de envelhecimento, pois é nesta fase que acontecem muitas alterações fisiológicas levando, muitas vezes, a redução dos níveis de atividades e ao sedentarismo. Manter-se fisicamente ativo e com hábitos de vida saudáveis, proporciona não só Benefícios físicos, mas também emocionais e sociais, favorecendo assim a prevenção e promoção da saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- BARBERINI, A; BERTOZZI, L, NARDI, A; RICCI, B. **Hydrotherapy on workers in the poultry industry with low back pain. A randomized controlled trial with 3-months follow-up.** *Scienza Riabilitativa*, v.13, n.4, p. 5–11, 2011.
- CECCHI, F; PASQUINI, G; PAPERINI, A; BONI, R; CASTAGNOLI, C; PISTRITTO, S; MACCHI, C. **Predictors of response to exercise therapy for chronic low back pain: result of a prospective study with one year follow-up.** *Eur J Phys Rehabil Med*, v.50, n. 2, p.143–151, 2014.
- CONTE, EMT; LOPES, AS. **Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas.** *Rev Bras Cienc Env Humano*, v.2, n.1, p. 61-75, 2005.
- COURY, HJCG; MOREIRA, RFC; DIAS, NB. **Efetividade físico em ambiente ocupacional para controle da dor cervical, lombar e do ombro: uma revisão sistemática.** *Rev Bras Fisioter*, v.13, n.6, p. 461-479, 2009.
- CRUZ-DIAZ, D; MARTINEZ-AMAT; DE LA TORRE-CRUZ, MJ; CASUSO, RA; DE GUEVARA, NM; HITA-CONTRERAS, F. **Effects of a six-week Pilates intervention on balance and fear of falling in women aged over 65 with chronic low-back pain: A randomized controlled trial.** *Maturitas*, v. 82, n.4, p. 371-376, 2015.
- DUARTE, EC; BARRETO, SM. **Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema.** *Epidemiol Serv Saúde*, v.21, n.4, p.529-532, 2012.
- DUNDAR, U; SOLAK, O; YIGIT, I; EVICK, D; KAVUNCU, V. **Clinical effectiveness of aquatic exercise to treat chronic low back pain: a randomized controlled trial.** *Spine*, v.34, n.14, p.1436–40, 2009.
- FERREIRA, LL; COSTALONGA, RR; VALENTI, VE. **Therapy with physical exercises for low back pain.** *Rev Dor*, v.14, n.4, p. 307–310, 2013.

FRANCHI, KMB; JUNIOR, RMM. **Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade.** Rev Bras Promoç Saúde, v.18, n.2, p. 152-156, 2005.

GILDENHUYS, GM, FOURIE, M; SHAW, I; SHAW, B; TORIOLA, A; WITTHUHN, J. **Evaluation of pilates training on agility, functional mobility and cardiorespiratory fitness in elderly women.** Afr J Phys Health Educ Recreat Dance, v. 19, p. 505-512, 2013.

HALLAL, PC; MATSUDO, SM; MATSUDO, VKR; ARAUJO, TL; ANDRADE, DR; BERTOLDI, AD. **Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences.** Cad Saúde Pública, v.21, n.2, p. 573-580, 2005.

IRANDOUST, K; TAHERI, M. **The effects of aquatic exercise on body composition and nonspecific low back pain in elderly males.** J Phys Ther Sci, v. 27, n. 2, p. 433-435, 2015.

LIDDLE, SD; BAXTER, GD; GRACEY, JH. **Exercise and chronic low back pain: What works?** Pain, v. 107, n. 1-2, p. 176-190, 2004.

MATSUDO, SMM. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** Bol Inst Saúde, n. 47, p. 76-79, 2009.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto Enferm, v. 17, n.4, p. 758-764, 2008

MENEGUCI, J; SANTOS, DAT; SILVA, RB; SANTOS, RG; SASAKI, JE; TRIBESS, S; DAMIÃO, R; JUNIOR JSV. **Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação.** Motricidade, v.11, n. 1, p.160-174, 2015.

MOORE, C; HOLLAND, J; SHAIB, F; CERIDAN, E; SCHONARD, C; MARASA, M. **Prevention of Low Back Pain in Sedentary Healthy Workers: A Pilot Study.** Am J Med Sci, v. 344, n.2, p.90-96, 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). Organização Pan-Americana da Saúde-Opas-OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde; tradução.** Brasília. OPAS, 2005.

RIBAS, R; PEREIRA, RB; GUIDACE, N; ALEXANDRE, TS. **Perfil de idosos atendidos pela fisioterapia em instituições de longa permanência em Pindamonhangaba – SP.** Cient Ciênc Biol Saúde, v. 14, n.1, p. 9-16, 2012.

RYDEARD, LA; SMITH, D. **Pilates-based therapeutic exercise: effects on subjects with nonspecific chronic low back pain and functional disability: a randomized controlled trial.** J Orthop Sports Phys Ther, v. 36, n.7, p. 472-484, 2006.

SILVA, MF; GOULART, NBA; LANDERDINI, FJ; MARCON, M; DIAS, CP. **Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos.** Rev Bras Geriatr Gerontol, v. 15, n.4, p. 635-642, 2012.

SILVA, NL; BRASIL, C; FURTADO, H; COSTA, J; FARINATTI, P. **Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ.** Med HUPE-UERJ, v.13, n. 2, p. 75-85, 2014.

SILVEIRA, MM; PASQUALOTTI, A; COLUSSI, EL; WIBELINGER, LM. **Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso.** Rev Bras Ciênc Saúde, v.8, n. 26, p. 52-58, 2010.

TOSCANO, JJO; EGYPTO, EP. **A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia.** Rev Bras Med Esporte, v. 7, n.4, p. 132-137, 2001.

TOSCANO, JJO; OLIVEIRA, ACC. **Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física.** Rev Bras Med Esporte, v.15, n. 3, p. 169–173, 2009.

VINCENT, HK; VINCENT, KR; SEAY, NA; CONRAD, PB; HURLEY, RW; GEORGE, SZ. **Back strength predicts walking improvement in obese, older adults with chronic low back pain.** PM R, v. 6, n.5, p. 418-426, 2014.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. **The integrative review: Updated methodology.** J Adv Nurs, v. 52, n.5, p. 546-553, 2005.

YOZBATIRAN, N; YILDIRIM, Y; PARLAK, B. **Effects of fitness and aquafitness exercises on physical fitness in patients with chronic low back pain.** The Pain Clinic, v. 16, n.1, p.35–42, 2004.

ZAVARIZE, SF; WECHSLER, SM. **Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica.** Rev Bras Geriatr Gerontol, v.15, n. 3, p. 403-414, 2012.

INFLUÊNCIA DA TÉCNICA DE RTA E DO USO DO THRESHOLD NA BIOMECÂNICA TORÁCICA E FUNCIONALIDADE DE PACIENTES PNEUMOPATAS: RELATO DE CASO

Data de aceite: 18/11/2018

Roberta Brenner Felice

Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN - Santa Maria - RS.

Tiago José Gomes Nardi

Co-orientador, Prof. Msc. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN - Santa Maria - RS.

Alethéia Peters Bajotto

Colaboradora, Prof^a Dra. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN - Santa Maria - RS.

Lilian Oliveira de Oliveira

Colaboradora, Prof^a Dra. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN - Santa Maria - RS.

Carla Mirelle Giotto Mai

Colaboradora, Prof^a Msc. Fisioterapeuta – Pointe Claire – Canadá

Jaqueline de Fátima Biazus

Colaboradora, Prof^a Msc. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Franciscana - UFN - Santa Maria - RS.

João Rafael Sauzem Machado

Orientador, Prof. Msc. Docentes do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano - UFN – Santa Maria - RS

definidas como um conjunto de afecções do sistema respiratório. A dispneia é o principal sintoma encontrado nos pacientes, resultando em uma piora da qualidade de vida, diminuição da tolerância a exercícios físicos e perda de força dos músculos respiratórios. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi observar e comparar a força muscular respiratória, mobilidade torácica, capacidades respiratórias e desempenho funcional durante o TC6 pré e pós mobilizações miofasciais através do método RTA e sua associação ao TMR com trheshold® em pacientes com pneumopatias crônicas. **Métodos:** Dois indivíduos foram acompanhados. Um deles recebeu somente RTA e o outro a associação do RTA e TMR, por um período de 6 semanas. **Resultados:** Foram observadas melhora na força muscular respiratória, na mobilidade tóraco-abdominal e no desempenho do TC6 em ambos indivíduos. **Conclusão:** Embora tenham ocorrido ganhos na força respiratória, distância percorrida no TC6 e expansibilidade tóraco-abdominal, concluiu-se que um tempo maior de intervenção com um número maior de participantes poderiam mostrar resultados mais satisfatórios. **PALAVRAS-CHAVE:** Técnicas de fisioterapia, pneumopatia, terapia manual, exercício respiratório.

RESUMO: Introdução: Pneumopatias são

INFLUENCE OF RTA TECHNIQUE AND THE USE OF THRESHOLD IN THE THORACIC BIOMECHANICS AND FUNCTIONALITY OF PNEUMOPATHIC PATIENTS: CASE REPORT

ABSTRACT: Background: Pneumopathies are defined as a set of affections of the respiratory system. Dyspnea is the main symptom found in these patients, resulting in worsening of quality of life, decreased tolerance to physical exercises and loss of strength of respiratory muscles. **Objectives:** The objective of this study was to observe and compare respiratory muscle strength, thoracic mobility, respiratory capacities and functional performance during the 6-minute walk test (6MWT) before and after myofascial mobilizations using the RTA method and its association with TMR with threshold ® in patients with pneumopathies. **Methods:** Two individuals were followed up, in which one received only RTA and the other received the association of RTA and TMR for a period of 6 weeks. **Results:** It was observed an improvement in respiratory muscle strength, thoracoabdominal mobility and 6MWT performance in both individuals. **Conclusion:** Although there have been gains in respiratory force, distance walked on the 6MWT and thoracoabdominal expandability, it was concluded that a longer study intervention time with more participants could show more satisfactory results.

ABSTRACT: Physiotherapy techniques, pneumopathy, manual therapy, respiratory exercise.

INTRODUÇÃO

Pneumopatias são definidas como um conjunto de afecções do sistema respiratório que podem ter diferentes origens como, por exemplo, infecções agudas, doenças pulmonares crônicas (DPC), pleurais ou malignidades do trato respiratório¹. Constituem uma das principais causas de morbimortalidade mundial², sendo que as DPC foram a terceira principal causa de morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em 2011 no Brasil³. No Rio Grande do Sul, nesse mesmo ano, a proporção de óbitos nessa população chegou aproximadamente 15%⁴. As internações na rede pública de saúde por doenças do aparelho respiratório no ano de 2012 totalizaram 20.417 pacientes, dos quais 13,19% eram idosos⁵.

A dispneia representa uma alteração significativa, referida como o principal sintoma encontrado em pacientes pneumopatas⁶. Este fato leva ao comprometimento do estado funcional e está diretamente relacionado à frequência de exacerbações, internações hospitalares e mortalidade nesses pacientes⁷. Como resposta a este fator, acontece um remodelamento vicioso e fisiopatológico das estruturas pulmonares, resultando em uma piora da qualidade de vida, diminuição da tolerância a exercícios físicos e perda de força nos músculos respiratórios. Normalmente, esses resultados estão associados a diminuição da elasticidade e expansibilidade torácica, além da

diminuição do tônus abdominal⁸.

A aplicação das técnicas manuais nas restrições miofasciais produz calor e aumenta o fluxo sanguíneo para a região afetada, melhora a drenagem dos detritos metabólicos, realinha os planos fasciais, reajusta os mecanismos sensoriais e proprioceptivos dos tecidos moles, além de reprogramar o sistema nervoso central, permitindo a realização de movimentos em amplitude funcional⁹.

O Reequilíbrio tóraco-abdominal (RTA) objetiva recuperar o sinergismo entre o tórax e o abdômen, melhorando a justaposição entre o diafragma e as costelas, aumentando o tônus e a força dos músculos respiratórios¹⁰. Essa técnica usa a terapia manual visando incentivar a ventilação pulmonar através da melhora da tonicidade dos músculos abdominais e acessórios da respiração. Isso acontece por meio da mobilização da caixa torácica e tecidos adjacentes, respeitando as fases fisiológicas da respiração, visando a recuperação e reabilitação da função respiratória e mecânica torácica comprometidas nessas circunstâncias patológicas¹¹.

Além disso, para pacientes com fraqueza muscular respiratória, o Treinamento Muscular Respiratório (TRM) é um grande aliado na melhora da dispneia, qualidade de vida e tolerância ao exercício, sendo capaz de intervir no controle motor neuromuscular respiratório, melhorando a capacidade funcional e fisiologia desses indivíduos¹².

Nesse contexto, a fisioterapia assume um papel importante no tratamento e prevenção de exacerbações de pacientes com pneumopatias, através do uso de uma diversidade de técnicas para melhorar a mobilidade torácica, a força e a capacidade respiratória.

Com isso, o objetivo deste estudo foi observar e comparar a força muscular respiratória, mobilidade torácica, capacidades respiratórias e desempenho funcional, durante o teste de caminhada de 6 minutos (TC6) pré e pós mobilizações miofasciais, através do método RTA e sua associação ao TMR com trheshold® em dois indivíduos com pneumopatias crônicas.

RELATOS DOS CASOS

Este trabalho trata-se de um estudo do tipo relato de casos, previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos/CEP da Universidade Franciscana (UFN), sob número do protocolo CAAE 62678916.0.0000.5306. O estudo foi realizado nos meses de Abril e Maio de 2017, no Laboratório de Ensino Prático (LEP) do curso de Fisioterapia da UFN, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O mês de Junho foi utilizado para análise dos dados e escrita deste artigo.

Os critérios de inclusão adotados foram: indivíduos acima de 60 anos de

idade; que aceitassem participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE; com diagnóstico médico de pneumopatias crônicas; que não estivessem em atendimento fisioterapêutico; não estivessem praticando atividade física regular há, no mínimo, três meses; não tabagistas ou ex-tabagistas há, no mínimo, três meses e que tivessem disponibilidade de tempo para execução das avaliações e aplicação das técnicas.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos incapazes de compreender a interpretação das orientações fornecidas sobre as técnicas a serem aplicadas; doença renal crônica; insuficiência cardíaca; o não-cumprimento do protocolo de treinamento estabelecido; exacerbações da doença que os impossibilitassem no comparecimento em mais de dois atendimentos consecutivos; a interrupção do uso do Threshold® por mais de dois dias consecutivos; doença infecciosa pulmonar no momento da avaliação e que não tivessem cumprido as avaliações e reavaliações propostas.

As avaliações incluíram espirometria (avaliação das capacidades respiratórias), manovacuometria (força muscular respiratória), cirtometria (expansibilidade tóraco-abdominal) e o TC6 (capacidade funcional). As avaliações pré e pós intervenção foram realizadas em dias distintos das intervenções fisioterapêuticas e usando um pré teste com o objetivo de minimizar erros.

Indivíduo 1, sexo feminino, 73 anos de idade, não fumante, com histórico de inalação de biomassa por mais de 2 décadas, diagnóstico médico de enfisema e distúrbio ventilatório restritivo leve (confirmado por espirometria). Relatou, na primeira avaliação, sofrer de problemas respiratórios desde a primeira infância e após um quadro grave de pneumonia, aos 30 anos, seus problemas respiratórios se agravaram. Acrescentou ainda, que seu pai e seus irmãos paternos haviam falecido por problemas respiratórios. Relatou, na primeira avaliação, ansiedade, sono agitado e dispneia moderada quando caminha em plano inclinado, ao subir escadas ou até mesmo durante a fala.

Já o indivíduo 2, sexo feminino, 66 anos de idade, ex-fumante há mais ou menos 30 anos, com histórico de inalação de biomassa por 3 décadas e diagnóstico médico de asma crônica. Relatou, na primeira avaliação, sensação de sufocamento na região de traqueia superior e retroesternal, tensão nos ombros e pescoço, ansiedade moderada, dificuldade para dormir e agitação durante o sono.

Cada indivíduo recebeu um tipo de tratamento. Indivíduo 1 recebeu o método RTA durante as 10 primeiras sessões do estudo. Após a segunda avaliação foi associado o TMR com os Threshold® IMT e PEP por mais 10 sessões. O indivíduo 2 recebeu somente a aplicação do método RTA durante as 20 sessões. O período total de intervenções foi de 6 semanas para ambos os indivíduos.

Os indivíduos compareceram, no LEP, conforme agendamento prévio,

para aplicação do RTA e receber orientações quanto ao TRM. Nas primeiras 10 sessões foram realizadas somente a aplicação do RTA para ambos indivíduos. Primeiramente, foi realizado o posicionamento adequado em decúbito dorsal, com a cabeça apoiada em um travesseiro e um rolo de posicionamento sob os joelhos e realizando uma tração leve na lombar. Logo após, foram realizadas as manobras de deslizamento, abertura lateral e leve tração caudal das unidades escapulares, deslizando ao longo do braço pela região do tríceps, antebraço na região anterior e finalizando nas pontas dos dedos, após passagem pela palma da mão supinada. Posteriormente ao posicionamento, foi realizado o alongamento dos músculos inspiratórios, de forma passiva, no tempo expiratório do paciente, sem pressionar a caixa torácica e sem soltar a área de alongamento durante a inspiração. O tempo de aplicação da técnica foi de 20 minutos para cada indivíduo.

Após a segunda avaliação, o indivíduo 1, recebeu a técnica do RTA associado ao TMR com o threshold® PEP e IMT. O TMR foi orientado para ser realizado todos os dias da semana, por um período de 14 dias, com orientações prévias fornecidas pelo fisioterapeuta e uma acadêmica, responsáveis do curso de fisioterapia. O TMR também foi realizado em domicílio, durante os dias em que não houve comparecimento ao LEP.

Para o TMR, os Thresholds® foram graduados em 30% das pressões mensuradas na 2ª avaliação da manovacuometria. O treino foi realizado em 10 sessões, no LEP, após cada aplicação de RTA, sob supervisão da acadêmica responsável. Os outros quatro dias foram realizados em domicílio, sem supervisão, intercalando 1 minuto de Threshold® IMT, 1 minuto de intervalo e 1 minuto de Threshold® PEP, totalizando seis intervenções (três IMT e três PEP). A manovacuometria (Tabela 1) foi avaliada conforme os valores preditos por Neder *et al.*¹⁴.

No indivíduo 1, na variável PImáx, os três melhores valores encontrados nas avaliações foram, respectivamente, 52, 65 e 66 cmH₂O. Uma melhora de 26,92% ao final da aplicação das técnicas. Nesse mesmo indivíduo, os valores das três melhores avaliações, na variável PEmáx, foram, respectivamente, 51, 63 e 60 cmH₂O demonstrando uma melhora de 17,64% em relação a primeira avaliação. Mesmo com a melhora obtida, em todos os valores, esse indivíduo permaneceu 44,78% e 15,57% abaixo do valores de PImáx e PEmáx, preditos para o mesmo, respectivamente.

O indivíduo 2, apresentou para PImáx, nas três avaliações, os respectivos valores de 62, 78 e 65 cmH₂O, uma melhora final de 4,83%. Nesse mesmo indivíduo, foram encontrados, na variável PEmáx, os três melhores valores das avaliações 75, 68 e 75 cmH₂O, respectivamente, demonstrando nenhuma melhora com o tratamento. As técnicas também não atingiram os valores preditos para esse paciente, permanecendo, respectivamente, 47,13% e 9,92% abaixo do valores de

PI_{máx} e PE_{máx} preditos.

O TC6 (Tabela 2) foi realizado conforme preconizado pela *American Thoracic Society*¹⁵. Desta forma, foram descartadas as variáveis pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SatO₂), sensação de esforço e dispnéia (Borg), por não apresentarem variações relevantes no estudo. Na amostra analisada foi encontrada uma melhora média de 40,045% no percurso do TC6, após a aplicação das técnicas. O indivíduo 1 obteve melhora de 39,13% (135m) e o indivíduo 2 obteve melhora de 40,96% (145m). Na variável frequência respiratória (FR) o indivíduo 1 obteve, na primeira avaliação, nos minutos 5 e 6 do TC6, um valor de 32cpm. Na segunda avaliação foram encontrados, nos mesmos minutos, valores de 22cpm e 23cpm. Na terceira avaliação, nos referidos minutos, foi encontrado o valor de 23cpm. Isto representou, para este indivíduo 1, uma melhora de 28,15%. Já o indivíduo 2 não sofreu grandes variações na variável FR.

Na cirtometria (Tabela 3), as avaliações foram realizadas conforme DUTTON¹⁶. Foram realizadas três medidas: coeficiente respiratório axilar (CRax), xifoide (CRxif) e umbilical (CRu). O indivíduo 1 obteve um ganho de 0,5cm (100%) na CRax, de 1cm na CRxif (50%) e 1cm na CRu (100%) quando comparado pré e pós intervenção. Já o indivíduo 2, obteve um ganho de 1,5cm (150%) na CRax, de 0,7cm na CRxif (38,8%) e 1cm na CRu (100%) quando comparado pré e pós intervenção.

A espirometria foi realizada conforme COSTA, JAMAMI¹⁷, porém, os dois indivíduos não apresentaram melhora quando comparados os dados pré e pós intervenção.

Ambos os indivíduos relataram melhora na qualidade do sono já na primeira semana, o que se manteve até o final das aplicações das técnicas. O indivíduo 1 relatou melhora, ainda maior, da dispnéia em plano inclinado após o uso do threshold®, recuperando a respiração mais facilmente nesses momentos, apesar de ainda apresentar o sintoma após as 20 sessões de tratamento. A paciente 2 relatou sentir-se bem menos sufocada, a respiração “mais leve”, já na primeira semana e, ao final, relatou estar menos ansiosa e com a musculatura da cervical e dos ombros mais relaxada, “como há muito tempo não se sentia”.

DISCUSSÃO

Técnicas de Reabilitação Pulmonar aumentam a capacidade funcional e reduzem a sensação de dispnéia em pacientes pneumopatas¹⁸. Nesse caso, a fraqueza do músculo esquelético é caracterizada por força e resistência muscular reduzidas, além da presença de fadiga muscular¹⁹. O desequilíbrio da estrutura e da função muscular respiratória podem facilmente levar a falhas da ventilação gerando

uma insuficiência que, ainda, é a principal causa de morbidade e mortalidade para esses pacientes²⁰.

A fraqueza muscular foi observada nos dois indivíduos acompanhados neste estudo. Assim, como pode-se constatar, houve uma influência positiva na força muscular respiratória desses indivíduos após aplicação das técnicas propostas. Em estudo onde pacientes pneumopatas foram avaliados após receberem tratamento com RTA, foi observado um aumento significativo na PImáx e PEmáx, porém sem mudança significativa nos dados espirométricos²¹. Tal fato corrobora, em parte, com os achados neste estudo, tendo em vista que o indivíduo 2 melhorou, apenas, a PImax e os dois indivíduos não apresentaram melhoras espirométricas. Em revisão recente sobre o assunto, alguns autores verificaram um aumento significativo da força muscular inspiratória PImáx em pacientes pneumopatas submetidos a terapia manual²².

Em outro estudo recente, autores perceberam que os pacientes pneumopatas que realizaram TMR demonstraram uma melhora em todas as suas mensurações, entre elas, PImáx e PEmáx pós aplicação de protocolo¹². Tais resultados se assemelham aos achados deste relato, onde o indivíduo que recebeu RTA associado ao TMR apresentou uma resposta mais eficaz nestas variáveis, quando comparado ao indivíduo que recebeu somente o RTA.

Nas avaliações realizadas neste estudo, cabe destacar as principais vantagens do TC6: sua simplicidade e as mínimas exigências tecnológicas, bem como, o fato de que sinais vitais e sintomas podem ser medidos durante o teste, servindo como um preditor independente de mortalidades em pacientes pneumopatas²³ e servindo, também, como um avaliador para resposta a tratamentos. Desta forma, encontra-se na literatura que ganhos na distância percorrida no TC6 minimiza os riscos de morte, nesta população, e representa um ganho de qualidade de vida e sobrevida para estes pacientes²⁴.

Dentro disso, as melhoras nos valores de distância percorrida e FR observadas neste relato confirmam a importância do TC6 para avaliar a resposta das técnicas aplicadas. Ainda, encontra-se relatos na literatura acerca da melhora da distância percorrida no TC6 e sinais vitais em pacientes submetidos ao treinamento muscular inspiratório²⁵, embora a população em questão seja diferente da observada neste estudo.

Alguns estudos demonstram que a cirtometria, que avalia a mobilidade da caixa torácica, pode representar um viés de avaliação na abordagem nas características pneumofuncionais dos sujeitos, uma vez que é influenciada, diretamente, pela força muscular respiratória²⁶, ou seja, quanto maior a mobilidade torácica verificada pela cirtometria, maiores serão as pressões respiratórias encontradas. Tal fato pode explicar a melhora observada na cirtometria tóraco-abdominal nos indivíduos deste

estudo, uma vez que tanto o RTA, como o TMR podem influenciar no ganho da força muscular respiratória.

Contrariando a afirmação de alguns estudos, que dizem ser improvável o aumento da mobilidade torácica e melhora da função pulmonar somente com o uso da terapia manual²⁸, pode-se observar, neste relato, uma melhora tanto da cirtometria, quanto da força muscular respiratória do indivíduo 2 submetido apenas ao RTA. Embora o ganho geral do indivíduo 2 tenha sido menor quando comparado ao indivíduo 1, esse relatou melhora em mais de um sintoma da sua patologia logo após o início das primeiras aplicações, além de sentir-se cada vez melhor, conforme o decorrer das sessões.

CONCLUSÃO

De forma geral, pode-se observar uma melhora dos indivíduos, onde a associação das técnicas, aparentemente, traz um resultado muito mais eficiente, que quando comparado ao seu uso de forma isolada.

Tanto o RTA isolado, quanto associado ao TMR, produziram melhora da expansibilidade torácica, força muscular respiratória e desempenho do TC6 nos indivíduos deste estudo, além de uma resposta subjetiva de melhora na dispneia e da qualidade de vida relatada.

Uma possível limitação do estudo, pode ter sido gerada, pela grande variedade de técnicas empregadas na fisioterapia respiratória e a escassa literatura sobre o RTA. Ainda, como limitação metodológica, o fato de ter sido empregada a associação das técnicas, em um relato de caso, dificultou o apontamento de resultados mais precisos, merecendo aprofundamento no estudo com populações maiores.

Mesmo assim, os resultados encontrados, neste estudo, sugerem um grande benefício para os pacientes pneumopatas com o uso do RTA em associação ao TRM, comprovado pelas melhora nas variáveis estudadas.

Embora não tenha sido avaliado a qualidade de vida e a dispneia diretamente, os relatos individuais fortalecem a importância de um estudo mais aprofundado sobre as técnicas aqui utilizadas. Por isso, conclui-se que um tempo maior de intervenção, com grupo controle e maior número de indivíduos poderia ser capaz de mostrar resultados mais satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulin A, Villarroel P. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. Rev. méd. Chile. 2003;131(11).

2. Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, Castro HÁ. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. *J Bras Pneumol.* 2008;34(8):575-82.
- 3 Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saude.* 2014 out-dez;23(4):599-608.
- 4 DATASUS [internet]: Indicadores de mortalidade proporcional por grupos de causas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>>
5. DATASUS [internet]: Dados do DATASUS demonstram na Bahia que poluição provocada por carros velhos aumenta os problemas respiratórios. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/bahia/noticias-bahia/491-dados-do-datasus-demonstram-na-bahia-que-poluicao-provocada-por-carros-velhos-aumenta-os-problemas-respiratorios>>
6. DE MELO-NETO, JOÃO SIMÃO; STROPPIA-MARQUES, ANA ELISA ZULIANI; GOMES, FABIANA DE CAMPOS. Perfil de idosos pneumopatas admitidos em centro de reabilitação pulmonar. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2016; 19(5):759-767.
7. RIBEIRO, Karla Paiva; TOLEDO, Andreza de; WHITAKER, Daniela Beretta; REVES, Lorena Cecília Valenzuela; COSTA, Dirceu; Treinamento muscular inspiratório na reabilitação de pacientes DPOC. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, 2007; 9 (22): 39-46.
8. VELLOSO, Mdo Nascimento NH, Gazzotti MR, Jardim JR. Evaluation of effects of shoulder girdle training on strength and performance of activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal Of COPD*, 2013; 8: 187-192.
9. AINA, A.; MAY, S. A shoulder derangement. *Manual Therapy Journal*, 2005; 1-5.
10. Ribeiro IF, Melo AP, Davidson J. Fisioterapia em recém-nascido com persistência do canal arterial e complicações pulmonares. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, SP: Mar/2008;26(1).
11. RUPPENTHAL J.B. SANDRO GROISMAN, MARCELO AZEVEDO, MAGDA MOURA, FABRÍCIA HOFF, MARIÂNGELA P LIMA. Técnicas de terapia manual torácica através do método Reequilíbrio-Tóraco-Abdominal (RTA) melhoram a ventilação pulmonar em pacientes ventilados mecanicamente. *Ter Ma*, 2011; 9(42):102-107.
12. OVECHKIN, A.V. SAYENKO DG, OVECHKINA EN, ASLAN SC, PITTS T, FOLZ RJ. Respiratory motor training and neuromuscular plasticity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 2016; 229: 59–64.
13. LIMA, M. P.; SILVA, R.A.G.C.M. Tratamento da respiração pelo método reequilíbrio toracoabdominal: manuseios e técnicas. In: SARMENTO, G. J. V. Recursos em fisioterapia cardiorrespiratória. São Paulo: Manole, 2012: 73-5.
14. NEDER JA, ANDREONI S, LERARIO MC, NERY LE. Reference values for lung function tests. II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Braz J Med Biol Res.* 1999; 32(6):719-27.
15. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166 (1):111-7.
16. DUTTON, M. Fisioterapia Ortopédica Exame, Avaliação e Intervenção. 2 ed. Artmed: Porto Alegre, 2012:1376.
17. COSTA, D.; JAMAMI, M. bases fundamentais da espirometria. *Rev. Bras. Fisioter*, 2001;5 (2): 95-102.

18. DOURADO VZ, ANTUNES LCO, TANNI SE, GODOY I. Fatores associados à diferença clinicamente significativa da qualidade de vida relacionada à saúde após condicionamento físico em pacientes com DPOC. *J Pneumol*. 2009;35 (9):846-53.
19. NELE CIELEN, KAREN MAES, AND GHISLAINE GAYAN-RAMIREZ. Musculoskeletal Disorders in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International Volume 2014, Article ID 965764, 17 pages. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1155/2014/965764>>
20. JOAQUIM GEA, ALVAR AGUSTÍ, JOSEP ROCA. Pathophysiology of muscle dysfunction in COPD. *Journal of Applied Physiology*, 2013; 114 (9): 1222-1234.
21. ZANCHET, R.C, CHAGAS AM, MELO JS, WATANABE PY, SIMÕES-BARBOSA A, FEIJO G. Influence of the technique of re-educating thoracic and abdominal muscles on respiratory muscle strength in patients with cystic fibrosis. *J Bras Pneumol*, 2006; 32 (2):123-129.
22. DÉBORA MACHADO LOPES, DÉBORA SANTOS, ANA PAULA NEQUI, MARIANE ARAÚJO, JULIANA SAIBT MARTINS PASIN, VIVIAN DA PIEVE ANTUNES. Influência do método rta sobre parâmetros respiratórios de sujeitos com paralisia cerebral.
23. MP SWATHI KARANTH, NILKANTH TUKARAM AWAD. Six Minute Walk Test: A Tool for Predicting Mortality in Chronic Pulmonary Diseases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2017; 11(4): OC34-OC38.
24. WISE RA, BROWN CD. Minimal clinically important differences in the six-minute walk test and the incremental shuttle walking test. *COPD*. 2005;2(1):125-9.
25. A.M. EDWARDS, D. GRAHAM, S. BLOXHAM, G.P. MAGUIRE. Efficacy of inspiratory muscle training as a practical and minimally intrusive technique to aid functional fitness among adults with obesity. *Respiratory Physiology & Neurobiology* 234 (2016) 85–88.
26. LANZA FDE C, DE CAMARGO AA, ARCHIJA LR, SELMAN JP, MALAGUTI C, DAL CORSO S. Chest wall mobility is related to respiratory muscle strength and lung volumes in healthy subjects. *Respir Care*. 2013;58(12):2107-12
27. ENGEL, ROGER M.; VEMULPALD, SUBRAMANYAM R.; BEATH, KEN. Short-term effects of a course of manual therapy and exercise in people with moderate chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary clinical trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. NSW - Australia, 2013: 490 - 496.

Participantes	Pimáx (cmH2O)				PEmáx (cmH2O)			
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	Ganho (%)	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	Ganho (%)
Indivíduo 1	52	65	66	26,92%	51	63	60	17,64%
Indivíduo 2	62	78	65	4,83%	75	68	75	0%

Tabela 1 - Manovacuometria

Participantes	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	Ganho (%)
Indivíduo 1	345m	465m	480m	39,13%
Indivíduo 2	354m	448m	499m	40,96%

Tabela 2- TC6

Participantes	CRax (cm)			CRxif (cm)			CRu (cm)		
	1ª avaliação	3ª avaliação	Ganho (%)	1ª avaliação	3ª avaliação	Ganho (%)	1ª avaliação	3ª avaliação	Ganho (%)
Indivíduo 1	0,5	1	100%	2	1,5	50%	0	1	100%
Indivíduo 2	1	2,5	150%	1,8	2,5	39%	1	2	100%

Tabela 3 - Cirtometria

SOBRE A ORGANIZADORA

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA - Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPSERSA (2005-2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aposentadoria 7, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92
Avaliação Geriátrica 133

B

Bem-estar 7, 10, 14, 44, 45, 46, 50, 51, 53, 61, 62, 74, 83, 86, 87, 91, 105, 126, 127, 135
Bem-estar subjetivo 44, 45, 46, 50, 51, 53

C

Carboidratos 164, 165, 166, 168, 169, 170, 172
Consumo Alimentar 164, 165, 166, 168, 171, 172
Cuidado 13, 24, 25, 26, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 60, 63, 67, 71, 75, 79, 80, 112, 116, 117, 118, 120, 123, 126, 127, 128, 129, 132, 134
Cuidados de Enfermagem 58, 67

D

Demência 46, 93, 94, 97, 98, 99, 101, 133
Depressão 31, 32, 60, 61, 98, 125, 150, 151, 175, 176, 177, 181, 182, 189
Desempenho físico funcional 104
Direitos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 33, 34, 38, 58, 65, 71, 74, 75, 84, 87, 88, 168
Dispensação 154, 175, 178, 179, 180
Doença de Alzheimer 18, 21, 93, 94, 133
Dor Lombar 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 193

E

Empatia 56, 57, 74, 76, 126
Enfermagem 32, 34, 35, 37, 40, 41, 43, 54, 58, 59, 60, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 115, 119, 129, 130, 131, 133, 192, 205
Envelhecimento 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 36, 37, 40, 44, 45, 46, 56, 57, 62, 63, 66, 73, 77, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 97, 105, 110, 113, 124, 125, 129, 133, 135, 144, 145, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 172, 173, 176, 177, 178, 181, 183, 184, 185, 189, 191, 192
Envelhecimento Populacional 2, 22, 24, 25, 56, 57, 66, 113, 133, 151, 176, 178
Equipe de Assistência ao Paciente 37
Equipe Multiprofissional 34, 76, 112, 116
Estratégia de Saúde da Família 37, 39, 115, 116, 118
Exercício Físico 62, 119, 122, 123, 144, 146, 148, 149, 150, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192
Exercício Respiratório 194

F

Farmácia Popular 153, 155, 156, 162, 163

Farmacologia 175, 182

Fisioterapia 59, 77, 115, 144, 146, 150, 151, 152, 164, 188, 192, 194, 196, 198, 201, 202

G

Genéricos 153, 155, 156, 161, 162

H

Hidroterapia 144, 151, 152

Hipertensão Arterial 14, 20, 38, 117, 124, 129, 153, 154, 156, 162, 163, 165, 167

Hospitalização 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112

I

Idoso 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 87, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 130, 131, 133, 134, 135, 145, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 202

Idoso Fragilizado 67

Impulsividade 131

Inclusão 13, 14, 17, 18, 29, 102, 120, 135, 156, 183, 185, 186, 187, 196

Instituição de Longa Permanência para Idosos 24, 32, 35

Integração Social 7, 84

L

Losartana Potássica 153

M

Mobilidade 13, 15, 19, 20, 26, 31, 58, 60, 65, 66, 110, 111, 146, 150, 151, 183, 184, 188, 189, 191, 194, 196, 200, 201

P

Pacientes Psicogerítricos 131

Pessoa Idosa 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 34, 36, 38, 39, 42, 43, 60, 63, 91, 129, 130, 175

Pessoas em Situação de Rua 67, 68, 69, 70, 80

Planejamento de Assistência ao Paciente 67

Pneumopatia 194

Política Nacional do Idoso 9, 13, 15, 16, 25, 32, 33, 87, 91

Processos de Enfermagem 67
Programa de Preparação 81, 85, 88
Propriedades psicométricas 93, 96, 101, 102

R

Reminiscência 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53

S

Saúde 2, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 57, 58, 61, 62, 63, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 91, 92, 95, 98, 99, 102, 104, 105, 106, 108, 110, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 144, 146, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 162, 163, 164, 165, 166, 172, 173, 176, 177, 181, 184, 185, 189, 191, 192, 195, 196, 202, 203, 205
Serviço Público 81, 91
Serviços de Saúde para idosos 24
Síndrome Metabólica 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172

T

Terapia Manual 194, 196, 202
Teste (TYM) Test Your Memory 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102
Triagem cognitiva auto administrada 93

U

Utilidade diagnóstica 93, 95, 101, 102

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-857-1



9 788572 478571