

Maria Vieira de Lima Saintrain
Ana Paula Soares Gondim
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva
(Organizadoras)

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE CUIDANDO DA PESSOA IDOSA



**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CUIDANDO DA PESSOA IDOSA**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmus Miessa Ruiz

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso
Francisco Horácio da Silva Frota
Francisco Josênio Camelo Parente
Gisafran Nazareno Mota Jucá
José Ferreira Nunes
Liduina Farias Almeida da Costa
Lucili Grangeiro Cortez
Luiz Cruz Lima
Manfredo Ramos
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Marcony Silva Cunha
Maria do Socorro Ferreira Osterne
Maria Salete Bessa Jorge
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro (UFPE)
Eliane P. Zamith Brito (FGV)
Homero Santiago (USP)
Ieda Maria Alves (USP)
Manuel Domingos Neto (UFF)
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça (UNIFOR)
Pierre Salama (Universidade de Paris VIII)
Romeu Gomes (FIOCRUZ)
Túlio Batista Franco (UFF)

Maria Vieira de Lima Saintrain
Ana Paula Soares Gondim
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva
(Organizadoras)

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE CUIDANDO DA PESSOA IDOSA

1ª Edição
Fortaleza - CE
2014



O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE CUIDANDO DA PESSOA IDOSA
© 2014 *Copyright by* Maria Vieira de Lima Saintrain, Ana Paula Soares Gondim e
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893. FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação

Narcelio de Sousa Lopes

Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Elaine Pereira

Ficha Catalográfica

Francisco Leandro Castro Lopes - CRB 3/1103

S623 O Sistema Único de Saúde cuidando da pessoa idosa / Maria Vieira de
Lima Saintrain, Ana Paula Soares Gondim, Vanina Tereza Barbosa
Lopes da Silva, (Orgs.). - Fortaleza: EdUECE, 2014.

352 p.

ISBN: 978-85-7826-205-1

1. Saúde pública. 2. Saúde do idoso. 3. Sistema Único de Saúde -
SUS. I. Saintrain, Maria Vieira de Lima. II. Gondim, Ana Paula Soares.
III. Silva, Vanina Tereza Barbosa Lopes da. IV. Título.

CDD: 362.10981

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste livro, resultado de pesquisas no campo da saúde da pessoa idosa, não teria sido possível sem a cooperação das diversas Instituições de fomento e de ensino superior e dos autores, que contribuíram expressivamente com suas pesquisas.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Universidade Estadual do Ceará - UECE

Universidade Federal do Ceará - UFC

Agradecemos a todos os que participaram nesta produção que, substancialmente, visa a colaborar na arte da Saúde Coletiva, introduzindo tópicos socioassistenciais e da Promoção da Saúde necessários para a formação de alunos e profissionais que se dedicam às práticas constitutivas para um envelhecimento saudável.

Sobre os Autores

Aline Mara Ribeiro Furtado - graduanda do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

Ana Maria Fontenelle Catrib – pedagoga. Professora Titular do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Pós-doutora em Saúde Coletiva da UNICAMP.

Ana Paula Soares Gondim – farmacêutica pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Doutora em Saúde Coletiva (UFBA). Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Andrea Caprara – médico. PhD em Antropologia - Université de Montreal. Professor Adjunto no Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Anita Liberalesco Neri – psicóloga. Professora Titular da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da universidade Estadual de Campinas.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer – cirurgiã-dentista - Universidade Federal do Ceará; Doutora em Odontologia pela Universidade de Toronto-Canada (UofT). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Fiocruz/RENASF).

Arlândia Cristina Lima Nobre de Moraes – farmacêutica. Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal

do Ceará. Bacharel em Direito pela Universidade de Fortaleza. Professora adjunta da Universidade de Fortaleza.

Breno Emídio Couto – farmacêutico pela Universidade de Fortaleza.

Bruno Souza Benevides – médico. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, docente da Universidade de Fortaleza.

Carlos Santos de Castro Filho - cirurgião dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Carina Barbosa Bandeira – médica. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Docente da Universidade de Fortaleza.

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas - enfermeira. Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Danielle Fonteles Barbosa - graduanda do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

Daniely Soares Araújo – farmacêutica pela Universidade de Fortaleza.

Davi Oliveira Bizerril – cirurgião-dentista – Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza e Doutorando em Odontologia (FFOE/UFC). Docente da Universidade de Fortaleza.

Diego Gibson Praxedes Martins – cirurgião-dentista. Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral - ABO-Ce. Dentista da Estratégia Saúde da Família - Fortim-Ce.

Edith Ana Ripardo da Silveira - enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem pela UFC. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Elcyana Bezerra de Carvalho - terapeuta ocupacional. Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza.

Eluciene Maria Santos Carvalho – fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde – Universidade de Fortaleza. Docente da UNIFOR.

Eveline Ribeiro Espíndola – farmacêutica pela Universidade de Fortaleza.

Fátima Luna Pinheiro Landim – enfermeira. Mestre em Enfermagem Comunitária e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-Doutora em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente da Universidade de Fortaleza.

Francisco Garrido Barros Filho – graduando do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Geisy Lanne Muniz Luna - enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR.

Gracyelle Alves Remigio Moreira - enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

Georgia Medeiros Paiva – educadora física. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Iasmine Soares Bezerra – farmacêutica hospitalar do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo.

Ingrid Correia Nogueira – fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Doutoranda em Ciências Médicas pela UFC.

Irineu Lima de Albuquerque – farmacêutico. Mestre e doutor em Química Orgânica pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Ivna Zaira Figueredo da Silva – fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão. Secretária de Saúde do Município de Choró-Ceará.

Italo Rigoberto Cavalcante – enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UECE. Mestrando em Saúde coletiva pela UNIFOR. Docente da Universidade de Fortaleza.

Jennara Cândido do Nascimento - enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, servidora do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

José Wesley Gonçalves de Oliveira – cirurgião-dentista pela Universidade de Fortaleza.

José Patrício Bispo Junior – fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar de Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/CAT).

Joselany Áfio Caetano – enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Juliana Paiva Prado – cirurgiã-dentista pela Universidade de Fortaleza.

Kelly Leite Maia de Messias – médica. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva UECE/UFC. Docente da Universidade de Fortaleza.

Lidia Andrade Lourinho – fonoaudióloga. Psicopedagoga. Doutoranda em Saúde Coletiva da UECE/UFC/UNIFOR. Docente da Faculdade Vale do Jaguaribe.

Liduina Joyce Prado Linhares – fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente da UNIFOR.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza.

Lucianna Leite Pequeno – dentista. Mestre em Saúde Pública. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

Márcia Maria Gomes Sá – fisioterapeuta - Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Margareth Guimarães Lima - educadora física. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Professora da Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais e pesquisadora no Departamento de Saúde Coletiva da FCM pela UNICAMP.

Mariana Ramalho de Farias - cirurgiã-dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva da Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

Marilisa Berti de Azevedo Barros – médica. Doutora em Medicina Preventiva - USP. Pós-doutora pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Maria Alix Leite Araújo – enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfer-

magem pela Universidade Federal do Ceará, docente da Universidade de Fortaleza.

Maria Angelina da Silva Medeiros – farmacêutica. Mestrado e Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora Titular da Universidade de Fortaleza.

Maria Elena Guariento - médica. Livre docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, coordenadora da Disciplina de Geriatria e do Programa de Residência Médica em Geriatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Maria Vieira de Lima Saintrain - cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP, docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Marilene Calderaro Munguba - terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde – UFRN, docente da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Maxmiria Holanda Batista – psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, docente da Universidade de Fortaleza.

Milena Sampaio Magalhães - fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Mirley Verastegui Brasil - graduanda do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

Mirna Albuquerque Frota – enfermeira. Mestre e doutora pela Universidade Federal do Ceará, docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza.

Natalia Bitar da Cunha Olegário – fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Natasha Marques Frota - enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Preciliana Barreto de Moraes - professora e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza. Mestre e doutora em Sociologia Universidade Federal do Ceará.

Raimunda Magalhães da Silva – enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da graduação e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Roberta Tavares de Araújo – farmacêutica. Universidade de Fortaleza.

Rosendo Freitas de Amorim – sociólogo. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Professor Titular do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Selma Eugênia de Souza Paz – enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica pela UECE. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Suzanne Vieira Saintrain – fisioterapeuta. Especialista em Dermatofuncional. Fisioterapeuta do Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.

Siulmara Cristina Galera – médica. Doutora em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza.

Tereza Águida Costa do Nascimento – fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Timóteo Vasconcelos Queiroz - fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) - Fortaleza-CE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Thaís Teles Veras Nunes – fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Pós-Graduação em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade INTA - Sobral.

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva - terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Virginia Costa Lima Verde Leal – psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza, docente da Faculdade Estácio FIC.

Zaira Maria Diógenes Parente Martins - psicóloga. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza-CE.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos - enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva- Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia - ISC. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

Zenilda Vieira Bruno – médica. Doutora em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Federal do Ceará.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

TRIBUTOS NORTEADORES NA ATENÇÃO AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....30

1.1 Envelhecimento Populacional e Políticas de Saúde: desafios além de contemporâneos.30

José Patrício Bispo Júnior, Kelly Leite Maia de Messias, Ana Paula Soares Gondim, Maria Alix Leite Araújo, Mirna Albuquerque Frota.

1.2 Bioética e Envelhecimento no Brasil.....53

Selma Eugênia de Sousa Paz, Tereza Águida Costa do Nascimento, Thaís Teles Veras Nunes, Ana Maria Fontenelle Catrib, Preciliana Barreto de Moraes, Rosendo Freitas de Amorim

1.3 Notificação de Violência Contra Idosos na Atenção Primária Sob a Óptica dos Profissionais de Saúde64

Edith Ana Ripardo da Silveira, Geisy Lanne Muniz Luna, Ivna Zaíra Figueredo da Silva, Gracyelle Alves Remigio Moreira, Maria Vieira de Lima Saintrain, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

1.4 Qualidade de Vida de Idosos que Praticam Atividade Física..88

Georgia Medeiros Paiva, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva, Virginia Costa Lima Verde Leal, Lidia Andrade Lourinho, Ana Maria Fontenelle Catrib

1.5 Promoção da Saúde no Campo do Envelhecimento: a estratégia do empoderamento..... 107

Lídia Andrade Lourinho, Ana Maria Fontenelle Catrib, Virginia Costa Lima Verde Leal, Natalia Bitar da Cunha Olegário, Diego Gibson Martins, Maxmiria Holanda Batista

1.6 Experiências de Fratura de Fêmur por Idosos em Fortaleza.. 132

Bruno Souza Benenvides, Andréa Caprara

1.7 Perfil socioepidemiológico de idosos Institucionalizados Usuários do Sistema Único de Saúde 154

Carina Barbosa Bandeira, Maria Vieira de Lima Saintrain, Francisco Garrido Barros Filho, Zenilda Vieira Bruno, Suzanne Vieira Saintrain, Siulmara Cristina Galera

CAPÍTULO 2

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E PARTICIPAÇÃO DO IDOSO NO ATO DE CUIDAR 173

2.1 Avaliação do Equilíbrio e da Marcha em Idosos Fisicamente Ativos 173

Milena Sampaio Magalhães, Eluciene Maria Santos Carvalho, Liduina Joyce Prado Linhares, Márcia Maria Gomes Sá

2.2 Saúde Mental de Idosos: Abordagem Epidemiológica Populacional com o Sf-36. 191

Margareth Guimarães Lima; Marilisa Berti de Azevedo

2.3 Cuidados ao Idoso Queimado sob o Prisma da Política de Humanização..... 210

Marilene Calderaro Munguba, Elcyana Bezerra de Carvalho, Fátima Luna Pinheiro Landim

2.4 Idoso Cardiopata: percepção do processo educativo para intervenção cirúrgica 234

Zaira Maria Diógenes Parente Martins, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Joselany Áfio Caetano, Natasha Marques Frota, Raimunda Magalhães da Silva, Italo Rigoberto Cavalcante

2.5 Percepções do Atendimento e Acesso de Usuários Assistidos em um Centro de Referência para Idosos 254

Mariana Ramalho de Farias, Aline Mara Ribeiro Furtado, Danielle Fonteles Barbosa, Mirley Verastegui Brasil, Lucianna Leite Pequeno, Maria Vieira de Lima Saintrain

2.6 Satisfação do Idoso em Relação a Saúde Bucal na Atenção Básica..... 269

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Juliana Paiva Prado, José Wesley Gonçalves de Oliveira, Carlos Santos de Castro Filho, Davi Oliveira Bizerril, Maria Vieira de Lima Saintrain

CAPÍTULO 3

CONTRIBUIÇÃO PARA OS CUIDADOS FARMACÊUTICOS E TERAPÊUTICOS 291

3.1 Uso de Medicamentos em Pacientes Idosos de Instituição Filantrópica 291

Daniely Soares Araújo, Arlândia Cristina Lima Nobre de Moraes, Ana Paula Soares Gondim.

3.2 Perfil Farmacoepidemiológico em Idosos 308

Breno Emídio Couto, Eveline Espíndola, Iasmine Soares Bezerra, Roberta Tavares, Maria Angelina da Silva Medeiros, Irineu Lima de Albuquerque.

3.3 Adesão do Idoso Hipertenso ao Tratamento: tecnologia educativa em saúde embasada no modelo de crenças 325

Timóteo Vasconcelos Queiroz, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Maria Vieira de Lima Saintrain, Jennara Cândido do Nascimento, Joselany Áfio Caetano, Ingrid Correia Nogueira.

PREFÁCIO

Acolhi, com satisfação, a responsabilidade de prefaciар esta obra: “O Sistema Único de Saúde cuidando da Pessoa Idosa”.

O que mais me motivou ao aceite do convite foi, primeiramente, a temática tratada na publicação em epígrafe, e, em segundo plano, mas não menos importante, a qualidade técnica e científica dos seus organizadores, o que, de pronto, antevia-se a excelência do produto final, mesmo que ainda inconcluso, por ocasião do convite.

A obra focaliza temas de larga relevância na questão do idoso, despertando vivo interesse em diversos setores: por suas várias facetas, saúde, educação, assistência social, justiça etc. Os assuntos discorrem sobre os distintos aspectos de um problema brasileiro, cuja tendência é de agravamento, caso o governo e a sociedade não adotem medidas específicas, cobrindo os curto, médio e longo prazo, capazes de conterem e/ou minorarem os efeitos da marcha do envelhecimento populacional no Brasil.

De fato, acompanhando a trajetória já percorrida por países desenvolvidos, porém distanciados em décadas, o povo brasileiro vem envelhecendo rapidamente, algo evidenciado pela transformação de sua composição etária, do tipo piramidal, de base larga, para o formato em barril ou colmeia, próprio de nações ricas e industrializadas. Essa transição demográfica, com severas consequências sociais e econômicas, à reboque sobretudo da razão de dependência senil, faz-se, concomitante e paralelamente, na companhia da transição epidemiológica, com intensos reflexos na saúde, na qual sobressaem a redução

da morbidade e da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da participação das doenças crônico-degenerativas, configurando um novo perfil epidemiológico.

O avanço das enfermidades crônicas e degenerativas, a despeito da persistência de doenças infecciosas reemergentes e do preocupante incremento recente das violências, em nosso país, aponta uma dura realidade, porquanto são, amiúde, condições mórbidas de longa duração e de elevado gastos, redundando em implemento avassalador dos custos para o provimento de saúde à população brasileira, o que comprometerá o alcance de se garantir a “Saúde, como dever do Estado e direito do cidadão”, conforme preceitua a Carta Magna de 1988, no Brasil.

Indubitavelmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) será fartamente afetado, sofrendo, inapelavelmente, enorme impacto dessa transição epidemiológica, que sorverá recursos de monta, cada vez mais progressivos, e o Ministério da Saúde, como seu principal gestor, no afã de cumprir as suas obrigações legais, de responsável, direto ou indireto, a fim de propiciar a saúde do cidadão, que, por sua vez, cobra, como seu direito inalienável, a oferta de serviços de saúde, com suficiência e da melhor qualidade.

De outro modo, considerando a curva em “U” dos gastos em saúde, o crescimento dos encargos com a prestação de serviços de saúde é patente, mormente no correr da terceira idade, cuja expectativa de vida nas idades específicas também é crescente, a chegada de novas e maiores cortes de idosos trará impacto orçamentário e gerencial à pasta da Saúde, com nebulosas consequências socioeconômicas.

Para administrar esse problema, é crucial a feitura de estudos, de forma a melhor conhecer, sob diversos ângulos, os múltiplos componentes arrolados em sua gênese, para a intervenção por meio de medidas mais custo-efetivas. É assim que se encaixa a presente obra, cuja caracterização exhibe-se a seguir.

O livro foi fruto de resultados de pesquisas no campo da saúde da pessoa idosa, conduzidas por autores que tiveram a cooperação das diversas instituições de fomento e de ensino superior, as quais concorreram ativamente para a materialização de suas pesquisas, cabendo mencionar: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, a Universidade de Fortaleza – UNIFOR, a Universidade Estadual do Ceará – UECE e a Universidade Federal do Ceará – UFC.

Como sinalizam as suas organizadoras, esta “produção, substancialmente, visa a colaborar na arte da Saúde Coletiva, introduzindo tópicos socioassistenciais e da Promoção da Saúde necessários para a formação de alunos e profissionais que se dedicam às práticas constitutivas para um envelhecimento saudável.”

O livro está disposto em três partes, ou capítulos, conforme denominam as organizadoras, que dão guarida, respectivamente, a sete, seis e três artigos. O Cap. 1 tem o título “Tributos norteadores na atenção ao envelhecimento populacional”; o segundo capítulo recebe o título “Práticas assistenciais e participação do idoso no ato de cuidar” o terceiro é denominado “Contribuição para os cuidados farmacêuticos e terapêuticos”.

Participam deste trabalho, que eu reputo, de enorme amplitude, nada menos de 70 autores, sendo 59 distribuídos em sete categorias profissionais: enfermeiros (15), fisioterapeutas (11), cirurgiões-dentistas (9), farmacêuticos (9), médicos (8), psicólogos (4) e terapeutas ocupacionais (3); os 11 restantes compõem-se de fonoaudiólogos, sociólogos, educadores físicos, educadores etc.

Entre os autores, considerando a titulação máxima, 27 são doutores, dos quais oito possuem pós-doutorado; são 29 mestres, e desses, sete são doutorandos, sendo três matriculados no Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE, UFC e Unifor; dentre os dez graduados ou especialistas, há cinco cursando mestrado. Há quatro universitários no quadro de autores, todos da Unifor, sendo três acadêmicos do Curso de Odontologia e um do Curso de Medicina.

A formação de pós-graduação dominante dos autores reside na Saúde Coletiva, campo que preserva uma longa tradição de acolher uma ampla diversidade profissional, agregando saberes e práticas de múltiplas origens, levando-os à convergência dos objetivos em prol da melhoria das condições de saúde da população, a exemplo do contingente de idosos.

Dos seus 70 autores, 42 (60,0%) têm atuação no magistério superior, com a maioria inserida no ensino de pós-graduação. Desses 42 docentes, 26 (66,7%) são professores da Unifor; há três autores vinculados a universidades de fora do Ceará, sendo dois da Unicamp e um da UFBA, os 14 remanescentes exercem a docência em outras universidades e faculdades cearenses.

Merecem encômios a organização da obra, atribuída às professoras Maria Vieira de Lima Saintrain e Ana Paula Soares Gondim e a terapeuta ocupacional Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva, e o suporte da Unifor, por sua incontestada liderança institucional, na concretização de muitos estudos enfeixados nesta obra.

Parabéns a todos que tomaram parte em tão promissora empreitada.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Professor titular de Saúde Pública-UECE

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Da saúde coletiva ao cuidado da pessoa idosa no SUS

Maria Elena Guariento
Anita Liberalesco Neri

O Brasil experimenta uma significativa mudança em seu perfil populacional, que caracteriza um processo de transição demográfica decorrente do progressivo envelhecimento da população, com aumento relativo e absoluto dos indivíduos com 60 anos e mais no país.

Essa mudança, que tem se dado em ritmo acelerado, implica em adequação dos recursos de infraestrutura humana e material para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas de uma população que, segundo se estima, chegará a 32 milhões de pessoas em 2025 (MORAES, 2012).

O perfil demográfico mais envelhecido também implica em mudança do perfil epidemiológico no país, verificando-se que as doenças crônico-degenerativas passam a ter posição de destaque entre os eventos mórbidos de maior incidência e prevalência. Esse novo quadro constitui-se em um dos determinantes da busca de adequação das políticas públicas que devem estar voltadas para atender as áreas de saúde, previdência e assistência social com foco no idoso e no processo de envelhecimento, conforme apresenta Mendes (2011), ao falar das redes de atenção à saúde.

É preciso destacar que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio, publicados em 2009, 75,5% dos idosos brasileiros apresentavam doenças crônicas, mais prevalentes em idade avançada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Há que se ressaltar, ainda, que as doenças crônicas frequentemente se acompanham de graus variados de perda da funcionalidade, o que implica em maior e mais prolongada utilização de recursos e serviços de saúde (MORAES, 2012). Considera-se, aqui, que funcionalidade represente a presença de autonomia e de independência, retomando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que diz que *“o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica”* (BRASIL, 2006).

Verifica-se, pois, que entre os desafios que se apresentam aos gestores e profissionais da área de saúde, que se propõem a oferecer à população idosa brasileira uma assistência qualificada e regida por princípios ético-humanitários, estão a prevenção e o tratamento das enfermidades crônicas e seus agravos, bem como o desenvolvimento de pesquisas e de aquisição de conhecimentos voltados para o segmento idoso, na busca de novas opções terapêuticas e na prevenção das doenças crônicas.

Estima-se, dessa forma, que os gastos em saúde aumentem substancialmente, pois os cuidados nessa área tendem a emergir como um dos maiores desafios para o Brasil nas próximas décadas, considerando-se que duas forças impulsionam essa tendência: de um lado, o aumento da proporção de idosos na população, e de outro, o aumento do uso dos recursos e serviços na área de saúde por parte dos idosos (BANCO MUNDIAL, 2011).

Além disso, também se projeta o aumento de idosos necessitados de cuidados de longo prazo, a partir de dois outros fatores, que são o aumento dos muitos idosos nas próximas décadas (do que decorre o crescimento das situações de maior vulnerabilidade e incapacidade), bem como a mudança nos valores sociais e familiares (que afetam a disponibilidade de ajuda familiar para os idosos). Existem projeções que estimam que o número de idosos sendo cuidados por não familiares será cinco vezes maior em 2040, em comparação com o que se registrou em 2008 (BANCO MUNDIAL, 2011).

Entretanto, o suporte informal e familiar continua sendo fundamental na atenção à saúde dos idosos. Mas, isso não significa que o Estado deixe de ter papel relevante na promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa. Muito ao contrário, cabe ao Estado responsabilizar-se pela atenção nos três níveis de gestão oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilita complementar, ou, eventualmente, suprir as ações de suporte proporcionadas pelo cuidado informal e disponibilizadas para esse segmento populacional (MYATA *et al.*, 2005) .

Com efeito, no Brasil, particularmente nas últimas três décadas, foram dados alguns passos significativos, ainda que insuficientes para o contexto atual, no sentido de se buscar implantar e aperfeiçoar políticas públicas focadas nas questões da população idosas.

Primeiramente, cabe destacar o SUS, que se constitui em uma “*Política de Estado*”, que permite concretizar a decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, de considerar a saúde como um “*direito de cidadania e um dever do Estado*”. O SUS está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde, instituída em

1990. Essa “*dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*” afirmando em um de seus artigos:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. *Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.* (LOS, 1990, art. 3º).

Dos princípios do Sistema Único de Saúde destacam-se a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, bem como a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social, sendo essas últimas criadas como forma de organização deste sistema. Abrangem uma série de fatores que buscam garantir um atendimento territorial que compreende a população a ser atendida (TEIXEIRA, 2011).

Também na perspectiva das mudanças na esfera das políticas públicas na área de saúde, com foco nos idosos, surgiram: em 1994, a Política Nacional do Idoso (regulamentada pela Lei n.º 8.842); a Portaria 702, em 2002 (cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso); a Portaria 703, de 2002 (institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer); o Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer (através da Portaria n.º 843, de 2002); o Estatuto do

Idoso (através da Lei 10.74, de 2003 - A lei federal nº 10741 de 1º de outubro de 2003), e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (regulamentada pela Portaria n.º 2.528, em 2006). (BRASIL, 2002a; 2002b; 2002c; 2003; 2006).

Considerando-se esse novo direcionamento em vista de implantar e adequar estratégias de caráter mais global à assistência aos idosos, constatou-se, ainda, a necessidade de aportar outra destinação aos recursos e serviços de saúde, fortalecendo-se o investimento na atenção básica e a ampliação das discussões sobre medidas de promoção à saúde e de prevenção de doenças (CAMACHO; COELHO, 2010).

Associado a isso, é preciso destacar a relevância de uma capacitação e treinamento continuados dos profissionais de saúde que sejam adequados à atenção aos idosos, principalmente em nível da rede básica. Some-se a isso a necessidade de se buscar oferecer suporte às famílias e cuidadores informais, sobre quem recai, frequentemente, todo o ônus do cuidado, de modo a diminuir as dificuldades e a sobrecarga que decorrem desse processo, particularmente em relação aos idosos mais dependentes e com menor autonomia (CAMACHO; COELHO, 2010).

Cabe, pois, a todos os que se ocupam de questões relacionadas ao envelhecimento e à população idosa, particularmente aos gestores, administradores e profissionais da área de saúde, focalizar a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde da população idosa, elaborando e buscando viabilizar propostas de ações diferenciadas, para que o idoso possa usufruir os anos proporcionados pelo avanço da ciência com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E O DESENVOLVIMENTO / BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington DC: Banco Mundial, 2011. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso** 1. ed. 2. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 104 p.

_____. Ministério da Saúde, 2002b. **Portaria Nº 703 de 12 DE Abril DE 2002**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/6055-703.html>. Acesso em 29 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde, 2002c. **Portaria nº 843 de 06 de Novembro de 2002**. Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Demência por Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-843.htm>. Acesso em 30 set.2013.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>

gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. >. Acesso em: 29 set. 2013.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Síntese dos Indicadores**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em: 29 set. 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, OPAS, 2011. 554p.

MORAES, E.M. **Atenção à saúde do idoso. Aspectos conceituais**. 1. ed. Brasília, OPAS, 2012. 102p.

MYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R. *et al.* Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciência e Saúde da Unipar**, vol. 9, n. 2, p. 135-140, 2005.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, junho de 2011.

CAPÍTULO 1

TRIBUTOS NORTEADORES NA ATENÇÃO AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

1.1 Envelhecimento Populacional e Políticas de Saúde: desafios além de contemporâneos

José Patrício Bispo Júnior
Kelly Leite Maia de Messias
Ana Paula Soares Gondim
Maria Alix Leite Araújo
Mirna Albuquerque Frota

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, parece haver um despertar para a necessidade de maior cuidado e atenção com a população que envelhece. Com a publicação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o tema do envelhecimento ganhou maior projeção na sociedade brasileira e diversas iniciativas foram desenvolvidas com o intuito de debater e viabilizar a garantia dos direitos dos idosos. A realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa idosa, em 2006, demonstra a preocupação e mobilização social para com o tema. Desde essa iniciativa, foram realizadas mais duas conferências nacionais, a segunda em 2009 e a terceira em 2011. Além disso, atualmente, a maioria das

idades brasileiras já conta com conselhos municipais do idoso, que possibilitam mobilizações na defesa dos direitos dos idosos (BRASIL, 2002; 2006; 2009; 2011).

A crescente preocupação para garantia desses direitos é motivada, principalmente, pelo rápido de envelhecimento da população brasileira. Nas últimas décadas, observam-se uma redução no ritmo de crescimento da população e um aumento da proporção de idosos, com a consequente elevação da expectativa de vida (CARVALHO; RODRÍGUEZ-WONG, 2008).

Dentre as implicações do prolongamento da vida, as repercussões sobre a saúde e o aumento da carga de doenças figuram entre as consequências principais. O envelhecimento populacional sempre vem acompanhado pelo acréscimo das doenças crônicas. É raro o idoso que não expressa qualquer enfermidade degenerativa. Mesmo o envelhecimento sem doença conduz à diminuição da capacidade funcional inerente à fisiologia da senescência, que pode interferir sobre a independência física e mental (RAMOS, 2009). Com efeito, além do aumento da demanda por serviços de saúde, há a necessidade de reorientação desses serviços que devem se adequar para atendimento dessa nova realidade epidemiológica. Este capítulo tem como objetivo analisar o envelhecimento populacional brasileiro e a evolução das políticas de saúde destinadas aos idosos.

MÉTODOS

Este estudo baseou-se em um levantamento bibliográfico sobre as mudanças na estrutura etária e as repercussões do envelhecimento na transformação do perfil epidemiológico brasileiro.

Utilizou documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre as políticas públicas de saúde destinadas aos idosos, bem como procedeu a uma revisão bibliográfica de bancos de dados eletrônicos Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e *Scientific Electronic Library OnLine* (ScieLO), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). Os descritores utilizados foram: saúde do idoso e políticas de saúde, usando o idioma português língua do país de publicação - Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

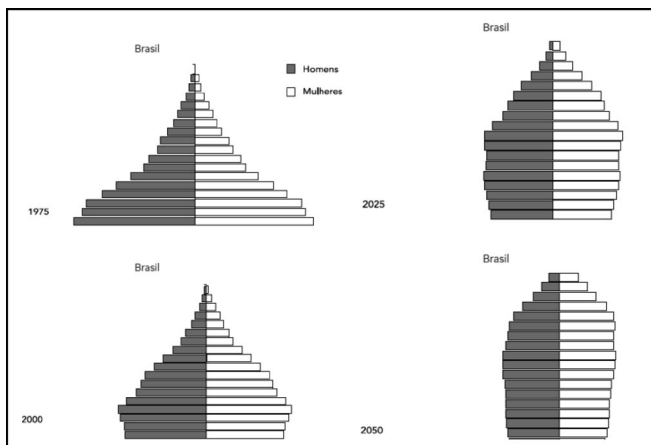
Envelhecimento Populacional e os Impactos Sobre a Saúde

O acelerado ritmo de envelhecimento da população brasileira e da América Latina nas últimas décadas é decorrente das rápidas mudanças nos níveis de mortalidade, natalidade e fecundidade dessas populações. No curso do século XIX e primeira metade do século XX, o Brasil mantinha elevadas taxas de fecundidade e mortalidade. Posteriormente, o País diminuiu as taxas de mortalidade e mantém ainda elevado o percentual de natalidade, desencadeando o vertiginoso crescimento populacional. Em seguida, além das baixas taxas de mortalidade, o País também expressa diminuição das taxas de natalidade e fecundidade. Como exemplo da queda brutal da fecundidade, em 1940, o Brasil exibia a média de 6,2 filhos por mulher, ao passo que, em 2007, esse número diminuiu para apenas 2,0 (LEBRÃO, 2009). Essa situação implica a diminuição do contingente jovem e no rápido envelhecimento populacional.

Ao analisar a pirâmide etária da população brasileira, observa-se a significativa mudança na estrutura etária da população (Figura 1).

O formato classicamente piramidal evidencia uma relação inversamente proporcional entre faixa etária e proporção dos grupos etários na população; ou seja, à medida que se aumenta a idade, diminui-se o contingente populacional. Com efeito, as populações de crianças, adolescentes e adultos jovens, com elevados contingentes, conferem base alargada à pirâmide, ao passo que a baixa proporção de adultos de meia-idade e idosos determina o formato afunilado no ápice.

Figura 1- Estrutura Etária da População Brasileira, histórico e projeções, 1975-2050.



Fonte- Carvalho e Rodríguez-Wong, 2008

Conforme indicado na Figura 1, todavia, se observa uma tendência de mudança na estrutura etária, em um movimento denominado de “retangularização da pirâmide”. As projeções para os anos de 2025 e 2050 indicam uma tendência de achatamento da base piramidal e alargamento do topo, o que representa a diminuição dos grupos mais jovens e aumento considerável da proporção de idosos.

Estudos demonstram o crescimento da proporção de idosos no Brasil. As pessoas com 60 anos ou mais representavam, em 1980, aproximadamente 6% da população; em 2000, esse grupo correspondia a 8%; em 2010 o percentual era de cerca de 10 %; para 2030, o contingente esperado é de 19% e, em 2050, a proporção de idosos chegará a 30 % da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Concomitante à transição demográfica e ao envelhecimento populacional, está em curso também no Brasil um processo de transição nutricional. Neste contexto, observam-se o declínio da desnutrição como problema de saúde pública e a ascensão da obesidade com forte influência para a eclosão de doenças crônicas não transmissíveis. Estudos apontam a crescente prevalência de sobrepeso e obesidade entre a população brasileira (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; MARINHO *et al.*, 2003). Esse aumento constitui grande preocupação para as autoridades sanitárias, visto que a obesidade se constitui como importante fator de risco para problemas de saúde, como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia.

Essas mudanças ocorridas nos padrões demográfico e nutricional, aliadas às transformações econômicas, políticas, tecnológicas, sociais e culturais, condicionaram o surgimento de um novo perfil epidemiológico da população brasileira, caracterizado por uma complexa carga de morbimortalidade.

A teoria da transição epidemiológica está fundamentada em três características principais: substituição das Doenças Infeciosas e Parasitárias (DIP) pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); passagem de uma elevada carga de mortalidade por um predomínio de morbidade; e migra-

ção da carga de doenças dos grupos jovens para os grupos de maior idade e idosos (OMRAM, 2001). No Brasil, todavia a transição epidemiológica não aconteceu conforme observado nos países de economia central. O nosso processo de mudança conforma-se de maneira parcial e incompleta. Em vez da substituição das doenças infecciosas para as doenças crônicas, observa-se a sobreposição de uma dupla carga epidemiológica. Alguns autores denominam esse processo de acumulação epidemiológica e atribuem essa característica aos países de economia subdesenvolvida, que não conseguiram superar seus problemas sociais básicos, principais determinantes das DIP, e passaram também a conviver com os problemas e doenças da Modernidade, a exemplo das doenças cardiovasculares, neoplasias e violência (LATKO *et al.*, 2011).

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica estão imbricadas e se afetam mutuamente. O decurso da transição demográfica conduz a um aumento da carga das doenças crônicas e degenerativas. Com o avançar da idade, a fisiologia do envelhecimento, em seu processo natural, altera o desempenho de tecidos, órgãos e sistemas, constituindo-se fator de risco para uma série de condições patológicas e de agravos à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

As doenças do aparelho circulatório, as metabólicas e as neoplásicas mantêm sempre incidência elevada em populações com grande proporção de idosos. Também as doenças osteomusculares e reumáticas constituem problemas de grande preocupação nas populações idosas. Isso porque essas patologias conduzem, muitas das vezes, a uma condição de limitação física e funcional dos idosos o que também contribui para o agravamento de outras doenças. Além disso, o risco de quedas e de acidentes domésticos, com sérias repercussões em outras

dimensões da saúde, é sempre potencializado ante a condição de fragilidade e limitação funcional.

Como visto, o envelhecimento populacional traz consigo uma série de características e condições próprias da senilidade, que requerem maior suporte social e atenção dos serviços de saúde. Nesse panorama, cabe analisar o modo como o setor saúde se estrutura para o enfrentamento dessa nova realidade e o desempenho das políticas de saúde destinadas aos idosos.

Políticas de Saúde destinadas ao Idoso

No Quadro 1, são apresentadas as políticas públicas destinadas à população idosa no Brasil. A primeira reflexão a ser destacada é o caráter tardio das iniciativas institucionais de atenção e proteção ao idoso. Mesmo diante dos indicadores, que, desde meados do século passado, já sinalizavam a tendência do rápido incremento da proporção de idosos, apenas em 1994, com a publicação da Lei 8842/94, é estabelecida a primeira política pública exclusivamente destinada à população idosa (BRASIL, 1994).

Quadro 01- Legislação Referente às Políticas de Atenção e Saúde do Idoso, por ano.

Ano	Lei / Portaria	Política	Característica
1994	Lei 8842/94	Política Nacional do Idoso	Assegura direitos sociais do Idoso. Garante integridade da atenção.
1996	Decreto 1948/96	Regulamenta a Política Nacional do Idoso	Regulamenta a Política Nacional do Idoso
1999	Portaria MS 1395/99	Política Nacional de Saúde do Idoso	Estabelece que órgãos do Ministério da saúde adéquem suas ações e políticas
2002	Portaria MS 702/2002	Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso	Estabelece critérios para organização dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
2003	Lei 10741/2003	Estatuto do Idoso	Regula os direitos da pessoa idosa; No campo da saúde, assegura a atenção integral à Saúde do Idoso no âmbito do SUS
2006	Portaria MS 399/2006	Pacto pela Saúde	Saúde do Idoso entre as seis prioridades do Pacto pela Vida
2006	Portaria MS 2528/2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso	Estabelece novos marcos para a política de saúde do idoso

Fonte: Dados da pesquisa

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso e busca estimular o desenvolvimento de ações para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade. Expressa como princípio a responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado para garantia dos direitos e dignidade da pessoa idosa. A Lei 8842/94 não se restringe apenas à área de saúde, nesse trata de uma política abrangente, de caráter intersetorial que envolve os diversos segmentos de governo. Estabelece diretrizes para atuação dos respectivos setores governamentais:

assistência social; saúde; educação; trabalho e previdência social; habitação e urbanismo; justiça; e cultura, lazer e esporte. Na área de saúde, estabelece a garantia da assistência ao idoso nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca fortalecer a geriatria como especialidade clínica e promover a articulação dos quatro níveis de governo para uma atenção integral ao idoso.

Com o intuito de aprimorar a Política Nacional do Idoso, em 1996, foi promulgado o Decreto 1948/96, com o propósito regulamentar a Lei 8842/94 (BRASIL, 1996). Na área de saúde, os principais avanços instituídos dizem respeito ao estabelecimento da Atenção Básica como *locus* principal para atenção à saúde do idoso, e garantia da integralidade da assistência. Também preconiza o estímulo o autocuidado e exortação para formação de grupos de convivência e autoajuda.

A institucionalização de uma política específica da área de saúde para população idosa ocorreu em 1999, com a publicação da Portaria 1.395/99, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). A Política Nacional de Saúde do Idoso estabelece as diretrizes que devem direcionar todas as ações na área de saúde e indicam as responsabilidades do setor, nas quatro esferas de governo, para promover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Política de Saúde do Idoso traz como principal inovação o foco na manutenção da capacidade funcional e no envelhecimento saudável. Como capacidade funcional, entende-se a manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

A concepção de capacidade funcional instrumentaliza uma nova abordagem sobre o entendimento do conceito de saúde, que se mostra mais adequado para a atenção à saúde da população idosa. Nesse sentido, o indicador mais importante não é a presença ou ausência de doença, mas o grau funcional da pessoa (RAMOS, 2009). O enfoque do setor saúde não pode mais se restringir ao diagnóstico e tratamento de doenças específicas, mas, sobretudo, ao convívio e controle das patologias inerentes ao envelhecimento e à manutenção da independência dos idosos para serem sujeitos dos próprios cuidados e da sua saúde.

A manutenção da independência e da autonomia da população idosa não se consegue apenas com atenção às pessoas já idosas. As condições de saúde de uma pessoa idosa são resultantes dos hábitos e costumes ao longo da vida. Nesse sentido, a Portaria 1395/99 destaca a diretriz do envelhecimento saudável como condição estratégica para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). Referida política enfatiza a importância do incentivo aos hábitos saudáveis em todas as etapas do ciclo de vida.

Os propósitos da Política Nacional de Saúde do Idoso perpassam a manutenção da independência e da funcionalidade pelo máximo de tempo possível. Esse processo que Friens (1980), em importante estudo sobre o envelhecimento, denominou de compressão de morbidade, visa a postergar o início das doenças e/ou as complicações delas decorrentes. Assim, mais do que se aumentar a longevidade, busca-se diminuir os anos vividos com incapacidade e dependência.

No ano de 2003, por meio da Lei 10.741/2003, foi instituído o Estatuto do Idoso, com o intuito principal de assegurar

e regular os direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2003). O estatuto estabelece os direitos prioritários do idoso, como o 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.

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço social e teve grande repercussão em todo o País. Muitos dos direitos da pessoa idosa passaram a ser respeitados apenas após a sua publicação. Questões como a garantia na prioridade de atendimento em órgãos públicos e privados, gratuidade no transporte público, suporte jurídico-legal e constituição dos conselhos municipais da pessoa idosa só foram viabilizadas, em muitos locais, por força do Estatuto, embora deva ser também ponderado o fato de que muitas das questões e direitos instituídos no Estatuto ainda não são devidamente respeitadas.

Sobre o direito à saúde, o Estatuto do Idoso assegura que a atenção integral deve ser viabilizada por meio da articulação dos diversos níveis de atenção. O estatuto destaca a priorização da atenção longitudinal e preventiva, com foco no cadastramento e acompanhamento das condições de saúde da população idosa. Também são assegurados a gratuidade para tratamento medicamentoso, direito a acompanhante em casos de internação e medidas de combate e punição aos maus tratos e violência.

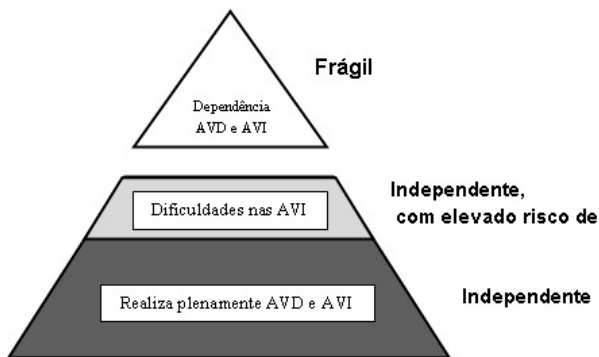
O Pacto pela Saúde constitui outro marco legal com importantes repercussões sobre as políticas de saúde do idoso (BRASIL, 2006). O referido pacto é constituído por três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. No Pacto pela Vida são estabelecidas prioridades para as ações dos gestores e profissionais, com a definição de metas a serem pactuadas e alcançadas pelo setor saúde.

Dentre as prioridades elencadas no Pacto pela Vida, a saúde do idoso é apresentada como primeira vertente das ações a serem pactuadas. Como exemplos de medidas estabelecidas, destacam-se: a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a publicação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; acolhimento com classificação de risco; e garantia do atendimento domiciliar.

A partir das diretrizes do Pacto pela Vida, aliada à necessidade de ajustes na Portaria 1.395/99, foi instituída pelo Ministério da Saúde uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Importante destacar que a Portaria 2528/2006 mantém como estratégia conceitual-operacional a questão da funcionalidade.

Neste sentido, a avaliação funcional individual e coletiva é preconizada como instrumento de planejamento e direcionamento da política do idoso. A avaliação da funcionalidade determinará a conformação da pirâmide do risco funcional, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2- Pirâmide de Risco Funcional



Fonte- elaboração própria, com base na interpretação da Portaria 2528/2006

Na avaliação funcional, os idosos são classificados em dois grandes grupos: frágeis e independentes. O que determinará a independência do idoso é a capacidade para realizar as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD). A Portaria 2528/2006 estabelece como AVD: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão (BRASIL 2006). Assim, é considerado idoso independente aquele que consegue realizar todas as AVD sem dificuldade e desprovidos da ajuda de outrem.

Idosos frágeis são considerados aqueles que vivem em Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI), encontram-se acamados, estiveram hospitalizados recentemente, apresentam condições incapacitantes (acidente vascular encefálico, doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros), vivam em situação de violência doméstica ou que possuam idade igual ou superior a 75 anos (BRASIL, 2006).

Também de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre os idosos independentes, existem aqueles com grande potencial para desenvolver fragilidade. Esse grupo requer maior atenção dos serviços de saúde e deve ter acompanhamento mais criterioso do seu estado funcional. Essa condição de independente, mas com elevado risco de fragilização, é determinada pela presença de dificuldades na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). São consideradas AIVD: preparar refeições; controlar a própria medicação; fazer compras; controlar o próprio dinheiro; usar o telefone; fazer pequenos reparos domésticos; e sair de casa sozinho com utilização de condução coletiva.

Nesse sentido, a Política de Saúde da Pessoa Idosa será direcionada para a atenção desses dois segmentos. Para o grupo dos idosos frágeis, deve ser ampliados os cuidados domiciliares e desenvolvidas ações de reabilitação e prevenção de incapacidades. Para o grupo dos idosos independentes, as ações hão de ser direcionadas para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo e saudável, com o intuito de protelar ao máximo as complicações e limitações do envelhecimento.

Problemas e Desafios da Atenção ao Idoso no Brasil

Acesso e Integralidade na Atenção à Saúde

Em decorrência da pesada carga de doenças, a utilização dos serviços de saúde pelos idosos é bastante elevada. Diversos autores indicam a insuficiência do atendimento à saúde da população idosa (LOUVISON *et al.*, 2008; THAUMÉ *et al.*, 2010). Como principais entraves da assistência ao idoso, devem ser destacados a fragilidade no acesso e as debilidades circunscritas à garantia da integralidade.

Ao analisar as linhas de ação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa consideramos que ainda há debilidades na atenção, tanto para os idosos independentes como para os idosos frágeis. Os idosos tanto têm dificuldades para conseguir atendimento no SUS, como as práticas em saúde ainda são fragmentadas, não adequadas à população idosa e baseadas predominantemente no enfoque curativo e medicamentoso.

A atenção à saúde do idoso deve ser estruturada com base numa Atenção Primária à Saúde – APS, que possibilite verdadeiramente a longitudinalidade do cuidado, o vínculo entre equipe e comunidade e que seja altamente resolutiva. Nesse

sentido, torna-se evidente a necessidade de reorientação do sistema de saúde brasileiro, com o propósito de responder a essa nova realidade demográfica e epidemiológica no País. Conforme destaca Veras (2009), a desestruturação do sistema faz com que, em geral, os primeiros atendimentos ocorram em estágio avançado das doenças, o que aumenta os custos do sistema e reduz as possibilidades de melhores prognósticos.

Embora a Estratégia de Saúde da Família (ESF) signifique importante iniciativa em direção à mudança do modelo assistencial (CORBO *et al.*, 2007), esta se mostra ainda insuficiente ante as necessidades de saúde demandadas pelos idosos. A ampla gama de responsabilidades atribuídas às Equipes de Saúde da Família e o extenso número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe impossibilitam uma atenção condizente com a necessidade da população idosa. Para ambos os grupos de idosos, independentes e frágeis, o acompanhamento dos serviços de saúde deve acontecer numa lógica de maior proximidade e monitoramento criterioso da sua condição de saúde e funcionalidade.

Apoio Familiar e Suporte Social

Embora existam insuficiências e dificuldades para prestação da assistência à saúde no SUS, deve ser destacado o fato de que atenção ao idoso não pode ser uma responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde. Para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, são necessários amplo suporte social e responsabilidade compartilhada pela família, Estado e sociedade.

Não se pode deixar de considerar o fato de que a família é o principal núcleo para apoio e cuidado ao idoso. Com a mudança na estrutura e comportamento da família brasileira, com

ocupações profissionais fora do lar para todos os membros, o convívio e o cuidado do idoso se expressa em perspectiva cada vez mais distante para um crescente número de famílias. Associado a isso, o próprio ambiente físico das residências não comporta a presença do idoso ou, quando muito, restringe-se apenas a um quarto. Nesse sentido, Sanches *et al.* (2008) destacam a importância de que as famílias sejam conscientizadas da sua responsabilidade em relação ao cuidado e tutela dos idosos, uma vez que o Estado não poderá, sozinho, se responsabilizar por tal condição.

O suporte social para com as pessoas mais velhas é composto pelas redes de relações formais e informais. Rosa e Benício (2009) destacam que as redes informais, a exemplo dos vínculos com amigos, igreja, vizinhos e comunidades, são as de maior importância pessoal e afetiva, pois possibilitam apoio social em várias dimensões da vida e têm grande impacto sobre os aspectos comportamentais e de saúde dos idosos.

Violência e Maus -Tratos

Proteção contra a violência e os maus - tratos são fatores essenciais para um ambiente social que visa a estimular o envelhecimento ativo e saudável. A violência contra idosos inclui o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, bem como o abandono e a negligência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Importante é destacar que a violência contra os mais velhos acontece predominantemente no ambiente doméstico e envolve, quase sempre, filhos, netos, parentes próximos e cuidadores.

A violência contra idosos é um fator que, apesar de comum, tem baixa visibilidade social e pouco aparece nas estatísticas oficiais. A subnotificação é determinada por dois fatores

principais: muitas vezes os idosos se encontram em condição de fragilidade e, portanto, incapazes de proceder à denúncia nas entidades de proteção e assistência; em outros casos, os agressores são familiares, cuidadores ou pessoas próximas, e para o idoso pode ser angustiante utilizar a lei para denunciar e punir um ente próximo (SANCHES *et al.*, 2008).

Além do mais, quando o agressor é familiar ou pessoa querida ao idoso, a punição é sempre uma situação controversa. Punir com reclusão ou perda da guarda pode representar um castigo não só para o agressor, mas, principalmente, para vítima, pois o abalo emocional potencialmente influirá em diversos aspectos da saúde do idoso, além de representar, em muitos casos, o afastamento da única pessoa disponível para o cuidado. Assim, em muitos casos, atitudes de sensibilização e educação dos cuidadores podem se constituir na melhor alternativa para o enfrentamento desse problema.

Dificuldades Econômicas e Questões Previdenciárias

Para a maioria dos idosos, o período da velhice se conforma num grande paradoxo entre as necessidades demandadas e a disponibilidade de recursos financeiros. O período do envelhecimento, de maneira geral, constitui fase da vida de aumento considerável dos gastos. Elevam-se os gastos para os cuidados pessoais, o uso de medicamentos e de serviços de saúde, necessidade de transporte privativo, como carro particular e táxi, contratação de cuidadores, dentre outros. No que se refere aos serviços de saúde, Mendes (2002) estima que dois terços dos gastos e despesas com saúde de uma pessoa ocorra após os 60 anos.

Esse, porém é um período da vida em que os ganhos e rendimentos das pessoas tendem a diminuir. Boa parte da po-

pulação economicamente ativa, além da fonte principal de renda, por desenvolverem outras atividades que ajudam no complemento do orçamento, situação não possível para a maioria da população idosa. Como agravante, as aposentadorias não mantêm os mesmos valores e poder de compra do salário dos trabalhadores em situação ativa. Com as reformas previdenciárias realizadas nos governos Fernando Henrique e Lula, os reajustes das aposentadorias foram desvinculados do reajuste aumento do salário mínimo e perderam poder de compra ao longo dos últimos anos (NAKAHODO; SAVOIA, 2008).

A atenção e o cuidado com a população idosa passam, principalmente, pela consolidação do ideário da seguridade social. Com efeito, a estruturação de um regime de previdência justo e equânime e a garantia de rendimentos condizentes com as necessidades dos idosos constituem em elementos essenciais para garantia da proteção social.

CONCLUSÕES

É relevante destacar que as conjunturas econômica, política e sociocultural exercem forte influência sobre o desempenho das políticas de saúde. Assim, situações de grandes iniquidades sociais, como as ainda verificadas no Brasil, limitam o desempenho e os impactos das ações do setor saúde.

No que se refere, especificamente, à atual situação das Políticas de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil, é possível comprovar a existência de um panorama concomitante de avanços e de letargias. Observam-se ações bem estruturadas e de consideráveis benefícios para a população idosa, a exemplo de campanhas nacionais de imunização do idoso; ampliação da

distribuição de medicamentos para a população idosa, inclusive para Parkinson e Alzheimer; e a campanha nacional de cirurgia de catarata. Por outro lado, também se evidencia o fato de que as ações ainda são fragmentadas e descontinuadas e muitas vezes assumem caráter apenas campanhista.

O Estado e a sociedade brasileira demonstram grande capacidade para formulação das políticas e baixa competência em implementá-las. Embora, do ponto de vista social, o conteúdo das políticas e a legislação do setor possam ser consideradas avançadas, as dificuldades na efetivação dessas políticas demonstram o longo caminho a se percorrer para garantia dos direitos dos idosos.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A Transição Nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl, 1, p. S181-91, 2003.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994. Brasília: **Diário Oficial da União**, 05 jan, 1994.

_____. Regulamentação da Política Nacional do Idoso. Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996. Brasília: **Diário Oficial da União**, 04 jul, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria GM MS 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Brasília: **Diário Oficial da União**, 11 dez, 1999.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto No. 4287 de 27 de junho de 2002**. Dá redação ao dispositivo do Decreto N^o. 4227 de 13 de maio de 2002, que cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI.

_____. Estatuto do Idoso. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília: **Diário Oficial da União**, 02 out, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso**. Portaria GM MS 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 out, 2006.

wwBRASIL. **I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** construindo a rede nacional de proteção e defesa da

pessoa idosa – RENADI. Deliberações finais distribuídas por eixo temático. Brasília, 08 de junho de 2006. Brasília, 2006a. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Idosos/deliberacoes_1_conferencia_direitos_pessoa_idosa.pdf. Acesso 20.12.2012.

_____. **Texto-base da 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília, 18 a 20 de março de 2009. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Texto-Base%20da%202a%20CNDPI.pdf>. Acesso 22.12.2012.

_____. **III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília, 23 a 25 de novembro de 2011, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Disponível: HTTP://www.direitoshumanos.gov.br/Id_idoso/3a-conferencia-nacional. Acesso 22.12.2012.

CARVALHO, J.A. M; RODRÍGUEZ-WONG, L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CORBO, A.D; MOROSINI, M.V; PONTES, A.L.M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D. **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA-IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

LATKO, B. *et al.* The growing movement for universal health coverage. **The Lancet**, v. 377, n. 9784, p. 2161-63, 2011.

LEBRÃO, M.L. Epidemiologia do Envelhecimento. **Boletim Instituto de Saúde**, n. 47, p. 23-26, 2009.

LOUVISON, M.C.P. *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

MARINHO S.P. *et al.* Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 2, p. 195-201, 2003.

MENDES, E.V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde**: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NAKAHODO, S.N; SAVOIA, J.R. A reforma da previdência no Brasil: estudo comparativo dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, p. 45-58, 2008.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 2, p. 161-70, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. OMS-OPAS, 2005.

RAMOS, L.R. Saúde Pública e Envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **Boletim Instituto de Saúde**, n. 47, p. 40-41, 2009.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.A. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **Boletim Instituto de Saúde**, n. 47, p. 80-83, 2009.

SANCHES, A.P.R; LEBRÃO, M.L; DUARTE, Y.A.O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde & Sociedade**, v. 7, n. 3, p. 90-100, 2008.

THUMÉ, E. *et al.* Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.6, p.1102-11, 2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.

1.2 Bioética e Envelhecimento no Brasil

Selma Eugênia de Sousa Paz
Tereza Águida Costa do Nascimento
Thaís Teles Veras Nunes
Ana Maria Fontenelle Catrib
Preciliana Barreto de Morais
Rosendo Freitas de Amorim

INTRODUÇÃO

A Bioética propõe, em sua essência, compreender a natureza e a magnitude dos conflitos éticos, assim como sugere soluções para eles. Ante realidades sociais cada vez mais complexas e polêmicas, a Bioética, um saber interdisciplinar que articula centralmente a Filosofia, a Ética e as Ciências da Vida, tenta discutir os valores humanos em um diálogo filosófico e técnico-científico sobre a vida em geral e acerca da vida humana em particular. Em grande parte, as discussões em Bioética objetivam uma reflexão em busca de opções e/ou justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões na perspectiva de melhorar a qualidade de vida para a sociedade, sem ferir a dignidade do ser humano (FORTES, 2002; FREITAS *et al.*, 2006).

No campo da saúde, o envelhecimento é acompanhado por conflitos éticos e também morais, que envolvem prática clínica, aceitação dos limites terapêuticos e alocação de recursos, em virtude de uma demanda superior à oferta de serviços.

O envelhecimento geral da população mundial aumenta e a população já considerada idosa, envelhecendo ainda mais,

provocou uma inversão nos cuidados com a saúde, antes direcionadas para a saúde infantil. No Brasil, estas mudanças ocorrem e vêm acompanhadas de um aumento da demanda por assistência à saúde e cuidados de forma geral (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; FREITAS *et al.*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a transição demográfica que está ocorrendo na população mundial pelo aumento da expectativa de vida em diversas regiões do mundo, e estima que, em 2050, a população de 60 anos e mais passará de 600 milhões para quase dois bilhões, significando um aumento de 10% para 21% do total da população (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

A população brasileira está envelhecendo, e as mudanças na sua composição etária trazem consigo nova demanda de atenção aos aspectos bioéticos do envelhecimento, fazendo-se necessárias a compreensão da natureza e a magnitude dos conflitos, mas também a proposição de soluções para resolvê-los ou minimizá-los (FREITAS; SCHRAMM, 2009).

Na atual realidade de aumento da expectativa de vida, a Medicina geriátrica recebe uma importância considerável. Isso decorre do fato de o idoso demandar mais serviços de saúde, internações hospitalares com maior frequência e com um tempo maior de ocupação do leito, quando comparado às outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e

múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; FREITAS *et al.*, 2006).

As ações de saúde estão marcadas, na sua maioria, pelo paradigma da cura e voltadas para cuidados com crianças e adultos jovens em idade produtiva e reprodutiva, revelando o descaso com a população idosa, que necessita não só da cura, mas, principalmente, do cuidado (FREITAS *et al.*, 2006); cuidado este que exige necessidade de equilibrar as tentativas legítimas de prolongar a vida, quando há chances reais de recuperação, da gestão paliativa dos sintomas e aceitação de um processo que não tem mais cura sem, contudo, negligenciar aspectos éticos que vão desde os critérios para alocação de recursos para tratamentos de pequena, média e grande complexidade, até o reconhecimento dos limites da Medicina, evitando o excesso de tratamento, ou o tratamento fútil e inútil (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Portanto, na prática do campo da saúde não há como fugir da tomada de decisões, exigindo uma obrigação ética dos profissionais de saúde com a sociedade, ao estabelecerem critérios convergentes ao bem-estar dos indivíduos e da coletividade (FREITAS; SCHRAMM, 2009; FORTES, 2002). As reflexões suscitadas apontam, como o objetivo deste estudo, conhecer a produção científica brasileira a respeito da abordagem Bioética no processo de envelhecimento humano, a fim de que se possa identificar o interesse dos pesquisadores do campo da saúde por esta temática.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento de literatura nas bases de dados eletrônicas *SCIELO* e *LILACS*, durante o mês de agosto de 2010. Foram utilizados os descritores: idoso e Bioética; e envelhecimento e Bioética.

Foram selecionados artigos que abordavam a situação do idoso no Brasil e que exibissem texto completo disponível. Todos os ensaios que preencheram os critérios de inclusão, propostos pelos autores, foram publicados nos últimos seis anos, parecendo demonstrar que o interesse da Bioética pelo envelhecimento é relativamente recente.

A busca ocasionou a tomada de 76 artigos, os quais foram classificados em categorias, de acordo com seu objeto de estudo, sendo selecionadas as categorias: *bioética no envelhecimento*; *aspectos éticos das produções científicas*; *Bioética do cuidado, ética na alocação de recursos em saúde e Bioética no fim da vida*.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados eletrônicas *SCIELO* e *LILACS* encontrou, como se adiantou, 76 artigos. A Bioética foi abordada no envelhecimento humano em 17 estudos do Brasil; em 13 estudos do Chile; cinco da Argentina; três da Colômbia; Peru, Porto Rico e México trouxeram dois artigos cada um nesta revisão; e Estados Unidos, Venezuela, Cuba e Uruguai um artigo cada.

Dezesseis artigos foram repetidos nesta revisão, oito não apresentavam conteúdo completo e quatro artigos tratavam da Bioética, abordando outros temas que não o envelhecimento humano.

Os dezessete estudos do Brasil foram classificados em categorias segundo critério dos autores. Dois estudos eram coletâneas sobre a Bioética, sendo o primeiro um livro e o segundo um artigo de revisão.

Na categoria sobre Bioética e envelhecimento, foram classificados os artigos que abordavam as questões éticas e os direitos dos idosos com AIDS; questões morais do processo de envelhecimento; a ética com a qual os profissionais de saúde atendem seus pacientes e as novas perspectivas sobre os cuidados com o idoso, enfatizando sua qualidade de vida e direito de opinião.

Na categoria aspectos éticos das produções científicas, foram publicados dois artigos. O primeiro abordava sobre o consentimento de pesquisas em idosos, mediante análise dos termos de consentimento livre e esclarecido, e o segundo relatava a elaboração de projetos sociais por alunos de um curso de especialização em Gerontologia, considerando os aspectos bioéticos.

Na categoria Bioética do cuidado, classificaram-se os artigos que exibiram considerações sobre o cuidado com o idoso dependente, acerca do cuidador do idoso dependente, a respeito dos cuidados paliativos e a Bioética na assistência domiciliar. Esses estudos envolveram as relações de vários agentes sociais, atuando no cuidado ao idoso e abordando valores morais e questões éticas.

Três artigos questionaram a Bioética na alocação de recursos em saúde, debatendo os conflitos entre a demanda e a oferta dos serviços em saúde, bem como a moralidade na escolha dos beneficiários para vagas em centros de tratamentos intensivos.

O tema da Bioética no fim da vida foi abordado em artigos que versavam sobre a eutanásia e acerca da distanásia.

DISCUSSÃO

Vale ressaltar que os artigos localizados, que preencheram os critérios de inclusão para este estudo, foram publicados nos últimos seis anos, revelando que o interesse em relação à Bioética no envelhecimento é recente no Brasil. Por outro lado, os demais países da América Latina demonstram crescente produção científica sobre a Bioética.

Dentre os assuntos abordados pelos artigos pesquisados, não foram encontrados temas como o idoso deficiente/especial; acessibilidade e barreiras sociais; os direitos sociais; a independência econômica; o idoso ativo/productivo; o preconceito contra a velhice e a violência e maus tratos contra o idoso. A ausência dessas temáticas confirma que apesar da variedade dos temas relacionados à Bioética e ao envelhecimento encontrados na pesquisa, a quantidade de textos sobre essas questões ainda é pouco significativa. Isto revela, sem dúvida, a necessidade de se ampliar os estudos nessa área (NERI *et al.*, 2007).

No concernente à alocação de recursos, atualmente no Brasil, é visível como o sistema de saúde tenta lidar com o aumento da população idosa quanto aos défices da previdência social e, não só, em relação à distribuição dos recursos em centros de cuidado aos idosos.

O Estatuto do Idoso estabelece que nenhum idoso pode ser vítima de negligência, discriminação ou violência (BRASIL, 2003), porém são comuns denúncias feitas sobre as más condições enfrentadas por eles.

Quanto ao cuidado com o idoso dependente, uma questão ainda não foi solucionada, a de quem oferecerá cuidados a esta população, visto que a legislação brasileira enfatiza a família como a principal responsável pelo cuidado ao idoso e que a residência em instituições de longa permanência para idosos não é uma prática comum no Brasil pelo fato de reproduzirem exclusão social e abusos contra o idoso (VIEIRA *et al.*, 2008).

A exclusão social produzida pela discriminação e pelo preconceito contra o idoso limita-lhe o acesso aos recursos sociais, acarretando-lhe isolamento e despersonalização. Os avanços em relação às conquistas e melhorias relacionadas à saúde do idoso ainda são insuficientes, visto que a responsabilidade da sociedade brasileira se mantém insuficiente para superar as mazelas que afligem esse segmento da população.

A finitude da vida é uma questão que sempre suscita questionamentos éticos. Nesta revisão sistemática, o tema da Bioética no fim da vida foi abordado em artigos que versavam sobre a eutanásia e acerca da distanásia. *A eutanásia, originalmente definida como a boa morte; no grego eu – bom e thanatos – morte. Nos dias de hoje, a isto se acrescentou mais um sentido: o da indução, ou seja, um apressamento do processo de morrer* (KOVÁCS, 2003, p. 129). Por sua vez, a Distanásia etimologicamente significa prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente (SILVA; PACHEMSHY; RODRIGUES, 2009).

Na verdade, a realidade biológica atual e as perspectivas futuras da pesquisa biomédica fazem prever não distante a meta da vida centenária como idade-limite normal e não mais como um dado de ficção científica (CAPODIECE, 2000, p. 11).

A produção no campo da saúde no Brasil não concede a importância que os problemas relacionados à Ética e a Bioética exigem, diante dos dilemas éticos e também morais postos pelos avanços das biotecnologias. Isso ocorre de forma geral e não é diferente em se tratando da Bioética no envelhecimento. São identificados dois aspectos que evidenciam esta realidade: o reduzido número de artigos publicados sobre a temática, bem como o fato de que as revistas científicas especializadas em Bioética são poucas e pouco qualificadas, segundo os critérios do *Qualis* da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

CONCLUSÃO

A exclusão social produzida pela discriminação e pelo preconceito contra o idoso limita-lhe o acesso aos recursos sociais, acarretando-lhe isolamento e despersonalização. Os avanços em relação às conquistas e melhorias relacionadas à saúde do idoso ainda são insuficientes, visto que a responsabilidade da sociedade brasileira se mantém insuficiente para superar as mazelas que afligem esse segmento da população.

Pretende-se que este estudo possa contribuir para ampliar o interesse pela pesquisa e pela reflexão em torno das questões relacionadas à Bioética e ao envelhecimento no Brasil, fomentando questionamentos e propostas de políticas públicas voltadas ao idoso, a fim de dar respostas às suas demandas, como forma de reconhecer sua pertinência social e assegurar-lhe uma existência digna.

Apesar da variedade de trabalhos encontrados na pesquisa, relativos à Bioética e ao envelhecimento, a quantidade

de artigos produzidos ainda é reduzida. Sugere-se, portanto, a ampliação de estudos nessa temática, buscando-se conhecer a realidade do envelhecimento da população brasileira, carente de políticas públicas fomentadoras da qualidade de vida do idoso e exigindo profissionais de saúde bem capacitados, especialmente em relação às questões éticas e bioéticas implicadas na assistência ao idoso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso** 1. ed. 2. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

CAPODIECE, S. **A idade do sentimento: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

FORTES, P.A.C. Selecionar quem deve viver: um estudo bio-ético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. **Revista da Associação Médica Brasileira** v.48, n.2, p.129-134, 2002.

FREITAS, E.V. DE *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Ed. Guanabara: Rio de Janeiro, 2006.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 21, n.4, p.432-436, 2009.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 115- 167, 2003.

LIMA-COSTA M.F.; VERAS R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n.3, p.700-701, 2003.

NERI, A.L. *et. al.* **Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. Ed. Fundação Perseu Abramo, edições SESC. São Paulo, 2007.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**. v. 29, n.4, 2005.

VIEIRA, *et al.* A interface da violência com a institucionalização do idoso. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 11, p. 389-397, 2008.

SILVA, F.; PACHEMSHY L.R.; RODRIGUES I.G. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 2, p. 148-154, 2009.

1.3 Notificação de Violência Contra Idosos na Atenção Primária sob a Ótica dos Profissionais de Saúde

Edith Ana Ripardo da Silveira
Geisy Lanne Muniz Luna
Ivna Zaíra Figueredo da Silva
Gracyelle Alves Remigio Moreira
Maria Vieira de Lima Saintrain
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade decorrente da melhoria do acesso ao serviço de saúde, proposto pelos movimentos de luta advindos da Reforma Sanitária brasileira e formalmente instituído pela Carta Magna em 1988, nos possibilitou a reflexão sobre a necessidade de mudança e ampliação do saber sobre o envelhecimento e de como a pessoa idosa está inserida nos diversos contextos que a circundam. É mister investigar sobre as possibilidades de amenizar as repercussões do envelhecimento na esfera biológica, mas, sobretudo, de identificação de múltiplos aspectos que impossibilitam a pessoa idosa usufruir de qualidade de vida. A violência é um desses aspectos e influi negativamente na manutenção de uma vida saudável (SILVEIRA *et al.*, 2008).

A violência é conhecida hoje como uma questão global, que afeta os diversos segmentos das sociedades e traz conse-

quências graves para a saúde das populações (BRASIL, 2005).

No Brasil, os direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos de idosos são reconhecidos, sendo o Estatuto do Idoso um relevante instrumento de mobilização da sociedade e do Governo na busca pela garantia da universalidade de acesso à rede de serviços propostas pelas diversas políticas brasileiras (BRASIL, 2003). O citado Estatuto, em seu art. 4º, inciso 1º, acrescenta que é obrigação de todos prevenirem a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

Em razão desta casuística complexa, trabalhar violência requer intervenção interdisciplinar, tornando-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado, em busca da garantia de acesso a uma rede de serviços de proteção contemplada nas diversas políticas brasileiras: assistência social, saúde, transporte, justiça, educação, cultura, trabalho e previdência (SANTOS *et al.*, 2010). Um dos meios de assim se fazer é o cumprimento do art. 6º do Estatuto do Idoso, ao dizer que todo cidadão tem o dever de notificar à autoridade competente qualquer forma de violência perpetrada contra o idoso (BRASIL, 2003).

A notificação, no entanto, ainda é incipiente em virtude de inúmeros fatores, como os sentimentos da vítima que se alternam entre a culpa e vergonha, o medo de retaliação, ou o receio de ser internado em um asilo (MELO *et al.*, 2006), dificultando o dimensionamento da violência contra idosos, causando embaraço na mensuração de investimentos para o diagnóstico e a limitação das incapacidades geradas pelo agravo e ocluindo a visibilidade dos limites do serviço de saúde e do perfil da demanda, e inviabilizando o planejamento de ações de atenção às vítimas de violência (LUNA *et al.*, 2010).

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura - UNESCO (2002) diz que a atenção básica é normatizada no Brasil pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída em 2006, por meio das portarias ministeriais Nos 648, 649, 650 e 822. Essas expressam a ideia de que uma das grandes prioridades em todo o Território Nacional é a saúde do idoso, e que as ações desta se caracterizam por ações no âmbito individual e coletivo e que a Estratégia Saúde da Família deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para a transposição de um modelo centrado na doença em direção a uma prática promotora de saúde (BRASIL, 2006) incorporando ao seu cuidado e responsabilidade novas demandas sociais.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto da consolidação do Sistema Único de Saúde, é uma ação implantada pelo Ministério da Saúde com o propósito de promover impactos na realidade sanitária, por meio da adoção de um novo modelo assistencial no campo da Atenção Básica e de contribuir no desafio do enfrentamento das desigualdades sociais.

No alcance de uma prática alicerçada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, as equipes de Saúde da Família, mediante a adscrição de clientela, estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade, tendo como desafio o de ampliar suas fronteiras de cuidado, visando a uma resolubilidade maior da atenção (BRASIL, 2006).

Várias políticas municipais organizam, com base na Estratégia Saúde da Família, proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA; CARVALHO, 2003).

A violência configura uma destas demandas a serem absorvidas pela ESF, por exibir características bastante peculiares, requerendo uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal (LUNA *et al.*, 2010).

Pensando desta forma, defendemos a ideia de que o contexto da pós-graduação em saúde da família é um espaço que instrumentaliza profissionais para a configuração ou reconfiguração de práticas sociais e cidadãs. Desse modo, elaboramos e executamos um estudo científico discorrendo sobre violência contra idosos, com suporte no conhecimento de profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam na Atenção Básica.

MATERIAL E MÉTODOS

O caminho metodológico tem abordagem qualitativa, descritiva (CRESWELL, 2007). O estudo foi realizado com a 15ª turma de especialização em Saúde da Família - Universidade Estadual do Ceará – UECE, com foco no conteúdo que prepare profissionais para a análise de realidade socio sanitária e planejamento de ações para transformá-la.

Constituíram-se critérios de inclusão: ser aluno do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da 15ª turma e profissional de saúde; ter exercido ou exercer sua profissão na

Estratégia de Saúde da Família e participar do estudo espontaneamente. Excluíram-se os alunos que não se harmonizaram a estes critérios. O número de participantes foi definido à medida que houve saturação dos dados (TURATO, 2005) o que resultou em 11 participantes.

A coleta de dados foi realizada em junho e julho de 2008, em dois momentos. No primeiro, um questionário auto-aplicável com registros sobre dados sociodemográficos, formação acadêmica e profissional, visão e conhecimento deles sobre violência e notificação contra o idoso. No segundo, utilizou-se uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras: como você descreve a violência contra o idoso? Durante sua práxis, relate as dificuldades encontradas para que você notificasse situações de violência contra o idoso. Como você analisa a notificação compulsória de violência contra o idoso na Atenção Primária, na qualidade de aluno de pós-graduação?

O registro das entrevistas foi feito com o auxílio de um gravador, após o consentimento dos participantes, e elas transcritas com fidedignidade. O procedimento analítico deu-se por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2002), cujo método caracteriza a descrição e documentação das falas dos informantes. Em seguida, ocorreram a identificação e a categorização empírica, com posterior saturação de ideias, os significados similares e divergentes e, por último, a síntese do pensamento, análise da configuração, interpretação e formulação criativa dos achados.

Resultante dessa análise, emergiram as categorias empíricas: o entendimento do profissional sobre violência contra o idoso; a família como agressora e o idoso como obstáculo; o medo de notificar e não encontrou casos; o descrédito e o des-

preparo profissional. Os dados foram discutidos com amparo na literatura vigente sobre o tema, acrescidos da experiência das pesquisadoras.

Ressaltamos que os 11 participantes da pesquisa foram identificados pela letra E, tais como: E 01, E 02, (...), E 11, com intuito de preservar o anonimato. O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução 196/1996, que envolve pesquisa com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com processo sob o n. 08185579-6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizações dos sujeitos

Participaram 11 enfermeiras de alguns municípios do Estado do Ceará. Estas profissionais estão na faixa etária entre 20 e 30 anos; a maioria (dez) com zero a dois anos de formada e uma entre dois a cinco; sete concluíram o curso em instituições privadas e quatro em instituições públicas.

Em relação ao tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, dez possuem até dois anos; uma tem entre três a cinco anos. Sobre realização de treinamento acerca do tema da violência, seis negaram e cinco admitiram participação em algum evento sobre o assunto. Das que participaram, uma relatou ter sido durante a graduação, três na pós-graduação e uma em cursos específicos.

Ferreira; Schimith; Cáceres (2010) relatam que a maioria dos enfermeiros que compõem a Estratégia Saúde da Família possuem experiências, apesar de se enquadrarem em uma faixa

etária jovem. O estudo corrobora, ainda, os nossos achados no que diz respeito à predominância do sexo feminino à frente das equipes de Enfermagem na atenção básica. Ribeiro e Barter (2010), em seu estudo, dizem que a informação sobre o número de idosos atendidos com sequelas de eventos acidentais ou violências é muito prejudicada, o que sugere a inserção ainda incipiente do tema violência nos serviços de saúde.

Ao indagar sobre a ficha de notificação de violência contra idosos na Estratégia de Saúde da Família, sete relataram não terem conhecimento e quatro confirmaram conhecer. Quanto à existência de ficha de notificação de violência em sua unidade, sete confirmaram, três responderam que não havia nenhum tipo de ficha e uma desconhecia sua existência.

Esses achados corroboram a pesquisa realizada por Luna (2007) com profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Fortaleza (CE), onde 49,4% afirmaram não conhecer a ficha de notificação e 63,5% confirmaram não ter ou não saber da existência da ficha na unidade de saúde.

O despreparo profissional na temática violência decorrente da primazia de outros temas no processo de formação profissional é um fato. Ribeiro e Barter (2010) dizem, ainda, que a invisibilidade desses eventos se confirma em seu baixo registro nos prontuários, apesar de sua elevada magnitude e prevalência. Portanto, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo na saúde das vítimas.

A qualificação profissional é muito importante e deve ser sempre estimulada, o Ministério da Saúde implantou, mediante a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente, que tem como

proposta de ação estratégica contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004).

Das 11 profissionais, seis nunca depararam situações de violência em suas áreas; cinco confirmaram. Dessas cinco, duas souberam pelo relato de parentes e vizinhos da vítima, duas diagnosticadas por meio do comportamento do idoso no atendimento e, um caso, mediante a interlocução de agentes comunitários de saúde; contudo, todas negaram ter detectado indício de violência contra esses idosos nas visitas domiciliares.

Saliba *et al.* (2007) evidenciam que os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Os profissionais dessa área, no entanto, tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou, simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos.

Quanto à confiança nos órgãos aos quais compete a solução (encaminhamento) desses, seis não confiavam, bem como não sabiam a que órgão poderiam recorrer. Das que saberiam para onde encaminhar (cinco), mencionaram o Conselho Tutelar de seu município duas; o Conselho do Idoso (uma); a Comissão de Maus-Tratos do município (uma); a Secretária de Saúde de seu município (uma).

Dentre outros motivos para os entraves na notificação de casos de violência, Saliba *et al.* (2007) apontam a compreensão dos profissionais de saúde sobre a violência como sendo um

problema relacionado à esfera da segurança pública e à Justiça, e não à assistência médica.

Apesar de já instituída pelo Ministério da Saúde, a notificação de violência contra idosos ainda não faz parte da rotina dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (LUNA, 2007). Os casos de violência estão cada vez mais próximos do cotidiano das pessoas. Diariamente, nós deparamos histórias de violência na mídia, e esse fenômeno nem se configura como problema social, para o qual urge uma efetiva intersetorialidade.

Sendo assim, o profissional de saúde não pode estar alheio a tal situação e deve posicionar-se como mediador e articulador na rede de apoio de proteção às vítimas, principalmente aqueles que trabalham na atenção básica, *locus* que a cada dia se confirma como porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

O entendimento do profissional sobre violência contra o idoso

O entendimento dessas profissionais sobre violência contra o idoso reportou-se a covardia, falta de respeito, tipologias da violência, incluindo a financeira.

Acho uma grande covardia, tanto a violência física quanto a mental, pois o idoso encontra-se indefeso (E 03). Qualquer tipo de violência física, moral, sexual contra o idoso (E 08). Qualquer dano que interfira nos aspectos físico, psicológico e social da vida do idoso, como por exemplo, maus-tratos, negligência, abuso social, dependência financeira (E 04). Todo tipo de violência seja ela física, psicológica, bem como negligência ou qualquer tipo de

omissão no que diz respeito ao bem estar do idoso (E 06.) A violência não só com o idoso, mas com qualquer pessoa é uma falta de respeito, humanidade, uma agressão tanto física, verbal e muitas das vezes a psicológica que em minha opinião é uma das piores violências (E 07).

Trabalho de Ribeiro e Barter (2010) encontra achados similares aos deste estudo, quando relata que os eventos violentos contra idosos são considerados como envolvendo agressões a que os idosos estão expostos no contexto familiar, na comunidade e nas instituições, nem sempre envolvendo internações e não notificadas.

Uma das formas de conceituar a violência contra a pessoa idosa é a adotada pela Rede Internacional para Prevenção dos Maus-tratos contra o Idoso (BRASIL, 2007), segundo a qual esta se manifesta como ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

As distintas formas pelas quais a violência contra a pessoa idosa se expressa estão explicitadas em documentos oficiais e em vários estudos que costumam utilizar também a denominação “mau-trato” ou “abuso” (BRASIL, 2007).

De acordo com Souza *et al.* (2008), as violências contra idosos se expressam em tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhe é impingido como “descartáveis” e “peso social”.

Dificuldades para notificação da violência

Família como agressora e idoso como obstáculo

Ao se direcionar a abordagem para a violência intrafamiliar, amplia-se a complexidade do fenômeno, pois culturalmente a família é a estrutura que protege, cuida, favorece a constituição de valores e se desenvolve em harmonia. Acreditamos, inclusive, que devam existir o respeito e a convivência saudável entre as gerações, porque as famílias estão, cada vez mais, repletas de pessoas idosas (SILVEIRA *et al.*, 2008).

A realidade, contudo, se mostra contraditória. Os idosos estão sendo vítimas de algum tipo de violência no âmbito de suas famílias, como podem mostrar estas falas significativas:

Um absurdo, por afetar uma pessoa que já exerceu e ainda exerce sua cidadania perante a sociedade, merecendo respeito. E quando a família é a agressora é pior ainda. Por tratar de uma agressão a uma pessoa que teve fundamental papel na família (E 01). A violência ao idoso é todo e qualquer mau trato em relação à privacidade do idoso exercer sua dignidade. Maus-tratos não é somente violência física, mas também preconceito, abuso financeiro sendo muitas das vezes pela própria família (E 02). Uma agressão física, verbal e psicológica. O idoso é vulnerável a muita violência e o meio familiar é um dos principais causadores de violência com o idoso (E 10).

Geralmente, os casos de violência que chegam aos serviços de saúde são identificados pelos relatos de parentes ou vizinhos, ou pelo comportamento alterado do idoso. Poucos são os casos em que o agressor ou a vítima relatam o fato. Muitas vezes omitem os casos com medo de ameaças.

De acordo com Sanches *et al.* (2008), embora as leis existam, ainda há muito o que evidenciar deste iceberg da violência contra a pessoa idosa, pois, considerando que, na maioria das vezes, os agressores são os elementos familiares, pode ser muito angustiante para o idoso denunciá-los.

De acordo com Melo *et al.* (2006), a maioria dos casos de violência contra idosos decorre de autonegligência ou eles são perpetrados por um membro da família. Esta situação pode explicar por que as vítimas tendem a minimizar a gravidade da agressão e se mostrarem leais ao seu agressor, frequentemente, negando-se a adotar medidas legais contra os membros da família ou a discutir o assunto com terceiros. Muitas das vezes, as vítimas preferem conviver com os maus-tratos, abrindo mão de seus direitos. Eis as falas dos sujeitos do estudo:

Primeiramente, pelo próprio idoso, pois quando é consciente e orientado ele encobre isso, protegendo a família. Quando é um idoso acamado, dificulta pela própria barreira de investigação no intradomicílio, a família abafa as provas de maus-tratos. Também o próprio sistema judiciário é dificultoso até conseguirmos uma visita, o idoso é muito violentado (E 01). A única dificuldade seria a denúncia da própria vítima que muitas das vezes é coagida a não denunciar ou mascarar os maus-tratos (E 05).

Nessa óptica, investir na promoção da saúde da família é um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família, e, dessa forma, os profissionais que o operacionalizam se tornam parceiros das famílias na reformulação de estilos de vida e estabelecimento de ambientes saudáveis. E por ser a família a célula-mor de uma sociedade, esta é capaz de se organizar e mobilizar as instâncias públicas na defesa da sobrevivência e melhores con-

dições de vida, tornando-se prioridade direcionar o olhar dos profissionais de saúde-educação para se aproximar do cotidiano de famílias.

Não encontrou casos /medo de notificar

Quando esses profissionais presenciaram ou tiveram conhecimento de casos de violência contra o idoso, o medo de envolvimento, legal ou emocional, fez com que não notificassem. Podemos supor que as informantes não visualizem opções para se defender, caso sejam pressionadas, ou sofram alguma retaliação por terem notificado a violência. Por outro lado, o desconhecimento origina sub notificação dos casos e assim são favorecidos o continuísmo dos casos e a impunidade para quem os a comete.

Nunca encontrei casos de violência contra idosos (E 03). Não me deparei com nenhum caso (E 08). No período que estou trabalhando no PSF, não encontrei nenhum caso de violência com o idoso (E 10).

Segundo Martins (2010), existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional.

Os artigos 19 e 57 da Lei 10.741/03 dispõem sobre o Estatuto do Idoso e dão outras providências, e mencionam claramente a responsabilidade que profissionais de saúde e instituições têm de comunicar os casos de abuso de que tiverem conhecimento. No caso do idoso, a denúncia deve ser registrada no Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), Ministério Público e delegacias de polícia (BRASIL, 2003).

Percebemos, nas falas das profissionais informantes, que elas sentem insegurança em notificar um caso de violência por estar presente no dia a dia da comunidade. Eles defendem a notificação dos casos, mas têm muito medo de represália por parte dos agressores.

A questão do anonimato. É muito perigoso se envolver com problemas de violência dentro da comunidade que trabalhamos, mas temos que notificar mesmo porque senão nunca vai diminuir a violência (E 02). Acredito que por permanecer em contato constante com a população o risco de represália por parte da família é possível (E 04). Como profissional tenho certo medo em notificar, devido está ali todos os dias na comunidade. Mas é importante, sim, notificar (E 07). Como convivemos diretamente com a comunidade, é difícil querermos notificar casos de violência, porque amanhã estamos de novo lá na comunidade e no final eles sabem quem denunciou (E 07). No caso do interior, devido o profissional ser normalmente conhecido pelos moradores, em caso de denúncia e os familiares ficarem sabendo da notificação, eles podem tentar intimidar nosso papel ou pessoa e isso gera perseguição política ou social o que dificulta o convívio em sociedade (E 09).

O medo de envolvimento com os casos de violência de que vierem a ter conhecimento faz com que deixem de notificar, sabendo-se que em muitos casos o agressor do idoso não é punido rigorosamente, e o reclamante pode sentir-se exposto a reações violentas por parte dos denunciados. A maioria das ocorrências de violência contra idosos é revelada por denúncias anônimas, principalmente, pelo telefone, que não são consideradas, significando ausência de solução (SOUZA *et al.*, 2007).

Luna (2007) acentua que o medo de envolvimento emocional é um fato discutido em pesquisas anteriores (RON 1998; HAERINGEN, 1998). Esse medo reportado pela maioria dos profissionais pode refletir na ausência de suporte institucional eficaz. O profissional que não encontra suporte institucional pode inibir atitudes pró ativas em relação à notificação de casos de maus tratos infantis. Portanto, os resultados sugerem que o incremento do conhecimento sobre o tema poderia atuar como facilitador para a notificação de casos suspeitos, amenizando essas dificuldades.

Descrédito/despreparo profissional

A identificação de casos de violência contra idosos ainda é muito precária. Além de fatores exaustivamente citados, uma das dificuldades mais determinantes neste processo é a não disposição de recursos para dar continuidade aos casos detectados, subestima da relevância do fenômeno e o empenho deficiente em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias, a negação do paciente e/ou família sobre os maus tratos, ou a oposição à intervenção e a falta de um consenso sobre diagnóstico e conduta diante da violência contra o idoso. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional ou, simplesmente, a decisão de não se envolver com os casos (MELO *et al.* 2006).

Segundo Luna (2007), a decisão de notificar se prende às peculiaridades de cada caso, e é influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais e pela própria estrutura dos serviços.

Assim mostram as falas dos informantes:

Não sei para onde encaminhar em qual órgão a quem compete essa notificação. Quando cheguei ao município e até hoje nunca foi repassado nada sobre isso (E 06). É um problema existente, porém não definem estratégias específicas onde possa minimizar esse sofrimento. Ao encaminharmos esses casos nos sentimos impotentes com essas situações, pois não ocorre uma continuidade. Identificamos, notificamos e depois não acontece nada (E 11).

Leal e Lopes (2005), em trabalho realizado com equipe de Enfermagem, concluíram que as principais dificuldades desses trabalhadores são: o despreparo para lidar com pacientes violentados, a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico e capacitação dos enfermeiros para lidar com vítimas de violência.

O treinamento de uma equipe interdisciplinar, já habituada a trabalhar com o idoso, para o rastrear o risco ou a presença de violência, pode ser um passo importante na melhoria do processo de detecção de maus-tratos nesta população. Seria, pois, de interesse o estudo de instrumentos que pudessem ser úteis nesse contexto, visando a inseri-los em um ambiente de avaliação geriátrica (PAIXÃO JÚNIOR *et al.*, 2007). A capacitação é deveras importante e, em nosso estudo, foi citada como deficiência:

Dificuldade de identificar os casos, nos municípios não há treinamentos sobre o tema, as unidades o qual devemos encaminhar não realizam um trabalho eficaz, não trabalham em conjunto com o PSF. Na minha experiência de dois anos de PSF nunca foi discutido em reunião de PSF entre os profissionais sobre a problemática e nem a um órgão competente sobre essas notificações (E10). Falta repasse dessas notificações para a equipe do

programa de saúde da família, bem como informação sobre as fichas de notificação e fluxograma de atendimento (E 05).

Entendemos que a abordagem à violência e, posteriormente, a notificação dos casos, encontrados na atenção básica, são essenciais. Os princípios da ESF fortalecem esta necessidade pelo cumprimento dos princípios da acessibilidade, da orientação por problemas e da intersetorialidade, facilitando a identificação de casos e o seu manejo (LUNA, 2007).

Martins (2010) refere que a notificação constitui instrumento de proteção aos direitos dos idosos, à medida que permite articulações solidárias e reconstituir relações efetivas.

Ao serem indagados sobre a notificação compulsória de casos de violência contra o idoso, muitos profissionais citaram a notificação como fonte para dados estatísticos e, posteriormente, como fonte de estratégias para prevenção da violência, como segue:

Acho um item necessário apesar nunca tê-la feito. A partir da notificação poderemos ter dados mais concretos de que a violência existe e que precisa ser banida (E 03). De suma importância, pois com o conhecimento dos dados estatísticos poderão ser traçados estratégias para a prevenção da violência (E 04). Acho que é fundamental notificar, pois é a partir daí que podemos fazer com que mude a situação na qual estiver no momento (E 10). Acho de extrema importância a notificação dos casos na atenção primária, pois os profissionais que atuam na equipe de saúde da família conhecem melhor a realidade da sua comunidade ficando mais fácil notificar um caso pelo vínculo estabelecido (E 08).

Torna-se relevante estimar que a Política Nacional do Idoso (PNI) considera importante transformar o modelo assistencial vigente e acentuar a capacidade de julgamento equilibrado na aplicação de procedimentos de investigação. Omitir-se do processo é tornar-se conivente com a perpetuação desses eventos que banalizam a vida. Para que esta realidade ocorra, Luna *et al.* (2010) dizem que há muitas questões no percurso do correto monitoramento. Para isso são fundamentais a sensibilização e a formação dos profissionais que notificam, visando a produzir um registro contínuo, padronizado e adequado. Esta ainda não é a realidade, segundo relatos.

Acho que apesar de várias mudanças ainda é deficiente até porque é difícil até mesmo notificar esses casos, visto a falta de informações dos profissionais (E 06). Acho válida, mais defendo o anonimato, e essas notificações deverão ser encaminhadas para o órgão competente. Mas, enquanto profissional de saúde, para melhora da qualidade de vida da população (E 02). Ainda um pouco falha, devido à falta de sensibilidade e investigação insuficiente por parte da equipe de saúde da família. Precisa de um acompanhamento eficiente (E 01). Acho adequada. O que vale mencionar é que os demais profissionais que às vezes não passaram por uma pós-graduação, podem não ter conhecimento deste instrumento de trabalho ou então não valorizá-lo de forma correta devido não estar habituado a lidar com a violência (E 09).

Percebemos, durante a análise das respostas em estudo, que a notificação ainda não faz parte da rotina de casos de violência. Portanto, em concordância com Luna (2007) e Brasil (2002), sugerimos que o instrumento de notificação poderia dar início ao processo epidemiológico que interrompe atitudes

e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer agressor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as concepções dos profissionais sobre violência, identificou-se o fato de que os profissionais em estudo sabem relatar o significado sobre o que é violência contra o idoso. A respeito das dificuldades encontradas em seus cotidianos, salientaram a família como sendo, muitas vezes, o obstáculo, e a principal agressora, e o idoso é um dos problemas para a notificação, pois mascara a violência.

Outro ponto a considerar no tocante à notificação é o medo de retaliação dos profissionais por parte dos agressores. O desconhecimento citado por eles a respeito desta temática, o despreparo profissional em lidar com vítimas de violência, associados à escassez de recursos em seu cotidiano, bem como a insuficiência quantitativa e técnica da rede de apoio ao combate à violência, como fatores intervenientes para que se efetive a notificação de casos de violência contra o idoso. Mesmo com tais dificuldades, no entanto, os profissionais foram unânimes em evidenciar a relevância da notificação de violência contra idosos.

Apesar da relevância do tema para a saúde pública, observamos uma escassez de estudos a respeito da temática. Reveste-se, portanto, de importância a realização de trabalhos nesta área para motivar a produção de conhecimentos e oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas de proteção à saúde desse grupo populacional.

Medidas educativas e de mobilização social devem ser implementadas, com o objetivo de esclarecer a esse grupo a respeito dos seus direitos, orientando quanto à atitude a adotar em um caso de violência.

O setor de saúde não pode sozinho assumir a responsabilidade dos casos de violência que venha a notificar, entretanto, cabe a ele, também, a prevenção dessas ocorrências mediante o envolvimento institucional, e a capacitação de seus profissionais para o enfrentamento da violência, respaldados na compreensão das relações sociais.

Desse modo, reafirmamos ser preciso haver qualificação dos profissionais que lidam diretamente com os idosos, promovendo a proteção e a segurança de pessoas pertencentes a uma classe que é tão vulnerável a maus-tratos e outros tipos de violência.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 198 GM / MS 13 fev. 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde: 2006.** Consolidação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. República Federativa do Brasil. Senado Federal. **Estatuto do Idoso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.** Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, E.V.; SCHIMITH, M.D.; CÁCERES, N.C.. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciências e**

- Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2611-2620, 2010.
- HAERINGEN, A.R.V. The child abuse lottery - will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards reporting of suspected child abuse and neglect. **Child Abuse & Neglect**, v.22, p.159-169, 1998.
- LEAL, S.M.C.; LOPES M.J.M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.409-431, 2005.
- LUNA, G.L. M *et al.* Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.481-491, 2010.
- LUNA, G.L.M. **Notificação de Maus - Tratos em Crianças e Adolescentes por Profissionais da Equipe Saúde da Família**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Fortaleza, Mestrado em Saúde Coletiva, 2007.
- MARTINS, C.B.G. Maus - tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.4, p.660-665, 2010.
- MELO, V.L. *et al.* Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, (supl 1), v. 6, p. 543-548, 2006.
- MINAYO, M.C. de S. (Org.) **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- PAIXÃO-JUNIOR, C.M *et al.* Adaptação Transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Caderno de**

- Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2013-2022, 2007.
- RIBEIRO, A.P.; BARTER, E.A.C.P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2729-2740, 2010.
- RON, S. Pediatrician in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. **Child Abuse & Neglect**, v.22, p.143-153, 1998.
- SALIBA *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.3, v.41, p.472-477, 2007.
- SANCHES, A.P.R.A. *et al.* Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.90-100, 2008.
- SANTOS, E.R. *et al.* Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2741-2752, 2010.
- SILVEIRA, E.A.R. *et al.* A interface da violência com a institucionalização do idoso. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.11, n.4, p.389-397, 2008.
- SOUZA, E.R. *et al.* Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4 p.1153-1163, 2008.
- SOUZA, J.A.V de *et al.* Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 268-272, 2007.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**; 2003, v.8, n.3, pp. 515-523.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

1.4 Qualidade de Vida de Idosos que Praticam Atividade Física

Georgia Medeiros Paiva
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva
Virginia Costa Lima Verde Leal
Lidia Andrade Lourinho
Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

A estimativa de avanço no aspecto da saúde ocorreu em virtude do componente central chamado de qualidade de vida (QV). A expressão Qualidade de Vida constitui-se de um assunto bastante amplo e complexo, com diferentes interpretações e atribuída a dimensões subjetivas nas quais são aplicados valores para as condições da pessoa naquele momento.

A QV é um construto multidimensional e subjetivo, conceitualmente definida como a percepção da pessoa sobre a sua posição na vida no contexto sociocultural, que considera seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Está relacionada com o bem-estar pessoal e abrange aspectos como o estado de saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida (PUCCI *et al.*, 2012).

Há muito tempo, já se falava em vida com qualidade, mas foi na década de 1980 que o assunto se tornou popular e de uso constante por todas as pessoas do Mundo. Cada pessoa ou grupamento humano, no entanto, procura interpretá-lo de

acordo com os seus valores, princípios e interesses, utilizando os próprios e diferentes indicadores para a terminologia Qualidade de Vida.

Para operacionalização e mensuração da QV, foram propostos diversos instrumentos a fim de avaliar diferentes populações, a maioria desenvolvida em países de renda elevada e adaptada para outros contextos. Entre os instrumentos de avaliação global, se destacam o *Medical Outcomes Study 36-Item, Short-Form Health Survey*, e o *World Health Organization Quality of Life 100*, ambos disponíveis em versões abreviadas para grupos e/ou domínios específicos. O desenvolvimento desses instrumentos contribuiu para o aumento do número de estudos sobre a associação entre QV com os comportamentos de saúde, como alimentação, tabagismo e prática de atividade física (PUCCI *et al.*, 2012).

Com o passar dos anos, considera-se que o conceito de bem-estar mudou desde meados do século XX. Diferentemente de qualquer outra época, destaca-se por profundas e radicais transformações, no aumento do tempo de vida da população no âmbito da saúde pública mundial. Projeções apontam que, no Brasil, em duas décadas, a população de 60 anos ou mais, por exemplo, passou de 5,1% em 1970, para 8,6%, em 2000 (WONG; CARVALHO, 2006). Com o aumento na expectativa de vida dos idosos, há a necessidade de novas políticas públicas voltadas para o atendimento à saúde e ao bem-estar dessa população.

Quando se fala em qualidade de vida, percebe-se que, indiretamente, está relacionada à promoção da saúde, mediante atividades direcionadas à mudança do comportamento da pessoa consigo mesma e com a sociedade.

Assim, as ações de promoção da saúde direcionadas as pessoas e familiares pretendem exercer influência sobre os aspectos comportamentais, culturais e os hábitos presentes no estilo de vida, estimulando, portanto, a contribuição de cada qual para a manutenção da saúde. Preocupado com esta situação, o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde. Este texto relata a importância da prática regular da atividade física, sendo um capítulo direcionado somente à atenção primária de saúde (BRASIL, 2006).

Na área da saúde, nota-se um interesse crescente em investigar a relação da atividade física com suporte em parâmetros relacionados à capacidade funcional. Estudos apontam que a diminuição da capacidade funcional pode ser acelerada pelo desuso e/ou pela falta de estímulos de que padece o sistema musculoesquelético (RAMOS, 2003; BARBOSA *et al.*, 2007). A hipocinesia pode ser compensada pela prática regular de exercícios ou pela adoção de um estilo de vida mais ativo. Algumas investigações confirmam que a manutenção de atividades de natureza física e mental retarda os efeitos deletérios do envelhecimento, preservando, dessa forma, a autonomia do idoso (VILANOVA *et al.*, 2005; DEVITT; WILBUR; BRILLER, 2005; COPOLLA *et al.*, 2004; ANTUNES *et al.*, 2005).

Nos últimos anos, são realizadas algumas iniciativas para coletar e disseminar informações relativas ao nível de atividade física de usuários do sistema público de saúde. No ano de 2009, Siqueira et al. encontraram elevada prevalência de sedentários entre usuários do Programa Saúde da Família (PSF), (adultos 31,8% e idosos 58%), o que representa uma grande fonte de intervenção, visando a aumentar o nível de atividade física desta população.

Na cidade de São Caetano do Sul, por exemplo, no ano de 2004, foi implementado um programa comunitário de atividade física, coordenado pelo Departamento Municipal de Saúde, cujo objetivo principal consistiu em estimular a prática e elevar o nível de atividade física dos usuários do sistema municipal de saúde (SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011).

A prática regular de atividade física proporciona benefícios para a QV em diversas faixas etárias (BIZE; JOHNSON; PLOTNIKOFF, 2007). Estudos analisam a associação entre a Atividade Física e a QV global, ou os efeitos da prática de atividade física sobre domínios específicos da QV, e a associação com os domínios “físico” e “mental” é observada com maior frequência (FOX *et al.*, 2007).

Evidências apontam para a associação positiva entre atividade física e QV, porém esta relação ainda não está totalmente estabelecida. Os autores destacaram a importância de explorar os resultados em pessoas de outras faixas etárias, condições de saúde e com instrumentos de medida mais específicos da atividade física e da QV (PUCCI *et al.*, 2012).

A atividade física, no caso o alongamento, tende a proporcionar aos seus participantes maior amplitude dos movimentos, nos quais a musculatura se encontra encurtada e impossibilitando de realizar determinados movimentos. Além disso, esta atividade contribui para o bem-estar emocional e fomenta o estabelecimento de novos laços de amizade, com a instalação de vínculos entre os participantes do grupo, ou seja, promovendo qualidade de vida e bem-estar para esta população.

Assim, ao conhecer o perfil do território de atuação, é válido enfatizar a diversidade de casos referentes a pessoas poliqueixosas, com queixas de dores e encurtamento muscular

nos membros superiores e inferiores do corpo. Partindo desse princípio, surge então a necessidade de formar um grupo de alongamento para atender essa determinada demanda, tendo como principal objetivo a redução da tensão muscular, consequentemente, promovendo movimentos mais soltos, e não um esforço concentrado para conseguir-se a extrema flexibilidade que recorrentemente conduz a superestiramentos e a lesões.

Portanto, o interesse em estudar esse tema surgiu da necessidade de investigar e analisar quais as contribuições que o alongamento proporciona na vida desses participantes, no aspecto físico, mental e social, como qualidade de vida. E, neste estudo, o objetivo é analisar a Qualidade de Vida de um Grupo de Alongamento da Estratégia Saúde da Família, no território da Estação, no Município de Sobral-Ceará.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

O estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa. A metodologia deste tipo de busca é entendida como aquela capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como elaborações humanas significativas. Portanto, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa, buscando compreender, mediante as percepções, concepções, valores e significados, a lógica interna de grupos, instituições e agentes quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre pessoas, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2008).

Participaram da pesquisa todas as pessoas que praticavam o alongamento como atividade física regular. Este grupo foi composto por 30 pessoas com faixa etária entre 60 e 89 anos, acompanhadas pela equipe do Centro de Saúde da Família (CSF) – Estação, em Sobral-CE.

A pesquisa foi realizada na área de abrangência do CSF -Estação, localizado na zona urbana do Município de Sobral-CE. Baseado no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), desde fevereiro de 2007, esta unidade está composta por duas equipes de saúde, sendo que a primeira se encontra completa, ou seja, formada por: um médico, duas enfermeiras, um dentista, seis agentes comunitários de saúde e dois auxiliares de Enfermagem, como preconiza o Ministério da Saúde. Entrementes, a segunda equipe situa-se incompleta com: uma enfermeira, um dentista, três agentes comunitários de saúde e um auxiliar de Enfermagem. Esta unidade envolvia um total de 1.720 famílias cadastradas e uma população de aproximadamente 7.045 habitantes.

A coleta das informações ocorreu no período de fevereiro e março de 2007, utilizando-se como instrumento para obtenção de informações uma entrevista semiestruturada, com questões norteadoras referentes a mudanças no convívio social, capacidade funcional, auto-estima e imagem corporal após realização do alongamento.

A entrevista semiestruturada é composta por perguntas fechadas e/ou abertas. O informante-chave é convidado para explicar livremente sobre a temática, buscando dar mais profundidade às reflexões (MYNAYO, 2008). Segundo Gil, Licht e Santos (2006), podemos definir o termo formulário como técnica de coleta de dados situada entre o questionário e a en-

trevista. O formulário tem alcance limitado, não possibilitando a obtenção de dados com maior profundidade, considerando que, na aplicação do formulário, o pesquisador está presente e é ele a registrar as respostas. Ao fazer as perguntas, o pesquisador deve, ainda, ter a preocupação de formulá-las exatamente como se encontram redigidas. Caso uma pergunta não seja entendida, o melhor é repeti-la, evitando as explicações pessoais.

Para as informações coletadas na entrevista semiestruturada, realizada de forma subjetiva com análise dos depoimentos dos agentes sociais, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2008). Consoante Rodrigues e Leopardi (1999, p.19), a análise de conteúdo emerge de uma situação contextual, ou de algum texto ou mensagem, e converge para buscar o “conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Refere-se à sistemática e organização do material descrito, para a categorização das unidades de codificação do conteúdo manifesto. Portanto, a análise de conteúdo surgiu em função de buscar o conhecimento, a explicação ou conceituação de conteúdos não aparentes.

Os dados foram estruturados de forma organizada, sem que se perca a noção do todo, no entanto, também estarão sujeitos a uma análise mais completa, baseada na subjetividade de cada sujeito, em que procuram perceber o significado do discurso, realizando-se, assim, um trabalho mais completo e fidedigno. A escolha do método de análise temática sucedeu em função da ideia de tema que comporta um conjunto de relações, podendo ser graficamente representada por uma palavra, expressão ou resumo, possuindo dois processos distintos: o da elaboração de categorias e o de quantificação do discurso. Bardin (2008) indica três etapas básicas, referentes à análise temática, conforme vem na sequência.

A pré-análise é a etapa de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais. Para a sua realização, têm-se três subetapas: a escolha dos documentos, a formulação de hipótese e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A exploração do material trata-se da administração sistemática das decisões tomadas, consistindo, na essência em operações de codificação, desconto ou enumeração, em virtude de regras previamente formuladas.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – é o estabelecimento de relações entre a realidade vivenciada com a da reflexão e mesmo intuição, aprofundando as conexões de ideias, chegando, se possível, a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

No âmbito desta pesquisa, as categorias foram definidas após a coleta de dados, uma vez que emergiram após as falas dos participantes.

Os discursos analisados, também, possuem a intenção de investigar o que foi subjacente às falas dos entrevistados (registros).

Como ensina Bardin (2008), a análise de conteúdo, como esforço de interpretação, oscila entre dois pólos de rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Isto posto, o estudo efetuou a análise dos dados, procurando captar os significados relacionados ao objeto de trabalho, buscando indicadores de práticas sociais relacionadas à área da educação, da saúde e da intersectorialidade e suas estratégias de ação; compreender o sentido das comunicações, mas, também, desviar a perspec-

tiva para outras significações que podem levar o pesquisador a desvelar os acontecimentos na área investigada.

A organização e a análise das informações ocorreram após leitura sucessiva e da sua classificação em temas, dimensões e categorias empíricas.

Para realização do estudo, foi respeitada a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde. Incorporou os quatro referenciais da Bioética: **autonomia**, mantendo o anonimato das informações obtidas sobre as pessoas; **não-maleficência**, garantindo que os danos previsíveis fossem evitados; a **beneficência**, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; e **justiça**, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos (BRASIL, 1996).

Durante a abordagem dos participantes da pesquisa, elucidamos quaisquer dúvidas a respeito dos objetivos do estudo, assim como dos métodos utilizados para a obtenção de informações, enfatizando, também, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sua liberdade para aceitar ou não participar da pesquisa.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob número FR100985/CAAE: 0043.0.039.000-06.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Todos os idosos inseridos no Grupo de Alongamento colaboraram participando da pesquisa possibilitando-nos as-

sim, compreender a autoavaliação em relativamente à qualidade de vida.

Pela Tabela visualiza-se a distribuição dos participantes conforme suas características sociodemográficas, ressaltando para a participação das mulheres.

Tabela – Distribuição dos participantes conforme as características sócio-demográficas. Sobral-CE, 2007.

VARIÁVEIS		VALOR ABSOLUTO
SEXO	Masculino	01
	Feminino	29
FAIXA ETÁRIA (ANOS)	60 a 69	21
	70 a 79	08
	80 a 89	01
OCUPAÇÃO	Do Lar	11
	Aposentada	15
	Outros	04
ESCOLARIDADE	Analfabetos	04
	Fundamental Incompleto	22
	Fundamental Completo	02
	Ensino Médio Completo	02
ESTADO CIVIL	Casada	16
	Divorciada	05
	Viúva	09
RENDA	< 1 Salário Mínimo	00
MENSAL	1 Salário Mínimo	08
FAMILIAR	> 1 Salário Mínimo	22
Total		30

Fonte: dados da pesquisa

Análise das Categorias Abstraidas

1. Com suporte nos depoimentos dos participantes, estabelecem três categorias de análise, referente às mudanças ocorridas no cotidiano dos idosos pesquisados, em decorrência da sua inserção no Grupo de Alongamento, com relação com a qualidade de vida: *Mudanças no convívio social; Mudanças na capacidade funcional; e Mudanças na autoestima e imagem corporal.*

Mudanças no convívio social

Ao analisarmos os depoimentos a seguir, percebemos que viver em sociedade favorece maior integração e formação ao cidadão no meio social. Sabendo-se que para ter qualidade de vida é necessário que haja um equilíbrio e um bem-estar entre o homem como ser humano, a sociedade em que vive e as culturas.

Entrei no grupo faz pouco tempo, vejo de mudança na minha vida o aumento do número de amizades (Entrevistado 23).

No grupo encontrei apoio para meus problemas e aqui me sinto mais à vontade. (Entrevistado 20).

(...) aqui nesse grupo somos uma família, aprendemos a cuidar e ajudar uma das outras, mostrando a união entre nós. (Entrevistado 1).

Como fator de proteção e prevenção diversos estudos demonstram que a participação em atividades sociais, físicas, educacionais e de entretenimento atuam como tratamento eficaz contra a depressão, o que é tão característico na terceira idade. Alguns desses argumentos enfatizam as oportunidades

que essas atividades possibilitam em torno do isolamento e da falta do suporte social, influenciando diretamente no sentido de bem-estar e qualidade de vida (ORDONEZ et al., 2011).

A atividade física proporciona a socialização entre os seres humanos. Assim, faz com que se achem estimulados a competir, a ser solidários, companheiros e amigos, adquirindo uma identidade física e social. O Grupo de Alongamento proporciona aos participantes ações coletivas de promoção de saúde, tanto no aspecto físico e mental como social. Levando em consideração o aspecto social, essa atividade tem por finalidade ensejar momentos prazerosos de convivência, cumplicidade, lazer e integração na vida. A atividade física, por trabalhar com o corpo e a mente, se torna uma grande aliada da saúde, prevenindo e até podendo fazer parte do tratamento de doenças diversas.

Mudanças na capacidade funcional

Com passar do tempo, os seres humanos passam por alterações funcionais. Dependendo do seu biotipo e estilo de vida, essas alterações podem ocorrer de forma rápida ou tardiamente. A capacidade funcional pode ser considerada como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. No magistério de Pereira *et al.*, 2006, a capacidade funcional, atualmente, surge como um novo paradigma de saúde para os idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Sendo assim, é preciso investir em uma melhor qualidade de vida, ou seja, em alimentação saudável, bom relacionamento

social e familiar, manutenção do lazer, prática de atividades físicas, dentre outros, buscando tudo aquilo que permita ou não uma vida prazerosa e digna para a população. Essa realidade está presente nas seguintes falas:

Acabou com as dores nas juntas e vejo que hoje tenho mais energia. (Entrevistado 8).

(...) hoje já consigo fazer coisas que não conseguia fazer antes, como: se ajoelhar na igreja, vestir minha própria roupa, sentar no chão, amarrar o tênis..., agora sou uma mulher independente! (Entrevistado 21).

Melhorou meu cansaço. (Entrevistado 4).

Sinto maior disposição para as atividades de casa. (Entrevistado 3).

Por meio dos relatos dos participantes do grupo, podemos perceber as alterações relacionadas ao desempenho físico com os exercícios de alongamento sistemático. Com o avanço da idade, as articulações são muito prejudicadas e comprometem o desempenho locomotor. Uma melhora na amplitude de movimento pode proporcionar condições de execução de movimentos e independência motora.

A prática da atividade física proporciona a preservação e minimização das algias corporais debilitantes e modificações orgânicas, tornando o ser humano mais ativo no seu cotidiano. A atividade física é uma forma não medicamentosa muito eficiente para prevenir e tratar diversas doenças, principalmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), responsáveis por uma carga de 66% dos custos para a saúde pública (SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011).

Mudanças na autoestima e imagem corporal

Ao analisar esses depoimentos, é importante mencionar que a atividade física proporciona benefícios de forma psicológica, estimulando autoafirmação e aumentando a autoestima. Como resultado dessa afirmação, ressaltamos as seguintes citações:

Sou uma pessoa que tenho muitos problemas em casa, principalmente com meu marido. Sou muito só e às vezes vivia chorando pelos cantos, triste (...), hoje tenho meus amigos, me sinto muito bem e feliz em estar fazendo os exercícios, parece que faz a gente esquecer até os problemas. (Entrevistado 28).

Agora estou me valorizando mais e aprendi a cuidar mais da minha saúde com os exercícios que faço. (Entrevistado 30).

Percebo que ao fazer parte deste grupo estou mais feliz de bem com a vida. (Entrevistado 6).

Vejo que aumentou minha auto-estima, porque eu era uma pessoa que tomava muito remédio controlado e tinha medo de sair de casa. Mais as pessoas já me falavam muito desse grupo e aí resolvi ir e graças a Deus quase não preciso mais desses remédios. (Entrevistado 22).

O bem-estar psicológico em pessoas idosas adquiriu destaque na área da Saúde Pública; e o senso de vitalidade é considerado importante indicador deste bem-estar. Vitalidade é definida como autoconsciência do poder de vida, associado a sua percepção objetiva e subjetiva de saúde.

Exercise may be a valuable approach to increase vitality, but experimental studies

with older adults have been equivocal. With aerobic training one study found small reductions in vitality in a walking group, while among younger participants outdoor aerobic exercise increased vitality more than indoor aerobic exercise. Effects of functional types of training, involving exercises with a focus on practicing activities of daily living in a progressively challenging manner, have also been ambiguous, with both positive and trivial effects on vitality. (SOLBERG *et al.*, 2012, p. 407).

Percebemos, pelos depoimentos, as modificações que a atividade física ocasiona na vida dos participantes, principalmente com relação ao contato coletivo, o que propicia inúmeros benefícios, seja em forma de sobrevivência pessoal, de realização pessoal ou profissional, de troca de afeição ou de qualquer outro tipo de auxílio para a manutenção de uma personalidade integral. Desta forma, podemos notar que a prática de atividade física pode favorecer uma visão positiva em relação à vida, favorecendo para uma mudança de estilo de vida e autoestima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou-se relevante, na medida em que se propõe analisar a Qualidade de Vida de um grupo de alongamento da Estratégia Saúde da Família, no território da Estação, no Município de Sobral-Ceará, no intuito de melhor compreender a percepção do bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Em questões gerais sobre qualidade de vida, os participantes do estudo relataram sentir que suas vidas têm uma boa qualidade, e alguns dizem estar “satisfeitos”, enquanto outros relataram em seus depoimentos a “não satisfação” associada à desvalorização do seu papel social, mesmo quando se “sentem satisfeitos” com seu estado de saúde.

No pertinente às mudanças do cotidiano em decorrência do Grupo de Alongamento, nos aspectos de convívio social, capacidade funcional, autoestima e imagem corporal, com base nos depoimentos dos participantes da pesquisa, identificamos os benefícios que a atividade física proporcionou na vida cotidiana, nos aspectos físico, mental e social. A atividade física é um fator primordial para a saúde, porque, em virtude da sua praticidade, oferece inúmeros benefícios para a humanidade, proporcionando assim melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, maior longevidade.

A expressão qualidade de vida é aplicada de acordo com o grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vidas sexual e amorosa, relacionamento com as outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira.

Ao final deste estudo, percebemos a importância dos resultados para a maior compreensão dos sentidos que permeiam os pensamentos da população idosa com relação à qualidade de vida, à importância da atividade física para a saúde, o bem-estar e a vitalidade, sensibilizando, assim, a comunidade para o cuidado com a saúde na terceira idade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, H. K. M. *et al.* Análise da taxa metabólica basal e composição corporal de idosos do sexo masculino antes e seis meses após exercícios de resistência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 71-75, 2005.

BARBOSA, A. R. *et al.* Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 75-9, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BIZE, R.; JOHNSON, J. A.; PLOTNIKOFF, R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. **Preventive Medicine**, v. 45, n.6, p.401-15, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Resolução CNS n° 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1.

COPOLLA, L. *et al.* Effects of a moderate-intensity aerobic program on blood viscosity, platelet aggregation and fibrinolytic balance in young and middle-aged sedentary subjects. **Blood Coagulation & Fibrinolysis**, Oxford, v.15, n. 1, p. 31-7, 2004.

DEVITT, M. C. J.; WILBUR, J.; BRILLER, J. A. A walking program for outpatients in psychiatric rehabilitation: pilot study. **Biological Research for Nursing**, Thousand Oaks, v. 7, n. 2, p. 87-89, 2005.

FOX, K. R. *et al.* Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. **European Journal Applied Physiology**, v.100. n.5, p. 591-602, 2007.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**. v.1, n.2 , p.5 – 17, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Técnicas de Pesquisa**. P.261-297. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

ORDONEZ, T. N. *et al.* Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una Universidad abierta a la tercera edad. **Revista española de Geriatría y Gerontología**, v.46, n.5, p. 250-55, 2011.

PEREIRA, J. R. *et.al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.28, n.1, p. 2-28, 2006.

PUCCI, G. C. M. F. *et al.* Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**. v. 46,n.1, p 166-179, 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES, G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v.16, n.1, p. 84-88, 2011.

SOLBERG, P. A. *et al.* Effects of three training types on vitality among older adults: A self-determination theory perspective. **Psychology of Sport and Exercise.** 13 (2012) 407e 417.

VILANOVA, N. *et al.* A physical activity program to reinforce weight maintenance following a behavior program in overweight/obese subjects. **International Journal of Obesity,** London, v. 30, n. 4, p. 697-703, 2005.

WONG, L.L.R; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População,** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

1.5 Promoção da Saúde no Campo do Envelhecimento: a estratégia do “empoderamento”

Lídia Andrade Lourinho
Ana Maria Fontenelle Catrib
Virginia Costa Lima Verde Leal
Natalia Bitar da Cunha Olegário
Diego Gibson Praxedes Martins
Maxmiria Holanda Batista

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa exige ações de intervenção no campo do envelhecimento, por este ser considerado fenômeno mundial (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Os estudos epidemiológicos demonstram o aumento na expectativa de vida da população brasileira e estima-se que, no Brasil, a população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (BANCO MUNDIAL, 2011).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no seu último censo, em 2010, revelam a soma de 190.755.799 de brasileiros, dentre os quais 20.590.599 (10,8%) são pessoas de 60 anos e mais (IBGE, 2011).

No último século, o fenômeno de transição demográfica, caracterizado pelo aumento rápido do número de idosos na popula-

ção, com início nos países desenvolvidos e que hoje alcançou, também os países em desenvolvimento, trouxe consigo várias mudanças na sociedade. Decorrente disso, levantaram-se diversas interrogações fundamentais e novas demandas para os responsáveis pela elaboração das políticas públicas. (SOUZA; LAUTERT, 2008).

Estudos como os de Rodrigues *et al.*, (2000); Teixeira, (2002) e Rosa *et al.*, (2003), evidenciam a preocupação com envelhecimento da população, principalmente em países em desenvolvimento, nos quais este episódio acontece numa conjuntura de grande desigualdade social.

Para Paskulin *et al.* (2011), o envelhecimento da população acontece de forma diferente nos diversos países. Nos desenvolvidos, o aumento da população idosa ocorre de maneira gradual, quando os outros aspectos básicos em relação à vida já tinham sido alcançados. Situação não vista nos países em desenvolvimento, quando o incremento da população idosa acontece de maneira rápida e progressiva em um cenário de desigualdades sociais e econômicas.

O Brasil possui um desafio maior se comparado aos demais países, pois mesmo com o crescente aumento da expectativa de vida, “a maioria das pessoas idosas vive em condições desfavoráveis, com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e com alta prevalência de doenças crônicas” (PASKULIN *et al.* 2011,p. 272). Essa manifestação produz novas demandas nos serviços de saúde, conduzindo-os à obrigação de reorganização dos modelos assistenciais para dar conta das necessidades de saúde específicas deste grupo.

Nos estudos de Victor *et al.* (2007), sobre o cuidado da Enfermagem para a promoção da saúde dos idosos, as conjecturas para a população de idosos em relação ao quadro socioeconômico denunciam que eles terão baixo nível educacional, baixa renda familiar e viverão em áreas urbanas em condições desfavoráveis e que, além deste quadro se torna frequente o surgimento das doenças crônicas por conta do incremento da expectativa de vida.

No entendimento de Pestana e Espírito Santo (2008, p.269), na década de 1980, houve um *boom* da terceira idade no Brasil. Assim, a velhice se torna um processo natural pertencente à vida e “*desde* então surge uma rede de instituições de prestação de serviços com o objetivo de prover aos idosos cuidados integrais a saúde”.

Para efeitos penais, em face do Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1.º de outubro de 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Idoso é um termo que significa uma pessoa com uma vivência apresentada em muitos anos. Na literatura, classificam-no, e de forma didática, são as pessoas com 60 anos ou mais. Este marco referencial, no entanto, passou para 65 anos em função da expectativa de vida e das tentativas legais do estabelecimento da idade para fins de aposentadoria (DOURADO; LEIBING, 2002).

De acordo com alguns autores, a idade pode ser biológica, psicológica ou sociológica, variando desde o foco sobre o envelhecimento na proporção das diversas capacidades das pessoas. Precisamos perceber, entretanto, que a transformação da velhice em problema social não pode ser encarada apenas como sendo consequência do aumento demográfico da popu-

lação idosa. A problemática do envelhecer circula bem mais em torno da sociedade na qual o velho está inserido, do que propriamente no número populacional de idosos (MARTINS *et al.*, 2007).

Os idosos possuem clara percepção das perdas características desta fase, que na maioria das vezes são tratadas como problemas de saúde, o que é corroborado pelo imaginário social, de maneira preconceituosa. A pessoa não fica incapacitada quando envelhece!

Freire Junior e Tavares (2005, p.151) relatam que é fácil entender essa percepção, pois os idosos desassocia idade e saúde, “quase todos consideram ser possível desfrutar de uma vida saudável e feliz”.

Das mais variadas maneiras de categorizar os limites entre as idades, sociais, culturais, psicológicas ou biológicas, nenhuma delas é suficientemente capaz de descrever a velhice, tornando-se por vezes apenas singelas generalizações (DOURADO; LEIBING, 2002). Portanto, os diversos autores não são cúmplices ao dissertar a respeito do conceito de velhice.

Independente da conceituação sabe-se que a exigência de assistência constante na vida diária transforma o idoso numa pessoa considerada dependente e/ou incapaz de conservar autonomia nas atividades básicas de vida diária, como alimentação, higiene, locomoção, dentre outras.

O termo envelhecer, automaticamente, nos remete à condição de se tornar velho, com bastante tempo de vida. O envelhecer, contudo, não é apenas um processo biológico individual que todos os seres vivos atravessam, pois ele também traz consigo mudanças no aspecto social, psicológico e demográfico. O adiantamento da idade tem como características

principais: a diminuição da capacidade de adaptação ambiental, a redução da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças, ou seja, trata-se de uma adulteração biológica, psicossocial e funcional do ser humano (MENEZES; VICENTE, 2007).

O entendimento da velhice deve acontecer por via de um período da vida que é inerente ao desenvolvimento humano e não como um tempo de desmembramento da vida comunitária. Deve-se olhar para a velhice, como sendo um tempo ativo e participativo, no qual o engajamento em atividades cotidianas pode beneficiar tanto os idosos como a sociedade, e o primeiro passo para que isso aconteça é o “empoderamento” pessoal.

Para Minayo (1995, p.15), o envelhecimento, a violência e a aids são os três maiores problemas ligados à saúde. Portanto, podemos afirmar que o envelhecimento é, atualmente, uma questão de saúde pública:

[...] há um outro espaço fundamental a ser preenchido pela Saúde Pública. Trata-se do engajamento dos idosos como atores culturais visando o acolhimento dos idosos como atores nobres e essenciais na sociedade e a consideração da velhice como uma etapa da existência que pode ser desfrutada saudavelmente.

Inserido na área da Saúde Pública, o envelhecimento se embasa no campo teórico da Promoção da Saúde, portanto justifica-se ancorar este capítulo neste campo, por entendermos a saúde como dimensão da qualidade de vida, não apenas como um produto ou um objetivo em si mesmo, mas sim um recurso fundamental para a vida cotidiana (WHO, 1998).

Se, na área da Saúde Pública, a atenção ao idoso é envolvida pelo campo teórico da Promoção da Saúde, buscando uma longevidade com qualidade de vida e compreendendo a dificuldade que existe na apreensão deste conceito, por se tratar de uma elaboração influenciada por aspectos históricos, culturais e sociais, assumindo assim diversas conotações, trata-se, portanto, de procurar manter a condição humana existencial por intermédio do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental.

Trata-se de uma reflexão temática que tem como objetivo discutir o papel do “empoderamento” nas ações de Educação em Saúde direcionadas à Promoção da Saúde das pessoas idosas, por meio revisão de literatura através de pesquisas realizadas nas bases de dados da LILACS, Medline e SciELO e de algumas obras relevantes ao tema. Percebemos que, não obstante, a literatura conta com poucos dados e investigações relacionados ao tema, quando se propõe discutir o papel do “empoderamento” na promoção da saúde do idoso.

Em nossa reflexão, pressupusemos que o aumento do tempo de vida induz o “desempoderamento” dos idosos, compreendido como perda das funções básicas de autonomia de vida das pessoas idosas, associadas aos prejuízos fisiológicos, psicológicos e sociais e a imagem negativa da velhice. Com base na hipótese de que a participação ativa e crescente de pessoas idosas na sociedade é fundamental para a valorização do envelhecer, traduzindo-se em autonomia e implicando qualidade de vida, concluímos que o favorecimento do “empoderamento” nesse grupo etário permite: encontrar soluções na Promoção da Saúde no contexto do envelhecimento, diminuir os valores negativos associados à velhice e aumentar os aspectos positivos de um tempo tão rico de histórias de vida.

Contribuições da Promoção da Saúde para a longevidade

O conceito de Promoção da Saúde eclode na década de 1940, com Sigerist (1946), que a define como uma das funções essenciais da área da Medicina; e retorna ao contexto da saúde na década de 1960, incorporando o conceito positivista da doença, com o objetivo de incentivar a prevenção mediada pelo estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis, e com a preocupação centrada na atuação sobre os fatores de risco, em que a Promoção da Saúde aparece como parte da prevenção primária (TEIXEIRA, 2002).

Mesmo sendo a Promoção da Saúde um conceito antigo, retomado e bastante discutido nas últimas décadas, após o do Informe Lalonde, no início da década de 1970 é importante também lembrar que a ideia de promover saúde antecede o uso explícito da dicção (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Com a crise nos sistemas de saúde na década de 1970, percebe-se que não basta simplesmente atuar na cura da doença, visto que, depois da instalação desta, é preciso intervir nos determinantes do adoecimento. Sendo assim, o Informe Lalonde (1974), torna-se um marco na área da Promoção da Saúde, definindo quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2002).

O modelo preventista da década de 1970 era fundamentado na Medicina preventiva de Leavell e Clark (1976), que tem como proposta a divisão da prevenção em três modelos: primária, secundária e terciária. No modelo preventista, a promoção da saúde encontra-se apenas no momento da prevenção primária (DAHAN, 2010).

Este modelo mostrou-se insuficiente, porque promove saúde apenas quando não há a doença; protege a pessoa quando há riscos a sua saúde e reabilita só quando o sujeito já está doente, não dando conta, portanto, da complexidade do processo saúde-doença, por não olhar para as peculiaridades da relação homem-meio, negligenciando os processos subjetivos que compõem essa relação - social, cultural e histórica.

Desde a da segunda metade da década de 1990, a Promoção da Saúde representa uma mudança de paradigma que desloca o eixo patologia/tratamento/controle/prevenção para o eixo saúde/promoção da saúde, retirando o olhar da doença e direcionando-o para a saúde (BRASIL, 2006).

Esse novo paradigma insere a Promoção da Saúde além do nível de prevenção primária e se torna o centro norteador de toda prática em saúde. Considera saúde como algo dinâmico e determinante da qualidade de vida do ser humano. A saúde deixa de ser apenas responsabilidade de instituições e profissionais e passa a constituir também, responsabilidade de vários setores da sociedade, inclusive da própria pessoa. Não é mais obrigação apenas da pasta da saúde, mas da educação, da moradia, da alimentação, do saneamento básico, da assistência social, do trabalho (BRASIL, 2006).

De acordo com Santos et al. (2006, p. 350)

[...] o conceito de “Promoção à Saúde”, assumido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde de 1986, como um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde. Seu significado contém uma combinação de ações: do Estado nas suas políticas públicas de saúde; da comunida-

de, com o reforço das ações comunitárias; dos indivíduos com o desenvolvimento das habilidades; de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais.

Mesmo com as tantas críticas ao modelo preventista, alguns dos nossos profissionais de saúde ainda referenciam nele suas práticas em Saúde Pública/Coletiva.

O enfoque da Promoção da Saúde solicita dos profissionais de saúde a reflexão e o redimensionamento da sua atuação, transformando prática em práxis, gerando mudanças na concepção de saúde, de doença, de homem, de educação e de intervenção, é antes de tudo compreender a necessidade do paciente além da terapêutica. Podemos traduzir a compreensão dessa necessidade mediante ações de Educação em Saúde pelos profissionais.

Dar condições à pessoa de ter possibilidades de opções mais saudáveis pode não ser uma tarefa simples, porém incentivá-la a adotar comportamentos mais positivos no envelhecer mostra-se necessário, pois o fato de ela assumir uma mudança de atitude, mesmo podendo ser bastante demorado, será significativo e primordial para melhorar sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2011); no entanto, o “empoderamento” facilita e efetiva as mudanças de comportamento.

Poderíamos, então, afirmar a necessidade de se transferir toda essa compreensão para a saúde do idoso e refletir acerca de o fazer mais capaz de responder com maior eficiência pela sua condição de saúde e vida; e como os profissionais que lidam com esse público podem auxiliar nesta empreitada. Acreditamos que a resposta se encontra no “empoderamento”!

A Promoção da saúde no idoso através do “empoderamento”

Empowerment é um termo da língua inglesa de tradução difícil para a nossa língua, o Português (BARQUERO, 2001), no entanto, neste trabalho, optamos por utilizar a tradução da palavra *empowerment* como “empoderamento”, podendo ser traduzido como fortalecimento. Nossa opção está ancorada na necessidade de se investir em Promoção da Saúde e que neste âmbito, onde a discussão de “empoderamento” está focada na atenção para as intervenções que devem ir além do já tão criticado modelo biomédico.

Autores como Vasconcellos (2003) e Becker et al. (2004) preferem usar o termo na língua inglesa – *empowerment* – com o intuito de serem fidedignos na sua tradução. Para Kleba e Wendausen (2009), entretanto, esse termo tem na literatura um significado direcionado para melhorar a situação e a posição dos grupos mais vulneráveis.

Stotz e Araújo (2004) utilizam a palavra *empower* na tradição anglo-saxônica do liberalismo civil e religioso que tem como tradução os verbos autorizar, habilitar ou permitir.

De acordo com Vasconcellos (2003), o “empoderamento” indica a ampliação do poder, da autonomia pessoal e coletiva dos sujeitos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, sobretudo dos que são submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social.

O conceito de “empoderamento”, a partir dos anos 1990, é o tema central das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. O “empoderamento”, historicamente, está ligado a maneiras alternativas de se trabalhar as realidades sociais, com as formas

cooperativas, as formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos (ALMEIDA; DIMENS-TAIN; SEVERO, 2009).

No contexto da Promoção da Saúde, o “empoderamento” é definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde.” (GIBSON, 1991 *apud* AIRHIHENUWA, 1994: 345).

Conforme Teixeira (2002) é uma associação das formas alternativas de se trabalhar realidades sociais, formas cooperativas, de democracia participativa, de autogestão, movimentos sociais autônomos.

Pode também ser empregado como sinônimo para habilidades de enfrentamento, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, autoestima e autossuficiência. (RAPPA-PORT 1981; KIEFFER, 1984 *apud* AIRHIHENUWA, 1994; VASCONCELOS, 2001). A limitação deste conceito, porém, ressalta a noção de que as forças ambientais controladoras são o objetivo final.

Em uma definição mais ampla, “empoderamento” é “um processo pelo qual indivíduos, comunidades e organizações obtêm controle sobre suas vidas”. (RAPPA-PORT *apud* MINKLER, 1992, p.303). Já Vasconcellos (2001, p.05) define “empoderamento” como “o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.”

Diversos autores que trabalham com o “empoderamento” o compreendem mesmo como a habilidade dos sujeitos em conseguirem um entendimento e um controle sobre suas

forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, com o intuito de melhorar sua situação de vida (WALLERSTEIN, BERNSTEIN, 1994; AIRHIHENBUWA, 1994; LABONTE, 1994).

Como um alerta, Labonte (1994) nos diz que, o “empoderamento” possui em si dois significados possíveis, dependendo da maneira como iremos utilizá-los. O autor chama a atenção para o perigo de se aplicar o conceito de forma transitiva. “Empoderar” é a ação central na nova Promoção da Saúde, mas também é um verbo transitivo, quando o sujeito age sobre o objeto; porém, é um verbo intransitivo, quando o sujeito age sobre si mesmo.

Em sua forma transitiva, “empoderar” significa dar poder a outro, compartilhar alguns poderes que os profissionais de saúde devem ter sobre outros. Neste caso, o profissional é visto como agente de “empoderamento” e sujeito do relacionamento, ator controlador, com o poder de definir os termos da interação. Enquanto isso, que os sujeitos ou grupos de sujeitos, de certa forma, não “empoderados”, permanecem como objeto da relação, apenas como meros receptores passivos da ação do profissional.

O alerta serve para chamar a atenção dos profissionais de saúde quando na utilização rotineira da afirmação da necessidade de “empoderar” este ou aquele sujeito ou grupo; reforça as práticas profissionais centradas e individualistas que recaem sobre sujeitos ou grupos que não instituídos de sua ação de poder.

Seguindo o raciocínio sobre o “empoderamento” como o um processo ou um resultado, Wallerstein e Bernstein (1994) exprima que o “empoderamento” na forma intransitiva, é um

processo pelo qual sujeitos ou grupos de sujeitos adquirem o controle de suas vidas e como consequência desse controle, se tornam “empoderados”.

Então, podemos distinguir a primeira definição (transitiva) de “empoderamento” que é dar poder e autoridade a outros - da segunda (intransitiva), de tornar outros capazes, ou possibilitar no outro o desenvolvimento das habilidades para que ele possa adquirir poder por via dos próprios esforços.

A relação entre “empoderamento” e Educação em Saúde, estudada por Airhihenbuwa (1994), desenha um modelo de “empoderamento” que pode ser utilizado como alternativa para os modelos mais tradicionais. De acordo com o autor, existem três abordagens básicas empregadas no desenvolvimento das intervenções em Educação em Saúde:

1) Modelo Preventivo - focaliza-se no processo de decisão individual na adoção de um comportamento saudável, para prevenção de doenças;

2) Modelo Político radical - o foco encontra-se nas mudanças nos contextos: social, ambiental e de estruturas políticas, com o objetivo de atacar a raiz dos problemas de saúde e doença;

3) Modelo de “Empoderamento” - focaliza na facilitação das escolhas individuais e comunitárias, para fornecer aquisição de conhecimento com clarificação de valores e decisão, tornando prática as habilidades de organização comunitária, por meio dos métodos não tradicionais de ensino (AIRHIHENBUWA, 1994).

Então, no modelo de “empoderamento” supracitado, o contexto deve ser considerado, visto que o “empoderamento” se modifica de acordo com as diferentes situações, levando em

conta que as mesmas refletem as várias necessidades dos indivíduos, grupos, organizações, escolas e comunidades, onde o “empoderamento” deve acontecer.

Assim sendo, podemos verificar que a “educação de empoderamento” (*empowerment education*) é efetivamente uma educação saudável, um modelo preventivo que tem o foco na ação grupal e no diálogo entre os alvos comunitários, buscando aumentar a poder de crença das pessoas em sua capacidade de controlar e mudar as próprias vidas (WALLERSTEIN, 1988 apud AIRHIHENBUWA, 1994).

Para Wallerstein e Berstein (1994, p. 155), a definição final é que: “educadores em saúde não podem dar poder a pessoas, mas podem torná-las capazes de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas próprias vidas.”

Na esteira do que propõem Wallerstein & Bernstein, julgamos pertinente valorizar propostas pedagógicas que tenham com eixo uma espécie de “educação empoderadora” (*empowerment education*) objetivando a superação de métodos que reforçam o exercício do poder-sobre-o-outro (*power-over*), através da criação de espaços dialógicos e de co-gestão em que se privilegie o exercício do podercom-o-outro (*power-with*). (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2032).

Podemos afirmar, sem medo de errar, que o “empoderamento” pode se inserir no campo da Promoção da Saúde como estratégia de ganho de saúde, desde o momento em que se reconhece que sem ela o risco de adoecer aumenta consideravelmente e pode até se instalar de forma permanente.

Na ideia de educação “empoderadora”, o profissional de saúde (ou professor) não pode ser apenas um simples repassador de informações, conhecimentos ou experiências, nem o usuário (ou aluno) um mero receptor passivo do que lhe é transmitido, sendo uma concepção que demanda a escuta do outro (FREIRE, 1997).

No campo da Promoção da Saúde do idoso, encontramos a fala de autores como Cusack (1999), que trabalha com a liderança de idosos, e investe no contingente de idosos, saudáveis ou sem muita incapacidade, a importância do “empoderamento”, por conta da recessão econômica que se instala nos tempos atuais, pois, não importando a idade, gênero e raça, as pessoas têm cada vez menos direitos e mais responsabilidade. No caso dos idosos, há maiores implicações, por isso a necessidade cada vez maior de desenvolver serviços para tornar as pessoas idosas capazes, a fim de não terem que sair de suas comunidades, para perderem controlar as próprias vidas e continuarem a ser produtivas.

Por detrás da imagem-objetivo que preconiza o controle sobre os determinantes do processo saúde-doença por parte de indivíduos e coletivos encontra-se um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde: o conceito de *empowerment* – doravante mencionado como empoderamento. Ele está presente, por exemplo, nas definições “saúde” e “promoção à saúde” e no âmbito de estratégias da PS como as de “participação comunitária”, “educação em saúde” e “políticas públicas saudáveis”. (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2031).

Na perspectiva de Martins et al. (2009), o compromisso da promoção da saúde é com a produção de sujeitos autônomos, reflexivos, cidadãos plenos, participantes da sociedade, e isso só acontece por meio do “empoderamento”.

Outro autor que trabalha com o “empoderamento” de idosos, Thurz (1993), nos diz que o maior desafio para os que militam no campo do envelhecimento é tornar prioritário o “empoderamento” dos cidadãos idosos.

Reafirmando o desafio existente no contexto social, Myers (1983, *apud* TEIXEIRA, 2002) alerta para a necessidade de as sociedades atuais estabelecerem regras direcionadas para as pessoas idosas, para que elas possam encontrar um sentido de ser e viver e ter condições de eleger, para si mesmas, o propósito de se respeitarem e de serem respeitadas pelos outros, constituído, assim, uma barreira efetiva contra a vulnerabilidade inerente à temporalidade em que estão vivendo, que as ameaça.

Convém destacar uma questão verificada, infelizmente com frequência - a depressão no idoso. Ordonez et al. (2011), nos dizem que apesar de a maioria dos anciões manifestarem altos índices de bem-estar, a heterogeneidade, característica do envelhecer, também possibilita o surgimento de alterações emocionais negativas significativas.

A presença dos sintomas depressivos na velhice está associada a incapacidade de realizar atividades da vida diária (ORDONEZ *et al.*, 2011).

A incapacidade que caracteriza o envelhecer pode ser amenizada ou mesmo desaparecer com propostas de Promoção da Saúde que levam ao “emponderamento”, como a ferramenta

dos Grupos de Promoção da Saúde (GPS) como instrumento capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia, de condições de vida saudáveis e de saúde. Na perspectiva do envelhecimento saudável, sobre os GPS, citaremos Santos *et al.* (2006, p.2):

Nos GPS o conceito de atitude é tecido na racionalidade que compõe a promoção da saúde: organização duradoura de crenças e cognições. São dotadas de carga afetiva que predispõe a uma ação coerente com os afetos e cognições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia e melhoria das condições de vida e saúde. Qual seja, a aprendizagem nos GPS, envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde, sem, contudo, reduzir-se à proposição simplista e paternalista de mudança das condutas individuais.

Entendemos aqui que os grupos permitem a homens e mulheres a superação física e psicológica de um nível individual para o grupal e deste para o social (SANTOS *et al.*, 2006).

Araújo *et al.* (2011), referente a análise dos programas de Promoção da Saúde de idosos, concluíram que eles tem como alicerce o “empoderamento”, considerando o idoso como sendo protagonista e atuante nas opções determinantes do seu estado de saúde e também na sua inserção na sociedade. O “empoderamento” foi percebido na criação de um ambiente que dá suporte para a prevenção de agravos, para o aumento da capacidade funcional e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, com base no que denominamos de conceito ampliado de saúde.

Sendo assim, evidencia-se a necessidade de se buscar estratégias de Promoção da Saúde que situam o idoso como co-

adjuvante do bem-estar e de qualidade de vida. Somente desta forma, podemos tornar real, verdadeira, a prática dos conceitos de Promoção da Saúde inserida neste ambiente, objetivo que atualmente é um grande desafio para os profissionais que se incomodam com esta problemática.

CONCLUSÃO

Considerando a mudança no quadro demográfico mundial e, em particular, no brasileiro, aparece maior necessidade assistencial direcionada para as pessoas na terceira idade. Isto porque com o passar do tempo, o perfil de morbimortalidade tende a se modificar, fazendo com que outras necessidades de práticas e/ou Educação em Saúde irrompam.

Então, é necessário não apenas atuar nas questões clínicas nos idosos, mas considerar práticas que promovam à saúde, pois a promoção admite que as pessoas possam controlar e melhorar sua saúde, buscando o bem-estar e a qualidade de vida. Para tanto, é necessário considerar os assuntos que permeiam as vidas desses sujeitos, no sentido de se estabelecerem ações que propiciem a saúde do grupo. O empenho deve recair sobre qualificar o tempo de vida dos seres humanos para que realmente seja recompensados com melhoria nas formas de viver, adoecer e morrer desta parcela da população.

De qualquer forma as ações não devem ter um caráter somente clínico, nos hão também de buscar compreender o idoso em toda sua integralidade, percebê-lo como um ser social, possuidor de direitos e deveres e que é preciso ter definido seu papel na sociedade. Para que isto possa ser possível, as práticas de educação em saúde se apresentam como um elemento

basilar na medida em que podem cooperar para a apropriação de seus interesses e necessidades.

Para esse grupo singular de pessoas, não devemos pensar a Educação em Saúde apenas como ações para a prevenção e controle de doenças, mas também projetar ações que vão além das opções lúdicas de entretenimento e lazer e que embarafustem na dinâmica da construção da cidadania, baseada na escuta humanizada e contextualizada desse sujeito, rico em histórias de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empowerment and psychosocial care: notes on a mental health association. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, BOTUCATU, V. 14, N. 34, P. 577-92, 2009.

ARAÚJO L. F.; COELHO C. G.; MENDONÇA E. T.; VAZ A. V. M.; SIQUEIRA-BATISTA R.; COTTA R. M. M. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, v. 30, n.1, p. 80-6, 2011.

AIRHIHENBUWA, C. O. Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment. In: **Health Education Quarterly**, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) v. 21, n. 3, p. 345-354, 1994.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho**. Implicações do Envelhecimento Populacional sobre Crescimento Econômico, Redução da Pobreza, Finanças Públicas, Prestação de Serviços. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento . BANCO MUNDIAL - LAC, 2011.

BAQUERO, M. **Reinventando a sociedade na América Latina**: cultura política, gênero, exclusão e capital social. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001.

BECKER, D., *et al.* Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da

saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-67, 2004.

BRASIL. Lei Federal nº 10.641- **Estatuto do Idoso**. Brasil, 01 de Outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006)

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 13, p.2029-40, 2008. Suplemento.

CUSACK, S.; THOMPSON, W. **Leadership for older adults: aging with purpose and passion**. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

DAHAN, D. **Atuação Fonoaudiológica em Saúde Pública: uma abordagem preventiva**. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.com/trabalhos/artigos/artigo-026.htm>. Acessado em 05 de agosto de 2010.

DOURADO, M.; LEIBING, A. **Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica**. 2002. Disponível em: <http://www2.uerj.br/~revispsi/v2n2/artigos/artigo4.html>. Acessado em: 21 de março de 2012.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Rio de Janeiro, v.9, n.16, p.147-58, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 1997.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Sinopse do Censo Demográfico** 2010. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. Disponível em: C:\Documents and Settings\Administrador\Desktop\IBGE Censo 2010. mht. Acesso em 06.10.2011.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LALONDE, M., **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LABONTE, R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. In: **Health Education Quarterly**: (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part I) v. 21, n. 2, p. 253-68, 1994

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. Medicina Preventiva. Editora Mcgraw-Hill do Brasil, Ltda./MEC. Rio de Janeiro, 1976.p.11-36.

MARTINS P. C.; COTTA R. M; SIQUEIRA-BATISTA R.; MENDES F.F.; FRANCESCHINI S. C.; PRIORE S. E. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 679-94, 2009.

MARTINS J. J.; ALBURQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO E. R. P.; BARRA D. C. C.; SOUZA W. G. A; PACHECO W. N. S. Necessidades de Educação em Saúde dos cuidadores de pessoas idosas em domicílio. **Texto & Contexto**

- **Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007.

MENEZES, L.N.; VICENTE, L.C.C. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, p.90-8, 2007.

MINAYO, M.C., (Org.) **Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 2, p. 303-316, 1992.

ORDONEZ, T. N. *et al.* Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una Universidad abierta a la tercera edad. **Revista Española de Geriatría y Gerontología**. v. 46, n.5, p. 250-55, 2011.

PASKULIN, L. M. G.; AIRES, M.; VALER, D, B.; MORAIS, E. P.; FREITAS, I. B. A. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n.2, p.271-7, 2011.

PESTANA, L. C.; ESPIRITO SANTOS, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem. USP**, v.42, n.2, p.267-75, 2008.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivo de Geriatria e Gerontologia**. v.4, n.1, p.15-20, 2000.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.40-8, 2003.

SANTOS, L. M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção a saúde no desenvolvimento da autonomia , condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. V.40, n.2, p.246-52,2006.

SANTOS, I.; ALVES, A. C. S.; SILVA, A. F. L.; CALDAS, C. P.; BERARDINELLI, L. M. M.; SANTA, R. F. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidade para o envelhecimento saudável: pesquisa sóciopoética. **Escola Anna Nery**. v. 15, n.4, p. 746-754, 2011.

SIGERIST, H. E., **The University at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

SOUZA L. M.; LAUTERT, L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v.42, n.2, p.371-6, 2008.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19,2004.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002, p. 144f, Mestrado (Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

THURZ, D. **The case of empowerment. The possibilities of empowerment**. J. Int. Fed. Ageing, v.20, n.1, p.1-2, 1993.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empowerment e sua

complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**: seguridade social e cidadania. Ano XXII; n. 65, p.5-53, 2001.

_____. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment**, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VICTOR, J. F.; VASCONCELOS, F. F.; ARAÚJO, A. R.; XIMENES, L. B.; ARAÚJO, T. L. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v.41, n. 4, p.724-30, 2007.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to Community Emporwerment, Participation, Education, and Health. In: **Health Education Quarterly**: Special Issue Community Emporwerment, Participatory Education, and Health - Part I. v. 21, n.2, p. 141-70, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

UESUGUI, H. M., FAGUNDES, D. S., PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus Cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n.5, p. 689-94,2011.

1.6 Experiências de Fratura de Fêmur por Idosos em Fortaleza

Bruno Souza Benevides
Andréa Caprara

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre o envelhecimento e suas implicações têm a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente nesse momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso País. O envelhecimento populacional mostra que nunca houve na história da humanidade tanta chance do ser humano envelhecer (KINSELLA, 2005). Além de se constituir em um dos maiores triunfos da espécie humana, o fenômeno constitui-se também num de seus maiores desafios, levantando questões tais como a manutenção da independência, a promoção de saúde, a prevenção de agravos e a manutenção ou a melhora da qualidade de vida.

No desenvolvimento do cuidado gerontológico, há necessidade de interação com o ser idoso, buscando compreender e apreender o modo de viver deste, bem como de seus familiares e/ou pessoas envolvidos. Este caminhar para a prática gerontológica alicerçada na multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-se esses como as múltiplas dimensões da vivência do ser idoso, incluindo as grandezas espaciais, físicas, econômicas, sociais e ambientais, possibilita maiores chances da sustentabilidade do cuidado desenvolvido, bem como cons-

cientização e apreensão da amplitude que integra o cuidado gerontológico.

Resultados de vários campos de pesquisa sugerem que a trajetória descendente e persistente rumo à incapacidade passe por um estágio de compensação ou de pré-incapacidade, caracterizado por manutenção da autonomia, apesar de limitações funcionais e deficiências fisiológicas de natureza graves (FRIED *et al.*, 2001).

A fratura de fêmur é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos, no entanto, existe pouca informação acerca de como as pessoas vivenciam isto (VESTERGAARD; REJNMARK; MOSEKILDE, 2007). Foram encontrados poucos estudos qualitativos sobre fratura de fêmur em idosos nas bases de dados pesquisadas (WALKER, 1994; BORKAN; QUIRCK; SULLIVAN, 1991). Pesquisar profundamente o impacto das quedas e fratura de fêmur na vida dos idosos em permanência prolongada no leito domiciliar poderá subsidiar ações específicas no atendimento a essa população (CARRESE, 2002), o que justifica este estudo.

Compreender as experiências de idosos com fratura de fêmur ocasionada por queda, seu cotidiano, suas vivências e relações familiares, bem como o processo de transformação física e social no decorrer cronológico da incapacidade; descrever os sentimentos em relação aos eventos que sucederam a fratura e a sua trajetória hospitalar, em relação a dor, a relação com os familiares e cuidadores; e sugerir meios preventivos para proporcionar um envelhecimento saudável e bem-sucedido à população idosa em geral e melhorias à população estudada constituíram os objetivos desta pesquisa.

MÉTODO

Participaram deste estudo oito idosos, com 60 ou mais anos de idade, que sofreram fratura de fêmur proximal decorrente da queda.

Entre o episódio da queda e o momento da entrevista, passou-se um tempo variável entre um e seis meses. Esta delimitação visou a que se passasse tempo suficiente para que a experiência de ter sofrido o processo de fragilização houvesse sido sedimentada pelo idoso e sua rotina e seu contexto domiciliar se modificassem de acordo com o trauma sofrido.

A pesquisa foi feita com sete mulheres e um homem. Foram excluídos desta pesquisa idosos com déficit cognitivo em estágio que impeça a coleta de dados de forma satisfatória. Também não foram incluídos aqueles que se negaram a participar da pesquisa.

Como meio de chegar a esses idosos, foi consultado o cadastro de pacientes em um hospital localizado na cidade de Fortaleza, Ceará.

Neste estudo, utilizaram da técnica de entrevista aberta aprofundada, reconhecida como técnica de pesquisa qualitativa em que se abordam poucos aspectos, porém com bastante detalhes, e assim novas perguntas irão surgindo de acordo com o que o entrevistado relata (ALMEIDA FILHO, 2003; POPE; MAYS, 2005). A entrevista teve como enfoque as questões principais, acerca da vida do idoso antes e depois do episódio da queda. Citamos, por exemplo, sua relação com familiares e cuidadores, dificuldades e facilidades encontradas no dia-a-dia ao lidar com o evento, experiências com o sistema de saúde, relação com médicos e demais profissionais de saúde, existência

de doenças concomitantes ao processo traumático, modificação de hábitos, visando a evitar quedas, bem como demais aspectos que envolvam o ambiente do idoso no convívio com sua incapacidade.

Decidimos entrevistá-los em domicílio, após alta, pois os pesquisados estariam aptos a dar uma descrição mais completa e ampla dos fatos ocorridos com o trauma no hospital e também se sentiriam mais à vontade caso recusassem a participar da pesquisa.

O interesse consistia em deixar que os pacientes concretizassem suas experiências em suas falas, descrevendo detalhadamente suas atividades de vida diária antes e depois da fratura, a relação com os familiares, o medo de morrer, o receio de não andar novamente, entre várias outras experiências que surgiram no decorrer das entrevistas.

A perspectiva hermenêutica foi utilizada na análise das falas dos sujeitos, após coletadas das entrevistas e transcritas. Foi escolhida como método a análise de narrativa inspirada na Teoria de Interpretação, de Paul Ricoeur (1995) (CAPRARA; LANDIM, 2008).

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos disciplinados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE (Parecer n.º 08386898-4) e submetido também à apreciação do Comitê de Ética do Instituto Doutor José Frota - IJF (Parecer n.º 19417/08), para a devida liberação do campo de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes tinham em média 78 anos. O homem e duas das mulheres eram casados. As demais mulheres eram viúvas, com exceção de uma, que nunca havia casado, mas tinha filhos. A maioria morava com a família; apenas duas viúvas moravam sozinhas.

Todos os entrevistados estavam sendo assistidos por familiares, revelando um suporte social bastante adequado. As que moravam sozinhas estavam na casa dos filhos após o internamento. Todos também tinham algum tipo de renda, seja aposentadoria ou pensão, de pelo menos um salário mínimo. As famílias pareceram bem estruturadas, configurando um ambiente favorável ao bem-estar e à recuperação do idoso.

A vivência do trauma: o início de tudo

A quase totalidade dos (exceto um), estava sozinhos no momento da queda. Todos relataram que, assim que caíram, souberam logo de início que haviam sofrido algum tipo de trauma. A natureza e as consequências do acidente foram imediatamente claras para as vítimas:

Fiquei um tempo parada, sem me mexer, sabia que tinha alguma coisa fora do lugar. (E2).

Quando veio a dor, eu sabia que tinha quebrado. (E3).

Eles descreveram com certa dificuldade quando solicitados a se lembrar como foi que se sentiram em relação à queda. Era relativamente fácil fazê-los descrever fatos, mas eles não eram tão capazes de expressar seus sentimentos em relação ao

evento, o lado afetivo da experiência. Alguns diziam ter “esquecido como se sentiram”:

Não tem como eu dizer, a pessoa esquece essas coisas, é como se fosse um filme. (E2).

Sobre o fato de estarem sozinhos no momento da queda, sabendo que haviam fraturado a perna, os participantes descreveram sentimentos de “desespero” e “falta de esperança”, principalmente as que moravam sozinhas:

Eu pensei que ia morrer ali. (E1).

Eu chorei e pedi a Deus que me ajudasse, que mandasse um anjo pra me acudir. (E5).

Meu medo era que um carro passasse por cima de mim, no escuro. (E4).

A chegada do socorro

Os pacientes deram ênfase grande ao relatarem como a ajuda foi solicitada e os procedimentos de ajuda. A maioria, como já expresso, estava sozinha no momento do acidente, e houve uma variação do tempo decorrido entre a queda e o momento em que outra pessoa ou pessoas chegaram ao local do acidente, pouco depois. Nenhum entrevistado teve a experiência de ficar horas esperando ajuda. A maioria estava em casa e a queda se deu no trajeto entre a cama e o banheiro, à noite.

Uma das idosas que mora sozinha solicitou ajuda de vizinhos que se encontravam na rua:

Eu gritei muito, e me escutaram na rua. [...] Me sentaram numa cadeira, me acalmaram (E5).

Em outro caso, o acidente se deu na rua, num local sem movimento. A paciente descreve que teve sorte de ter sido encontrada antes que um carro a atropelasse:

Eu levei uma topada com a chinela na calçada e caí [na pista], minha sorte foi que eu tinha pago só dez reais pelos salgados que era vinte, e a menina veio atrás de mim pelos outros dez e me achou na rua (E4).

Duas entrevistadas estavam trancadas no banheiro no momento da queda:

Meu filho arrombou a porta do banheiro quando ouviu meus gritos [...] Era só ter pego uma chave e aberto a porta por fora, não precisava ter dado chute (E2).

A demora na chegada do socorro foi vivenciada por alguns dos participantes. Todos os pacientes solicitaram o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, pois nenhum deles tinha acesso a meio de transporte próprio e também porque sabiam que estavam com a fratura e queriam que o transporte fosse feito com a maior cautela possível. A espera pela ambulância foi relatada como momentos de angústia e aflição:

Me botaram sentada e eu fiquei lá esperando de cinco até umas sete horas, mesmo o posto do SAMU sendo na rua atrás da minha casa [...] eu sentia vontade de pedir pra me levarem logo, mas ficavam dizendo que a ambulância tava chegando (E1).

Devia ter mais ambulâncias pra num acontecer o que aconteceu comigo, eu sentia muita dor e num tinha ninguém que me levasse (E6).

Eu não queria me mexer até que a ambulância chegasse, mas demorou tanto que eu me vi obrigada a deixar me levantarem, nessa hora doeu muito e eu achei que nunca mais ia andar (E7).

Eu achava que ia perder minha perna, ela tava dormente e ficando muito fria [...] eu chorava muito, feito uma criança (E5).

Os entrevistados descreveram sua experiência de serem resgatados e como se sentiram seguros com a chegada da ambulância, quando foi transferida para os socorristas a sua luta pela sobrevivência. Descrições falam de como os socorristas foram cuidadosos:

Eu tava muito nervosa, quando a ambulância chegou, eu fiquei muito aliviada mesmo, os enfermeiros me trataram muito bem (E6).

Eu me senti bem melhor, me disseram que eu ia ficar bem de novo (E3).

Me trataram como se eu fosse a vó deles, me pegaram com muito jeito (E5).

Eu saí do desespero, num tinha ninguém da minha família comigo e eles me cuidaram, me colocaram um monte de coisas pra me proteger (E7).

Nem todos, no entanto, manifestaram tanta satisfação com o socorro. Uma das entrevistadas mencionou:

Quando eu tava parada, eu tava bem. Até me pegaram e me levantaram pra colocar em cima da cama [maca][...] pra entrar na ambulância, e aí a dor foi uma dor desgraçada, eu pensei que se num tivesse quebrado a perna ainda, agora eu tinha certeza (E2).

Via crucis

Em relação ao manejo destes pacientes nos hospitais, as histórias diferem largamente. Aqueles que foram levados diretamente ao hospital terciário tiveram experiências bem mais amenas do que os conduzidos aos hospitais secundários, chamados Frotinhas.

Vemos em Fortaleza uma sobrecarga do hospital terciário (Instituto Dr. José Frota – IJF) no que se refere ao atendimento de emergência. Como norma, a central orienta os pacientes a procurarem e serem levados pelo SAMU aos hospitais secundários, e de lá estes são então encaminhados ao IJF em caso de necessidade.

Desta forma, impõe-se uma dificuldade aos pacientes que sofrem fratura de fêmur em Fortaleza, pois a maioria dos pacientes que chega ao hospital terciário passou anteriormente por um hospital secundário, onde estes pacientes não são nunca operados, e somente após algum tempo eles são transferidos ao hospital de referência para o tratamento apropriado.

Dentre os pacientes entrevistados, três tiveram a sorte de ser levados diretamente ao hospital de referência. A experiência destes pacientes na chegada ao hospital é descrita como de confusão no início, mas de tranquilidade logo após:

Quando cheguei no hospital eu sabia onde era que eu tava, só não sabia que tinha tanta gente. Fiquei a noite sem saber pra onde eu ia, me colocaram um soro no braço e deram mais remédio [...] depois de um tempo vieram me buscar pra levar lá pra cima [enfermaria] (E6).

Eu cheguei e esperei umas duas horas na emergência até que o médico veio perguntar quem eu era e o

que tinha acontecido. Quando ele viu a radiografia, disse que era pra eu ir pra enfermaria logo que tinha uma vaga (E5).

Me trouxeram logo pra lá, quando o médico me viu ele sabia o que era e disse que era pra se internar logo (E8).

Em relação a essas, entrevistas, podemos verificar que os pacientes que deram entrada no hospital durante o dia foram vistos pelos médicos residentes, o que facilitou sua internação de imediato.

Já os pacientes atendidos nos “Frotinhas” tiveram as mais variadas experiências com o sistema de saúde. Em geral, estas experiências foram negativas. A superlotação, a falta de informação por parte dos médicos, a dor, a indiferença e até mesmo negligência por parte da equipe de Enfermagem foram relatadas por alguns dos pacientes. Alguns buscaram falar destas experiências com palavras mais amenas, mas, quando instigados, seja pelo pesquisador ou pelos familiares, disseram com certa veemência seus sentimentos durante aquela experiência:

Eu fui humilhada [...] Passei um dia e uma noite no corredor do hospital, e tudo que eles me davam era remédio pra dor, pra eu ser feliz [ironicamente] (E2).

Eu fiquei no corredor do Frotinha, cheguei lá de noite e só fizeram me jogar numa cama [...] Depois de muito tempo que vieram me dar remédio pra dor, porque minha neta ficava indo lá dizer que eu tava com dor [...] Não tinha comida pra mim, fiquei umas 8 horas sem comer até que a minha neta conseguiu falar com a assistente social e autorizou me dar comida [...] Foi caldo. Você, como médico [se referindo ao pesquisador], acha que caldo é uma co-

mida que se dê a uma paciente no meu estado? [...] Nem eles davam comida nem podia levar comida de fora pra lá (E3).

No Frotinha até o asseio era difícil, já que eu ficava no corredor [...] Lá não vinha remédio, o soro acabava e ninguém vinha trocar [...] Não tinha hora pra nada, a janta vinha chegar nove horas da noite [...] No Frotão [IJF], era bem certinho, na hora certa (E4).

Aqui é o céu, lá é o inferno [em comparação entre o IJF e o Frotinha] (E4).

Foi até bom eu ter ido pra lá [Frotinha], assim dei mais valor ao hospital [IJF] (E2).

Em relação ao contato com a equipe de saúde, todos os pacientes demonstraram muito apreço com o tratamento recebido no IJF. Os médicos residentes receberam menções especiais, pelo cuidado na enfermaria e pelas demonstrações de interesse pelos problemas dos pacientes. Os cuidados de Enfermagem também foram elogiados:

Aquele doutor é um santo (E2).

Sempre que eu precisava de alguma coisa elas me davam, nunca tive vergonha de pedir nada a elas (E1).

Aqui a gente tem de tudo, num falta nada [...] Todas as pessoas são atenciosas (E3).

Em geral, a atitude dos pacientes em relação a esse processo foi de naturalidade, como se esse fosse realmente o caminho das coisas e elas tivessem que passar mesmo por esse drama até chegarem ao IJF e à cirurgia. Mesmo assim, uma paciente mostrou certo grau de revolta ao mencionar:

A gente não tá pagando, mas também não é favor. Deviam mandar a gente pra um lugar certo logo [...] Mas o problema é que é muita gente (E8).

Intensidade da dor

Os entrevistados relataram haver sentido dor imediatamente após o episódio do trauma. Em geral, eles descrevem uma grande dor, a qual é geralmente descrita como “muito grande” ou “muito forte”. Ao serem solicitados a dar uma descrição mais profunda da severidade da dor, eles tinham dificuldades. Mesmo assim, foram capazes de descrever a magnitude da dor em termos relativos, como:

Foi a maior dor que eu senti na minha vida (E2).

Eu dei à luz sete filhos e se somar a dor de todos num dá o tanto dessa dor que eu senti (E1).

É pior que qualquer outra dor que eu já ouvi falar (E6).

Alguns entrevistados ainda descreveram sentir dor durante a internação, mesmo com o uso de analgésicos potentes como tramadol e morfina:

Eu sentia muita dor, no hospital. Eu pedia pra eles me darem remédio e diziam que eu já tinha tomado, na veia [...] Eu não posso dizer que não fazia efeito, mas eu ainda gritava de dor às vezes (E8).

Eu só fui saber o que era ficar sem dor quando cheguei em casa. Mesmo depois da cirurgia a dor ainda era muita (E5).

Essas falas nos remetem à natureza subjetiva da dor. Em razão dessa a essa subjetividade, é difícil considerar essa experiência em relação a um modelo ou conceito, considerando que na vivência da dor: a sensação é que nunca vai parar.

Os pacientes falam da dor como uma coisa que não quisessem mais sentir. O medo da dor e de futuras quedas se mostra aqui:

Nunca mais quero sofrer isso de novo (E6).

É a pior coisa que pode acontecer (E3).

Cuidados com a dor por parte da equipe de saúde

Em alguns casos, o manejo da dor foi caracterizado por procedimentos pouco claros. Os médicos faziam as prescrições e deixavam a cargo da equipe de Enfermagem, que não pode administrar nada sem seguir a prescrição médica. As recomendações eram para a medicação ser dada regularmente. Em certos casos, porém, se evidenciou a falha na prescrição, sendo os analgésicos administrados irregularmente ou de forma solicitada (se necessário). Aqueles pacientes que não reclamavam recebiam a medicação raramente. Estudos mostram que muitos pacientes internados sofrem de dor, que não é adequadamente manejada, as razões para isto sendo multifatoriais (DE ROND; DE WIT; VAN DAM, 2001).

Prescrições “se necessário” são comuns nas fases tanto pré-operatória quanto pós-operatória. Foi constatado em outro estudo que as enfermeiras aceitam tais prescrições sem questionar, mesmo se elas souberem que não é suficiente (FRANCKE; GARSSSEN; ABU-SAAD, 1996).

Espera-se que um paciente com fratura de fêmur esteja sentindo dor. Deveria ser rotina administrar analgésicos assim que eles chegam ao hospital, ou ainda na ambulância. As rotinas de medicação “se necessário” deveriam ser abandonadas e substituídas por analgésicos a cada três a quatro horas, de forma a prevenir uma dor previsível; contudo, as prescrições “se necessário”, permanecem úteis em casos quando o paciente se encontra em casa (FRANCKE; GARSSEN; ABU-SAAD, 1996).

A experiência da recuperação: o longo caminho de volta

Consideramos que o momento da cirurgia foi o marco inicial da recuperação desses idosos. Quatro participantes deram informações claras a respeito do início da recuperação após a cirurgia. Elas relatam como um momento de enorme dependência e de volta à infância, tendo que lutar para realizar suas necessidades básicas e tendo que adquirir resiliência para enfrentar a vergonha que certas situações impunham:

Eu não conseguia fazer nada, até que eu comecei a fisioterapia [...] Eu agora já consigo fazer muita coisa que eu pensava que não ia mais (E1).

Quando eu tinha que usar o urinol na cama eu achava muito ruim, fazer lá com todo mundo vendo [...] Mas agora já é mais fácil ir pro banheiro na cadeira (E5).

Teve uma vez que eu não aguentei e fiz na cama mesmo [fezes], dentro do penico que eles botam embaixo [...] Tem horas que a gente perde o controle e não sabe a hora que vai sair (E7).

Os participantes também deram relatos a respeito de ganhos em relação à independência relativa às atividades de vida diária. Como as entrevistas foram realizadas numa fase subaguda da enfermidade, ganhos maiores não puderam ser detectados; mas a alegria e a esperança com as novas conquistas podem ser extraídas:

Foi uma alegria quando eu consegui chegar até o banheiro (E2).

Quando [...] fiquei em pé de novo eu senti que ia mesmo ficar boa, recuperada, cem por cento como era antes (E3).

Eu passei tanto tempo deitada que não achava que fosse me levantar mais. [...] Na fisioterapia eu vou já já fazer 'bunda canastra' [cambalhota], pode anotar. (E5).

Depois [...] quando começou a fisioterapia, tudo ficou melhor. Eu já me sento, me calço, visto [...] minha camisola, já to quase chegando lá [ficar em pé] (E6).

O fator 'motivação' para se locomover foi um determinante - chave na recuperação destes pacientes. Em grau variável, estes entrevistados tinham esperança de poder locomover-se novamente. Muito decorra do ambiente familiar que se mostrava favorável e estimulante à recuperação do idoso. Nesta categoria, encontramos a batalha para reaver a fisionomia anterior, olhando para o processo de recuperação e vendo a perda da atividade física como condição temporária.

Entretanto, algumas entrevistas também indicaram que a fratura veio como um golpe final, comparada a uma doença grave que pode levar à incapacidade permanente ou à mor-

te. De acordo com esses achados, um outro estudo também mostrou que os entrevistados viam as quedas como um sinal do envelhecimento, dependência e diminuição da competência (CARRESE *et al.*, 2002).

Limitação de movimentos e perda da confiança no corpo

Esta fase é a das mudanças nas relações que a pessoa com fratura de fêmur sofre em relação ao seu ambiente, o domicílio. Outros estudos corroboram os achados de que a maior dependência do idoso para a realização das atividades diárias impõe limites à dinâmica familiar, que é alvo de mudanças para atender às demandas de cuidado que tende a ser assumido por um familiar (PAES; ESPÍRITO SANTO, 2005).

Nesta categoria, os entrevistados expressaram como sentiam seus corpos em relação ao momento anterior à fratura. Eles mencionaram a dor, fraqueza, fadiga, rigidez, desconforto, insegurança e restrições em sua capacidade de se mover. Os pacientes descreveram como eles se tornaram muito cautelosos e incertos sobre sua habilidade para se mover e a tolerância dos seus corpos.

Eu uso sempre um andador, minhas pernas estão fracas. [...] Eu tenho medo de cair, sabe, de cair no chão (E1).

Eu estou bem mais cuidadosa [...] Quando me mexo eu tenho cuidado pra não tropeçar, sempre tem alguém comigo [...] Tem coisas que eu não consigo fazer ainda, mas que eu vou conseguir [...] Coisas que antes era fácil [fazer] agora eu tenho medo de tentar fazer e terminar acontecendo alguma coisa (E2).

Os sujeitos também mencionaram que as mudanças nos seus corpos os impedia de se moverem da forma normal e que eles tinham que se adaptar a uma nova maneira de movimento, bem devagar. Anteriormente, essas funções diárias como andar livremente e se mover sem restrições eram pouco valorizadas. Agora, com a incapacidade, essas funções eram difíceis e os entrevistados tinham medo de fazer atividades que antes realizavam como rotina, como lavar roupas e pratos, cozinhar, varrer a casa e andar na rua. Concomitante a isso, havia o medo de forçar demais a perna recém-operada e prejudicar o resultado da cirurgia, talvez danificando a perna permanentemente.

Eu sei que agora não posso fazer de tudo [...] tem que ir com calma (E3).

Agora que eu 'tô' [estou] operada, não posso mais 'botar' [colocar] força nessa perna (E5).

Eu lavava, passava, cozinava, varria a casa [...] agora num posso mais fazer nada disso (E4).

Os entrevistados também referiram medo de cair novamente e preocupação com as consequências de uma nova queda:

Eu morro de medo de cair de novo (E7).

Se acontecesse uma coisa dessas de novo, aí num tem mais como ajeitar (E8).

Eu agora quando vou me levantar fico bem 'seguradazinha' na cama pra não ter perigo de escorregar (E5).

A experiência da fragilidade física e a insegurança foram acompanhadas pela incerteza deles em uma recuperação completa. Relataram com grande ênfase a falta da mobilidade e das funções cotidianas ligadas a ela.

A fratura de fêmur é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos. Em grande contraste com a perspectiva clínico-ortopédica, na qual uma fratura de fêmur é frequentemente considerada trivial e simplesmente um caso de rotina, que requer um tratamento sem complicações, os resultados deste estudo mostraram que, sob a perspectiva dos pacientes, uma fratura de fêmur é um incidente tão intenso e desagradável que acarreta efeitos severos em toda a situação de vida.

Na busca pela compreensão dessas experiências de idosos com fragilidade decorrente da fratura de fêmur, nossos achados se assemelham aos descritos para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral, os quais vivenciaram o corpo como sendo imprevisível, exigente, limitante, dependente, conspícuo e também estendido, como se os membros estivessem mais distantes. Isso foi demonstrado pela sua necessidade de aparatos de auxílio ou auxiliares nas atividades de vida diárias (KVIGNE; KIRKEVOLD, 2003).

Num estágio precoce de recuperação, os participantes hesitaram em falar sobre o futuro e sentiram-se incertos a respeito de sua recuperação final. Alguns expressaram que se sentiam inseguros de quanto podiam se mover e o que a perna lesada podia suportar. Em sintonia com esses achados, há evidências de que idosos doentes não gostam de falar de planos para um futuro próximo, que julgam incerto, relacionado à sua condição crônica e séria, mas teriam mais disposição para falar de eventos mais distantes no tempo, incluindo própria morte (CARRESE *et al.*, 2002).

O risco de morrer no ano subsequente à fratura de quadril é descrito na literatura, podendo alcançar valores entre 20 e 30% (WALKER, 1994). Muitos pacientes morrem em decor-

rência de sua condição de saúde deteriorada, apesar do fato de que o tratamento cirúrgico foi considerado um sucesso. Deste modo, as experiências relatadas como de proximidade com a morte e medo de planejar o futuro devem ser vistas como reação realista a uma ameaça concreta.

Os entrevistados também demonstraram frustração e tristeza com o fato de que suas vidas haviam mudado, provavelmente nunca mais voltando a ser as mesmas de antes da fratura. Esses achados corroboram estudos prévios, que mostram restrições físicas substanciais (VAN BALEN *et al.*, 2001), dependência nas atividades de vida diária (RODER *et al.*, 2003), limitações sociais e depressão (LENZE *et al.*, 2007) comuns após uma fratura de fêmur, especialmente nos primeiros meses do trauma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte do objetivo era capturar as experiências precoces dos sujeitos, visando a extrair deles os relatos dos momentos desde a fratura até a atualidade. Os achados oferecem informações sob a perspectiva dos pacientes, os quais devem ser tomados como parte do quebra-cabeça do processo de recuperação.

O número de entrevistados é pequeno e, portanto, não compõe uma base sólida para generalizações, mas os resultados contribuem para a elaboração acadêmica de uma visão mais ampla das experiências vividas por tais pessoas.

As consequências vividas foram de ordem multidimensional e envolveram mudanças dramáticas na vida dos entrevistados. O estudo indica que a fratura não apenas quebra o osso, mas também deixa estilhaços sociais e existenciais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG P; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Orgs.) **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.143-56.

BORKAN, J.M.; QUIRK, M.; SULLIVAN, M. Finding meaning after the fall - injury narratives from elderly hip fracture patients. **Social Science & Medicine**, v. 33, n. 8, p. 947-957, 1991.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.25, p.363-76, 2008.

CARRESE, J.A.; MULLANEY, J.L.; FADEN, R.R., FINUCANE, T.E. Planning for death but not serious future illness: qualitative study of housebound elderly patients. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7356, p. 125-127, 2002.

DE ROND, M.; DE WIT, R.; VAN DAM, F. The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice: results of a follow-up study in five hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 35, n. 4, p. 590-598, 2001.

FRANCKE, A.L.; GARSSEN B.; ABU-SAAD H.H.; GRYPDONCK, M. Qualitative needs assessment prior to a continuing education program. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 27, n. 1, p. 34-41, 1996.

FRIED, L.P. *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-M156, 2001.

KINSELLA, K.G. Future longevity - Demographic concerns and consequences. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 9, p. S299-S303, 2005.

KVIGNE, K.; KIRKEVOLD, M. Living with bodily strangeness: Women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 9, p. 1291-1310, 2003.

LENZE, E.J. *et al.* Onset of depression in elderly persons after hip fracture: Implications for prevention and early intervention of late-life depression. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 1, p. 81-86, 2007.

PAES, P.F.A; ESPIRITO SANTO, F.H. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que Cuida do idoso com alzheimer no ambiente domiciliar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n.2, p.192-198, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Porto, Portugal: Porto, 1995.

RODER, F. *et al.* Proximal femur fracture in older patients - rehabilitation and clinical outcome. **Age and Ageing**, v. 32, n. 1, p. 74-80, 2003.

VAN BALEN, R. *et al.* Hip fracture in elderly patients - Outcomes for function, quality of life, and type of residence. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, n. 390, p. 232-243, 2001.

VESTERGAARD P.; REJNMARK L.; MOSEKILDE L.
Has mortality after a hip fracture increased? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, p. 1720–1726, 2007.

WALKER J.M. Caring for elderly people with persistent pain in the community: a qualitative perspective on the attitudes of patients and nurses. **Health and Social Care**, v. 2, p. 221-228, 1994.

1.7 Perfil Socioepidemiológico de Idosos Institucionalizados Usuários do Sistema Único de Saúde

Carina Barbosa Bandeira
Maria Vieira de Lima Saintrain
Francisco Garrido Barros Filho
Zenilda Vieira Bruno
Suzanne Vieira Saintrain
Siulmara Cristina Galera

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno observado mundialmente, com estimativas de que, em 2025, existirão em torno de dois bilhões de pessoas idosas (OPAS, 2005). No Brasil, em menos de 30 anos, mudou de um perfil de morbimortalidade, própria de população jovem, para um quadro caracterizado por agravos complexos e caros, inerente às idades mais avançadas (VERAS *et al.*, 2008). Com efeito, Kalache (2008) enfatiza que, na medida em que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde.

Na população envelhecida, as doenças crônicas são mais frequentes, tornando-se problema de saúde pública, uma vez que há prejuízo na qualidade de vida, aumento nos gastos com serviços de saúde, além de, na maioria das vezes, envolverem, também, os membros familiares.

Efetivamente, o Ministério da Saúde, no Pacto pela Vida, incluiu a saúde do idoso como uma questão prioritária

na agenda de saúde do País (BRASIL, 2006a). Como reforço, o Parágrafo I da Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, sobre a Atenção à Saúde do Idoso, destaca em seus objetivos e metas prioritárias a garantia de que sejam efetivadas pela rede do SUS, as metas estaduais, regionais ou municipais pactuadas (BRASIL, 2008).

Esta Portaria atende, substancialmente, as premissas emanadas do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b), que visam a garantia, no Sistema Único de Saúde, a disponibilidade da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, e em todos os seus níveis de atenção.

Conhecer a prevalência de patologias nos idosos institucionalizados e suas particularidades é de fundamental importância para a Saúde Pública. Este fato contribui para que sejam instituídos mais programas interdisciplinares, subsidiar conhecimentos sobre ações individuais e coletivas de Promoção à Saúde e prevenção de doenças e, principalmente, manter a pessoa idosa com independência funcional e inserida no meio em que vivem, seja no lar ou em instituição de longa permanência. Por outro lado, facilita a realização destas ações pela equipe de saúde que o acompanha, diminuindo os gastos com encaminhamentos a outros níveis de atenção, medicamentos e, sobretudo, melhorando sua qualidade de vida.

Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil socioepidemiológico de idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos - ILPI, governamental, e de grande porte, localizada no Município de Fortaleza - Ceará - Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal, realizado em uma instituição de longa permanência para idosos - ILPI.

O Município de Fortaleza, que possui 2.452.185 habitantes, dos quais 237.775 pessoas com 60 anos e mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), conta com nove ILPI, classificadas em: pequeno porte (recebem de até 15 a 20 idosos), médio porte (institucionalizam de 21 a 60 idosos) e de grande porte (acolhem mais de 60 idosos). Estas podem ter natureza governamental ou pública e não governamental (privada ou filantrópica).

Neste estudo optou-se por examinar os idosos de uma ILPI, governamental, de grande porte, do Município de Fortaleza, onde residem, em média, 100 idosos, os quais recebem atenção permanente do Sistema Único de Saúde - SUS.

Um instrumento de coleta de dados foi elaborado, com a finalidade de uniformizar os dados secundários obtidos dos prontuários dos pacientes idosos. Os dados foram coletados por um só pesquisador (CBB), que padronizou as variáveis investigadas e realizou uma avaliação clínica mediante consulta médica individual. Nesta avaliação, além das doenças autorreferidas, foram abordados dados clínicos relacionados a cada idoso, por meio de testes, tais como: AVD (KATZ, 1983), AIVD (LAWTON; BRODY, 1969), MEEM e Fluência Verbal (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), Depressão Maior - DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O estudo configura-se em um censo, haja vista ser constituída pela população total (100 idosos) da instituição. Foram incluídos no estudo os idosos residentes com 60 anos e mais, que possuíam capacidade cognitiva para se submeter à entrevista de avaliação clínica e que concordaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se do programa *Statistic Package for the Social Sciences*, SPSS versão 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), para o processamento, tabulação e análise dos dados. As variáveis foram submetidas à análise descritiva com finalidade de determinar sua distribuição.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COÉTICA sob Parecer n. 148.718.

RESULTADOS

Um total de 78 idosos participou da pesquisa, com idade mínima de 60 e máxima de 95 anos, média de 75,47 (DP± 8, 211) anos.

Pela Tabela 1 atenta-se para os dados sociodemográficos dos idosos, na qual se verifica predominância de solteiros, não alfabetizados e daqueles que foram alvo abandono familiar.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos idosos participantes da pesquisa (n=78), em Fortaleza- CE, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	38	48,7
Feminino	40	51,3
Estado civil		
Solteiro	49	62,8
Casado	5	6,4
Separado	8	10,3
Viúvo	16	20,5
Nível de instrução		
Não alfabetizado	53	67,9
< 8 anos de escolaridade	21	26,9
≥ 8 anos de escolaridade	4	5,1
Faixa etária		
60 a 69 anos	22	28,2
70 a 79 anos	32	41,0
80 anos ou mais	24	30,8
Tempo de institucionalização		
≤ 3 anos	27	34,6
4 a 5 anos	15	19,2
6 a 10 anos	17	21,8
> 10 anos	19	24,4
Motivo da institucionalização		
Vontade própria	2	2,6
Abandono familiar	39	50,0
Maus tratos	17	21,8
Suporte familiar insuficiente	15	19,2
Outros	5	6,4

Na Tabela 2, visualizam-se os dados clínicos dos idosos (n=78), sendo importante atentar para o grande percentual de idosos (53,8%) com comprometimento para as atividades da vida diária, assim como do miniexame do estado mental e fluência verbal.

Tabela 2 - Dados clínicos dos idosos entrevistados na pesquisa (n=78). Fortaleza, 2012.

Variáveis	N	%
AVD (Katz)		
Sem comprometimento	36	46,2
Comprometido	42	53,8
AIVD (Pfeffer)		
Sem comprometimento	66	84,6
Comprometido	12	15,4
Miniexame do estado mental (MEEM)		
Sem comprometimento	28	35,9
Comprometido	50	64,1
Fluência verbal (FV)		
Sem comprometimento	31	39,7
Comprometido	47	60,3
Internamento hospitalar nos últimos 6 meses		
Sim	10	12,8
Não	68	87,2
Doenças associadas		
HAS	26	33,3
Demência	22	28,2
Depressão	20	25,6
DM	17	21,8
Doenças psiquiátricas	6	7,7
Parkinson	5	6,4
ICC	4	5,1
Doenças osteoarticulares	2	2,6
DPOC	1	1,3
DRC	1	1,3

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Neste estudo, prevaleceram mulheres, solteiros, não alfabetizados, faixa etária entre 70 e 79 anos, resultados semelhantes a outros estudos como o de César (2010), que encontrou em ILPI predominância de mulheres, idosos sem escolaridade, solteiros, faixa etária de 65 a 74 anos. Apesar de ter sido observada baixa predominância de mulheres sobre o contingente de homens, os novos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no seu último censo, reafirmam a feminilização da velhice, ao divulgar os números de 11.434.487 mulheres para 9.156.112 de homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Relativamente ao quantitativo de idosos solteiros, Davim *et al.* (2004), ao realizarem pesquisa em três ILPI, em cidade do Nordeste brasileiro, também obtiveram, como resultado, a predominância de idosos solteiros, seguidos de viúvos ou separados.

Dentre outras variáveis sociais, o percentual de Idosos não alfabetizados (67,9%) sugere que o pouco nível de instrução possa influenciar na procura da institucionalização. Esta relação é demonstrada em outra pesquisa, na qual Da Rosa *et al.* (2011) detectaram, em ILPI da região Sul do Brasil, 43,8% de idosos sem escolaridade, seguidos de 55,1% com 1º grau menor e apenas 1,1% com 2º grau. Isto demonstra a real condição, tanto nos aspectos econômicos como sociais dos idosos brasileiros, como está bem estabelecido nos dados do IBGE (IBGE, 2011).

Os idosos em situação de abandono familiar (50,0%) indicaram o principal motivo de institucionalização, diferentemente dos que se institucionalizaram por vontade própria

(2,6%). Ressaltam-se, ainda, os casos de maus-tratos e suporte familiar insuficiente dos idosos residentes na ILPI. Estes dados são corroborados pelo estudo de Galhardo, Mariosa & Takata (2010), considerando ser o motivo da institucionalização dos idosos de ordem social. Os autores enfatizam que os motivos por abandono familiar, suporte familiar insuficiente e maus-tratos são todos de cunho social.

No concernente ao tempo de moradia na ILPI, sobressaíram-se os idosos de menos de três anos de institucionalização. Estes dados induzem a refletir sobre a informação de que este século será marcado por novas necessidades de cuidado, dado que, no cenário nacional indica-se um número cada vez maior de idosos, e que esses podem apresentar múltiplas doenças crônicas, o que acarreta maior dependência (PAVARINI *et al.*, 2005), ocasionando, portanto, maior demanda de institucionalização. Neste sentido, o Pacto pela Saúde e Pacto pela Vida, que elencam como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, enfocam a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a). Ressalta-se, igualmente, que, a título de viabilizar a necessidade para o cuidado, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (BRASIL, 2008) publicou o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Enquanto isto, o Ministério da Saúde difunde *O Guia Prático do Cuidador* visando orientar todos aqueles que têm sob sua responsabilidade o cuidado de alguma pessoa com incapacidade ou deficiência (BRASIL, 2009). Busca, portando, propiciar maior segurança nas ações prestadas e, ainda, orientar os cuidadores para a prática do autocuidado.

Pela Tabela 2, constata-se que, do total de idosos pesquisados, 53,8% revelavam dependência funcional para, pelo menos, uma atividade de vida diária. Este achado justifica a preocupação concernente às políticas públicas sobre as ações de promoção e prevenção da saúde, no sentido de manter a independência funcional da pessoa idosa, políticas estas tão bem orientadas pela Organização Mundial da Saúde, em prol do envelhecimento ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em seguimento da escala de Katz (KATZ, 1983), foi averiguado no estudo de Carvalho, Peixoto e Capella (2007) prevalência em 50% dos idosos com comprometimento de AVD, percentual semelhante ao desta pesquisa (53,8%). Para este mesmo tipo de agravamento, contudo, Souza e Paulucci (2011) detectaram que 79,4% dos idosos institucionalizados possuíam algum grau de dependência,

Com atinência às atividades instrumentais da vida diária (AIVD), o percentual detectado de 15,4% (12 idosos) no comprometimento funcional revela situação inversa, vis-à-vis às atividades de vida diária, muito embora o comprometimento destas atividades seja tão expressivo, considerando o fato de serem requisitadas na execução das funções cognitivas. Outro estudo com idosos institucionalizados, todavia, exibiu o percentual de 44% de comprometimento relativo à AVD e 88,7% de AIVD (OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; MATTOS, 2012).

É importante ressaltar que o excesso de zelo nos cuidados ao idoso pode limitá-lo do ponto de vista funcional. Torna-se comum, o fato de cuidadores, em determinadas situações, protegerem o idoso com o uso de cadeiras de rodas para evitar quedas, utilizar instrumentos para realizar evacuação e micção

no leito, dentre outras tantas situações que poderiam ser realizadas apenas como supervisão ou mesmo sem ajuda. Este excesso de dedicação pode contribuir para o elevado índice de comprometimento de AVD. Do total de idosos avaliados, 64,1% possuíam comprometimento no miniexame do estado mental das funções básicas do ser humano, em detrimento as demais atividades decorrentes da AVD.

Do total de idosos avaliados, 64,1% possuíam comprometimento no miniexame do estado mental (MEEM) e 60,3% no teste de fluência verbal. Com base no estudo epidemiológico de Gomes, Ruiz e Corrente (2011), no qual os autores verificaram, em idosos residindo na comunidade, um percentual bem menor (38,7%) de déficit cognitivo pelo MEEM. Esta diferença pode se relacionar com o fato de a vida institucionalizada manter o idoso afastado do convívio com a sociedade em geral. Esta ocorrência, naturalmente, contribui para reduzir a cognição de maneira mais rápida, uma vez que o idoso sem o convívio social pode perder a noção de datas e eventos que ajudam na orientação espaçotemporal.

A institucionalização pode se tornar menos traumática, à proporção que seja possível propiciar medidas preventivas que lhes garantam o direito de ir e vir, mantendo-os aptos a realizar suas atividades e procurar manter, na medida do possível, uma independência funcional associada à autonomia do idoso dentro da ILPI.

Quanto às doenças sistêmicas, na instituição, prevaleceram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), demência, depressão e *Diabetes Mellitus* (DM). Embora, manifestadas com elevado percentual, apenas dez idosos (12,8%) necessitaram de internamento hospitalar nos últimos seis meses.

As doenças crônicas não transmissíveis continuam aumentando sua prevalência na população idosa, o que caracteriza a mudança no perfil de morbimortalidade relativo ao processo demográfico, denominado de transição epidemiológica.

O Vigitel, que compõe o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas do Ministério da Saúde, divulga a série histórica dos anos de 2006 a 2009, para o conjunto da população adulta, referente a prevalência da HAS e DM. Os valores, neste período, para HAS apresentaram taxas de 21,5% a 24,4%, respectivamente, e para o *Diabetes Mellitus*, os percentuais de 5,2 e 5,8 (BRASIL, 2010). Neste mesmo período, para o conjunto da população, em ambas as patologias, a variação é diminuta; entretanto, no caso das pessoas nas faixas etárias de 55 a 64 anos e de 65 anos e mais, o diagnóstico médico da DM detectou, diferentemente, percentuais de 15,2 e 21,6%, respectivamente. Relativo à HAS, revelou os valores de 50,5% e 59,7%, respectivamente. Estes achados legitimam o pressuposto de que seu acréscimo se dá à medida que a idade aumenta, corroborando os resultados deste estudo.

O grande percentual de comprometimento nos testes do miniexame do estado mental, incluindo deficiência na influência verbal (64,1% e 60,3%, respectivamente) acarreta como consequência idosos demenciados ou com deficiência cognitiva (28,2%). Estas características podem ser atribuídas ao avanço da idade, às doenças crônicas associadas, assim como ao baixo nível de escolaridade detectado nos idosos abrigados. Estudo de Jeong *et al.* (2012) corrobora estas implicações, quando mencionam que nos países onde os idosos têm baixos níveis de escolaridade, eles exprimem risco maior de contrair doença. Resultados de um estudo randomizado, entretanto, revelam

que, quando estes pacientes são motivados por um psicólogo, tornam-se mais propensos para o autocuidado do que o grupo-controle. Enfatizam, portanto, que, para as pessoas com doença mental, as atividades de Educação em Saúde e motivacionais podem melhorar significativamente, a curto prazo, comportamento em saúde destes pacientes (CLIFTON *et al.*, 2011).

Relativamente ao diagnóstico da depressão maior, segundo os critérios do DSM-IV-TR, um contingente de 20 idosos (25,6%) foi revelado com tal patologia. Não obstante este resultado ser havido como elevado, estudo realizado em 14 lares para idosos em Bragança, encontrou uma prevalência de 46,7% (VAZ, 2009), constituindo motivo para maiores ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde.

O fato de os solteiros e viúvos apresentarem maior prevalência de depressão sugere a conjectura de que a solidão ou luto pela morte de um cônjuge na senilidade pode ser fator de risco para desenvolvimento de sintomas depressivos (CASTELLO *et al.*, 2006). Igualmente, pesquisa de Galhardo, Mariosa e Takata (2010) detectaram em ILPI no Estado de Minas Gerais o percentual de 57% de idosos solteiros acometidos de sintomas depressivos. Outros eventos também se relacionam com maior prevalência de depressão, como perda de cônjuge, institucionalização, baixa renda e escolaridade, suporte social e familiar inadequado (IRIGARAY; SCHENEIDER, 2007).

É importante levar em consideração o fato de que os idosos residentes nesta ILPI têm acompanhamento multiprofissional periódico que pode levar a minimizar diferenças entre as comorbidades de idosos em outras instituições ou de idosos não institucionalizados.

O grande desafio consiste em encontrar formas de prevenir e controlar estas e as demais patologias, com o objetivo de preservar a autonomia do idoso, fundamental para a manutenção de sua qualidade de vida ao longo dos anos. É fácil compreender a importância desta meta, visto que um idoso com uma ou mais doenças crônicas controladas é considerado como saudável, enquanto aquele com as mesmas doenças não controladas perde a capacidade funcional.

Considera-se necessário realizar mais estudos sobre a condição de saúde de idosos institucionalizados, seja, pela equipe médica ou por outros profissionais de saúde, na procura de formas para prevenir e monitorar a evolução das doenças. Esta atitude tende a viabilizar ações e programas preventivos, curativos e reabilitadores, na busca de promover um envelhecimento ativo e saudável, como bem preconiza o Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil do idoso institucionalizado foi representado por mulheres, com pouca diferença entre os sexos, solteiros, não alfabetizados e faixa etária de 70 a 79 anos.

A autonomia funcional dos idosos expressa-se afetada, considerando a proporção daqueles que deparam comprometimento na sua dependência funcional para, pelo menos, uma atividade de vida diária.

Considera-se elevada a prevalência de patologias nos idosos da instituição. Como comorbidades mais manifestas estão, as doenças sistêmicas, como a hipertensão arterial sistêmica, demência e *Diabetes Mellitus*.

A ILPI expressou-se com maior prevalência de idosos que procuraram a instituição por índice elevado de abandono e maus-tratos.

Os achados demonstram, portanto, idosos marginalizados do convívio da família e da sociedade e, muitas vezes, obrigados a se desvincularem de seus lares e entes queridos pelos mais diversos motivos. Por conseguinte, torna-se imperativo que as políticas públicas vinculadas ao SUS, e, mediante as áreas de Geriatria e Gerontologia, ofereçam ações de Promoção da Saúde voltadas aos moradores de instituições em países emergentes como o Brasil.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-IV-TR**: Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4th edition (text revised), Washington: American Psychiatric Association, 2000.

BRASIL. ANVISA. Resolução nº 94 de 31/12/2007. Ementa da Resolução - RDC No- 283: Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **D.O.U.** 04/01/2008.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **PORTARIA Nº 399/GM**, de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Conselho Nacional de Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº 2528**, de 19/10/2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

_____. **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Vigitel Brasil 2009**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, G.A.; PEIXOTO N.M.; CAPELLA P.D. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 12 - N° 114, 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>, acesso: 23.04.2013.

CASTELO, M. *et al.* Escala de depressão geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 26-31, 2006.

CÉSAR, I.D. Capacidade funcional em idosos institucionalizados. **Dissertação de mestrado**, Universidade de Fortaleza, 2010, 85p. Fortaleza-Ceará.

CLIFTON, A. *et al.* Oral Health Advice for People with Serious Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin** vol. 37 no. 3 p. 464-465, 2011.

DA ROSA, P.V. *et al.* Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.8, n.1, p. 38-47, 2011.

DAVIM, R.M.B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana de enfermagem**. v.12, n.03, p: 518-524. 2004.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiat Research**. v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J.

P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizado sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Pouso Alegre, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GOMES, J.E.M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J.E. Sintomas cognitivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. V. 6, n.19. p. 125-132, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Ministério do Planejamento e Gestão, Brasil. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 06.10.2011.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a terceira idade. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 19-27, 2007.

JEONG, H.Y. *et al.* Quantitative assessment of clock drawing test combined with Minimal Status Exam in screening of cognitive impairment in PD. **Abstract of the 16th International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders**, (Supplement) 27, 2012. Disponível em: <http://www.mdsabstracts.com/abstract.asp?MeetingID=787&id=99145>. Acesso em: 27 set. 2013.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1107-1111, 2008.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 31, n.12, p. 721-727. 1983.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n.3, p.179-186, 1969.

OLIVEIRA, P.H.; MATTOS, I.E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 395-406, 2012.

OLIVEIRA, P.H. Características sociodemográficas, déficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados de Cuiabá, MT. **Dissertação de mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2010, 117f. Disponível em http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2509/1/ENSP_Dissertação_Oliveira_Paulo_Henrique_e.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Brasília: OPAS, 2005.

PAVARINI, S.C.I.; MENDIONDO, M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VAROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n. 3, p.398-402, 2005.

SOUZA, M.C.M.R.; PAULUCCI, T.D. Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas. **Revista Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n.1, p. 40-46, 2011.

VAZ, S.F.A. **A Depressão no Idoso Institucionalizado**: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança. 2009. 181p. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde) – Brasília, Universidade de Brasília.

VERAS, R.P. *et al.*. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1119 - 1126. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo**: Uma política de saúde. Traduzido por Suzana Gontijo, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

CAPÍTULO 2

PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E PARTICIPAÇÃO DO IDOSO NO ATO DE CUIDAR

2.1 Avaliação do Equilíbrio e da Marcha em Idosos Fisicamente Ativos

Milena Sampaio Magalhães
Eluciene Maria Santos Carvalho
Liduina Joyce Prado Linhares
Márcia Maria Gomes Sá

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por grandes mudanças em sua constituição demográfica em virtude da redução da mortalidade e da natalidade, o que acarreta um aumento proporcional de idosos em relação à população geral (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Estima-se que em 2025 seremos a sexta maior população de idosos do Mundo, cerca de 15% com idade igual ou superior a 60 anos (FREITAS *et al.*, 2002).

A velhice é definida como um prolongamento e término de um processo representado pelo conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas influenciadas pela ação do tempo sobre as pessoas (PAPALEO, 2007). Com o acelerado envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, concede-se maior destaque às condições de saúde, principal-

mente no aspecto funcional, tornando-se ponto fundamental na avaliação do idoso (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Capacidade funcional pode ser definida como a aptidão que os idosos têm em se manterem independentes, administrando sua vida, decidindo e atuando (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2000). A avaliação desta capacidade possibilita fornecer informações úteis na identificação das limitações e perda da autonomia do idoso, de forma a melhor definir estratégias de Promoção de Saúde para eles (XAVIER *et al.*, 2000; LEE, 2000). São incluídas na capacidade funcional as atividades de deslocamento, autocuidado e participação em atividades ocupacionais e recreativas (HEIKKENEN, 1998; UENO, 1999).

Para avaliação das atividades de deslocamentos, é possível pesquisar aspectos relacionados à locomoção, como a marcha e o equilíbrio, considerados fundamentais para o desenvolvimento de atividades, com segurança e autonomia (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Com o envelhecimento, a prevalência de queixas de desequilíbrio na população aumenta, e esses fatores podem estar associados a várias etiologias, tais como: degeneração do sistema vestibular, perda progressiva da capacidade de enxergar, alterações proprioceptivas, déficit músculos esqueléticos, hipotensão postural, atrofia cerebelar, diminuição da atenção e tempo de reação; assim como todos estes fatores também podem estar relacionados à redução na habilidade em executar as atividades cotidianas (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007).

Com o envelhecimento, tornam-se comuns modificações desfavoráveis, ocasionando degeneração das estruturas responsáveis pelo ciclo da marcha e da mobilidade, levando a

limitações na realização das atividades da vida diária, como no aumento do tempo para cursar determinado percurso, na diminuição dos passos, na perda do balanço normal dos braços, redução da movimentação pélvica e escapular e a necessidade de auxílio para deslocamento (MACIEL; GUERRA, 2005; FARINATTI; LOPES, 2004). Estas alterações do equilíbrio e da marcha podem favorecer ao risco de acidentes, dos quais a queda constitui um dos principais agravos para o idoso (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007).

A queda é representada por uma perda total do equilíbrio postural (RIBEIRO; PEREIRA, 2005), e, no caso do idoso, a ocorrência desta está mais frequentemente relacionada às atividades de caminhar, subir e descer escadas (FREITAS *et al.*, 2002).

Com o objetivo de prevenir as quedas e diminuir as consequências destas, a atividade física é indicada, em que a vantagem da prática de exercícios físicos pelo idoso depende de como se processa o envelhecimento e da frequência dos exercícios praticados (MAZONE *et al.*, 2007; CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006). Estudos comprovam que idosos que se mantêm fisicamente ativos durante a vida demonstra maior flexibilidade, força muscular e equilíbrio, favorecendo assim melhor qualidade de vida no envelhecimento (CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006; FIGUEIREDO; GALANTE; SOUZA, 2003).

Visando a prevenir a ocorrência de quedas, a literatura também expressa a necessidade de visitas domiciliares, para se obter o conhecimento das principais limitações presentes nos idosos, identificando as alterações patológicas presentes nas pessoas e as condições do meio em que vivem, de forma a proporcionar subsídios aos profissionais da saúde e a orientar

a família e o idoso sobre as medidas adequadas que devem ser tomadas, dessa forma mantendo seu bem-estar e sua integridade (LOPES *et al.*, 2007).

Para que essa ação educativa possa ocorrer, é necessária a atuação eficaz de uma equipe multidisciplinar, no âmbito do qual o profissional da saúde deve ser capacitado para perceber as múltiplas causas degenerativas dos processos físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, observando sempre o indivíduo no meio em que vive (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Dessa forma, trabalhando mais a saúde do que a doença, tem-se por objetivo evitar a instalação de doenças na prevenção primária ou diminuir suas consequências, secundária e terciária (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Ante os esforços que devem ser feitos para prevenir a dependência física e retardá-la, surgiram os questionários de avaliação da capacidade funcional (ARAÚJO; CEOLIM, 2007), constituindo-se o Índice de Tinetti um dos instrumentos para avaliação de um dos aspectos da capacidade funcional, a locomoção, pela análise do equilíbrio e da marcha (TINETTI, 1996). Este índice é bastante utilizado pelos profissionais da saúde, pois detecta alterações como o grau de comprometimento na locomoção e na predisposição que as pessoas têm às quedas (CARVALHO; PEIXOTO; CAPELLA, 2007).

Em razão do crescente aumento de idosos no Brasil, e pela necessidade de uma adequada atenção de saúde, primária e secundária, a esta população que está predisposta ao surgimento de problemas de equilíbrio e marcha e, igualmente, pelo interesse em despertar a busca de conhecimentos dos mais variados profissionais que podem contribuir para a saúde funcional dos idosos, buscam avaliar o equilíbrio e a marcha em idosos fisicamente ativos em relação à frequência de quedas.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, quantitativo, desenvolvido no período de agosto a setembro de 2008, com idosas do grupo “Raízes da Vida” do então Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará (CEFET-CE), em Fortaleza-Ceará.

A amostra foi composta por 50 mulheres com idade de 60 a 89 anos, que realizavam atividade física pelo menos duas vezes por semana a no mínimo um ano. Foram excluídas as mulheres com déficit de compreensão que limitasse a execução dos movimentos mediante comandos verbais e as portadoras de sequelas neurológicas motoras e quadros crônicos que comprometessem o aparelho locomotor.

Durante o horário das atividades do grupo no CEFET-CE, as idosas foram convidadas pelas pesquisadoras a participarem da pesquisa e, após esclarecimentos sobre o estudo, prováveis riscos e benefícios, e dos aspectos éticos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado, constituindo-se condição essencial para participação no grupo estudado. Nesse momento, também foi agendado um horário para avaliação com cada idosa em uma sala reservada na própria Instituição.

A pesquisa teve início somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o Parecer n. 08-295, estando de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

A coleta de dados foi realizada, utilizando um formulário contendo variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico (idade, escolaridade e morar só), tempo de atividade física e a

escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (TINETTI, 1996). Esta escala apresenta confiabilidade interativa adequada e validade de conteúdo, tendo sido escolhida pelo fato de ser um teste aplicável em clínica; é de baixo custo; obedece a critérios de avaliações, como os distúrbios do equilíbrio humano, tanto estático como dinâmico; já ter sido validada; possuir boa confiabilidade; de fácil compreensão; possuir menos de 50 itens na avaliação, não se tornando exaustivo nem para o avaliador nem para o avaliado; ter duração de meia hora ou menos; detectar problemas de locomoção, identificando e quantificando o grau de comprometimento e estabelecendo uma pontuação basal para comparação, predizendo o risco de quedas (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007).

Pelo somatório das pontuações para equilíbrio e marcha, este índice prediz o risco de queda considerando risco mínimo de queda quanto mais próximo estiver da pontuação dois (ADAMS; O'SHEA; O'SHEA, 1999).

Na avaliação do equilíbrio, foi considerado o desempenho da idosa enquanto sentada, levantando, tentativa de levantar, os primeiros cinco minutos depois que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos (examinador empurra levemente o esterno do paciente, o qual deve ficar de pés juntos), equilíbrio de olhos fechados (em pé com os pés juntos), girando a 360° e sentado. Para a marcha, foi analisada a capacidade de iniciar a deambulação, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, direção, movimento do tronco e membros inferiores.

Na realização do teste, foi utilizada uma cadeira sem braço com fita adesiva na cor amarela com um comprimento de três metros, foi fixada ao solo para realizar a avaliação da marcha.

A pesquisa poderia incorrer em riscos mínimos para as participantes, pela possibilidade da perda de equilíbrio durante os testes funcionais, no entanto, a presença próxima e atenta das avaliadoras pôde evitar os possíveis acidentes, não necessitando recorrer à equipe de saúde existente na Instituição, que se manteve em alerta para o caso de algum acidente.

Para análise da associação entre os valores resultantes da pontuação da marcha, do equilíbrio e a total com a idade e estado civil, foram aplicados testes de confiabilidade, por meio do coeficiente de correlação, de Pearson; enquanto isso, para análise da influência com a escolaridade, tempo de atividade física e morar sozinho utilizou-se o teste t Student.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do *software* estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0, com base na estatística descritiva e inferencial, com diferença considerada significativa quando a probabilidade (p) do erro foi de 5%.

RESULTADOS

No grupo pesquisado, a idade variou entre 60 a 89 anos, com média de 69,8 anos ($\pm 8,2$); a maioria era de casados, tinham concluído o ensino fundamental e moravam acompanhadas por filhos e/ou maridos. No tocante ao tempo de atividade física, o maior percentual correspondeu a 44% (n=22), enquadrando-se no grupo de um a três anos, sendo a média de 4,7 anos ($\pm 2,8$ anos) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de idosas fisicamente ativas, segundo características sociodemográficas (n=50). Grupo “Raízes da Vida” do Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, Fortaleza-Ce, 2008.

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
60-69	25	50
70-89	25	50
Estado civil		
Solteira	9	18
Casada	21	42
Viúva	16	32
Separada	04	08
Escolaridade		
Ensino fundamental	30	60
Ensino médio até o universitário	20	40
Mora sozinha		
Sim	11	22
Não	39	78
Período de atividade física (anos)		
1-3	22	44
4-7	19	38
8-11	9	18

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 2, verifica-se que oito das dez mulheres que tiveram um índice menor do que “19” estavam na faixa etária acima de 70 anos; 60% do total das mulheres na faixa etária entre 60 e 69 anos e 36% da faixa entre 70 e 89 anos apresentavam Índice de Tinetti maior do que 24. A pontuação total das mulheres (que caracteriza o risco de quedas) variou de 10 a 27, média de 22,3 ($\pm 3,6$), sendo que 20% (n=10) destas mostram um resultado menor do que “19”.

Tabela 2. Distribuição da pontuação total pelo Índice de Tinetti em relação à faixa etária das idosas fisicamente ativas (n=50). Grupo “Raízes da Vida” do Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, Fortaleza-CE, 2008.

Pontuação total pelo índice de Tinetti	Faixa etária (anos)			
	60-69		70-89	
	n	%	n	%
10	0	0,0	1	4,0
12	1	4,0	0	0,0
14	0	0,0	1	4,0
18	1	4,0	3	12,0
19	0	0,0	3	12,0
20	0	0,0	1	4,0
21	2	8,0	3	12,0
22	4	16,0	2	8,0
23	2	8,0	2	8,0
24	6	24,0	3	12,0
25	3	12,0	5	20,0
26	3	12,0	1	4,0
27	3	12,0	0	0,0
Total	25	100,0	25	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à análise entre pontuação do equilíbrio, da marcha e total com a idade das idosas e o tempo de atividade física, observou-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) somente para a idade, assim predizendo o risco de quedas pela influencia da idade avançada (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre a idade das idosas fisicamente ativas e tempo de atividade física com a pontuação do equilíbrio, da marcha e a total (n=50). Grupo “Raízes da Vida” do Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, Fortaleza-Ce, 2008.

Variáveis	Pontuação do equilíbrio		Pontuação da marcha		Pontuação total (risco de quedas)	
	r*	p*	r	p	r	p
	Idade (anos)	-0,455	0,001	-0,286	0,044	-0,454
Tempo de atividade física (anos)	0,067	0,645	-0,106	0,463	-0,024	0,866

* r – relação das variáveis; p – nível de significância

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 4 expõe a correlação entre pontuação do equilíbrio, da marcha e total com a variável escolaridade e morar sozinha, mostrando que não houve diferença estatisticamente significante.

Tabela 4. Correlação entre escolaridade e morar só em idosas fisicamente ativas com a pontuação do equilíbrio, da marcha e a total (risco de quedas). Grupo “Raízes da Vida” do Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, Fortaleza-Ce, 2008.

Pontuação	Escolaridade		Morar só	
	Até fundamental	Médio e/ou universitário	Sim	Não
	MD DP p	MD DP t	MD DP p	MD DP t
Equilíbrio	12,5 2,3 0,578	12,9 2,6 -0,56	12,8 1,4 0,639	12,6 2,6 0,47
Marcha	9,6 1,7 0,812	9,7 1,5 -0,23	9,7 1,7 0,764	9,7 1,7 -0,3
Total	22,0 3,6 0,586	22,6 3,8 0,54	22,2 2,5 0,978	22,3 3,9 -,028

MD- Média; DP- Desvio Padrão; p- nível de significância;t- t-student.

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Ao analisar a idade com a pontuação do equilíbrio, da marcha e total, observamos uma relação estatística significativa entre estes, provavelmente em razão do ao envelhecimento, pois a maioria das mulheres das quais se verificou pontuação total menor do que “19” estava acima dos 70 anos, que corresponde a um risco cinco vezes maior de quedas (TINETTI, 1996), e que somente 36% do grupo das idosas na faixa etária de 70 a 89 anos indicaram resultado total do Índice de Tinetti maior do que “24”.

Conforme envelhecemos ocorrem redução da amplitude de movimentos de forma geral, levando assim à diminuição da flexibilidade, á associada à ocorrência de quedas no idoso, sobretudo em função de perda de mobilidade de quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral, acarretando modificações no padrão da marcha, conseqüentemente, dificultando no desempenho de tarefas diárias (CARTER; KANNUS; KHAN, 2001).

Segundo a literatura, o equilíbrio também exprime deterioração progressiva com o envelhecimento, em virtude provavelmente, da perda progressiva das células nervosas, diminuição da função proprioceptiva das articulações, processos degenerativos de estruturas do ouvido interno que são fundamentais na manutenção do equilíbrio (CONTE; LOPES, 2005; MAZZEO *et al.*, 1998; MOURA *et al.*, 1999).

A incidência de quedas aumenta com o avanço da idade por alterações dos sistemas somatossensorial, visual e vestibular, os quais fornecem *feedback* reduzido para o devido controle postural, juntamente com uma marcha deficitária (CONTE; LOPES, 2005).

Portanto, os valores encontrados no Índice de Tinetti devem ser analisados com cautela, como é explicado por autores que enfatizam ser o risco de quedas influenciado por diversos fatores, como alterações visuais, paresias, diminuição da flexibilidade e mobilidade (ADAMS; O'SHEA; O'SHEA, 1999; SAMSON *et al.*, 2000).

Na variável morar sozinho, obtivemos como resultado a não interferência desta no equilíbrio e marcha das mulheres, provavelmente pelo fato de dessas idosas participarem constantemente de atividades em grupo, o que envolve maior convívio social. Segundo alguns autores, a saúde funcional do idoso é associada à qualidade de vida, ao convívio social, à capacidade intelectual, ao estado emocional e às atitudes perante a pessoa e o Mundo (BROWN *et al.*, 2000).

Ao correlacionar as pontuações do Índice de Tinetti com o tempo de atividade física, não verificamos uma correlação positiva neste estudo, coincidindo com pesquisa publicada que também não encontrou melhora significativa da marcha e do equilíbrio após três meses de exercícios de flexibilidade, apesar dos resultados positivos quanto à mobilidade e ganho de amplitude de movimento dos idosos (REBELATTO *et al.*, 2006). Os idosos pesquisados em Rebelatto *et al.* (2006) realizaram atividade física sem supervisão direta, o que não ocorreu neste grupo estudado, supervisionado por profissionais capacitados a trabalhar com este tipo de população.

Diversos autores relatam que o treinamento sistemático tem efeito fisiológico importante no componente de equilíbrio, independentemente do tipo da atividade praticada, (HOLLMANN *et al.*, 2007; MATSUDO; MATSUDO, 1992; OKUMA, 2002; PESCATELLO; DI PIETRO, 1993; PUGGA-

ARD *et al.*, 1994). Em contrapartida, outros estudiosos expressam que a maioria das pesquisas utiliza amplos programas de intervenção, dos quais são associados o treinamento de força, equilíbrio, flexibilidade e aeróbio, o que impossibilita discernir qual dos componentes do programa promoveu as alterações observadas no equilíbrio (LI; HONG; CHAN, 2001).

CONCLUSÃO

Neste estudo, constatamos que o tempo de atividade física com maior percentual enquadrando-se no grupo de um a três anos; enquanto que a idade avançada mostrou-se como variável que influenciou o risco de quedas, mesmo ante o maior tempo de atividade física praticada pelas participantes.

Haja vista, estes resultados, recomendamos a ampliação da equipe de profissionais da saúde que lidam com os idosos, visando a desenvolver estratégias educativas quanto à prevenção de quedas, mudanças ergonômicas no ambiente, além da intervenção para o treinamento especializado do equilíbrio. Para tanto, sugerimos trabalho em conjunto do educador físico e do fisioterapeuta; em que a Fisioterapia vai atuar em relação à coordenação motora fina, treino de equilíbrio por meio da variação de posições, esquematização corporal e treino da marcha com o uso de obstáculos, alongamentos passivos em musculaturas específicas, inibição de pontos dolorosos e trabalho do controle postural.

REFERÊNCIAS

ADAMS, K.; O'SHEA, P.; O'SHEA, K.L. Aging: its effects on strength, power, flexibility, and bone density. **National Strength and Conditioning Association**, s/l, v. 21, n. 2, p. 65-77, 1999.

ARAÚJO, M.O.P.H.; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-385, 2007.

BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1.

BROWN, M. *et al.* Low-intensity exercise as a modifier of physical frailty in older adults. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. 7, p. 960-965, 2000.

CAROMANO, F.; IDE, M.R.; KERBAUY, R.R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, Niterói, v. 18, n. 2, p. 177-192, 2006.

CARTER, N.D.; KANNUS, P.; KHAN, K.M. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. **Sports Medicine**, s/l, v. 31, n. 6, p. 427-438, 2001.

CARVALHO, A.; PEIXOTO, N.M.; CAPELLE, P.D. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico por meio de protocolos de Katz e Tinetti. **Revista Digital**,

Buenos Aires, ano 12, n. 114, 2007.

CONTE, E.M.T.; LOPES, A.S. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, s/n, p. 61-75, 2005.

FARINATTI, P.T.V.; LOPES, L.N. Amplitude e cadência do passo e componentes da aptidão muscular em idosos: um estudo correlacional multivariado. **Revista Brasileira de Medicina Esporte**, v. 10, n. 5, p. 389 – 394, 2004.

FIGUEIREDO, D.; GALANTE, H.; SOUZA, L. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364 – 371, 2003.

FIGUEIREDO, K.M.O.B.; LIMA, K.C; GUERRA, R.O. Instrumento de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 4, p.408-413, 2007.

FREITAS, M. N. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro; Guanabara kooga, 2002.

GUIMARÃES, L.H.C.T. *et al.* Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista de Neurociência**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-71, 2004.

HEIKKINEN, R.L. **The role of physical activity in healthy aging**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Ageing and Health Programme, 1998.

HOLLMANN, W. *et al.* Physical activity and the elderly. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, Londres, v. 14, n. 6, p. 730-739, 2007.

LEE, Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, s/1, v. 54, p. 123-129, 2000.

LI, J.X.; HONG, Y.; CHAN, .K.M. Tai chi: physiological characteristics and beneficial effects on health. **British Journal of Sports Medicine**, s/1, v. 35, s/n, p. 148-56, 2001.

LOPES, M.C.L. *et al.* Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade idosa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 472-477, 2007.

MACIEL, A.C.C; GUERRA, R.O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2005.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K. Câncer e exercício: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 6, n. 2, p.41-46, 1992.

MATSUDO, S.M; MATSUDO, V.K.R; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

MAZONE, G.Z.; LIPOSCKI, D.B.; ANANDA, C.; PREVÊ, D. Condição de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.

MAZZEO, R.S. *et al.* Exercício e atividade física para pessoas idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 48-78, 1998.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MOURA, R.N. *et al.* Quedas em idosos: fatores de risco associados. **Gerontologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 2002.

PAPALEO, M.N. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2007.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência da incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PESCATELLO, L.S.; DI PIETRO, L. Physical activity in older adults. An overview of health benefits. **Sports Medicine**, s/1, v. 15, n. 16, p. 353-364, 1993.

PUGGAARD, L. *et al.* Physical conditioning in elderly people. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, s/1, v. 4, n. 1, p. 47-56, 1994.

REBELATTO, J.R. *et al.* Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006.

RIBEIRO, A.S.B.; PEREIRA, J.S. Melhora do equilíbrio e redução de possibilidade de queda em idosos após os exercícios de cawthorne e Cooksay. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-46, 2005.

SAMSON, M. et al. Relationships between physical performance measures: age, height and body weight in healthy adults. **Age and Ageing**, s/1, v. 29, n. 3, p. 235-242, 2000.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

TINETTI, M.E. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, s/1, v. 34, n. 2, p. 119-126, 1996.

UENO, L. M. A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 57-68, 1999.

XAVIER, F. *et al.* Octagenários de Veranópolis: as condições psicológicas, sociais e de saúde geral de um grupo representativo de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. **Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 44, n. 1-2, p. 25-29, 2000.

2.2 SAÚDE MENTAL de IDOSOS: abordagem epidemiológica populacional com o sf-36

Margareth Guimarães Lima
Marilisia Berto de Azevedo Barros

INTRODUÇÃO

Estudos sobre os aspectos epidemiológicos e sociais relacionados ao envelhecimento tiveram um avanço, no Brasil, no final da década de 1980, quando as pesquisas começaram a alertar para o rápido envelhecimento populacional, resultado das quedas acentuadas da fecundidade e da mortalidade, com a consequente alteração da pirâmide etária, ensejando intenso impacto na organização social, na economia e na saúde (IMHOF, 1987; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

Os riscos levantados nestes estudos pioneiros concretizaram-se duas décadas após, em um contexto de diversidade e desigualdades demográficas e sociais da população que está envelhecendo. A população idosa brasileira é constituída, na maior parte, por mulheres (55,8%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), o que já revela as desigualdades de gênero na saúde, que imprimem maiores taxas de morte precoce no sexo masculino. As idosas, no entanto, demonstram maior número de doenças e procuram mais os serviços de saúde (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007; LOUVISON *et al.*, 2008), tendem a apresentar quadros de depressão com maior frequência (COHEN *et al.*, 2006) e encontram-se em piores situa-

ções de estado de saúde autorreferido, em relação aos homens (SZWARCOWALD, 2005; LIMA, *et al.*, 2009).

As mulheres, em maior parte, são viúvas, e os homens são mais propícios a viver na presença de cônjuge e filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A presença do cônjuge pode ser importante, por significar maior apoio, convívio e menor solidão (GEORGE, 2010).

O nível de escolaridade e de renda da população idosa brasileira ainda persiste baixo. Metade da população estudou menos de quatro anos e 11% têm renda mensal *per capita* até meio salário mínimo. A taxa de analfabetismo no Brasil é de 9,7% e 42,6% dos analfabetos têm 60 anos ou mais de idade, com a maior proporção entre as mulheres (BRASIL, 2010a). A relação destes importantes indicadores socioeconômicos com a saúde é muito bem evidenciada em estudos epidemiológicos (BARBOSA *et al.*, 2005; ZAITUNE *et al.*, 2007; LOUVISON *et al.*, 2008). Barros *et al.* (2011), encontraram a maior prevalência do maior número de doenças crônicas, assim como de hipertensão, diabetes, enxaqueca e dores nas costas, em idosos que estudaram de zero a três anos, comparando com os que estudaram nove anos e mais, na população idosa de Campinas, SP, Brasil.

A ocupação também pode estar relacionada com a saúde dessa população. O trabalho tende a proporcionar uma situação mais positiva para o idoso, por ampliar a participação social (VERAS, 1987).

Os problemas de saúde mental são frequentes na população idosa (BLAZER, 2003; MAIA *et al.*, 2004). Alguns estudos apresentam prevalência de depressão acima de 20%

(CASTRO; COSTA, 2008; LIMA *et al.*, 2009b). No entanto os aspectos metodológicos empregados nas pesquisas sobre o tema, no entanto, e a maneira de mensuração dos transtornos mentais variam entre os estudos (CASTRO; COSTA, 2008; BEEKMAN *et al.*, 1999). Nos Estados Unidos, utilizando dados do *Behavior Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), de 2006, Strine *et al.*, (2008) encontraram uma prevalência de depressão de 6,9% em indivíduos com 55 anos ou mais. No Brasil, Barros *et al.* (2011) utilizando dados da PNAD de 2008, encontraram uma prevalência de depressão autorreferida de 8,9% e 9,5% em pessoas com 60 a 69 anos de idade e 70 e mais, respectivamente. Em quatro regiões do Estado de São Paulo, dados do ISA-SP apontam uma prevalência de 24,5% do autorrelato de depressão/ansiedade. Com dados do estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), Lebrão e Laurenti (2005), encontraram uma prevalência de 18,1% de depressão em idosos do Município de São Paulo, utilizando a Escala de Depressão Geriátrica. Estudo realizado com amostra representativa da população idosa da cidade de Bambuí-MG apontou uma prevalência de 38,5% de presença de sintomas depressivos, por meio do *General Health Questionnaire* (12 itens) (CASTRO; COSTA, 2008); e, em Montes Claros-MG, a prevalência estimada de transtornos mentais na população idosa foi 29,3%, avaliada por meio do Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP).

Estudos apontam que a saúde mental do idoso é merecedora de atenção, desde que, além de comprometer o bem-estar, impacta de maneira importante a saúde física, e diminui a capacidade de autocuidado (GOLDNEY *et al.*, 2004; STRINE *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2009b). O conhecimento de resultados de medidas de saúde mental e fatores associados na

população idosa pode ser importante para identificar grupos mais vulneráveis às piores situações, permitindo, assim, ações mais diretas e efetivas em programas de atenção à saúde desta população.

Este estudo tem como objetivo analisar fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde, que se associam à saúde mental, na população idosa de Campinas, SP, Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

É um estudo do tipo transversal, de base populacional. Foram utilizados dados do Inquérito de Saúde no Município de Campinas ISACAMP 2008, conduzido com a população não institucionalizada, residente na área urbana de Campinas, SP, em 2008 e início de 2009. A amostragem do ISACAMP foi probabilística, por conglomerados e em dois estádios: setor censitário e domicílio. Detalhes do processo amostral do inquérito encontram-se disponíveis no *site* do Centro Colaborador de Análise em Situação de Saúde (CCAS). Este estudo analisou somente os dados de indivíduos com 60 anos ou mais, que responderam o questionário do ISACAMP 2008 (1519 idosos).

Utilizaram a escala de saúde mental do *The medical outcomes study 36-item short-form health survey* (SF-36) - versão 2, um questionário de medida genérica do estado de saúde e de qualidade de vida relacionada à saúde, validado para uso no Brasil (CICONELLI, 1999). O instrumento se constitui de 36 questões e avalia oito dimensões da saúde. Neste estudo, foi utilizada apenas a escala de saúde mental, que é composta

por cinco questões sobre como a pessoa se sentiu durante as últimas quatro semanas: “Por quanto tempo, durante as últimas quatro semanas:” “Você tem se sentido nervoso?” “tão deprimido que nada pode animá-lo?” “calmo ou tranquilo?” “desanimado ou deprimido?” “feliz?”. As questões foram recodificadas e transformadas em escores, de acordo com a recomendação dos autores do instrumento e apresentados em uma escala de zero a cem, onde zero corresponde ao pior estado e cem ao melhor (WARE, 2007).

As análises consistiram de estimativas de médias da escala de saúde mental, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, número de moradores no domicílio, escolaridade, renda e ocupação; e de condições de saúde (número de doenças crônicas: 0, 1, 2 ou 3, 4 ou mais e incapacidade funcional: sem as incapacidades estudadas, incapacidades leves, moderadas, graves). A variável de incapacidades foi estabelecida da seguinte maneira: incapacidade grave (dificuldade em tomar banho ou vestir-se), moderada (dificuldade de andar um ou vários quarteirões), leve (dificuldade de andar mais do que 1 Km), e ausente (nenhuma destas dificuldades). Foram também estimadas as prevalências das questões que compõem a escala de saúde mental do SF-36, e as razões de prevalência com os respectivos intervalos de confiança (IC 95%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos neste estudo apenas os idosos capazes de responder ao próprio questionário, totalizando 1431, com idade média de 68,8 anos (95% CI: 68,1-69,5), sendo a maior parte constituída por mulheres (56,9%).

A média do escore da escala de saúde mental do SF-36, na população idosa de Campinas, foi de 77,7 em uma escala de 0 a 100, e esteve acima da média da população de 4 regiões do Estado de São Paulo, segundo pesquisa realizada em 2001 e 2002, em Botucatu, Campinas, Butantã e região da grande São Paulo, que foi 69,9 (LIMA *et al.*, 2009a).

Nas tabelas 1 e 2, verificam-se os fatores demográficos, socioeconômicos e de condições de saúde, que estiveram associados com a saúde mental da população estudada, avaliada com a escala do SF-36. A associação com sexo persiste, mesmo após os ajustes por idade e variáveis demográficas e socioeconômicas. Os idosos do sexo masculino estão em melhores situações de saúde mental do que os do sexo feminino. Os homens apresentam uma média de 80,3 no escore de saúde mental, enquanto as mulheres estão com 75,8, revelando uma diferença de 4,5 pontos percentuais na análise bruta. Estes resultados estão coerentes com os encontrados em outros estudos, revelando o pior estado de depressão e saúde mental nas mulheres (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; CASTRO; COSTA, 2008; LIMA *et al.*, 2009a).

Consideramos que seja importante avaliar a saúde segundo faixa etária, pois o aumento do número de idosos mais velhos é evidente. No Brasil, mais de 23 mil pessoas passaram dos 100 anos em 2010 (IBGE, 2010a). Nesse sentido, é esperado que as condições de saúde da população idosa sejam distintas no grupo de idosos mais jovens e nos mais velhos. Foi verificado, na população estudada, o fato de que os idosos com 70 a 79 anos se encontram em piores condições do que aqueles com 60 a 69 anos. Na faixa dos 80 anos, a média tende a aumentar. Lebrão e Laurenti (2005) encontraram a maior prevalência de depressão nos idosos mais jovens, diminuindo após os 75 anos.

Tabela 1. Médias e diferenças entre as médias dos escores da escala de saúde mental do SF-36, segundo condições demográficas. População idosa de Campinas, SP, Brasil. ISACAMP 2008.

Variáveis		N	Média dos escores de saúde mental	Diferenças ajustadas entre as médias* (Valores de p)
Sexo	Masculino	579	80,3	-3,8 (0,001)
	Feminino	852	75,8	
Faixa etária (anos)	60 a 69	799	78,9	-2,7 (0,029)
	70 a 79	470	75,6	
	80 e mais	162	77,5	
Situação conjugal	Casado/ unido	812	79,4	-1,2 (0,477)
	Solteiro/ separado	203	77,5	
	Viúvo	416	74,1	
Religião	Católica	950	77,4	2,3 (0,114)
	Evangélica	318	78,8	
Número de moradores no domicílio	Outras/sem religião	162	76,7	-2,5 (0,167)
	1	242	78,0	-0,1 (0,941)
	2	551	78,9	
	3	283	76,8	
4 ou mais	355	75,9		

* Betacoefficientes estimados por via de regressão linear múltipla. Variáveis que entraram no modelo para os ajustes: sexo, faixa etária, escolaridade e renda mensal *per capita*.

Os viúvos estão em piores situações em relação aos casados, mesmo depois do ajuste por idade e outras variáveis. A falta do cônjuge pode ser um evento estressante, considerando o suporte, a companhia e menor solidão (GEORGE, 2010).

Uma pesquisa do tipo qualitativa com idosos na Bahia aponta que alguns idosos admitem a viuvez de maneira natural, outros relatam que pode representar alívio, porém, ser viúvo se traduz em isolamento social, sofrimento e saudade, para outros.

Na tabela 2 observa-se que a situação de estar inserido no trabalho é um fator positivo para a saúde mental do idoso. Aqueles que não trabalham, mesmo sendo aposentados, e as donas de casa, exprime médias inferiores, no escore de saúde mental, em relação aos idosos que trabalham, depois de ajustes para sexo, idade, nível de escolaridade e renda.

O impacto da doença crônica na saúde mental revela-se forte. Os idosos que exibam duas ou três doenças e aqueles com quatro ou mais morbidades demonstram, respectivamente, médias de 76,3 e 70,6 na escala de saúde mental avaliada com o SF-36, enquanto naqueles que não têm doenças crônicas, a média do escore é de 84,2. Lima et al (2009b), estudando o impacto da doença no estado de saúde do idoso, por meio do SF-36, descobriram que doenças como AVC, hipertensão, diabetes, doenças osteomusculares -como a osteoporose e os problemas de coluna - e as doenças reumáticas, além de comprometerem a saúde física, impactam de maneira significativa a saúde mental do idoso, principalmente considerando o acúmulo das doenças.

Condições de capacidade funcional também se associam, com intensa magnitude, à saúde mental na população idosa. A média do escore daqueles que declaram não ter limitações para tarefas diárias é de 80,3 em escala de 0 a 100, enquanto os que têm incapacidade moderada apontam uma média de 67,5; e com incapacidade grave, a média cai para 62,3.

Tabela 2. Médias e diferenças entre as médias dos escores da escala de saúde mental do SF-36, segundo condições socioeconômicas, número de doenças crônicas e capacidade funcional. População idosa de Campinas, SP, Brasil. ISA-CAMP 2008.

	Variáveis	n	Média dos escores de saúde mental	Diferenças ajustadas entre as médias* (Valores de p)
	0 a 3	503	75,8	
Escolaridade	4 a 8	586	76,8	0,6 (0,963)
	9 ou mais	341	81,2	3,5 (0,064)
	< 1 SM	571	75,5	
Renda	1 a 4 SM	696	78,8	2,6 (0,058)
	>4 SM	164	80,7	2,7 (0,148)
	Trabalha (aposentado ou não)	294	84,0	
Ocupação	Aposentado	725	76,6	-6,7 (0,000)
	Dona de casa	390	74,8	-6,2 (0,000)
	Nenhuma	278	84,2	0
Número de doenças crônicas	1	337	80,3	-3,6 (0,006)
	2 ou 3	562	76,3	-6,8 (0,000)
	4 ou mais	234	70,6	-12,2 (0,000)
Incapacidade funcional	Sem limitações	831	80,3	0
	Leve	351	79,9	0,7 (0,755)
	Moderada	114	67,5	-11,9 (0,000)
	Grave	135	62,3	-17,2 (0,000)

* Betacoefficientes estimados por via de regressão linear múltipla. Variáveis que entraram no modelo para os ajustes: sexo, faixa etária, escolaridade e renda mensal *per capita*.

Ao analisar as questões separadas que compõem a escala

de saúde mental do SF-36 (tabelas 3 e 4), é possível visualizar com maior particularidade como os sentimentos de nervosismo, depressão, de estar calmo e de felicidade se distribuem segundo sexo, situação conjugal, ocupação e condições de saúde, na população estudada.

A tabela 3 exprime a prevalência de aspectos negativos, relativos à saúde mental (deprimido, muito deprimido e nervoso). A prevalência de sentir-se nervoso foi maior naqueles que não trabalham, nos que expressam maior número de doenças crônicas e naqueles com incapacidades moderadas. Os idosos que declararam sentir-se deprimidos por maior tempo são, em maior parte, mulheres, viúvos, que não trabalham, com maior número de doenças crônicas e com incapacidades. Reforçamos o prejuízo da falta de ocupação nos idosos e do intensivo impacto das incapacidades na saúde mental desta população, observando a presença destes fatores também entre os que se encontram muito deprimidos por maior tempo, avaliados por meio da expressão: “tão deprimido que nada pode animá-lo”.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência de fatores relativos à saúde mental em idosos, segundo variáveis demográficas e de condições de saúde. ISACAMP 2008.

Variáveis		Prevalência e razão de prevalência* nas últimas 4 semanas					
		Nervoso		Muito deprimido		Deprimido	
		(%)	RP (IC 95%)	(%)	RP (IC 95%)	(%)	RP (IC 95%)
Sexo	Masculino	07,2	1	04,1	1	05,3	1
	Feminino	10,9	1,42 (0,96-2,09)	06,3	1,38 (0,85-2,26)	09,9	1,55 (1,03-2,34)
Situação conjugal	Casado	08,8	1	0,43	1	05,2	1
	Solteiro	08,4	0,90 (0,51-1,58)	05,7	1,25 (0,69-2,26)	06,7	1,25 (0,69-2,47)
	Viúvo	10,6	0,99 (0,65-1,51)	07,3	1,25 (0,74-2,11)	12,3	2,06 (1,43-2,98)
Ocupação	Trabalha (aposentado ou não)	04,8	1	01,3	1	03,0	1
	Aposentado	09,8	2,0 (1,13-3,69)	05,4	3,5 (1,14-10,6)	08,4	2,54 (1,42-1,01)
	Dona de casa	11,9	1,98 (1,12-3,50)	08,6	5,2 (1,81-15,3)	09,0	1,99 (1,01-3,93)
Número de doenças crônicas	Nenhuma	04,1	1	03,1	1	03,8	1
	1 ou 2	05,3	1,24 (0,59-2,56)	02,9	0,86 (0,30-2,45)	04,4	1,09 (0,48-2,46)
	3 ou 4	10,6	2,44 (1,29-4,61)	06,0	1,63 (0,70-3,77)	07,8	1,83 (1,05-3,21)
	5 ou mais	17,5	3,87 (1,80-8,35)	09,9	2,34 (0,93-5,85)	14,4	3,16 (1,71-5,84)
Incapacidade funcional	Sem limitações	07,7	1	02,8	1	03,9	1
	Leve	07,4	0,88 (0,52-1,47)	05,3	1,73 (0,76-3,91)	07,4	1,77 (0,89-3,53)
	Moderada	21,7	2,63 (1,77-3,90)	10,4	3,36 (1,65-6,82)	14,9	3,56 (1,91-6,62)
	Grave	14,1	1,71 (0,94-3,13)	17,9	5,81 (2,80-12,0)	23,2	5,61 (3,06-10,2)

*Razão de prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade, por meio de regressão múltipla de Poisson.

A tabela 4 contém as prevalências e razões de prevalências, ajustadas, de sentimentos positivos (calmo e feliz), segundo sexo, situação conjugal, ocupação e condições de saúde, nos idosos estudados. Os indicadores positivos de saúde são considerados importantes por serem preditores da saúde futura e por traduzirem o perfil de bem-estar da população (BENYAMINI *et al.*, 2000; IOM, 2010). Pesquisas epidemiológicas evidenciam que o maior sentimento de felicidade e o otimismo se relacionam com o menor risco de doenças, de mortalidade e de incapacidades (BENYAMINI *et al.*, 2000; KUBZANSKY 2007; COLLINS *et al.*, 2008); e com maior engajamento em comportamentos mais saudáveis (VEENHOVEN, 2008).

Tabela 4. Prevalência e razão de prevalência de fatores relativos à saúde mental em idosos, segundo variáveis demográficas e de condições de saúde. ISACAMP 2008.

Variáveis		Prevalência e razão de prevalência* nas últimas 4 semanas			
		Calmo		Feliz	
		(%)	RP (IC 95%)	(%)	RP (IC 95%)
Sexo	Masculino	69,0	1	81,5	1
	Feminino	63,6	0,93 (0,85-1,02)	74,3	0,93 (0,87-0,99)
Situação conjugal	Casado	67,4	1	81,9	1
	Solteiro	67,5	1,01 (0,89-1,15)	74,8	0,91 (0,84-0,99)
	Viúvo	62,1	0,97 (0,88-1,08)	68,6	0,86 (0,80-0,93)
	Trabalha (aposentado ou não)	75,1	1	88,5	1
Ocupação	Aposentado	63,5	0,86 (0,79-0,95)	75,0	0,86 (0,79-0,93)
	Dona de casa	63,7	0,92 (0,82-1,04)	72,5	0,87 (0,79-0,95)
	Nenhuma	76,9	1	86,6	1
Número de doenças crônicas	1 ou 2	70,5	0,92 (0,84-1,00)	79,6	0,92 (0,86-0,99)
	3 ou 4	63,5	0,83 (0,75-0,92)	77,3	0,91 (0,85-0,97)
	5 ou mais	53,9	0,71 (0,60-0,84)	63,8	0,76 (0,66-0,87)
Incapacidade funcional	Sem limitações	68,7	1	82,6	1
	Leve	72,4	1,07 (0,93-1,24)	81,9	1,01 (0,92-1,11)
	Moderada	52,7	0,79 (0,64-0,96)	60,5	0,74 (0,63-0,88)
	Grave	42,7	0,63 (0,48-0,83)	44,7	0,55 (0,43-0,71)

*Razão de prevalência ajustada por idade, sexo e escolaridade, por meio de regressão múltipla de Poisson.

Sentir-se calmo esteve associado apenas às condições de saúde, nesta população: número de doenças crônicas e incapacidade funcional. Quanto ao sentimento de felicidade por maior tempo, a maior prevalência esteve presente nos homens, nos idosos casados, nos que trabalham, que não apresentam doenças crônicas, e nos que não exibem incapacidades funcionais. A maior magnitude de associação em relação à felicidade foi observada com as incapacidades: 82,6% dos idosos que não

mostram limitações em atividades diárias se declaram felizes por maior tempo, enquanto que este sentimento esteve presente em apenas 60,5% e 44,7% dos idosos que têm incapacidades moderadas ou graves, respectivamente.

Este estudo indicou que alguns segmentos da população idosa são mais vulneráveis a apontar as piores condições de saúde mental, sendo estes: os idosos do sexo feminino, os idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos, os viúvos, os que não estão inseridos em ocupação fora de casa, os doentes crônicos e aqueles com incapacidades funcionais. A ocupação e as incapacidades chamam a atenção em relação à depressão, considerando grande magnitude de associação com a maior intensidade do sentimento de depressão. Autores apontam que a inserção ocupacional é importante para o idoso, por melhorar a autoestima, o engajamento social e os relacionamentos (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; DEPS, 2007; LUZ; AMATUZZI, 2008). Por outro lado, considerando que os estudos transversais são limitados em detectar causa, idosos em piores condições de saúde mental podem estar menos motivados para a busca de atividades ocupacionais.

As doenças crônicas são afecções de saúde que, se instaladas, tendem a permanecer por longos períodos, ora agudos, ora com melhoras (ALMEIDA *et al.*, 2002). Nesse sentido, é importante conhecer o quanto as doenças impactando a saúde das pessoas, e que elas sejam controladas, em relação às suas sequelas. Neste estudo, as comorbidades revelam-se merecedoras de atenção, pelo impacto na saúde mental, tanto em relação aos aspectos positivos, quanto aos negativos.

A capacidade funcional é um tema importante no campo da saúde coletiva, visto que o grande desafio da política de

envelhecimento ativo, proposto pela World Health Organization (2005), é que as pessoas envelheçam com autonomia e independência, com a conseqüente capacidade para gerenciar a própria vida.

É importante considerar que os serviços de saúde especializados ainda estão precários para atender a demanda de idosos com importante prevalência de algum transtorno mental, e que estes transtornos são possíveis de tratamento, apesar de crônicos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

CONCLUSÃO

Este estudo apontou considerável associação da capacidade funcional com a saúde mental nos idosos. Pode ser que as incapacidades estejam impactando a saúde mental ou por causalidade reversa, as piores condições de saúde mental estejam levando o idoso a uma pior situação de capacidade funcional. Assim, elevar o nível de saúde mental da população é também relevante para ganhos em autonomia, independência e autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização dos serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p. 743-756, 2002.

BARBOSA, A.R. *et al.* Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1177-85, 2005.

BARROS, M.B.A. *et al.* Social inequalities in health among elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, Sup 2, p.198-08, 2011.

BEEKMAN, A.T.; COPELAND, J.R.; PRINCE, M.J. Review of community prevalence of depression in later life. **The British Journal of Psychiatry** n. 174, p. 307-11, 1999.

BENYAMINI Y., *et al.* Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. **Journal of Gerontology: physiological sciences**, v. 55 B, nº 2, p. 107 -16, 2000.

BLAZER, D. G. Depression in later life: review and commentary. **Journal Gerontology a Biology Science Medicine Science**, v. 58, n. 3, p. 249 -65, 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estatuto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida população Brasileira. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

CASTRO-COSTA E. *et al.*, Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n.2, p. 104-9, 2008.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COHEN, L.S. *et al.* Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. **Archive General Psychiatry**, v. 63, n. 4, p. 385-90, 2006.

COLLINS, A.L.; GOLDMAN, N.; RODRIGUEZ, G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? **Journal Gerontology a Biology Science Medicine Science**, v. 63, n. 6, p. 321-27, 2008.

DEPS, V.L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: Neri, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 7^a. Ed, 2007.

GEORGE, L.K. Still happy after these years: research frontiers on subjective well-being in later life. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v. 65B, n. 3, p. 331-39, 2010.

GOLDNEY, R.D. *et al.* Diabetes, depression and quality of life. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1066-70, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Comunicação social de 29 de novembro de 2010**. [homepage na internet] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766 Acesso em: 29/04/2011.

IMHOF, A.E. Possible consequences of increasing life expectancy in Brazil. The perspective of a European historical demographer. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 447-64, 1987.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. **Leading Health In-**

dicators for Healthy People 2020: Letter Report. Washington, DC: The National Academies Press, 2010.

KUBZANSK, L.D.; THURSTON, R.C. Emotional vitality and incident coronary. **Archive General Psychiatry**, v. 64, n. 12, p. 1393-01, 2007.

LEBRAO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LIMA, M.G *et al.* Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2159-67, 2009a.

LIMA, M.G *et al.* Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. **Revista Panamericana del Salud Publica**, v. 25, n. 4, p. 314-21, 2009b.

LIMA-COSTA, M.F.; LOYOLA FILHO, A.I.; MATOS, D.L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-2003). **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2467-68, 2007.

LOUVISON, M.C.P. *et al.* Desigualdade no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 733-40, 2008.

LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M. M. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 303-7, 2008.

MAIA, L.C.; DURANTE, A.M.G.; RAMOS, L.R. Preva-

lência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-6, 2004.

STRINE, T.W. *et al.* Depression and anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Psychiatric Services**, v.59, p.1383-90, 2008.

SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.1, p. S4-S5, 2005.

VEENHOVEN, R. Health happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive care. **Journal of Happiness Study**, n. 9, p. 449-469, 2008.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 225-33, 1987.

WARE, J. E. *et al.* **User's Manual for the 36v2® Health Survey** (2nd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, DC: OPAS; 2007. (Scientific Publication n. 662)

ZAITUNE, M.P.A. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1329-38, 2007.

2.3 CUIDADOS ao IDOSO QUEIMADO - sob o prisma da política de humanização.

Marilene Calderaro Munguba
Elcyana Bezerra de Carvalho
Fátima Luna Pinheiro Landim

INTRODUÇÃO

Até o ano de 2040, os idosos representarão quase um quarto do total de habitantes do País, cerca de 52 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Essa população constitui o segmento que mais cresce na realidade brasileira, não podendo ser encarada somente em termos de números, uma vez que se utilizam de serviços sociais e médicos com maior frequência, envolvendo maiores custos, por implicar, normalmente, tratamentos mais complexos/prolongados e recuperação mais lenta (MENDES *et al.*, 2012). A expressividade das demandas situa esse fenômeno na ordem de prioridades da Saúde Pública/Coletiva, em particular, do planejamento e da gestão de políticas públicas de saúde.

Parte das atividades de campo da disciplina Terapia Ocupacional nos Processos Clínicos e Cirúrgicos de uma Universidade privada, na capital Fortaleza, colocou as autoras desse ensaio em contato com a realidade de um Centro de Tratamento de Queimados. Nesse espaço, puderam constatar uma realidade: se o somar de anos concebe a todos os humanos a abonação de chegar à velhice, entretanto as condições de declínio físico, sensorial, cognitivo e emocional, associadas à

redução de participação social, depressão, demências e outras, somam multicausalidades para riscos de acidentes domésticos, em especial as queimaduras nesse segmento populacional.

Por se tratar a queimadura de causa maior de espoliação no ser humano (LIMA JÚNIOR; NOVAES; GOMES, 2008, p.566), o impacto é intenso nas dimensões físico-fisiológicas – repercussões proporcionalmente devastadoras à condição de fragilidade do idoso, quando a queimadura pode figurar como causa preponderante de morte. É que peculiaridades são configuradas no envelhecimento cutâneo do idoso, escreve Nascimento (2002), levando-o a risco maior de sofrer lesões profundas pela queimadura, com cicatrização mais lenta, expondo-se deste modo às infecções.

Ainda-se, aperceber “sem pele”, sem proteção e em ambiente estranho é fator desencadeante de fragilidade emocional. Além da autoimagem comprometida, o ambiente e a rotina hospitalar têm repercussões importantes na percepção do idoso. A submissão a uma rotina diferente em um ambiente que, historicamente, é “a casa da morte”, produz ansiedade, angústia, medo, insegurança e perda de autonomia. Sobre o tema, Azeredo; Rocha; Carvalho (2011, p.40) ressaltam que “ao se transformar o hospital no local onde as pessoas adoecem e morrem, as questões inerentes a este ato, antes compartilhadas socialmente — pois a morte era domiciliar — ficam restritas ao âmbito hospitalar”. Ocorreram ajustes nas funções do hospital e repercussões sociais, de maneira que a morte no hospital passou a representar traço cultural e expectativa a ser considerada pelos que necessitam de internação. Portanto, uma vez queimados, várias são as dificuldades enfrentadas pelos idosos, incluindo a perspectiva da vivência da internação hospitalar.

Por outro lado, há de se considerar que cada “sujeito queimado” possui modo particular de significar e portar-se ante as experiências de dor, de perdas e privações vividas (LIMA JÚNIOR; NOVAES; GOMES, 2008, p.566), sendo mister à equipe de assistência em saúde assumir postura acolhedora, em que o cuidado é “pele substituta”, ou seja, traz o conforto que contribui para a reconstituição também da pele emocional. Munguba; Vicentini (2008) concordam e garantem que esta função deve ser exercida durante o período de hospitalização até a alta hospitalar ou ambulatorial, prolongando-se no acolhimento familiar.

Tratar o idoso queimado, portanto, demanda prontidão por parte do profissional em estabelecer vínculo, exercitar a escuta e acolhe-lo. Esta atitude repercute positivamente na evolução clínica do idoso, em especial na sua preparação/aceitação da rotina médico-hospitalar, bem como dos procedimentos dolorosos – que, para o queimado e seu cuidador, são de procedimentos que ensejam sofrimento intenso e sistemático, difícil de resistir/superar. Vale aqui o fato de enfatizar que o acompanhante/cuidador é muito importante nessa hora, constituindo uma díade com o idoso. Atuam essas pessoas, muitas vezes, na mediação idoso-equipe interdisciplinar; o que é favorável à condução da assistência, sendo, portanto, determinante que a equipe esteja atenta a esta demanda, investindo tempo no acolhimento, escuta e orientação.

Desenha-se, portanto, nesse período de internação, um panorama em que o idoso queimado não protagoniza sozinho, mas atua nele toda uma equipe de profissionais, além da família, na pessoa de seu acompanhante principal. Escreve Coutinho (2008, p.289) que trabalhar em Centros de Tratamento de Queimados não é tarefa simples, por serem:

“[...] centros especializados no atendimento de pacientes grandes queimados com risco de morte iminente. É um lugar de sofrimento, marcando pacientes, famílias e a equipe de profissionais. Pode ser percebido como um local extremamente ameaçador [...]”

Pensando que a relação entre todos esses agentes são permeadas por solidariedade, porque as atividades cotidianas envolvendo a dor/sofrimento atingem a todos, ressalte-se a necessidade de estudar a equipe interdisciplinar que trata de idosos queimados, traçando os *links* com a política de humanização do cuidado.

Acredita-se que estudos relativos são importantes não em razão do aumento da população idosa nas sociedades em geral, mas também porque há a necessidade de estruturação de serviços, programas e políticas públicas de saúde que possam responder às demandas emergentes – esperando-se, ainda, dos profissionais que se voltem eles para essa realidade, adotando posturas e medidas interventivas congruentes com o novo perfil epidemiológico do País. Sobre o tema escrevem Almeida; Aguiar (2011, p.44): a “*mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira leva à necessidade de um melhor preparo dos profissionais de saúde para prestarem cuidados ao idoso.*”

É também relevante o tema pela contribuição trazida no âmbito da consolidação da política de humanização, divulgando o Humaniza-SUS (BRASIL, 2007; PASCHE; PASSOS; BARROS, 2009) com seus princípios norteadores, bem como pode servir de subsídio para modificações na organização do trabalho e gestão da saúde, para fomentar o saber da equipe multiprofissional, a promoção de relações democráticas no ambiente laboral, os programas de educação permanente, bem como investimento/valorização dos profissionais da rede.

Para Santos Filho; Barros; Gomes (2009, p.605) a humanização

[...] efetiva-se nas práticas em saúde a partir delas, [...], das formas como agimos no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências, com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia-a-dia dos serviços de saúde.

Estes mesmos autores dão ênfase à mudança de paradigma da gestão, estabelecendo-se a gestão participativa que preconiza o estímulo à participação de todos os componentes da comunidade hospitalar no planejamento e tomada de decisões; atenção às relações entre os sujeitos do cuidado; atendimento centrado no cliente; e a clínica ampliada. Assim, a humanização terá a possibilidade de se estabelecer no cotidiano hospitalar.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, de cunho qualitativo (MINAYO, 2010) junto aos profissionais de Enfermagem que prestavam assistência aos idosos em um Centro de Tratamento de Queimados-CTQ de um hospital de referência terciária no Município de Fortaleza, Ceará. Sobre a opção por esses trabalhadores, cabe aqui esclarecer que, em função de uma “escala hierárquica” (FERREIRA, 2005), existe no sistema hospitalar a procura por definir um território específico de intervenção, sendo o corpo de enfermagem a reivindicar para si as tarefas/práticas mais “relacional”, ligadas à escuta e à resolução das necessidades imediatas do doente.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2011, tendo participado como informantes as cinco enfermeiras da unidade retrocitada, 11 técnicos de Enfermagem, seis auxiliares de Enfermagem. Predominou o sexo feminino na amostra (16 trabalhadoras). Corrobora esse achado os escritos de Elias; Navarro (2006) quando ressaltam que o trabalho exercido no hospital é realizados por parcela significativa de mulheres. A idade variou de 27 a 60 anos, tendo sido registrado tempos de serviço diferenciados para cada profissional – menos tempo, seis anos; e mais tempo, 31 anos – sendo que a marca de 18 anos de exercício profissional se mostra em equilíbrio nas três categorias, o que empresta maior relevância aos depoimentos coletados.

Aplicou-se a entrevista, usando as seguintes questões disparadoras: o que motivou a sua escolha de trabalhar em um CTQ? Como você percebe o atendimento ao idoso queimado? Como você se sente ao atender um idoso queimado? Como você percebe a atuação da equipe interdisciplinar no atendimento do idoso queimado e de seu acompanhante/cuidador? O processamento se utilizou da Análise Temática (MINAYO, 2010), organizando-se os depoimentos nos núcleos temáticos: motivações para trabalhar no CTQ; sentimentos dos profissionais de Enfermagem relativos ao cuidado prestado ao idoso queimado e percepção dos profissionais de Enfermagem acerca da interdisciplinaridade no atendimento ao idoso queimado.

Relativamente ao questionamento quanto as motivações para trabalhar com pacientes queimados, na realidade deste estudo com idosos no contexto do CTQ, os informantes emitiram depoimentos que foram didaticamente organizados em dois subnúcleos temáticos: “escolha pessoal”; e “alocação pela direção do serviço”.

Foram respeitados os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (GOLDIM, 2011), garantindo-se a privacidade dos sujeitos da pesquisa, a confidencialidade quanto às informações sigilosos dos envolvidos na pesquisa e o devido respeito à dignidade humana. Prevendo o sigilo das informações e objetivando resguardar a identidade dos depoentes, reportam-se a eles por suas profissões, sendo as enfermeiras grafadas neste ensaio como E1 até E5; os técnicos de Enfermagem TE1 até TE11; e auxiliares AE1 a AE6.

Sem conflito de interesse, o estudo foi aprovado pelo Centro de Tratamento de Queimados como parte das atividades de campo da disciplina Terapia Ocupacional nos Processos Clínicos e Cirúrgicos da Universidade de Fortaleza.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Motivações para trabalhar no CTQ

As especificidades fazem com que as intervenções em um CTQ sejam muito variáveis, complexas e, também, do ponto de vista psicológico, difíceis de realizar. A medida dos resultados no sentido do bem-estar da clientela guarda estreita relação com uma equipe especializada, desenvolvendo ações altamente interdependentes. Considerados os níveis de estresse dos que vivenciam esse cotidiano, trabalhar assumindo o cuidado terapêutico de queimados nem sempre é uma escolha idealizada.

Nesta pesquisa, apenas dois trabalhadores entrevistados, um técnico TE6 e um assistente de enfermagem AE3, tiveram a oportunidade de escolher trabalhar no CTQ. Do alto

de seus 18 anos de serviços prestados a pacientes queimados, AE3 esclarece: o que motivou a sua escolha por trabalhar no CTQ foi “*adquirir conhecimentos sobre o tratamento oferecido a esses pacientes*”. Este ideal declarado de aprendizado mediante a possibilidade de atuar em um serviço de alta complexidade remete às explanações de Rossi; Dalri (2008), pesquisadoras que defendem a posição de que atuar em CTQ em seja, além das especialidades, acesso a programas de educação permanente, que lançam o profissional ao universo da pesquisa e da constante atualização.

Muito embora transpareça lógica a atualização, a efetivação desta é um verdadeiro desafio nas instituições hospitalares, que impõem normas em relação ao tempo, rotatividade de pessoal, dependência hierárquica, circulação de informação e execução dos atos propriamente ditos (FERREIRA, 2005). De tal sorte, a “escolha” de início até transparece egoísta e desfocada. Ocorre que, posterior a ela, ou seja, ao se aperceber inserido naquela específica rotina, o profissional que a escolheu passa a se sentir necessário e útil – é quando toda modalidade de auferir conhecimentos é também interpretada por estes como modos de ajudar pessoas. Para TE6, que há seis anos exerce sua profissão no setor de queimados, a frase “*fazer o diferencial*” sintetiza sua maior motivação, ou seja, poder contribuir para minimizar o sofrimento e as sequelas das vítimas de queimaduras.

Para a maioria dos trabalhadores do CTQ pesquisado, a dinâmica de alocação seguiu uma lógica institucional imposta já na admissão por processo seletivo, ou decorrer de uma distribuição que considerava a carência de recursos humanos. Mesmo para estes, as falas denunciam certo grau de conforto, depois de anos atuando na área. Informa AE2: “*Não tive escolha, mas adorei!*”; seguido pelo depoimento de E1 – enfermeira que,

como a assistente E2, há mais 30 anos trabalha com pessoas queimadas – “*Não foi escolha! Ao entrar no hospital, por concurso, fui lotada nesse setor e até agora considero o melhor setor do hospital*”.

Na mesma linha de pensamento, depõe TE7: “*Dezoito anos atrás fui direcionada para este setor e continuo até hoje por puro amor ao próximo*”. À vista dos depoimentos, pode-se pensar como Schneider; Silva (2010, p.187) que “o trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas”, na vida dos profissionais de Enfermagem em questão, com repercussões nas suas relações pessoais e na autoestima. Esses profissionais se sentem cumprindo com um seu papel social, ao tempo em que trazem alívio para dores físicas e da alma.

Sentimentos dos profissionais de Enfermagem relativos ao cuidado prestado ao idoso queimado

Existem, pelo menos, duas variações da palavra “cuidado” no idioma inglês, escreve Ferreira (2005): *to cure*, para se referir ao aspecto mais formal do tratamento das pessoas em uma relação; e *to care*, significando cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção, todos sinônimos imbricados de certos valores e sentimentos. No nosso contexto sociocultural, entretanto, se torna difícil separar/diferenciar nas relações os aspectos afetivos, dos aspectos mais técnicos do cuidado à saúde; de mesmo modo, não se consegue com facilidade compartimentalizar comportamentos/sentimentos, tendo em conta as duas formas clássicas de prestação de serviços em saúde: a ajuda e a intervenção (em analogia à *cure* e ao *care*, de origem estadunidense).

O que se pode dizer dos dados neste núcleo temático é que foram registrados diferentes sentimentos da parte dos

entrevistados, sem que fizessem eles menção à prerrogativa de direito do paciente, ou que fossem associados claramente ora ao ato altruísta de cuidar, ora à ação meramente técnica. É que, dentro das práticas de saúde a ação na qual alguém presta auxílio a um outro sempre obriga as pessoas a recorrerem às qualidades adquiridas na vida pessoal, e não meramente profissional. De acordo com Ferreira (2005) tal situação é o que pode emprestar confusão à proposta de “humanização do cuidado” na relação terapêutica, quando posturas caridosas banalizam a prestação de cuidados, sendo, por essa razão, advertidas nos textos do Ministério da Saúde:

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma política de humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde (BRASIL, 2007).

À luz dessas inferências, destaque-se o pronunciamento de um técnico de Enfermagem acerca de como se sentia ante aos cuidados com o idoso queimado: *“Muito feliz, porque sei que estou dando o melhor de mim para que o paciente tenha sua plena recuperação”*. (TE3).

Outros entrevistados mencionaram o sentimento de “tristeza”, ou seja, nas suas declarações, os trabalhadores confienciaram sentirem-se tristes quando atendem às demandas de um idoso queimado. Entende-se que ao se expressarem nesse sentido, denunciam uma relação de cunho mais afetivo; e suas falas, que beiram o desabafo, tomam corpo de queixas dos mo-

tivos/causas sociofamiliares que levam o idoso a buscar ajuda no CTQ: tentativa de suicídio, abandono, negligência e maus-tratos familiares. Duas falas representam bem essa realidade:

“Às vezes... Ou, melhor: na maioria das vezes a gente se sente triste! Principalmente quando se trata de maus-tratos” (E2).

“Fico muito triste, porque, no geral, são pacientes que atentaram contra sua vida, e são pacientes gravíssimos” (TE1).

Ao lhe ser dada a voz, TE4 apresentou para denunciar um abandono/negligência familiar aparentemente sofrido pelos idosos aos quais dedica cuidados: *“Tenho pena! E lamento haver idosos que não recebem cuidados pelos mais novos da família”*. Complementarmente, TE1 esclarece: *“...na maioria, o idoso já chega no serviço bastante debilitado. Tenho muita pena!*

Mesmo quando expressam seus sentimentos exatamente pela condição de queimado do idoso, os profissionais neste estudo tendem a se identificar com a estória de vida que o envolve. É o que transparece acontecer com o auxiliar de enfermagem AE4, quando verbaliza seu sentimento de “pena”:

“Sinto muita pena! Pois, depois de tanto lutar pela vida – que não é muito fácil –, ainda passar por um tratamento de queimaduras que além de prolongado é bastante sofrido?!” (AE4).

O sentimento de tristeza e pena, por vezes, concede lugar a outros mais negativos. Nessa direção, AE2 declara ser *“deprimente para o próprio idoso, e para quem o atende”*, e com esse depoimento deixa informado o seu estado de dissonância. O mesmo fenômeno transparece ser vivenciado por TE6, que percebe o tratamento ao queimado como *“doloroso, demorado e*

de recuperação difícil”; e por AE1, para quem cuidar é “*muitas vezes difícil, pelas complicações conjuntas* (referindo-se a morbidades crônicas associadas) *e pelo acesso à cultura*” (fazendo menção ao pudor dessas pessoas em expor o corpo nu).

Sobre o mesmo informante (AE1) parece pairar, ainda, um sentimento de descrédito da capacidade de recuperação do idoso; motivo para esse profissional não buscar criar vínculos. Seu depoimento – “*Eu gosto! Por mais que não tenhamos que criar vínculos... Pois sabemos que a recuperação no idoso é lenta. Sem contar o risco de complicações.*” – induz a pensar no mecanismo pessoal acionado naturalmente para restabelecer consonância, ou seja, ao interpretar o serviço executado como meramente mecânico e inútil, passa pelo profissional a necessidade de buscar não se envolver com a pessoa de seus cuidados, como forma de se proteger emocionalmente (FESTINGER, 1957).

Considera-se, em especial para o corpo de Enfermagem – que tem a missão de cuidar sistematicamente do queimado e de seu acompanhante/cuidador – tratar-se de um desafio o confronto diário com a informação da finitude, bem como de sua impotência diante da dor das pessoas a quem dedica cuidados. Para Loturo; Novaes; Lima Júnior (2008); Munguba; Vicentini (2008); e Arruda (2007), a dor constitui um dos aspectos mais presentes na rotina do queimado e familiares, influenciando no comportamento da equipe de saúde.

Todo o modo de os profissionais desta pesquisa assumirem a fala na oportunidade dada para contar de sentimentos relativos ao cuidado com o idoso queimado, também encontra guarida nos escritos de Boff (1999, p.91), para quem “a atitude de cuidar pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade”. O cuidado, portanto, na percepção desse au-

tor, significa não somente desvelo, atenção ou bom trato, mas também solicitude e diligência. Deste modo, não se ignore a condição mais natural das pessoas, que é a de se disponibilizarem, doarem-se no ato de cuidar; o que decorre, muitas vezes, de laços afetivos que foram criados (SCHNEIDER; SILVA, 2010; LOTURO; NOVAES; LIMA JÚNIOR, 2008). Ainda-se, destaque, nesse sentido a ideia de, que a percepção da fragilidade trazida pela muita idade e agravada pelo incidente da queimadura, somada ao fragorante de abandono e de maus-tratos impostos por familiares ao idoso, fazem surgir nos profissionais o sentimento de proteção. Duas enfermeiras expressam assim esse sentimento: “*Sinto que devo ter um cuidado redobrado*” (E5); “*Os profissionais atendem o idoso com mais atenção por causa da idade [...] Precisam sempre orientar o acompanhante*” (E3). Seja, pela afetividade ou outro fenômeno qualquer, esse tipo de declaração permite inferir que a necessidade de proteger o idoso além dos riscos de agravamentos e da sua dor, proteger da própria família e do mundo passa pela cabeça dos profissionais entrevistados, funcionando como a cola ligante entre o cuidado prestado e os vínculos de compromisso e de responsabilidade expressados – ou seja, é no reconhecimento de fragilidades que esses profissionais justificam a abertura para um comprometimento profissional e pessoal com a alteridade do outro. A técnica de Enfermagem TE6 confia que, por se tratar de pessoa idosa, cuida “*com um grau de responsabilidade grande*”.

Destarte, buscando aporte na literatura, tem-se em Almeida; Aguiar (2011, p.46) a ideia de que “a alteridade supõe o olhar para o outro reconhecendo-o na sua radical diferença, percebendo-o em sua singularidade”. O cuidado que se preconize humanizado deve, portanto, estar pautado em postura empática, aberta ao outro, no sentido de buscar responder às

demandas do paciente em reconhecimento à gravidade de seu problema, sua fase do ciclo vital e contexto sociocultural inserido – residindo aí o seu verdadeiro compromisso profissional. O depoimento de E3 é o que melhor evidencia esse fenômeno:

[...] estão mais susceptíveis a dor, mas são fortes. Precisamos saber ouvi-los, pois a sua acuidade está prejudicada [...] em tudo ouvir, avaliar a pele comprometida, extensão/evolução das queimaduras, avaliar sono, a aceitação ou não da dieta, deambulação mais limitada, e emoções também.

Como um traço cultural em nossa sociedade, foi registrado a tendência também entre os depoentes a compararem as condições de fragilidade do idoso com as de uma criança. “Precisamos saber ouvi-los [...] mais atenção, como se fossem crianças”, disparou em algum momento E3; enquanto TE4 considera a pessoa idosa “especial assim como as crianças”, mas “com um porém: a cicatrização no idoso é mais demorada”.

Compreende-se que as fases do ciclo vital caracterizadas pela infância e a velhice formam extremos ou marcos determinantes de peculiaridades normalmente associadas à fragilidade e, portanto, a pouca autonomia. Esquece, entretanto, a maioria da sociedade que na “melhor” idade a pessoa já vivenciou sua autonomia absoluta. Gradativamente é que se vai negando essa autonomia, expropriando inconscientemente e levando o idoso a uma regressão, quando se tornam dependentes de terceiros até para organizar seus cotidianos. Se as limitações são verdadeiras, e associadas ao declínio físico e mental, a estória de vida, porém, não pode ser negada; porque o sujeito histórico da velhice não se limita à sua dependência ou perda de autonomia.

Infantilizar o trato com o idoso não é, portanto, o caminho – nem é terapêutico. Violências estão veladas nessas atitu-

des, e fala delas Serra (2010, p.100), ao escrever que a infantilização é forma velada de uma violência difícil de ser percebida e reconhecida, tanto por quem a exerce, como pelo idoso que a sofre. Toca no âmago da pessoa e macula a autoimagem, diminui-lhe o valor e coloca em evidência seu declínio e perda de *status* familiar/social, tudo muito bem justificado no amor e no bem-querer, e legitimado pela cultura.

Ocorre que o trato discutido nos parágrafos anteriores como de cunho infantilizador, na representação dos profissionais entrevistados, tem significado de ‘cuidado humanizado’. É o que faz pensar os fragmentos de relatos a seguir: “...*humanização, que vai o tempo todo se aprimorando*”. (AE3), é “...*carinho, leveza e diálogo*” (TE7), isso tem significado de “*humanizado, para alguns*” (E4).

Defende-se a ideia de que a assistência humanizada é também personalizada, garantindo o equilíbrio físico e emocional do cliente idoso. A humanização não é exceção, sendo dedicada somente aos pacientes considerados frágeis; é sim regra em todo o contexto de acesso e permanência do usuário no Sistema Único de Saúde. Requer um compromisso ético de envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e usuários, exigindo um continuum de avaliação (LIMA *et al.*, 2010).

Percepção dos profissionais de Enfermagem sobre a atuação da equipe interdisciplinar no atendimento ao idoso queimado e seu acompanhante / cuidador

Autores discutem o espaço social que as profissões constituem na perspectiva multidimensional, apontando para a estruturação do ato de cuidar interativo e interdisciplinar, com

suporte no conhecimento técnico-científico atualizado e nos princípios da humanização (NASCIMENTO *et al.*, 2008; LOTURO; NOVAES; LIMA JÚNIOR, 2008; MUNGUBA; VICENTINI, 2008). Foi-se buscar, então, no depoimento de E1, indício de lacunas para dar contas no perfil da equipe que vem atuando junto ao idoso na realidade contextual tomada em estudo. Eis o teor da declaração:

O atendimento merece maior atenção, pois os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o idoso, não escutam suas queixas e têm dificuldades de identificar alterações próprias desse ciclo de vida.

O objeto de estudo da Gerontologia é o idoso e seu envelhecimento, porém, ela não se propõe só interpretar o velho e o envelhecimento, mas agir, intervindo, pois o saber gerontológico se qualifica nessa relação (SÁ, 2006). Destarte, a parca qualificação para o atendimento nessa área é uma realidade na saúde brasileira. Observam-se técnicos com excelência nas suas especialidades, porém pouco qualificados para um atendimento pautado na compreensão desse ciclo de vida, que é a velhice. Os depoentes neste estudo têm essa percepção, pondo luz sobre a necessidade de qualificação, não só no que tange ao processo de saúde e de doença na velhice, mas, sobretudo, entender as peculiaridades do envelhecimento.

Os depoimentos encontram ressonância também nas conclusões de Deslandes (2004), ao escrever sobre “humanização do cuidado”. De acordo com essa pesquisadora, na maior parte das situações, a fragilidade das práticas de atenção dos profissionais de saúde – limitando a capacidade resolutive dos serviços de saúde – decorre de sua falta de preparo para lidar com as questões sociais e subjetivas dos específicos usuários.

Não é novidade o fato de que, na velhice, a pessoa necessita de ser compreendida, buscando nos profissionais adequações das práticas de saúde ao seu estado emocional, como também peculiaridades biológicas, culturais e sociais; entretanto, os profissionais estão também de seu lado condicionados por fatores (condições históricas da hegemonia, político-econômicas, geográficas e culturais) que induzem diferentes representações sociais da velhice, do idoso e também acerca do papel do acompanhante (SHNEIDER; IRIGARY, 2008).

A família presente acompanhando seu paciente tem efeito psicológico muito positivo em seu bem-estar e recuperação. Atitudes “adequadas”, entretanto, tanto por parte dos clientes queimados, como também dos seus familiares cuidadores, guardam relação direta com uma comunicação efetiva – isso também é o que leva à credibilidade na equipe, assim como à adesão ao tratamento (SANTOS, *et al.*, 2007; MUNGUBA; VICENTINI, 2008; LIMA JÚNIOR; NOVAES; GOMES, 2008; ARRUDA, 2007).

Destarte, os depoimentos permitem uma leitura de que aqueles fatores mais hegemônicos que condicionam as representações dos profissionais de saúde acerca do acompanhante comprometem essa peculiar participação da família. Como exemplo, tem-se a fala de E2: *“A equipe interdisciplinar é muito eficiente, porém os acompanhantes são cheios de manias que às vezes interferem no cuidado do paciente”*. Também AE1 tem representação que infere viés de interpretação, havendo uma tendência a sinalizar o fracasso da equipe como fracasso do familiar acompanhante: *“Existem acompanhantes que não cooperam com o tratamento, não compreendem a necessidade de cuidados especiais”*. *Porém existem acompanhantes que contribuem consideravelmente na cura e recuperação*” (A1). Outro pronunciamento nesse senti-

do: *“A equipe é muito competente e humanizada! O acompanhante ajuda muito, mas nunca é 100%” (TE7).*

Ora, a família é vítima junto com a pessoa queimada. É necessário considerar que ocorre uma diversidade de sentimentos que passam pelos familiares durante o período de internação, fragilizando-os também: são dúvidas, medo, sentimento de culpa, remorso, impotência... Ou seja, eles também necessitam de cuidados, mantendo-se harmonicamente saudáveis para sustentarem as condições de auxiliar seu paciente. Dessa maneira, chega a ser cruel da parte do profissional uma tendência a transferir responsabilidades pela injúria, suas consequências e prognóstico de recuperação. Considere-se, entretanto, que a sobrecarga dos profissionais de saúde, as várias formas de degradação do mercado e as exigências excessivas das organizações médico-hospitalares (DESLANDES, 2004) podem atuar como os vilões desse comportamento profissional criador de regras/rotinas internas dos serviços demasiados técnicos. Sobre o tema, Schneider; Silva (2010, p.189) sugerem a necessidade de se “criar espaços para pensar o papel do cuidador, suas decorrências sociais e emocionais”, criando intervenções junto à família.

A cumplicidade, portanto, com o acompanhante/família é o comportamento esperado, e o que pode determinar a pronta reabilitação do idoso queimado – cumplicidade aqui entendida como a busca por metas comuns, em geral estabelecidas mediante trabalho da equipe de orientação e escuta. Identificou-se oportunamente um depoimento que revela haver entendimento nesse sentido por parte de alguns dos informantes. Quando questionado sobre a atuação da equipe interdisciplinar junto ao idoso queimado, AE3 exclamou: *“Boa! Procurando o melhor atendimento a ambos [...] atendimento para que nós e o acompanhante cooperemos na sua melhora”.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a motivação, para a maioria dos profissionais informantes neste estudo, ter ocorrido posterior à alocação no Centro de Tratamento de Queimados, todos decidiram permanecer, exercendo suas profissões neste contexto, fosse em razão de sentimentos altruístas ou do desejo de deter um diferencial na profissão.

Nesse tema, observou-se a existência de padrões fixos de representações que os profissionais possuem acerca de seus pacientes, mas refletiu-se acerca do atendimento humanizado como algo a beneficiar não só o cliente, mas também a equipe, que tem como respaldo para suas intervenções a preservação dos direitos dos idosos, a capacitação profissional, melhores estruturas físicas nos locais de trabalho e favorecimento do controle social de caráter participativo: troca de experiências e de saberes.

Compreende-se que o profissional cuidador de uma clientela em situação de vulnerabilidade, como o queimado idoso, precisa ser conhecedor das particularidades envolvidas na terapia, ou ele próprio ocasionará aumento do sofrimento e menos eficácia no tratamento. Ante esta constatação, a demanda por qualificação de recursos humanos para cuidar do idoso queimado e de seu acompanhante, associada à necessidade de implementar a sensibilização para a escuta e a valorização da cultura de ambos, forma prioridade dentro de uma política de humanização. Esse fenômeno traz consigo, na rubrica da gestão participativa, a urgência da implementação de condições ideais para o trabalho dos profissionais que lidam constantemente com informação de finitude da pessoa, bem como com as frustrações de seus limites ao terem de que exercer a função de “pele substituta” do idoso queimado.

Para concluir, considerando a organização e a estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, decide-se por chamar os profissionais e a sociedade a abrirem espaço além das sugeridas mudanças estruturais, implementando novos conceitos e práticas, em que a humanização da assistência assume sua necessidade e sentidos reais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.; AGUIAR, M.G.G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 42-49, 2011.

ARRUDA, C. Tratamento de queimados. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 226-237.

AZEREDO, N.G.; ROCHA, C.F.; CARVALHO, P.R.A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n.1, p. 37-43, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

COUTINHO, G.B. Suporte psicológico à equipe. In: LIMA JÚNIOR, E. M. *et al.* **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 289-293.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 8-14, 2004.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital es-

cola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saude e Sociedade.**, v.14, n.3, pp. 111-118, 2005.

FESTINGER, L. **A Theory of Cognitive Dissonance**. Stanford, CA: Stanford University Press. 1957.

GOLDIM, J. R. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96. Disponível em: <www.ufrgs.br/_HCPA/gppg/res19696.htm>. Acesso em: 01 abr. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade. 1980-2050**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

LIMA JÚNIOR, E.M.; NOVAES, F.N.; GOMES, A.M.A. Humanização na atenção e gestão. In: LIMA JÚNIOR, E.M. *et al.* **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 565-574.

LIMA, T.J.V. *et al.*. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p.866-877, 2010.

LOTURO, C.C.; NOVAES, F.N.; LIMA JÚNIOR, E.M. A Dor e o Paciente Queimado. In: LIMA JÚNIOR, E.M. *et al.* **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 165-170.

MENDES, A.C.G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.5, p. 955-964, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNGUBA, M.C.; VICENTINI, C. Terapia Ocupacional. In: LIMA JÚNIOR. *et al.* **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 257-280.

NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NASCIMENTO, L.V. Envelhecimento Cutâneo. IN: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. p. 708-712.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; BARROS DE BARROS, M.E. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 701-708, 2009.

ROSSI, L.A.; DALRI, M.C.B. Atendimento de Enfermagem. In: LIMA JÚNIOR. *et al.* **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 201-215.

SÁ, J.L.M.A formação de recursos humanos em gerontologia: Fundamentos epistemológico e conceituais. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006. p. 1473-1479.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

SANTOS, D. *et al.* As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados hospitalizados. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 16, p. 104-108, 2007.

SCHNEIDER, F.; SILVA, C.S. Trabalhador da Saúde: gente cuidando de Gente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SERRA, J.N. Violência simbólica contra os idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. **Revista de Políticas Públicas**. v.14, n.1, p. 95-102, 2010.

SHNEIDER, R.H.; IRIGARY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVA, G.P.F. *et al.* Estudo epidemiológico dos pacientes idosos queimados no centro de tratamento de queimados do hospital Instituto Doutor José Frota do Município de Fortaleza-CE, no período de 2004 a 2008. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 1, p. 7-10, 2010.

2.4 Idoso Cardiopata: percepção do processo educativo para intervenção cirúrgica

Zaira Maria Diógenes Parente Martins

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Joselany Áfio Caetano

Natasha Marques Frota

Raimunda Magalhães Silva

Italo Rogoberto Cavalcante Andrade

INTRODUÇÃO

A população idosa é a que proporcionalmente consome mais serviços de saúde, no entanto, o sistema de saúde deve incluir esforços para uma maior resolatividade a esses problemas, apresentando programas direcionados para a promoção da saúde, englobando tanto o contexto biológico quanto o social em que o idoso se encontra (VERAS, 2003).

O educador em saúde tem o importante papel de facilitador do aprendizado de pessoas e grupos, visando a desenvolver sua capacidade de análise crítica da realidade, como também promover nelas indivíduos o aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento. Motta; Aguiar (2007) ressaltam que o processo educativo estratégico para o enfrentamento do envelhecimento populacional não se restringe somente ao saber médico. Ele compreende níveis educacionais de vários profissionais e especialistas, com foco no trabalho interdisciplinar e em equipe, possibilitando a compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença.

A Promoção da Saúde (PS) deve estar atrelada a um estilo de vida saudável para atingir o bem-estar. Para isso, as comunidades e pessoas precisam aprender a cuidar da sua saúde, para então melhorá-la. Tal fato deve demandar das pessoas e grupos a capacidade de identificar seus problemas, satisfazer necessidades, modificar ou adaptar-se ao meio e, consequentemente, atingir o bem-estar (BACKES *et al.*, 2009). Portanto, a PS dos idosos deve ter como principal objetivo o interesse de melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa população, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas ou agudas, o que só será possível mediante da sua participação, considerando-se também os aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos.

Refletindo sobre esses pontos, optamos por este estudo, visando a descrever as expectativas geradas na pessoa idosa cardiopata com a implementação de ações educativas para a intervenção cirúrgica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, foi este desenvolvido em um hospital da rede pública estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), situado em Fortaleza-CE, de referência Norte e Nordeste no atendimento secundário e terciário aos usuários com doenças do coração e do pulmão.

Participaram 20 usuários (13 homens e sete mulheres) com idade de 60 anos e mais, internados em uma unidade de cardiologia, aguardando intervenção cirúrgica. Os sujeitos foram selecionados com base nos dos prontuários, independentemente de sexo, raça, cor e religião. Priorizamos na seleção as

condições físicas e emocionais para responder às perguntas da entrevista e a aceitação voluntária em participar do estudo. Levamos em consideração na escolha dos participantes o tempo de internação hospitalar. Estipulamos o período de um mês, considerado suficiente para que o usuário pudesse ter formulado suas impressões e percepções mediante a implementação das estratégias educativas.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2009 a fevereiro de 2010, mediante a observação de campo e de uma entrevista semiestruturada, que conteve os quesitos norteadores: comente sobre a equipe que têm o (a) atende?; Como o (a) senhor (a) foi preparado (a) para a cirurgia?; Discorra sobre as experiências vivenciadas durante o processo educativo.

O primeiro contato com os participantes consistiu na apresentação informal, oportunidade em que, por meio de linguagem acessível, esclarecemos sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem utilizados.

As entrevistas foram realizadas em momento e local adequados, e gravadas após anuência dos sujeitos. Os dados foram organizados em três categorias empíricas: distinguindo a equipe de saúde; identificando as ações educativas pertinentes ao pré-operatório; e identificando as expectativas propiciadas pelas ações educativas. A análise dos dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2008), fundamentando-se nas experiências dos sujeitos, nos pressupostos da Educação em Saúde e na literatura pertinente.

As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos (identificados por nomes fictícios) e parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterizando os sujeitos

Dentro os sujeitos, o número de mulheres (sete) corresponde a pouco mais da metade do de homens (13). Marilene *et al.* (2007) ressaltam que ante as modificações na estrutura familiar e a dinâmica da sociedade, em que há, cada vez mais, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, isto traz consigo como consequência uma incidência que vem aumentando cada vez mais a doença coronariana nesta população.

Dos 20 entrevistados, 14 encontravam-se entre 60 e 69 anos, (nove homens e cinco mulheres); cinco na faixa de 70 a 79 anos (quatro homens e uma mulher); e somente uma mulher ultrapassava os 80 anos.

Alves *et al.* (2007) apontam que a tendência atual é existir um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. A população com idade entre 65 a 95 anos exhibe doenças cardíacas, sendo os principais fatores de risco o sedentarismo, a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, obesidade, *Diabetes mellitus*, tabagismo, prevalência de três ou mais fatores de risco, contudo com uma frequência maior na mulher do que no homem (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Quanto ao estado civil, 12 estavam casados; sete viúvos e apenas um solteiro. Observamos a questão da viuvez em 30% dos homens e aproximadamente 40% das mulheres.

Doze sujeitos eram procedentes de municípios do interior do Estado do Ceará; sete de Fortaleza-CE e um de São Paulo-SP. Com relação ao nível de escolaridade, nove informaram ser analfabeto; cinco não complementaram o ensino

fundamental; quatro concluíram esta etapa, e dois cursaram o ensino médio.

A profissão de agricultor foi a que mais se destacou. É importante ressaltar que a maioria das mulheres entrevistadas vivia na zona rural e fazia parte de uma geração em que o seu papel era predominantemente o de cuidar da casa e da família, sendo a educação considerada um fator secundário.

Dezessete declararam-se católicos; dois evangélicos e somente um não era praticante de nenhuma religião. A influência da religiosidade na vida do idoso pode representar motivação, compreensão e adequação das respostas, principalmente quando em situações-limite, eventos estressantes e não controláveis. A ajuda sobrenatural representa para essas pessoas a busca de uma segurança absoluta, quando todas as seguranças humanas desabaram (BARBOSA; FREITAS, 2009). A fé religiosa servia de suporte para enfrentar a pobreza, o sofrimento e a dor. Nela se buscavam o alívio para o sofrimento físico, psicológico e social, como também a esperança da cura.

Quanto à renda familiar, 13 idosos se mantinham com até um salário mínimo; dois com um a dois; dois com dois a três, e três com mais de três salários mínimos. Apesar da idade avançada e da renda insatisfatória, alguns ainda eram responsáveis pelo sustento de filhos e netos. Constatamos também que a preocupação com esses dependentes constituía problemas que mais os afligiam.

Observamos que os idosos participantes deste estudo tinham origem humilde, situação socioeconômica desprivilegiada e baixo nível de escolaridade. Apesar da quantidade de anos dedicados ao trabalho, seus proventos não lhes permitiam condições de suprir suas necessidades básicas de forma satisfatória.

Distinguindo a Equipe de Saúde

A maioria dos entrevistados exibiu dificuldade em distinguir todos os profissionais da equipe. Apesar de se sentirem assistidos por vários profissionais, para alguns, todos eram identificados como “doutor”. ... *eu não sei dizer os nomes, mas os profissionais têm sido muito bons pra mim, me consideram, me dão boa atenção. Aparecem muitas pessoas pra me atender, para conversar comigo, me dão muita atenção...* (JUDITE, 81 anos).

Enfocar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social do envelhecimento e na prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação ante a imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja trabalho em equipe multiprofissional e integral ao nível do profissional de saúde. Assim, além dos médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas atentos aos aspectos biológicos, as equipes de trabalho vem se complementam com a presença de psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Para o idoso, principalmente aquele que está vivenciando a situação de internação pela primeira vez, fica realmente difícil identificar cada um dos profissionais. Como vimos nos depoimentos, alguns se justificam, alegando a falta de memória. Apesar de causar transtornos o esquecimento é uma condição que todos somos passíveis de desenvolver. Os problemas de memória são mais comuns nos consultórios médicos, porém, devemos distinguir os quadros circunstanciais em decorrência de estresse e situações patológicas. Em pessoas entre 50 e 60 anos, podem acontecer transtornos mnêmicos diversos como dificuldade em evocar os nomes próprios e pequenos esquecimentos (SOARES, 2006).

Observamos, entretanto, que, mesmo aqueles que não souberam falar o nome de todos os profissionais, se referiram ao médico e ao enfermeiro. Esses profissionais, tradicionalmente, já fazem parte do contexto hospitalar, daí a grande importância que lhes é dada; a figura do médico, talvez por estar relacionada à esperança de resolver o seu problema, aliviar a sua dor e a “mágica” da cura. O enfermeiro, por desempenhar a função de “cuidador”, como também por ser responsável pela coordenação de toda a rotina terapêutica e por manter uma relação de maior proximidade com o usuário.

Alguns ressaltaram o atendimento do médico, dos enfermeiros, as visitas do padre e dos “Amigos do Coração” (grupo de apoio formado por ex-usuários submetidos à cirurgia cardíaca). Outros citaram o trabalho da assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. ... *tem muita gente atendendo a gente, além do pessoal do hospital vem o padre, os amigos do coração e a minha médica vem todo dia me examinar* (TIAGO, 61 anos). ... *médicos, enfermeiros, psicóloga, fisioterapeuta e até o padre, já vieram muitos outros que eu não lembro, mas sei que estou sendo bem atendida...* (RAQUEL, 66 anos).

Boff (2000) entende que cuidar de nossa saúde significa manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio sempre, entre o corpo a mente e o espírito, no qual o médico (corpo), o terapeuta (mente) e o sacerdote (espírito) para trabalharem juntos, visando à totalidade do ser humano.

O psicólogo é identificado como o profissional que procura amenizar o medo, cuida da cabeça, escuta o usuário, possibilitando a expressão dos sentimentos relacionados à interação e à cirurgia: enfim, aquele que busca diminuir o nervosismo, o estresse, deixando-os mais preparados para enfrentar

o ato cirúrgico. ... *quando tem alguém nervoso, ou que não está aceitando a medicação, ou no caso da pessoa ta com alguma sugestão, não conseguindo dormir, nervoso, achando que não vai dá certo. Ai a psicóloga vem orientar e explicar. Faz um grupinho e aí a gente vai abrindo o coração e vai dizendo. A orientação aqui é boa demais, não falta nada, mas só participa quem quiser, ninguém é forçado a nada ...* (SAMUEL, 60 anos).

A vivência da hospitalização pode ser agravada ao envolver a espera por uma intervenção cirúrgica, levando o paciente uma série de conflitos internos, como o medo e ansiedade, teme de invalidez ou até da morte, considerados riscos iminentes em uma cirurgia (ANTONIO; MUNARI; COSTA, 2002).

É papel do psicólogo favorecer um clima que possibilite a expressão dos sentimentos, como também as fantasias relacionadas com a doença e a cirurgia, para que sejam discutidos e aliviados. A atuação do psicólogo é fundamental para trabalhar as emoções dos usuários, diminuir o nível de ansiedade e tensão, o que os levará a submeter-se à cirurgia mais preparado e fortalecido.

Os problemas de natureza emocional que envolvem os usuários em unidades de internação não podem continuar sendo relegados a segundo plano. É preciso além de identificá-los, conhecê-los melhor e buscar estratégias para saná-los, tendo em vista a pessoa de modo integral e não apenas o seu problema, contribuindo dessa maneira para a diminuição da ansiedade.

O tratamento que recebiam no hospital fazia com que se sentissem aceitos e prestigiados, pois sempre encontravam um profissional que os escutava, que ouvia suas histórias, o que não é muito comum, numa sociedade onde as pessoas normalmente não consideram e muito menos valorizam os idosos.

Ainda no que diz respeito à relação com a equipe, é importante ressaltar a dificuldade manifestada por dois entrevistados em compreender a linguagem técnica utilizada por alguns profissionais. Em seus depoimentos percebemos o quanto a falta de clareza na comunicação pode interferir no estado emocional. *ontem juntou uma tropa aí que eu fiquei foi com medo, não sei se eram médicos ou doutores, falaram umas coisas aí que eu não entendi, eu sei que fiquei foi muito nervosa* (ANA, 60 anos). Enquanto uma linguagem clara e inteligível promove um estado de segurança e conforto ao paciente, a utilização de termos técnicos, incompreensíveis, pode provocar insegurança, desencadeando no usuário sentimentos de angústia e medo.

Identificando as ações educativas pertinentes ao pré-operatório

As ações educativas desenvolvidas no atendimento ao idoso cardiopata só resultarão em mudanças significativas se consistirem numa ação conjunta que priorize a participação do educando, numa relação centrada nele próprio. Para isso, torna-se necessário, com base na Educação em Saúde, desenvolver um contínuo de aprendizado que contribua para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de suas necessidades, proporcionando estratégias de enfrentamento para situações de Promoção da Saúde (DIAZ *et al.*, 2010). Portanto, não se pode constituir a prática pedagógica em saúde numa perspectiva diretiva do educador-sujeito para o educando-objeto e centrada na normatização dos comportamentos. Isso representaria a negação da subjetividade, aqui entendida como a reivindicação de pensar em termos sistêmicos, incorporando tanto o sujeito como o contexto.

Segundo Freire (1981), assim como não há homem sem mundo, nem mundo sem homem, não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade. A educação entendida como um processo de mudança é essencialmente um ato de conhecimento e conscientização, utilizando-se um método ativo, dialógico e participativo.

De acordo com a percepção dos entrevistados, o processo educativo era contínuo, iniciava-se na admissão e prosseguia até a alta hospitalar. Englobava os aspectos relacionados à doença, ao tratamento e ao estilo de vida, com ênfase na intervenção cirúrgica. ... *desde o início que os doutores vem me preparando para a cirurgia e as enfermeiras também. Participei de várias reuniões que me serviram muito, abriu a minha mente e eu tive a certeza da necessidade da cirurgia...* (MARCOS, 60 anos).

As ações educativas compreendiam palestras com *feedback*; atividades em grupo (sessões de relaxamento); orientações individuais; aconselhamento, e eram desenvolvidas pelos profissionais da equipe de caráter interdisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) numa abordagem bio-psíquica e socioespíritual. Tais ações possibilitavam a reflexão sobre o estilo de vida, motivando o sujeito para a mudança de hábitos com o objetivo de recobrar a saúde e, conseqüentemente a qualidade de vida. ... *existe muita palestra e a gente tem reuniões que duram quase uma hora com os profissionais. Nessas reuniões eles explicam tudo, eu agora sei tudo sobre o coração. A gente fica consciente de tudo e faz a cirurgia se quiser. Agora eu vi como fazia muita extravagância, comia de tudo, comia muita gordura. Depois das reuniões você entende o que vai acontecer com você e isso é muito bom ...* (RAQUEL, 66 anos).

Conforme Freire (1992), o educando se torna realmente educando, à medida que conhece, ou vai conhecendo os conteúdos, os objetos cognoscíveis, e não à proporção que o educador deposita nele a descrição dos objetos, ou dos conteúdos. ... *estão preparando a gente, só não vai pras reuniões quem não quer. Eu vou a todas pra ouvir, pra aprender e pra ter coragem, quando chegar o dia vai dar tudo certo. Eu acho que essas reuniões são muito boas, porque senão a gente vai sem saber de nada e como explicam tudo, parece que diminui um pouco o medo. A psicóloga também me ajudou, ela me deu força pra eu fazer a cirurgia, ela foi ótima...* (RUTH, 62 anos).

A criação de espaços dialógicos, cumplicidade e confiança entre o profissional-usuário são ferramentas importantes na promoção da saúde. Percebemos o valor que é dado às informações e explicações recebidas sobre a doença e o tratamento, como também as sensações de alívio que elas provocam (SOARES; SILVEIRA; REINALDO, 2010).

Os depoimentos retratam o impacto das ações educativas no que se refere a mudança de estilos de vida e fatores comportamentais, considerados como objetivos centrais da ES. O aconselhamento, mais utilizado pelo psicólogo, é apontado como prática habilitada a trabalhar conteúdos culturais e intersubjetivos, fundamentais para a adoção de atitudes voltadas para o cuidado que a pessoa deve ter com ela própria. O aconselhamento visa, portanto, a promover apoio emocional ao usuário, ajudando-o a lidar com problemas de ordem afetiva relacionados com a sua situação de saúde e internação, reconhecendo e potencializando seus recursos internos para tal. Possibilita o desenvolvimento da capacidade pessoal do usuário para avaliação de riscos e capacidade de tomar decisões sobre as opções de tratamento mais convenientes para si. Pro-

cura trocar informações sobre a doença, suas causas, prevenção e tratamento, esclarecendo de modo mais personalizado suas dúvidas e receios.

O atendimento em grupo tem grande valor terapêutico, por proporcionar criação de vínculos e troca de experiências; favorecer expressão de sentimentos; fortalecer as defesas construtivas, além de ensinar discussões referentes às causas da doença e esclarecer dúvidas quanto ao tratamento e ao procedimento cirúrgico.

Nesse âmbito, para realização de uma cirurgia de qualquer porte, o idoso precisa confiar em alguém que o considere e respeite seus sentimentos. O modo como ele é cuidado é de grande importância, pois, precisando de segurança, procura encontrá-la em alguém. Este alguém poderá ser qualquer membro da equipe de saúde, que precisa estar preparado e disposto a empregar todo seu esforço em dar-lhe uma resposta positiva. A comunicação é uma parte essencial no processo terapêutico e isto envolve escutar cuidadosamente e interpretar inteligentemente (SILVA; NAKATA, 2005). Dessa forma, além de preocupar-se com a saúde física do idoso, devem-se buscar também ações que promovam o seu bem-estar mental, indispensável para desenvolver sua capacidade de aceitar algumas perdas e limitações advindas da idade e da doença cardíaca.

O trabalho da equipe produz no usuário a sensação de estar bem cuidado, pois essa ação conjunta possibilita o atendimento global das necessidades do sujeito de acordo com a especificidade de cada profissional, porém de forma articulada ou sinérgica, considerando que suas necessidades podem ser afetadas nas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual.

Nas grandes tradições terapêuticas da humanidade, sempre houve a percepção de que a cura é um processo global, envolvendo a totalidade do ser humano e não apenas a parte enferma (BOFF, 2000). Esses depoimentos ilustram de forma clara o que se comentou anteriormente: *... eles só fazem é levantar a gente. As reuniões servem para gente ficar cada vez mais orientado, sabendo o que vai acontecer, explicando pro nego não se assustar, não ter medo, não andar agoniado [...] Acredito que eles estejam aqui pra isso, pra preparar a gente, pra dizer como é que é. Nessas reuniões eles explicam tudo bem direitinho e eu fico muito feliz, graças a Deus. Eu to tranquilo, graças a Deus ...* (MATEUS, 68 anos).

Identificando as expectativas produzidas durante o processo educativo

Nos depoimentos dos entrevistados, nota-se o impacto causado pela necessidade de submeterem-se à cirurgia cardíaca, sentimentos desencadeados durante a internação e as expectativas quanto ao resultado do tratamento.

Muitas pessoas expressam apreensão por desconhecimento da cirurgia a que vão se submeter, exacerbando o estado de estresse e tensão. As alterações emocionais e os fatores psicológicos interatuam de maneira muitas vezes intensa sobre a manifestação orgânica da enfermidade que possuem, podendo prejudicar ou comprometer a evolução no pós-operatório. Dentre os sentimentos produzidos nos pacientes durante o processo terapêutico, destacam-se: tranquilidade, medo, preocupação e conformação (SILVA; NAKATA, 2005).

Observamos que a tranquilidade expressa por alguns entrevistados relacionava-se à experiência positiva dos compa-

nheiros que já haviam se submetido à cirurgia; à crença em Deus; à confiança que depositavam nos médicos e às orientações adquiridas nas reuniões e palestras dos demais profissionais. ... *eu estou preparado, só o que ta me preocupando é uma febre que apareceu de ontem pra hoje. O resto ta tudo bem, eu não tenho preocupação, nem medo de nada. Eu não tenho sugestão nenhuma, também não vejo ninguém morrendo aqui. Vejo eles ir e voltar tudo vivo. Deus dá a proteção pra todos nós e ilumina os médicos ...* (TIAGO, 61 anos).

O estado de fragilidade emocional vivenciado pelo idoso coronariano deixa-o mais suscetível às influências dos comentários e das experiências de outros pacientes. O conteúdo do que ele escuta e observa tanto pode produzir reações positivas como negativas.

Neste estudo, notamos que o resultado da experiência dos outros companheiros internados, por ter sido satisfatório, serviu para encorajá-los, deixando-os mais otimistas perante o ato cirúrgico.

Observou-se que o sentimento de medo estava relacionado ao risco de morrer na cirurgia; receio de não acordar da anestesia; medo do desconhecido; compreender a cirurgia cardíaca como um procedimento sério e delicado e também a algumas fantasias.

...não sei se estou preparada não. Estou muito nervosa e tenho muito medo de morrer, porque eu sou louca pela vida. Conversei com a psicóloga e ela tentou me animar, mas eu me animei e depois volta tudo de novo... (RAQUEL, 66 anos).

O confronto com uma situação absolutamente nova e ameaçadora e a interpretação dada aos comentários da equipe

quando esta não se expressa de forma clara, podem proporcionar a formação de ideias errôneas acerca do seu tratamento, propiciando medo e tensão. Sendo assim, a equipe não pode esquecer de que a pessoa, além de exprimir medo e tensão, ainda traz consigo as próprias fantasias acerca da experiência cirúrgica, sendo fundamental dar atenção aos aspectos emocionais dele e de seus familiares, a fim de facilitar esse momento de angústia e sofrimento (BRANDÃO; BASTOS; VILA, 2005).

Aqueles que manifestaram preocupação relacionaram esse sentimento à questão da idade e ao receio de mexer com o seu coração. ... *a gente sempre fica preocupado, pois vai mexer com o nosso coração, né? Mas o que eu quero é resolver logo isso e voltar pra minha casa...* (ABEL, 78 anos).

Apesar dos avanços técnicos, as fantasias a respeito do coração, órgão único e centralizador, ainda são bem presentes à expectativa de cirurgia cardíaca. O coração, no senso comum, na cultura popular, nas Artes, na Literatura, na Música, nas culturas ancestrais, na mitologia, na vida religiosa e nas medicina não convencionais, é considerado o órgão central da vida humana, tanto da corpórea, quanto da de sentimentos. Adquire assim a conotação de organismo sensório da alma, além da atuação essencial na manutenção da vida biológica. É conhecido como o órgão da coragem e o portador dos sentimentos humanos mais nobres. É apontado como sede da amizade, dos diferentes tipos de amor, do êxtase, da paixão, da saudade. É no coração que a felicidade e a alegria são sentidas, e também a dor, a tristeza, a angústia e a solidão[...] (BENEVIDES, 2001).

Como vimos, o coração é um órgão carregado de símbolos, portanto, tratar o coração tem uma conotação muito diferente do que o tratamento realizado em outro órgão, prin-

principalmente nos casos cirúrgicos. Simbolicamente, essa cirurgia vai “mexer” com o centro da vida e dos sentimentos, o que se torna fonte de grande expectativa, produzindo inclusive, nos pacientes uma certa dificuldade em aceitar a cirurgia.

No que se refere à questão da idade, percebemos que esses pacientes já se consideravam numa idade bastante avançada, apesar de alguns ainda se encontrarem na faixa dos 60 anos. Se a velhice for compreendida por eles como a proximidade do fim do ciclo natural de vida, a morte passa a ser percebida como realidade próxima.

Brandão, Bastos e Vila (2005) exprimam que a cirurgia cardíaca traz consigo uma série de sentimentos e expectativas, como o medo de morrer, principalmente no idoso, em razão da à idade já avançada.

Alguns dos participantes deste estudo encaravam a situação com um certo conformismo e resignação, por perceberem a cirurgia como única alternativa para resolver o seu problema. *...eu estou preparado, se precisar mesmo fazer, eu já to aqui e vim mesmo pra isso, tenho que me preparar ...*(EZEQUIEL, 66 anos).

Notamos também em suas falas a forma de encarar a possibilidade de morte, sem muita angústia, sentindo-a como uma contingência própria da idade e da vida. O desejo de viver mais, de cuidar melhor da sua saúde, e a expectativa positiva diante da realização da cirurgia, foram também observados em seus depoimentos. Independentemente da idade, das dificuldades que enfrentavam, a vida ainda tinha um significado importante para a maioria deles. *... não estou mais satisfeita porque ainda não chegou o dia de fazer a cirurgia, para eu poder cuidar da minha vida e ter felicidade, sossego e uma boa vida na minha casa ...* (JUDITE, 81 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do idoso no Brasil deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, em decorrência do volume crescente deste segmento populacional, seu ritmo de crescimento e suas características demográficas, econômicas e sociais.

Em nosso estudo, percebemos as dificuldades enfrentadas pelos idosos cardiopatas que participaram da pesquisa e o desafio de chegar à velhice em condições sociais e econômicas tão precárias. Além dos preconceitos e discriminações sociais, o idoso sofre várias perdas físicas e afetivas em frequência maior e mais intensa do que em nenhuma outra idade.

O diagnóstico da doença cardíaca e a necessidade de cirurgia no coração exigem dessas pessoas a mobilização de intensas defesas que possibilitem protegê-los do impacto gerado pela notícia, haja vista o simbolismo do coração, considerado o órgão central da vida e o centro de todas as emoções e sentimento. Daí a importância de uma abordagem de atendimento que leve em consideração toda a complexidade que envolve a realidade dessas pessoas.

Na percepção dos participantes deste estudo, o processo educativo englobava os aspectos relacionados à doença e ao tratamento, com ênfase na intervenção cirúrgica.

Apesar de se dizerem satisfeitos com a internação, manifestavam sentimentos de medo, saudade, tristeza e insegurança. Os motivos alegados consistiam na distância dos familiares, tempo prolongado da internação e necessidade constante de um acompanhante, pois alguns já portavam limitações advindas da idade e da própria doença. O tratamento humanizado, porém, bem como atenção e cuidado que recebiam dos pro-

fissionais, serviam para aliviar esses sentimentos. Nessa fase da vida, alguns já experimentaram dissabores pela indiferença, discriminação e desprestígio, e o fato de encontrarem quem os escute e trate com carinho faz sentirem-se mais valorizados e confiantes.

Mesmo não conseguindo identificar todos os profissionais, sentiam-se cuidados por uma equipe, e isso desenvolvia confiança no tratamento, levando-os a sentirem-se mais seguros. Apesar dos medos e fantasias manifestados em razão da cirurgia cardíaca, notamos que o trabalho integrado da equipe, visando a conscientizar os pacientes, fornecendo-lhes dados relativos ao tratamento e à cirurgia, tornava o paciente mais apto a enfrentá-la. Sendo a operação cirúrgica menos fantasiosa, ela passava a ser sentida como menos ameaçadora.

A possibilidade de verbalizar suas emoções, associando as suas dúvidas a respeito dos procedimentos aos quais iriam se submeter, favorecia a compreensão da circunstância vivida os e tornava mais cooperativos com o seu tratamento.

As ações educativas realizadas pela equipe e a qualidade do tratamento dispensado desenvolviam no idoso cardiopata sentimentos de autovalorização, interferindo de forma positiva na autoestima, levando-o a participar de forma ativa, opinando, decidindo sobre o que considerava mais conveniente para o seu tratamento.

Com este estudo, acreditamos que os profissionais de saúde poderão ter uma melhor compreensão sobre a realidade do idoso cardiopata e o impacto das ações educativas no seu preparo para a cirurgia cardíaca, servindo de subsídio para o desenvolvimento de uma prática profissional mais comprometida com a qualidade do atendimento a essas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 8, p. 1924-30, 2007.

ANTONIO, P.S.; MUNARI, D.B.; COSTA, H.K. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 1, p. 33-39, 2002.

BACKES, M.T.S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem**. v. 17, n.1, p. 111 – 117, 2009.

BARBOSA, K.A.; FREITAS, M.H. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. **Revista Kairós**. v. 12, n. 1, p.113-134, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BENEVIDES, I.A. Viagens pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000.

BRANDÃO, E.S.B.; BASTOS, M.R.C.M.; VILA, V.S.C.O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 278 - 284, 2005.

DIAZ, C. M.G. *et al.* Vivências educativas da equipe de saúde em unidade gineco-obstétrica. **Cogitare Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 364-7, 2010.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Galdotti e Lílian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____. **Pedagogia da esperança**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p.363-372, 2007.

SILVA, W.V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n.6, p. 673-6, 2005.

SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A.M.S. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. **Cogitare enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 345 – 348, 2010.

SOARES, E. **Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas**. Portal dos Psicólogos. Departamento de Psicologia da Universidade Estadual Paulista – UNESP, São Paulo, Brasil, 2006.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n.3, p. 705-715, 2003.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 6, p. 635-9, 2002.

2.5 Percepções do Atendimento e Acesso de Usuários Assistidos em um Centro de Referência para Idosos

Mariana Ramalho de Farias
Aline Mara Ribeiro Furtado
Danielle Fonteles Barbosa
Mirley Verastegui Brasil
Lucianna Leite Pequeno
Maria Vieira de Lima Saintrain

INTRODUÇÃO

Em razão do aumento da expectativa de vida, o envelhecimento desperta interesse de pesquisadores e estudiosos nas diferentes áreas do conhecimento, transformando-se assim em uma das maiores preocupações do mundo contemporâneo para a real compreensão das noções, conceitos, valores e mitos presentes na sociedade (PAIVA; DEL-MASSO, 2007).

Infelizmente, a sociedade moderna ainda não está preparada para ver os idosos como cidadãos, pois as representações da velhice são, em regra, negativas no imaginário social. Disso decorre sua marginalização por motivos mais ou menos escondidos. Certamente, um ambiente cultural, em que a imagem dos idosos não tem maior relevo nem desperta interesse especial, só lhes resta tornarem-se dóceis, obedientes e submissos, seguindo à risca aquilo que os outros lhe impõem (AZPITARTE, 1995).

Percebe-se que, até mesmo os idosos com boas condições socioeconômicas e perspectiva de vida saudável, podem

vir a sofrer discriminação social, visto que a sociedade ainda não está preparada para lidar com o envelhecimento humano num contexto de participação social e ressignificação de valores (MARTINS *et al.*, 2007).

Estudos sobre o envelhecimento, no entanto, se dedicam a demonstrar que esse processo não precisa ser tratado de forma pessimista. Os problemas inerentes ao envelhecimento, como maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes que repercutem em outros problemas sociais, políticos e econômicos, podem ser em sua maior parte contornáveis com soluções adequadas que levarão, talvez, a um envelhecimento bem-sucedido para a maioria das pessoas. As soluções que estão sendo encontradas trazem versões sobre o envelhecimento, ou seja, biopsicossociais (GONÇALVES, 2003).

No Brasil, a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são instrumentos que legitimam o atendimento a este ciclo de vida, vislumbrando uma vida mais saudável, colocando-os como sujeitos de direito, assegurando seus bens e vantagens conferidas por lei (BRASIL, 1998; 2003; 2006).

As pessoas idosas, representando 10,8% de um contingente de 190.755.799 de brasileiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), já constituem uma grande parcela da população. Excepcionalmente, na sua maioria, tem nível socioeconômico e educacional baixo, com alta prevalência de doenças crônicas, incapacitantes e com problemas funcionais. Portanto, torna-se urgente, nesse contexto, reestruturar espaços sociais e serviços de saúde, além de reorientar a formação profissional, a fim de promover, prevenir e recuperar a saúde desta população (BRASIL, 2006). Paralelamente a estes problemas, ainda existe grande dificul-

dade quanto ao acesso para atendimento nos serviços de saúde, tornando-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que subsidiem a elaboração de políticas sociais e de saúde adequadas à realidade (MARTINS *et al.*, 2007).

Nesta perspectiva, buscou-se avaliar o atendimento prestado e o acesso ao serviço de saúde, de usuários assistidos em um centro de referência ao idoso.

Os resultados possibilitam se discutir para a reorientação e reorganização dos serviços de saúde voltados para esse ciclo de vida.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo avaliativo, com abordagem quantitativa desenvolvido no Centro de Atenção ao Idoso – CAI, localizado no Município de Fortaleza, Ceará, no período de fevereiro a março de 2011.

O Centro de Atenção ao Idoso é uma unidade do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, atuando em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Ceará. Visa a desenvolver ações na área de atenção integral às pessoas idosas, tendo como referência atenção médica para portadores de doença de Alzheimer e outros tipos de demência. Aos idosos, são oferecidos serviços de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, entre outros, assim como atividades educativas e grupos de apoio aos cuidadores. Seus ambulatórios constituem campo de formação para estudantes de graduação e pós-graduação nessas áreas da saúde, realizando cerca de 1.300 consultas ambulatoriais por mês.

Os idosos atendidos neste centro de atenção vêm encaminhados de vários serviços da rede de saúde do Município de Fortaleza e Estado do Ceará.

A população de estudo correspondeu a todos os idosos com idade de 60 anos e mais, que estavam em atendimento no CAI durante dois meses e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, aplicado pelos pesquisadores e analisados por meio do Programa Estatístico Epi InfoTM, versão 3.5, tendo por finalidade descrever e caracterizar os idosos atendidos nesta instituição.

A realização da pesquisa foi autorizada pelos gestores do Centro de Atenção ao Idoso e pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio, pelo parecer de n.º 124.12.10.

RESULTADOS

Participaram 112 idosos cuja idade variou de 65 a 84 anos (média de 74 anos). Houve predominância do sexo feminino [n=71(63,4%)]; 52 idosos (46,4%) eram casados, 48 (42,8%) viúvos e 12 (10,8%) solteiros. A maioria, 89 (79,4%), frequentou a escola por um período superior a oito anos, enquanto 22 (20,0%) não tinham escolaridade.

Relativamente à renda mensal, sua fonte é proveniente de aposentadorias (71; 63,4%), pensões (35; 31,3%) e auxílio-familiar (6; 5,3%); pela qual 91 (81,2%) recebem um salário-mínimo, enquanto 13 (11,6%) menos de um salário-mínimo.

Nenhum idoso fazia uso de bebidas alcoólicas, entretanto 11 (9,8%) eram tabagistas e, dos 101 (90,2%) não fumantes, 30 (29,4%) eram ex-fumantes.

Com base na variável de morbidade autorreferida, 67 idosos (60%) procuravam o serviço para atendimento da doença de Alzheimer, sendo as demais referentes às doenças osteoarticulares (osteoporose, artrose), hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes mellitus*, câncer, labirintite e gastrite, entre as mais citadas.

Dentre os idosos, 66 (58,9%) eram sedentários e, daqueles que realizavam atividade física, 46 (41,1%) restringiram-se a: caminhada, 35 (76,0%) e hidroginástica, 11 (24,0%). Apenas 63 (56,25%) realizam dieta com restrição de sódio, lipídio e açúcares, enquanto 49 (43,75%) manifestaram não fazer qualquer tipo de restrição ou controle alimentar.

Pelo gráfico 1, observa-se a origem dos encaminhamentos para o serviço ambulatorial em estudo, demonstrando que os centros de Saúde da Família (CSF) do Município de Fortaleza têm maior percentual de encaminhamento dos idosos.

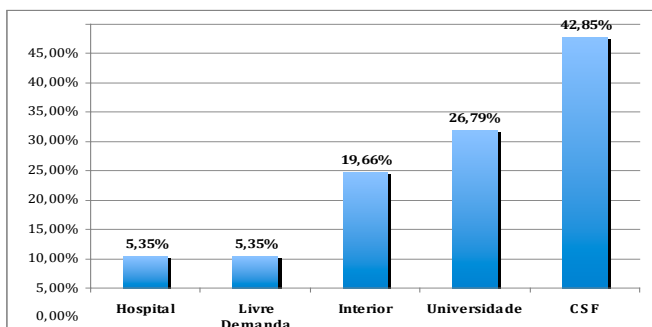


Gráfico 1: Origem do referenciamento dos idosos ao Centro de Atenção ao Idoso. Fortaleza, 2011.

Relativamente ao tempo em que utiliza o serviço, 41(36,9%) têm mais de dois anos, 33 (29,4%) entre um e dois anos, 20 (17,8%) e entre seis meses e um ano, 15 (13,3%) menos de seis meses e três (2,6%) estão utilizando pela primeira vez.

Na percepção dos idosos sobre a qualidade do serviço, estrutura física e espera para o atendimento, em todas elas, o conceito “Bom” foi o mais citado, conforme Tabela.

Tabela: Avaliação dos usuários sobre o atendimento prestado, estrutura física, espera por atendimento e tempo de atendimento. Centro de Atenção ao Idoso, Fortaleza, 2011.

Variáveis		N	%
Atendimento prestado	Excelente	10	8,9
	Bom	86	76,7
	Regular	9	8,1
	Ruim	7	6,3
Estrutura física	Excelente	7	6,3
	Bom	100	89,2
	Regular	3	2,8
	Ruim	2	1,7
Tempo de espera para atendimento	Muito	64	57,2
	Razoável	48	42,8
Total		112	100

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

A amostra caracterizou-se por idosos na faixa etária de 70 a 74 anos, em sua maioria casados ou viúvos, perfil mais comumente encontrado em serviços de saúde voltados à população idosa (LEAL *et al.*, 2009).

A maior prevalência de mulheres converge com outros estudos (BRASIL, 2006; VERAS, 2007; LEAL *et al.*, 2009) que aferem ser o sexo feminino o que mais busca os serviços de saúde, justificando maior longevidade de vida em relação ao sexo oposto.

Quanto ao nível educacional, apesar de 20% dos idosos relatarem não possuir escolaridade, a maioria frequentou a escola por um período superior a oito anos, possuindo ensino fundamental completo. Este fato, para o idoso brasileiro, significa padrão de escolaridade elevado, considerando os dados do IBGE, de que 50,2% da população de 60 anos e mais possuem menos de três anos de estudo (FREITAS; SCHEIDER, 2010). Com efeito, é importante conhecer a escolaridade desses idosos, considerando ser fator que permite maior compreensão do processo saúde-doença, favorecendo ações de Educação em Saúde e de mudanças comportamentais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O perfil econômico de baixa renda (92,8% possuem rendimentos de, no máximo, um salário-mínimo) indica que essa situação econômica possivelmente interfere no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, considerando que a insuficiência financeira pode representar um obstáculo em razão dos custos crescentes da assistência médica (BRASIL, 2006).

Quanto aos hábitos deletérios (álcool e fumo), considerados para a identificação do autocuidado com a saúde, notamos neste estudo serem todos os idosos não etilistas, encontrando-se apenas uma pequena parcela de tabagistas. Estes resultados, todavia, são passíveis de divergência, haja vista que, em pesquisa realizada por Paskulin e Vianna (2007), restou verificada baixa prevalência de fumantes e etilistas, no entanto,

em estudo de Carvalho e Wong (2006), foi encontrada prevalência elevada, que os autores associaram ao fato de serem os sujeitos da pesquisa idosos institucionalizados e que o tabagismo está relacionado a solidão, a pouca perspectiva de vida e a negligência familiar.

Apesar da baixa prevalência de fumantes entre os idosos examinados, é importante considerar o reforço de ações educativas de cessação dessa prática.

Os idosos, em sua maioria, se submetiam a dietas com restrição alimentar, entretanto, não realizavam atividade física. Este hábito relaciona-se às morbidades encontradas, considerando-se a maior prevalência de distúrbios osteoarticulares e doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, *Diabetes mellitus* e hipercolesterolemia), que podem estar associadas à ausência de atividades físicas (ALVES *et al.*, 2004).

A caminhada e a hidroginástica, citadas pelos idosos como atividades físicas, são importantes não só para o combate ao sedentarismo como também para a melhoria da capacidade funcional e da saúde em geral. Ressaltamos que a hidroginástica pode ser considerada a atividade física mais indicada para essa faixa etária, por permitir um melhor aproveitamento da capacidade física, obtendo melhor rendimento, com menor risco (ALVES *et al.*, 2004).

A caminhada, por sua vez, apesar de possibilitar uma melhoria nas condições cardiovasculares, pode ser dificultada pela existência de doenças osteoarticulares que impedem sua realização. Portanto, para a prescrição de atividades físicas, esses fatores limitantes precisam ser considerados (NÓBREGA *et al.*, 1999).

Dentre as consultas dos idosos, a doença de Alzheimer foi indicada como principais motivos. Esse dado era esperado, considerando ser o serviço referência para atendimentos de idosos com esta patologia.

O Alzheimer representa uma doença de tratamento difícil, por ser incurável, degenerativa, e causar danos estruturais no cérebro. É a principal causa de demência em pessoas acima de 60 anos, afetando cerca de um milhão de pessoas no Brasil e 14 mil no Estado do Ceará. Esta patologia diminui a qualidade de vida, uma vez que o idoso se torna dependente de um cuidador para realizar suas atividades básicas da vida diária (PAES; SANTOS, 2005).

No Estado do Ceará, há uma carência de serviços para o acompanhamento de pacientes com doença de Alzheimer, dificultando a sua abordagem. Em face desse problema ressaltamos a honrosa iniciativa dos geriatras, professores da Universidade Federal do Ceará, para a fundação e efetivo funcionamento do CAI. Além de parcerias com instituições para o diagnóstico e tratamento, no entanto, faz-se necessária também a divulgação, pelos meios de comunicação coletiva, sobre os primeiros sintomas, tornando, dessa forma, possível um diagnóstico precoce e um melhor prognóstico. Infelizmente, o pouco número de profissionais e serviços especializados dificulta a intervenção nos estádios iniciais da doença (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Em relação à osteoporose, a alta prevalência encontrada pode estar relacionada à amostra, com predominância de mulheres, além do sedentarismo nela detectado. Esta patologia diminui a qualidade de vida de seus acometidos em razão de dor crônica, dificuldade de deambulação, restrição de mobili-

dade, falta de equilíbrio e predisposição a quedas (VERAS *et al.*, 2007).

A hipertensão está associada à ocorrência de outras morbidades graves, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e acidente vascular encefálico. Assim como a hipertensão, a diabetes também pode ocasionar outros tipos de complicações, como retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas. Exigem acompanhamento contínuo dos serviços de saúde, e, por serem doenças crônicas, o tratamento é dispendioso em razão de internações e uso de medicamentos (VERAS *et al.*, 2007). Portanto, os serviços de saúde necessitam estar preparados para o atendimento desses pacientes.

Os idosos foram encaminhados ao CAI, principalmente, pelos centros de Saúde da Família de Fortaleza, das universidades e pelos serviços de saúde do interior do Estado. O grande fluxo de encaminhamento destas unidades de saúde, na verdade, extrapola a capacidade do CAI, entendendo ser importante, para um melhor atendimento a garantia da descentralização da atenção especializada do idoso. Este fato asseguraria tratamento adequado em outras regiões, maior comodidade ao paciente idoso e não sobrecarregar a demanda do centro de referência em estudo. No âmbito da atenção básica e especializada, os encaminhamentos ao Centro de Atenção ao Idoso restringiam-se aos casos clínicos mais complexos, além de acompanhamento das referências e contrarreferências.

No que concerne ao funcionamento e avaliação do serviço, identificamos o fato de que os idosos são, em grande parte, acompanhados por um período de mais de dois anos. Este dado pode ser justificado pelo fato de o serviço de saúde em

estudo atender principalmente doenças crônicas, as quais exigem um acompanhamento de longo prazo.

De forma geral, os idosos avaliaram o atendimento prestado no referido serviço de saúde como excelente/bom; entretanto, 16 (14,4%) o mensuraram de forma negativa, considerando-o regular ou ruim. Acreditamos que essa avaliação negativa está associada à espera do atendimento, constatada pela opinião dos entrevistados, assim como, empiricamente, os pesquisadores observaram *in loco* uma demora para o atendimento de mais de uma hora.

Outro fator para essa avaliação negativa está condicionado à sala de espera na qual os bancos de cimento, sem um acolchoado, trazem desconforto para os idosos. É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de corresponsabilidade dos vários agentes que constituem a rede SUS, na produção da saúde. Isso implica mudança na cultura para a atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Com base nos indicadores expressos, foi possível identificar a realidade dos usuários atendidos no CAI do Município de Fortaleza, Ceará, servindo de subsídio para sua melhoria, desenvolvimento e implantação de ações em outros serviços, favorecendo a cidadania, integralidade e cuidado adequado da clientela idosa.

Sabe-se que fatores como os demográficos, econômicos, psicológicos culturais, bem como as doenças e as alterações fisiológicas do envelhecimento, são determinantes da capacidade funcional do idoso, caracterizando seu comportamento e estilo de vida. Deste modo, a reestruturação da rede de atenção aos idosos deve considerar todos os níveis de complexidade, desen-

volvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de forma universal e equânime, a fim de garantir um envelhecimento ativo com melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Não obstante a maioria dos idosos ter avaliado o atendimento do serviço como bom, a longa espera no atendimento requer necessidade da implantação de políticas de saúde voltadas a esse ciclo de vida, que possam aprofundar recursos adequados e estabelecer parcerias entre os serviços. A falta de recursos acarreta infraestrutura precária e dificuldades em ofertar maior número de procedimentos aos idosos, sobretudo aos que se tornam mais dependentes de seus cuidadores, considerando que a maior atenção do Poder Público, quanto à atenção à saúde, garante maior resolubilidade e universalização do acesso.

Recomenda-se que outros estudos possam ser realizados, a fim de aprofundar o tema, no intuito de nortear a elaboração e estruturação de políticas de atenção à população idosa no âmbito municipal e estadual.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 20 out. 2006.

AZPITARTE, E.L. **Idade Inútil?** Como se preparar para tirar proveito da velhice. São Paulo: Editora Paulinas; 1995.

ALVES, R.V. *et al.* Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte** 2004; v.10, n.1, p. 31-37.

CARVALHO, R.L, WONG, L.R. Algumas evidências sobre a evolução da saúde em diversas coortes de idosos. In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2006, Caxambu. Minas Gerais: ABEP; 2006.

FREITAS, M.A.V.; SCHEIDER, M.E. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2010; v.13, n.3, p. 395-401.

FALCÃO, D.U.S.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Cuidar de Familiares Idosos com a Doença de Alzheimer: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo** 2009; v.14, n.4, p. 777-786.

GONÇALVES, Z.C. O novo mundo do passa cartões e aperta botões. In: NEGREIROS, T.C.G.M. (Org). **A nova velhice**: uma visão multidisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2003. p. 57-71.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em 06.10.2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores Sociais**: Uma análise das Condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf. Acesso em 03 abr 2011.

LEAL, M.C.C. *et al.* Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2009; v.12,n.1,p. 77-86.

MARTINS, J.J *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2007; v.10, n.3, p. 371-382.

NÓBREGA, A.C.L. *et al.* Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no

Idoso. **Revista Brasileira Medicina e Esporte** 1999; v.5, n. 6, p. 207-211.

PAES, P.F.A.; SANTO, F.H.E. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. **Revista de Enfermagem** 2005; v.9, n.2, p. 192-198.

PAIVA, S.B; DEL-MASSO, M.C.S. Envelhecimento Humano. In: BRUNS M.A.T.; DEL- MASSO M.C.S. (Org). **Envelhecimento Humano: diferentes perspectivas**. São Paulo: Editora Alínea; 2007. p. 53-72.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública** 2007; v.41, n.5, p. 757-768.

RODRIGUES, M.A.P. *et al.* Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2008; v. 24,n.10, p. 2267-2278.

VERAS, R.P. *et al.* Promovendo a Saúde e Promovendo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2007; v.10, n. 3, p. 355-370.

2.6 Satisfação do Idoso em Relação à Saúde Bucal na Atenção Básica

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Juliana Paiva Prado

José Wesley Gonçalves de Oliveira

Carlos Santos de Castro Filho

Davi Oliveira Bizerril

Maria Vieira de Lima Saintrain

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera do governo e sob controle dos usuários. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), como tática de atenção básica dentro do SUS. A ESF prioriza as ações de proteção e Promoção de Saúde das pessoas e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. É possível incluir ainda às bases desse modelo assistencial aspectos relativos à área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional, ações programadas baseadas em prioridades epidemiológicas e participação comunitária (THUMÉ *et al*, 2010).

Em 2000, pela Portaria 1444 do Ministério da Saúde, houve incentivo para a reorganização dos serviços de atenção bucal, que visava à ampliação e recuperação da saúde bucal e consequente melhoria de seus indicadores epidemiológicos,

considerando ser a cárie uma doença que aflige parcela considerável da população (BASTOS, NOMURA e PERES, 2004). Dois tipos de equipes de saúde bucal (ESB) foram incentivadas: tipo I constando de um dentista e um atendente de consultório dentário (ACD) e tipo II com um dentista, um ACD e um técnico em higiene bucal, regulamentados pela Lei N^o 11.889 (BRASIL, 2008), respectivamente, como técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB). A relação ideal de ESB/equipe de Saúde da Família (EqSF) iniciou-se como 1:2, porém, com a Portaria 673, de junho de 2003, transformou-se para 1:1. Desde a sua criação, o número de municípios que implantaram a ESF cresceu exponencialmente, assim como aconteceu com as ESB. Então, estudar a ESF justifica-se como prática fortemente vigente, entretanto, apesar de a inclusão da Odontologia na ESF ter acontecido há mais de 12 anos, pouco se sabe sobre a percepção e a satisfação do usuário em relação ao serviço prestado por estas equipes à comunidade, em especial do idoso.

O idoso, além de possuir necessidades diferenciadas em relação à comunidade como um todo, teve a oportunidade de vivenciar diversas modalidades de atenção à saúde, e, desta forma, pode fazer uma avaliação mais balizada da ESB. As estatísticas apontam que os idosos correspondem à faixa etária com maior crescimento na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, tendo como tendência a duplicação desta população até o ano 2025. No Brasil, as projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o País será o sexto em número de idosos, com um contingente aproximado a 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2003; PAVARINI *et al.*, 2005; SOUZA; FREITAS; QUEIRÓS, 2007; VERAS, 2009).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e estudos demonstram que existe pelo menos uma enfermidade crônica relacionada à funcionalidade da pessoa idosa, mostrando o grau de dependência que este público tem com a atenção assistencial da saúde pública. Assim, apesar de o envelhecimento, por si, não ser causador de enfermidades, o envelhecimento da população traz maior carga de doenças na população, mais incapacidades e, principalmente, aumento do uso dos serviços de saúde (PAVARINI *et al.*, 2005; VERAS, 2009). Nesta perspectiva, o Estatuto do Idoso, aprovado pelo Congresso Nacional em 2003, traz a garantia de que o SUS deve disponibilizar atenção à saúde à pessoa idosa de forma integral, e em todos os seus níveis. A respeito de instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, estas devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, orientando cuidadores, familiares e grupos de autoajuda, para, assim, oferecer uma atenção diferenciada à saúde geriátrica (BRASIL, 2003).

Sabendo que a atenção básica é responsável por cuidar de cerca de 80% das necessidades de saúde da população, compete à gestão municipal da saúde (nível de governo responsável pela atenção básica) desenvolver ações que objetivem uma atenção integral à saúde dos idosos. Assim, os profissionais da saúde devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2010). Em Fortaleza, capital do Ceará, houve a inclusão de 250 novas ESB em agosto de 2006. Mesmo com as afirmações sobre o impacto e ampliação da cobertura, persiste o desafio de superar as desigualdades em termos de acesso e qualidade da atenção. Avaliar esta implantação, do ponto de vista do usuário

idoso, é de suma importância e representa uma oportunidade ímpar, pois, com essas informações, se pode acompanhar o desenvolvimento desse programa no decorrer do tempo e planejar estratégias de ação que sejam de interesse e tenham relevância para a comunidade idosa.

Na perspectiva de Franco e Merhy (2004), o usuário deve ocupar posição ativa na dinâmica do cuidado e dos processos decisórios das questões de saúde. Assim, resta clara a necessidade do protagonismo deste nos processos avaliativos. Donabedian (1982), ao desenvolver o conceito de qualidade em saúde como a tríade infraestrutura, processo e resultado, ressitua a avaliação da satisfação do usuário como fundamental e complementar à óptica dos profissionais e gestores de saúde. Neste contexto, é importante salientar que os usuários avaliam a qualidade do serviço mediante sua resolubilidade (DONABEDIAN, 1984)

A percepção da satisfação dos idosos com o atendimento odontológico e com todo o processo de trabalho da clínica odontológica constitui variáveis que permitem inferir a qualidade do serviço prestado e exprimem a capacidade de fornecer subsídios para planejamentos e programações de políticas de saúde bucal. A satisfação, considerada um juízo de valor dos agentes envolvidos no processo, é uma forma da gestão nos serviços de saúde, e torna-se mais fidedigna quando esta é fornecida pelo usuário, o agente social receptor do tratamento (WESTAWAY *et al.*, 2003; TUNG; CHANG, 2009; RODRIGUES *et. al.*, 2012).

A assistência odontológica à população idosa brasileira insere-se em um panorama desfavorável, com pessoas em precárias condições de saúde bucal, altos índices de perdas den-

tárias e demanda crescente por próteses dentárias, o que compromete a qualidade de vida desse grupo etário (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2007). A avaliação do atendimento odontológico na perspectiva dos idosos poderia contribuir na melhoria da oferta de tais serviços e qualidade de vida dos usuários.

Assim, este estudo visa a avaliar a satisfação da população idosa em relação aos serviços odontológicos prestados dentro da ESF, investigando sua percepção sobre o trabalho prestado pelas ESB, suas expectativas em relação a este trabalho e os indicadores de procedimentos realizados pelas ESB.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo analisa a qualidade do serviço, percebida pelos usuários idosos e a satisfação destes em relação à assistência odontológica ofertada pela ESF, por meio da equipe de saúde bucal (ESB) no Município de Fortaleza. Este ensaio foi desenvolvido nas 90 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), situadas nas seis secretarias regionais (SER) do Município de Fortaleza. Todas estas unidades possuem ESB funcionando há mais de dois anos (sendo a maioria desde 2006). Este período foi estipulado como tempo mínimo para a população se adequar ao novo sistema vigente, e assim poder avaliá-lo, acreditando que as ESB funcionando há menos de dois anos não tiveram tempo de consolidar suas atividades. A decisão de se estudar todas as UBASF deu-se pelo fato de elas representarem áreas diversas de Fortaleza, que possuem suas especificidades. Como nunca existiu nenhum estudo desta natureza no Município, todas as unidades foram avaliadas.

Para tanto, foram investigados idosos com 60 anos ou mais de famílias diferentes, usuários ativos (dentro das unidades de saúde) e potenciais (na área adstrita a unidades de saúde) acompanhados pelas ESF (que possuam ESB), e não só pelas ESB. A ESF (com ESB) foi escolhida como universo, e não a ESB, por acreditarmos que um dos problemas seria a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. A amostra foi composta por idosos, independentemente de sexo, cor, escolaridade, renda familiar e estado civil, apresentando condições físicas e psicoemocionais para responder aos questionamentos. Os dados foram coletados mediante entrevista, utilizando um roteiro semiestruturado. O roteiro teve como base o referencial teórico de análise de qualidade de Donabedian (2003).

As variáveis do estudo foram: a. Sociodemográficas - sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade, renda mensal, naturalidade, procedência, religião, profissão/ocupação, condições de moradia, pessoas com quem coabita; b. Percepção dos serviços prestados pela ESB - quais são as atividades desempenhadas pela equipe, a importância destas atividades para a saúde bucal da comunidade, tipo de enfermidades prevenidas pelas ESB, prática interdisciplinar entre a ESF e ESB, prática de encaminhamento entre a ESF e ESB; satisfação com o atendimento prestado pela ESB - acessibilidade à ESB, tempo de espera para o atendimento, pontualidade, percepção de qualidade do serviço prestado, satisfação com o atendimento recebido; expectativas em relação à ESB - qual a expectativa do usuário em relação à saúde bucal, tendo como referencial as determinações do SUS. Todas as variáveis estudadas foram organizadas dentro do referencial teórico de Donabedian (2003), onde eficácia, efetividade, eficiência, otimização de recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade do serviço foram avaliadas.

RESULTADOS

O total de 166 idosos, das seis secretarias executivas regionais do Município de Fortaleza, foi entrevistado. As características sociodemográficas dos participantes são descritas na tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos entrevistados, Fortaleza, Ceará, 2013.

Características sociodemográficas (n=166)		n/N*	%
Local da entrevista	Dentro da UBASF	82/166	49,4
	Domicílio	84/166	50,6
Faixa etária	60 a 69 anos	117/166	70,5
	70 a 79 anos	39/166	23,5
	Mais de 80 anos	10/166	6,0
Sexo	Feminino	114/166	68,7
	Masculino	52/166	31,3
Religião	Católico	132/164	80,5
	Protestante	20/164	12,2
	Outra religião	12/164	7,2
Cor da pele	Branca	84/166	50,6
	Parda	60/166	36,1
	Negra	22/166	13,3
Ocupação	Aposentado	70/164	42,7
	Doméstica	19/164	11,6
	Dona de casa	16/164	9,8
	Costureira	4/164	2,4
	Pedreiro	4/164	2,4
Naturalidade	Capital	137/164	83,5
	Interior	27/164	16,5
Estado civil	Casado	83/166	50,0
	Viúvo	57/166	34,3
	Solteiro	15/166	9,0
	Divorciado	8/166	4,8
	Outro	3/166	1,8
Escolaridade	Analfabetos	17/161	10,6
	Alfabetizados	48/161	29,8
	Ensino fundamental	64/161	39,8
	Ensino superior	3/161	1,9
Renda	Até 1 salário mínimo (SM)	63/147	42,9
	De 1 a 2 SM	58/147	39,5
	De 2 a 5 SM	22/147	15,0
	Mais de 5 SM	4/147	2,7

*n/N – número de respostas afirmativas/número total de respostas

Quanto à avaliação da assistência à saúde, a nota média dos entrevistados para o atendimento nas UBASF foi de 7,86 (DP 2,53), em que 54 (32,5%) dos entrevistados deram nota 10 ao atendimento e 47 (28,2%) notas maiores do que sete. Adicionalmente, 145 (87,3%) se disseram satisfeitos com o atendimento recebido nas UBASF. Outros resultados relacionados à avaliação da assistência à saúde e avaliação da UBASF pelos idosos estão descritos na tabela 2.

Tabela 2: Avaliação da assistência à saúde e utilização dos serviços pelos idosos (com o número total e percentual de idosos que responderam positivamente as questões citadas), Fortaleza, Ceará, 2013.

Avaliação da assistência à saúde (n=166)				
Quesitos	Subquesitos	n/N*	%	
Houve melhoria na ciência nos últimos anos?		144/163	88,3	
A ciência teve influência positiva no atendimento dos serviços de saúde.		141/164	86,0	
Hoje há melhores tratamentos e facilidade de acesso do que no passado?		4/152	26,3	
Você utiliza o serviço do posto de saúde?		159/165	96,4	
Antes, utilizava outro serviço de saúde público?		137/165	83,0	
Antes, utilizava outro serviço de saúde privado?		28/165	17,0	
Tempo de espera para conseguir atendimento na UBASF?	Demorado	13/75	17,3	
	Curto/Rápido	62/75	82,7	
Tempo de espera na UBASF no dia do atendimento?	Demorado	4/22	18,2	
	Curto/Rápido	18/22	81,8	
Seus problemas de saúde são resolvidos em sua área de residência?		137/163	84,0	
Há desperdício de material no posto de saúde?		41/146	28,1	

O dinheiro público está sendo utilizado da forma devida?	69/162	42,6
Há excesso de funcionários no posto?	48/160	30,0
Não há falta de material na unidade de saúde?	81/149	54,4
A estrutura física do posto é adequada para o serviço desenvolvido?	122/157	77,7

*n/N – número de respostas afirmativas/número total de respostas

Os idosos também foram questionados especificamente sobre a assistência à saúde bucal prestada pela Equipe de Saúde Bucal (EqSB) da ESF na UBASF – questões relacionadas a estrutura, organização do serviço e procedimentos odontológicos realizados. Os resultados estão descritos na tabela 3.

Tabela 3: Características sobre a avaliação da Equipe de Saúde Bucal dos idosos entrevistados, Fortaleza, Ceará, 2013.

Avaliação da Equipe de Saúde Bucal (n=166)				
Quesitos	Subquesitos	n/N*	%	
Número de cadeiras odontológicas está adequada.		107/149	71,8	
Adequado número de cirurgias dentistas nas UBASF .		86/150	57,3	
Existência de escovódromo na UBASF.		44/138	31,9	
Satisfação com o atendimento oferecido pela ESB.		145/164	88,4	
Prioridade de atendimento para idosos.		79/166	47,6	
Procedimentos realizados pela ESB mais citados.	Restaurações	158/165	95,8	
	Extrações dentárias	159/165	96,4	
	Aplicação de flúor	141/164	86,0	
	Acolhimento	135/163	82,8	
	Atendimentos de emergência odontológica	136/162	84,0	

*n/N – número de respostas afirmativas/número total de respostas

Adicionalmente, também questionamos os pontos positivos (o que mais gosta) e negativos (o que menos gosta) do atendimento prestado pela EqSB na UBASF, estando estes resultados descritos na tabela 4.

Tabela 4: Preferências positivas e negativas quanto à quesitos básicos, segundo os idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Ceará, 2013.

Percepções positivas (n=166)		
Quesitos	n/N*	%
Atenção dos profissionais	41/138	29,7
Atendimento	37/138	26,8
Processo de atenção à saúde bucal (qualidade, rapidez, acolhimento etc.)	17/138	12,3
Qualidade do profissional dentista	10/138	7,2
Higiene do consultório	2/138	1,4
Nenhuma crítica a fazer	50/117	69,2
Percepções negativas (n=166)		
Quesitos	n/N*	%
Demora no atendimento	23/117	21,4
Mau atendimento dos funcionários da UBASF	5/117	26,5
Dificuldade para conseguir atendimento/poucas fichas	6/117	5,2
Incapacidade dos profissionais	4/117	3,4
Falta de material	4/117	3,4
Dor	4/117	3,4
Tratamento inacabado	3/117	2,6
Não oferece todos os serviços	2/117	1,7

Notamos não existir diferença estatística entre a nota dada pelos homens e mulheres (teste t-independente; $p=0,440$). Pelo teste “Qui-quadrado”, não observamos relação entre sexo e a percepção de rapidez do atendimento ($p=0,905$), da estrutura física da unidade ($p=0,170$), ter o problema resolvido na área ($p=0,397$), e satisfação com o atendimento ($p=0,242$). Igualmente não verificamos relação entre satisfação e idade

($p=0,697$), renda ($p=0,200$) e escolaridade ($p=0,274$). Notamos, porém, relação entre satisfação do atendimento e percepção de rapidez no atendimento ($p<0,001$), ter o problema resolvido na área ($p<0,001$), adequação da estrutura física da unidade ($p=0,001$), profissional cordial ($p<0,001$) e profissional pontual ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

Sabe-se que, afim de os benefícios na saúde serem alcançados, é necessário um serviço de qualidade. Para tanto, a avaliação da satisfação do serviço prestado, inclusive sob a óptica do usuário, é importante. Avaliação é a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios (BLAINE; JAIMES; JODY, 2004). Em síntese, a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento acerca da cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (PAWSON; TILLEY, 2001). Acreditamos que a satisfação do usuário com o serviço está relacionada à aceitabilidade deste, sendo esta a chave para o sucesso do tratamento, pois pacientes satisfeitos aderem mais ao tratamento (GÜRDAL *et al*, 2000). Sendo assim, esta satisfação é considerada como parâmetro de análise de resultados dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2012). A efetividade dos cuidados em saúde bucal pode ser determinada pela satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados. Um usuário satisfeito está mais propenso a frequentar mais a UBASF, aderindo à proposta terapêutica e

manter o vínculo com a EqSF e a ESB. (WESTAWAY *et al.*, 2003; TUNG; CHANG; 2009; RODRIGUES *et al.*, 2012).

O acentuado envelhecimento experimentado pela população brasileira e a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apontam a necessidade de ampliação do debate sobre a assistência à saúde a esse grupo etário (MOTTA; AGUIAR, 2007). O Estatuto do Idoso enfatiza a necessidade da atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Assim, estudos sobre a satisfação do usuário, inclusive de idosos, são importantes, pois avaliar a qualidade dos serviços de saúde, sob sua óptica, fornece subsídios para aqueles que administram tais serviços e para a equipe que presta os cuidados, possibilitando a superação das limitações detectadas (CARDOSO, 2005). Desta forma, a avaliação de serviços de saúde não pode ser considerada um fim em si mesmo, mas um momento em que um julgamento explícito é elaborado, e, a partir daí, desencadear-se um movimento de transformação na busca da melhoria da qualidade do atendimento.

A prevalência de satisfação com os serviços odontológicos foi alta entre os idosos avaliados. Alta prevalência de satisfação foi previamente observada em estudos nacionais e internacionais (LIMA-COSTA; LOIOLA, 2008; MYBURGH *et al.*, 2005; RAHMQUIST; BARA, 2010; TUNG; CHANG, 2009), independentemente da forma de concebê-la e medi-la, seja por abordagem quantitativa, seja qualitativa (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). A maior prevalência de satisfação entre

usuários do SUS contrasta com as possíveis deficiências de infraestrutura ainda existentes no sistema de saúde que poderiam, conforme Donabedian (1988), influenciar negativamente a avaliação dos serviços pelos usuários (VICTORIA *et al.*, 2011). Por outro lado, possível melhora no acesso aos serviços e na sua qualidade, em função das políticas de saúde bucal implementadas no País nos últimos anos, pode ter produzido um sentimento de satisfação. A aparente melhora no acesso desencadeia satisfação com o próprio atendimento odontológico (RODRIGUES *et al.*, 2012). Nos estudos de Martins; Barreto; Pordeus (2008) e Paim *et al.* (2011), 5,8% de idosos relataram nunca terem usado tais serviços; nesta investigação, 96,4% disseram que já haviam utilizado o serviço do posto de saúde. É importante ressaltar que metade dos usuários desta pesquisa foi entrevistada dentro da UBASF, o que pode ter trazido um viés em relação ao uso do serviço odontológico da unidade.

A maioria dos entrevistados acentuou que o tempo de espera foi curto. Isto pode decorrer do fato de terem conseguido atendimento. Apenas um idoso disse ter tentado e não conseguido atendimento no posto de saúde, alegando lotação. O fato de os entrevistados mencionarem que o dinheiro público não está sendo gasto adequadamente nos leva a repensar sobre a questão de que o financiamento da saúde é um dos nós críticos na Saúde Pública, para o qual gestores, profissionais e população tentam minimizar o subfinanciamento. A carência de recursos também foi abordada no estudo de Baldani *et al.* (2005), que apontou a falta de recursos financeiros, estruturais, físicos e humanos. Estes achados podem estar ancorados no fato de que poucos estados brasileiros destinam recursos financeiros aos municípios para a instalação da ESF. Muito deste financiamento está voltado à complexa tecnologia hospitalar.

Os recursos repassados pelo Governo Federal são em forma de incentivos, e não cobrem todo o custo das EqSF. No caso do Ceará, a contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde é o pagamento dos agentes comunitários de saúde, do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), com folha mensal de R\$ 5 milhões (BRASIL, 2004), restando limitados os recursos para manutenção e investimento nas EqSF.

Como apontado nos resultados, grande parte dos entrevistados está satisfeita com o atendimento oferecido pela ESB, fornecendo a nota média de 7,9 (DP±2,5) para este atendimento. Estes resultados corroboram estudos nacionais e internacionais como os de Lima-Costa; Loyola Filho (2008), Myburgh *et al.* (2005), Tung; Chang (2009), Rahmqvist; Bara (2010), Rodrigues *et al.* (2012). Parte deste percentual de aprovação pode ser explicada pelo fato de a maioria dos entrevistados achar o profissional cordial e pontual, além de atribuir ao cirurgião-dentista (CD) o fato de ser um profissional responsável, bem treinado e ter boa comunicação com os pacientes na sua assistência odontológica. Favaro; Ferris (1991), *apud* Trad *et al.* (2002), concluem que falar sobre a satisfação dos usuários traz um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, acerca de sua qualidade. A perspectiva do usuário fornece informação para melhorar e equilibrar a qualidade dos serviços, além de nortear a gestão do serviço de saúde.

Dos entrevistados, um pouco menos da metade acredita haver prioridade de atendimento para idosos, o que favorece o acesso deles ao serviço de saúde, e de certa forma pode influenciar positivamente a percepção destes sobre a assistência à saúde. Sobre a existência ou não de atendimento prioritário, todos os profissionais afirmaram existir, diferenciando da percepção dos usuários do estudo. Em outros achados, 73,3% e 26,9%

dos cirurgiões-dentistas informaram estabelecer grupos prioritários para o atendimento (BALDANI *et al.*, 2005; LOURENÇO *et al.*, 2009). Nesta perspectiva, este estudo traz um indicador considerado mediano, comparando a outras pesquisas, no que se refere ao profissional atentar-se ao atendimento de grupos prioritários. Entende que este aspecto é de obrigação do CD e deve ser incorporado no cotidiano do serviço, por assegurar uma orientação preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Ainda existem, na fila de atendimento da ESF, vários obstáculos que dificultam o atendimento a grupos prioritários, principalmente aos idosos, como, por exemplo, a inserção de reservas técnicas para terceiros, pagamento por vagas, dentre outros.

Neste ensaio, os procedimentos citados pelos idosos participantes, de forma mais prevalente, foram restaurações e exodontias. Estes achados podem estar relacionados à demanda reprimida, haja vista que existe um inadequado fluxo no processo de referenciamento na rede de atenção à saúde bucal em várias cidades, como Fortaleza. Já ao analisar a incorporação da saúde bucal na ESF no Estado do Rio Grande do Norte (RN), em cidades de pequeno e médio porte, verificou-se que os procedimentos mais realizados pelos cirurgiões-dentistas no consultório são: restaurações, instrução/orientação de higiene oral e procedimentos básicos de periodontia (SOUZA; RONCALLI, 2007). Entendemos que, nestes municípios, as ESB tradicionalmente estão inseridas há mais tempo, e a situação de demanda reprimida pode estar parcialmente suplantada, diminuindo, assim, os procedimentos de exodontia e aumentando os de cunho preventivo, como orientação de higiene oral e procedimentos básicos de periodontia.

Frazão e Narvai (2009) enfatizam a relevância das ações preventivas e de reabilitação, contudo apontam a importância da promoção da saúde para a saúde bucal. Consideram que o abandono do uso do tabaco, redução da ingestão de álcool e diminuição do consumo de açúcar e sal, combinados a um esforço para melhorar os níveis de higiene bucal e o acesso a produtos fluoretados, pode redundar no controle da cárie dentária, da doença periodontal e do câncer de boca. Estas medidas também podem acarretar benefícios para a saúde sistêmica do idoso, como hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*.

Houve neste estudo uma evidenciação de que a satisfação dos idosos está diretamente proporcional a variáveis como a percepção de rapidez no atendimento; resolubilidade do problema; adequação da estrutura física da UBASF; e um profissional cordial e pontual. Isto aponta que grupos prioritários devem estar dentro do protocolo de rotina da unidade de saúde voltados para adequada atenção integral à saúde bucal e esta inserção deve ser compreendida pelos cirurgiões-dentistas e gestores das UBASF.

Conforme modelo teórico de Andersen e Davidson (1997), e a proposta de Donabedian (1988), esperávamos associação entre satisfação com os serviços odontológicos e escolaridade, renda e idade. Neste estudo, porém, e em outros, conduzidos em Taiwan e no Brasil, a escolaridade dos usuários dos serviços de saúde não foi associada à satisfação com a assistência (TUNG; CHANG, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2012). O *status* socioeconômico, porém, esteve associado à satisfação na África do Sul, assim como foi constatada associação entre raça e satisfação (MYBURGH *et al.*, 2005). As associações esperadas não foram confirmadas nesta investigação, possivelmente em decorrência da homogeneidade da população no quesito

renda (82,4% com até dois salários mínimos de renda *per capita* mensal) e escolaridade, em que 80,2% dos entrevistados referiram escolaridade até ensino fundamental.

CONCLUSÃO

De maneira geral, os idosos percebem os serviços de saúde, e, em especial, a equipe de saúde bucal, de forma positiva. Apesar de não ter sido o objetivo desta pesquisa, esta boa percepção dos serviços pode se dar, não só pela sua qualidade, mas também como pela comparação com os serviços antes oferecidos, ou a inexistência destes. Então, as políticas públicas de saúde bucal, em Fortaleza, apontam resultados positivos quanto a resolubilidade dos serviços de saúde bucal a grupos prioritários como os idosos.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN R.M, DAVIDSON P.L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv Dent Res** 1997, 11:203-9.

BALDANI, M.H; FADEL, C.B; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.4, p. 1026-1035, 2005.

BASTOS, J.L.; NOMURA, L.H.; PERES, M.A. Trends in dental caries rates in schoolchildren 12 and 13 years old in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p. 117-122, 2004.

BLAINE, R.W.; JAMES, R.S.; JODY, L.F. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

BRASIL. **Lei Nº 11.889 de 24 de Dezembro de 2008**. Regula o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm Acessado em 15 de abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Saúde do Idoso**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>

portal/saude/visualizar_texto.cfm? Acesso em: 16 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, M.P. **Percepção de mães sobre o atendimento prestado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina** [monografia]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press.1982.

_____. **La calidad de la atención médica: definición, método e evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984

_____. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**; v.260, n.12, p.1743 - 1748. 1988.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

ESPERIDIÃO, M.A; TRAD, L.A.B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.6, p. 1267-1276, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, EE *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004 p. 55-104

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em**

Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 64-71, 2009.

GÜRDAL, P.; ÇANKAYA, H.; ÖNEM, E.; DINÇER, S.; YÍLMAZ, T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic. **Turkey Community Dental Oral Epidemiology**, v.28, p. 461-469, 2000.

LIMA-COSTA M.F.; LOYOLA FILHO, A.I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.4, p. 247-57, 2008.

LOURENÇO, E.C; SILVA, A.C.B.; MENEGHIN, M.C.; PEREIRA, A.C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1367-1377, 2009.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.22, n. 5, p. 308-316, 2007

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 24, n.1, p.81-92, 2008

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 363-372, 2007

MYBURGH, N.G. *et al.* Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. **International Journal for Quality in Health Care**, v.17, n.6, p. 473-477, 2005.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet**; v. 377 n. 9779, p. 1778 -1797, 2011.

PAVARINI, S.C.L. *et al.* A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? **Texto Contexto-Enfermagem**, v.14, n.3, p. 398-402, 2005.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic evaluation bloodlines. **American Journal of Evaluation**, v. 22, p. 317-324, 2001.

RAHMQUIST, M.; BARA, A.C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. **International Journal for Quality in Health Care**, v.22, n.2, p. 86-92, 2010.

RODRIGUES, C.A.Q. *et al.* Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.6, p.1039-1050, 2012.

SOUZA, J.A.V.; FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p. 268-272, 2007.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.11, p. 2727-2739, 2007.

THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L.A. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n.6, p.1102-11, 2010.

TRAD, L.A.B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p.581-589, 2002

TUNG, Y.C.; CHANG, G.M. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.3, p, 206-213, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p 548-554, 2009.

VICTORA, C.G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet** ; v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

WESTAWAY, M *et al.* Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n.4, p. 337- 344, 2003.

CAPÍTULO 3

CONTRIBUIÇÃO PARA OS CUIDADOS FARMACÊUTICOS E TERAPÊUTICOS

3.1 Uso de Medicamentos em Pacientes Idosos Institucionalizados

Daniely Soares Araújo
Arlândia Crsitina Lima Nobre de Morais
Ana Paula Soares Gondim

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença, não devendo ser tratado apenas como soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais. A Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (Lei 8.842/94), objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas, não apenas, para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer (MESSORA, 2006).

Os asilos constituem a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do convívio familiar. Estabelecido no Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, no artigo 3º, a instituição asilar tem por finalidade atender, em regime de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições

de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (MESSORA, 2006).

A população idosa no Brasil representa um contingente de mais de 20 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) acima de 60 anos, que consomem cerca de 60% da produção nacional de medicamentos (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2001), conduzindo a uma redefinição de práticas em saúde, principalmente a prática farmacêutica. Nesse sentido, o profissional farmacêutico, o medicamento e o usuário estão inseridos nas práticas assistenciais, fundamentadas na ideia da “medicalização” de qualquer queixa, sinal ou sintoma (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004). O farmacêutico deve atender o paciente diretamente, avaliando e orientando em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico (FURTADO, 2001), analisando as necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando problemas relacionados a eles (PRMs), que podem interferir na qualidade de vida do usuário (PERETTA; CICCIA, 2000; STORPIRTIS *et al.*, 2008).

A racionalidade terapêutica para o idoso deve iniciar-se com um diagnóstico correto e prescrição racional, considerando as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, o custo da manutenção terapêutica e as dificuldades em obter adesão ao tratamento, em razão do uso de múltiplos medicamentos (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004). A polifarmácia, uma prática cada vez mais comum entre os idosos, é definida como o uso concomitante de fármacos, medida por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados (GOMES; CALDAS, 2008). É comum encontrar prescrições com dosagens e indicações inade-

quadas, interações medicamentosas e medicamentos sem valor terapêutico, fatores que favorecem o surgimento de problemas relacionados ao medicamento (PRM) e reações adversas a medicamentos (RAM), algumas graves e fatais (MONTAMAT; CUSAK, 1992).

Em razão de mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas no idoso, Beers (1997), consideraram algumas categorias de medicamentos como impróprios, seja por falta de eficácia terapêutica ou por um risco aumentando de efeitos adversos que supera seus benefícios quando comparadas com outras categorias de medicamentos, devendo ter seu uso evitado (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005). Este estudo realizou uma análise do uso desses medicamentos em idosos, observando se estão sendo prescritos nessa população.

MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em uma Instituição asilar na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, onde a coleta de dados ocorreu de agosto a setembro de 2011.

A Instituição é composta de 220 pessoas, residentes em apartamentos, separados por alas, masculinos e femininos, sendo a mesma filantrópica e mantida por doações. Desenvolve atividades por meio de projetos, visando sempre a um crescimento conjunto com vários segmentos sociais. É constituída por profissionais de saúde, como nutricionista, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico e do serviço social, que realizam atividades numa postura humanitária, buscando a melhoria da qualidade de vida do idoso.

A coleta de dados foi realizada mediante análise de prontuários dos pacientes, permitindo o preenchimento de um formulário próprio. Fizeram parte do estudo idosos de mais de 60 anos, independentemente do gênero, que utilizam mais de um medicamento, sendo excluídos os que não faziam uso de medicamentos e aqueles em, cujo prontuário as informações eram insuficientes para preenchimento do formulário.

Previamente à coleta de dados, foi realizado um teste-piloto com o corpo clínico para avaliar se o formulário era adequado à situação atual da instituição.

As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, em que condições viviam os idosos antes de entrarem na instituição, se fumantes e/ou etilistas, quais os problemas de saúde que apresentam. Analisou-se a existência de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e Reações Adversas a Medicamentos (RAM), bem como a utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segundo os Critérios de Beers-Fick (BEERS, 1997; FICK *et al.*, 2003). Avaliou-se o uso de dois ou mais medicamentos da mesma classe terapêutica prescritos para a mesma condição clínica, resultando em uma duplicidade desnecessária. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutical Chemical* (ATC), níveis de classificação 1 e 2, sendo os medicamentos divididos em diferentes níveis de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. As doenças foram organizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). A Denominação Comum Brasileira (DCB) (BRASIL, 2003) foi utilizada para a identificação dos princípios ativos a partir dos nomes comerciais disponíveis. Para a classificação da polifarmácia, fo-

ram considerados aqueles indivíduos que utilizavam de dois a quatro medicamentos como polifarmácia menor e de cinco ou mais como polifarmácia maior (BJERRUM *et al.*, 1999).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva simples, realizada por meio do Programa Epi Info, versão 3.5.2. Os resultados foram apresentados na forma de frequência absoluta e relativa com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA da Universidade de Fortaleza, CE, sob o parecer número 229/2011, tendo sido respeitados os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Levando-se em consideração o fato de que a instituição é composta por 220 pessoas, obteve-se uma amostra de 87 pacientes de mais de 60 anos, 47 (54%) eram mulheres, 37 (42,5%) tinham idade entre 71 e 80 anos, 37 (43,5%) moravam com familiares antes de entrarem na instituição, 36 (41,4%) eram viúvos, 19 (21,8%) fumantes e 3 (3,4%) eram etilistas. Os resultados do perfil sociodemográficos estão na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de Idosos de uma Instituição Asilar em Fortaleza-CE (N= 87), Brasil, agosto a setembro de 2011.

Variáveis	N	%	IC95%
Faixa etária (anos)			
61 – 70	27	31,0	21,5-41,9
71 – 80	37	42,5	32,0-53,6
81 – 90	21	24,1	15,6-34,5
91 – 97	2	2,3	0,3-8,1
Sexo			
Feminino	47	54	43,0-64,8
Masculino	40	46	35,2-57
Com quem morava			
Família	37	42,5	32,0-53,6
Nas ruas	22	25,2	13,0-42,9
Sozinho	18	20,7	12,7-30,7
Amigos	10	11,5	5,7-20,1
Estado Civil			
Viúvo	36	41,4	15,6-34,5
Solteiro	23	26,4	30,9-52,4
Divorciado	21	24,1	17,6-37,0
Casado	7	8	3,3-15,9
Fumante			
Não	68	78,2	68,0-86,3
Sim	19	21,8	13,7-32,0
Etilista			
Não	84	96,6	90,3-99,3
Sim	3	3,4	0,7-9,7

Quando analisados os problemas de saúde (Tabela 2), observou-se a média de $5,2 \pm 3,7$ problemas de saúde por idoso, sendo que o grupo de maior frequência foi de doenças do aparelho circulatório (27,6%), seguido dos distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos (19,3%) e dos transtornos mentais e comportamentais (13,4%). Tanto na polifarmácia menor quanto na maior, observou-se os problemas cardiovasculares, como hipertensão (20,3%), endócrinos, como o diabetes (6,6%) e os do sistema nervoso central, como a depressão (7,6%), são

aqueles que mais contribuem para o aumento no número de medicamentos em uso na população estudada.

Tabela 2. Distribuição das doenças por grupo, de acordo com a classificação CID 10. Fortaleza-CE, Brasil, agosto a setembro de 2011.

CID 10	Doenças	N	%
I 00-I 99	Doenças do aparelho circulatório	80	27,6
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	56	19,3
F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais	39	13,4
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	33	11,4
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	18	6,2
H00-H59	Doenças do olho e anexos	11	3,8
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	10	3,4
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	9	3,1
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	3,1
C00-D48	Neoplasias	7	2,5
A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	1,7
D50-D89	Doenças do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns	4	1,4
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	4	1,4
Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	4	1,4
Total		290	100,0

Dessa forma, as classes farmacológicas mais utilizadas (Tabela 3) foram as do sistema cardiovascular (47,5%), do sistema nervoso (33,5%) e do trato gastrointestinal e metabolismo (19,0%).

Tabela 3. Classes e subgrupos de medicamentos mais frequentemente utilizados pelos idosos na Instituição. Fortaleza-CE, Brasil, agosto a setembro de 2011.

Classificação	Classes e subgrupos	N	%
ATC*			
C	Medicamentos cardiovasculares	170	47,5
C03	Diuréticos	30	8,4
C09	Fármacos ativos sobre o sistema renina-angiotensina	52	14,5
C07	β -bloqueadores adrenérgicos	19	5,3
C01	Terapia cardíaca (glicosídeos cardiotônicos, antiarrítmicos, vasodilatadores)	10	2,8
C10	Hipolipemiantes	43	12,0
C08	Bloqueadores dos canais de cálcio	16	4,5
N	Medicamentos para o Sistema Nervoso Central	120	33,5
N02	Analgésicos	7	2,0
N06A	Antidepressivos	35	9,8
N03A	Antiepilépticos	11	3,0
N05B	Ansiolíticos	23	6,4
N05A	Antipsicóticos Neurolépticos	35	9,8
N05C	Hipnóticos	1	0,3
N04	Antiparkinsoniano	5	1,4
N06D	Antidemência	3	0,8
A	Medicamentos para Trato Gastrointestinal e Metabolismo	68	19,0
A10	Antidiabéticos	25	7,0
A02B	Antiulceroso	27	7,5
A11	Vitaminas	5	1,4
A06	Laxantes	11	3,0
	Total	358	100

*ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*).

Quando avaliada a polifarmácia, observou-se que 53 (62%) faziam uso de 2 a 5 medicamentos, classificados como polifarmácia menor, e 33 (38%) faziam uso de mais de seis medicamentos, sendo classificados como polifarmácia maior.

Analisando-se os medicamentos prescritos quanto a sua inadequação para pacientes idosos, segundo critérios de Beers (1997) atualizados por Fick *et al.* (2003), foram encontradas 24 ocorrências (4,7%) entre os 447 medicamentos prescritos. Os medicamentos inadequados (Figura 2) mais utilizados foram o alprazolam (33,3%) e a fluoxetina (29,1%).

Sobre a duplicidade terapêutica, foi encontrada em 10,3% dos regimes posológicos analisados, sendo os medicamentos antidiabéticos (A10) aqueles utilizados com maior frequência nesses casos de redundância (Tabela 4).

Tabela 4. Duplicidade terapêutica encontrada nos regimes posológicos (N=9). Fortaleza-CE, Brasil, agosto a setembro de 2011.

Medicamentos	ATC	Condição Clínica	N	%
Metformina e Glibenclamida	A10	<i>Diabetes mellitus</i>	2	22,2
Metformina e Insulina	A10	<i>Diabetes mellitus</i>	2	22,2
Metformina e Glimepirida	A10	<i>Diabetes mellitus</i>	1	11,1
Metformina e Glicazida	A10	<i>Diabetes mellitus</i>	1	11,1
Risperidona e Haloperidol	N05	Transtornos psicóticos	2	22,2
Finasterida e Tansulosina	G04	Hipertrofia Prostática benigna	1	11,1

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com outros realizados previamente. A presença de um número maior de mulheres em relação aos homens decorre, principalmente, o fato de que elas fazem uso frequente dos serviços de saúde e sempre procuram informações sobre as doenças, o que conduz a diagnósticos precoces e a tratamentos mais adequa-

dos (OLIVEIRA; SOUZA; FREITAS, 2011), inclusive em instituições asilares. No Brasil, as mulheres vivem, em média, cinco anos mais do que os homens. O pequeno percentual de fumantes (21,8%) e etilistas (3,4%) é fator positivo para uma melhora no quadro clínico dos idosos, pois tanto o álcool como o fumo são fatores de risco para muitas doenças (ANDERSON, 1998); entretanto, nota-se que a maioria dos fumantes de homens e nenhuma mulher faz uso de álcool.

As doenças foram classificadas de acordo a CID 10, sendo os resultados semelhantes aos de Gorzoni (1995), onde diz que o idoso asilado apresenta um número mais expressivo de condições crônicas de saúde, quando comparados àqueles que vivem na comunidade. Tais condições causam problemas graves à população idosa, pois comprometem a capacidade funcional e a autonomia, diminuindo a qualidade de vida e aumentando os custos com a atenção à saúde (AGUIAR *et al.*, 2008).

Os fármacos mais utilizados pelos idosos foram classificados de acordo com a classificação anatômica (Nível 1) e terapêutica (Nível 2) da ATC. Entre os grupos anatômicos mais consumidos destacam-se os fármacos que atuam no sistema cardiovascular (47,5%) e sistema nervoso (33,5%). Os resultados são coerentes com a literatura nacional e internacional, ao referir que tanto as doenças cardiovasculares quanto psiquiátricas são responsáveis por altos índices de morbimortalidade e influenciam na prescrição e o uso inadequado desses medicamentos entre os residentes de instituições asilares. Este dado é relevante, visto que as doenças cardiovasculares são fatores de risco para demência vascular entre idosos e que possíveis interações podem ocorrer nessas classes terapêuticas (AGUIAR *et al.*, 2008).

A prática da polifarmácia, cada vez mais comum entre os idosos, foi observada em 62% dos pacientes asilados, utilizando mais de cinco medicamentos concomitantemente. Estes resultados estão em conformidade com os dados da literatura brasileira e de outros países (GORZONI, 1995), uma vez que os idosos estão expostos a maiores riscos relativos ao uso de medicamentos (efeitos colaterais e das interações medicamentosas), principalmente, em virtude da maior prevalência de doenças crônicas e da necessidade de uso prolongado dos fármacos (GORZONI, 1995; ZUBIOLI, 1998). Esses efeitos podem ser amenizados com uma prescrição adequada, bem como com ajustes de doses e períodos determinados no tratamento (MOSEGUI *et al.*, 1999).

Penteado *et al.* (2002) salientam que o uso simultâneo de medicamentos empregados para diversos fins sugere o aparecimento de problemas relacionados a farmacoterapia. Langford *et al.* (2006) propuseram que, além da polifarmácia maior, o número de doses diárias, o uso de medicamentos de baixo índice terapêutico, o uso de medicamentos para vários problemas de saúde e a mudança na medicação constituem fatores de risco para o desenvolvimento de PRM.

Durante a análise, observou-se um caso de interação medicamentosa grave, entre dois medicamentos cardiovasculares, a amiodarona, que é um bloqueador dos canais de potássio, e a digoxina, um digitálico que atua inibindo a bomba de sódio/potássio. A amiodarona, quando tomada concomitantemente, aumenta a concentração sérica de digoxina. Nestes casos, deve haver um monitoramento do digitálico, pois pode ocorrer toxicidade provocando sintomas, como náuseas, vômitos, diarreia, confusão, distúrbios visuais, disritmia progressiva ou até o bloqueio cardíaco completo. É importante salientar que

em alguns casos, se faz necessária a utilização destes medicamentos impróprios por constituírem a alternativa terapêutica, sabendo-se que deve ser avaliado se o benefício supera os riscos (PENTEADO *et al.*, 2002).

Analisando-se os medicamentos prescritos quanto a sua inadequação para pacientes idosos, segundo critérios de Beers (1997) atualizados por Fick *et al.*, (2003), observou-se que os medicamentos inadequados mais utilizados foram o alprazolam e a fluoxetina, na mesma proporção de 28,5%. O alprazolam é considerado inapropriado em razão de um aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos em idosos e a fluoxetina, devido a sua longa meia-vida, aumentando o risco de produzir estimulação excessiva do Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações do sono e maior agitação.

Esses dados mostram o desconhecimento de alguns médicos em relação à prescrição de medicamentos impróprios para idosos, o que pode trazer sérias consequências clínicas, além de efeitos econômicos para o sistema de saúde. Merece atenção especial o fato de que 61,5% dos medicamentos utilizados nos asilos são potencialmente inadequados quando utilizados em duplicidade. Tal situação evidencia a necessidade do conhecimento, por parte dos prescritores, dessa lista de medicamentos potencialmente inadequados para a idosos, de forma a garantir uma terapia efetiva, racional e segura (AGUIAR *et al.*, 2008).

A duplicidade terapêutica foi encontrada em 10,3% dos regimes posológicos analisados. Os medicamentos antidiabéticos (A10) foram aqueles utilizados com maior frequência nesses casos de redundância; no entanto, essa duplicidade é prevista pelo Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002, bem como estudos em longo prazo demonstram a superioridade de

terapias combinadas sobre monoterapia de fármacos urológicos no tratamento da hipertrofia prostática benigna (HPB). Já a duplicidade de psicotrópicos, é uma prática cada vez mais comum, porém discutível, sabendo que á faltam indicadores baseados em evidências que permitam a avaliação de sua qualidade (AGUIAR *et al.*, 2008).

Segundo a Portaria nº 810, de 1989, do Ministério da Saúde, que estabelece as normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, existe a necessidade da assistência médica, de enfermagem, psicossocial, nutricional, inclusive farmacêutica, junto às instituições (BRASIL, 1989). Estudos recentes demonstram que o farmacêutico colabora na redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Neste sentido, a inclusão do farmacêutico junto à equipe multidisciplinar pode contribuir na prevenção e promoção da saúde, auxiliando na seleção adequada dos medicamentos, além de assegurar a adesão ao tratamento, sendo este feito de forma segura e efetiva.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho evidenciaram que as instituições asilares, apesar de serem alternativa para muitos idosos, têm que passar por mudanças, no que diz respeito à farmacoterapia, visando a uma melhoria da qualidade de vida do idoso. Dentre estes problemas, destacam-se a polifarmácia, o uso de medicamentos inadequados e a duplicidade terapêutica, que são fatores preocupantes quando se fala em promoção do bem-estar do idoso, devendo ser feitos uma escolha aprimorada da

terapia medicamentosa e o acompanhamento da sua utilização nesses pacientes. Deve-se adotar estratégias simples que permitam a prevenção e a correção precoce de erros, facilitando a escolha quanto ao tratamento mais adequado caso a caso. Portanto, faz-se necessária a inserção do profissional farmacêutico nessas instituições, a fim de estruturar o serviço de farmácia e promover o uso racional de medicamentos, além de auxiliar no processo de prescrição.

AGRADECIMENTOS

Aos responsáveis pela Instituição pesquisada, funcionários, em especial o Serviço Social, que sempre estava à disposição, e a todos os pacientes, esperando que esses resultados contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, P.M. *et al.* Avaliação da Farmacoterapia de Idosos Residentes em Instituições Asilares no Nordeste do Brasil. **Latin American Journal Pharmacy**, v. 27, n. 3, p. 454-459, 2008.

ANDERSON, M.I.P. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 23-43, 1998.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: Ciências biológicas e da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CENSO 2010 Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 7 de dez. 2011.

BEERS, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly an update. **Archives Internal Medicine**, 1997.

BJERRUM, L. *et al.* Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. **The British Journal of General Practice.**, v. 49, p. 195-198, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: **Resolução de Diretoria Colegiada**, nº 268. Brasília: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria 810.**: Brasília, 1989.

FICK, D.M. *et al.* Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults – Results of a US Consensus Panel of Experts. **Archives Internal Medicine**, v. 163, p. 2716-2724, 2003.

FURTADO, G.R. **Noções Básicas sobre Atenção Farmacêutica**. Curitiba: Editora UFPR. 2001.

GOMES, H.O.; CALDAS, C.P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 7, Janeiro-Junho, 2008.

GORZONI, M.L. Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. **Gerontologia**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 81-86, 1995.

LANGFORD, B.J. *et al.* Implementation of a self-administered questionnaire to identify patients at risk for medication related problems in a family health center. **Pharmacotherapy**, v, 26, n. 2, p. 260-268, 2006.

MEDEIROS, E.F.F. *et al.* Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3139-3149, 2011.

MESSORA, L. B. **Perfil dos idosos em instituições asilares de três municípios do Sul de Minas Gerais**. 200 6. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) –Universidade Federal de Alfenas; Alfenas, Minas Gerais, 2006.

MONTAMAT, S.C.; CUSAK, B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. **Clinis Geriatric Medicine**, v.8, p.143-58, 1992.

MOSEGUI, B.G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em Idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 437-444,1999.

NÓBREGA, O.T.; KARNIKOWSKI, M.G.O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p.309-313, 2005.

OLIVEIRA, C.R.M.; SOUZA, C.S.; FREITAS, T.M. **Idosos e família: asilo ou casa**. Portal dos psicólogos. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. 2011.

PENTEADO, P.T.P.S. *et al.* O uso de medicamentos por idosos. **Visão Acadêmica**, v. 3, n. 1, p. 35-42, 2002.

PERETTA, M; CICCIA, G. Reengenharia farmacêutica - guia para implantar atenção farmacêutica. Brasília: **Ethosfarma**, 2000, p. 45-64.

STORPIRTIS, S. *et al.* **Ciências Farmacêuticas: Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. 2. eEd. Guanabara Koogan. 2008, p. 489.

TEIXEIRA, J.J.; LEFÈBVRE F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 207-13, 2001.

ZUBIOLI, A. **A farmácia clínica na farmácia comunitária** (Módulo 3). Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 1998.

3.2 Perfil Farmacoepidemiológico em Idosos

Breno Emídio Couto

Eveline Espíndola

Iasmine Soares Beserra

Roberta Tavares

Maria Angelina S. Medeiros

Irineu Lima de Albuquerque

INTRODUÇÃO

O uso indiscriminado e excessivo de medicamentos pode expor pacientes idosos a efeitos adversos e interações potencialmente perigosas. Os idosos consomem mais medicamentos do que pessoas de outras faixas etárias, sendo mais vulneráveis aos efeitos adversos (BALLONE, 2002; KATZUNG, 1998).

O número de idosos aumenta e o consumo de medicamentos por esta população acompanha esta tendência, tornando-se o grupo etário mais “medicalizado” na sociedade, com o aumento de prevalência de doenças crônicas com a idade. Esse aumento leva a duas situações quase que idiossincráticas da assistência médica ao idoso: a polifarmácia e a iatrogenia. A polifarmácia está relacionada ao uso de pelo menos um fármaco desnecessário num rol de prescrições supostamente necessárias. A iatrogenia configura o efeito patogênico de um fármaco ou da interação de vários fármacos. Ambas as situações são, infelizmente, comum em nosso meio, sendo, provavelmente, um problema de saúde pública geriátrico, tratável, de maior importância (GIBIAN, 1992; SILVA, 1996).

Os Critérios de Beers são explícitos e definem o uso potencialmente inapropriado de medicação pelos idosos. Definem medicamentos que deveriam ser evitados em geral pela população geriátrica, as dosagens ou frequências de uso que geralmente não deveriam ser excedidas, pois podem ocasionar reações graves diante do desenvolvimento de interações medicamentosas, considerando a existência de polifarmácia como consequência das patologias deste grupo de pacientes. Um estudo em casas de repouso nos Estados Unidos mostrou que 7% de todas as prescrições eram inadequadas—drogas que não deveriam ser prescritas para pacientes institucionalizados, ou tratamentos muito longos, ou dosagens excessivas. Cerca de 40% dos residentes receberam pelo menos uma e 10% pelo menos duas drogas inadequadas simultaneamente (BEERS *et al.*, 1991; INSALUD, 1994).

O estudo teve como objetivo, definir, identificar, conhecer o perfil do idoso e o esquema farmacoterapêutico adotado pelo grupo “Cabelos Brancos”, da comunidade do Dendê.

MÉTODOS

O estudo descritivo envolveu quatro etapas: 1. Obtenção da história farmacoterapêutica; 2. Avaliação de estado de situação; 3. Intervenção farmacêutica e; 4. Visitas domiciliares. Foi realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. O estudo foi realizado entre os meses de abril de 2004 e julho de 2006.

Participou do estudo o grupo “Cabelos Brancos” composto por 60 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos e foram selecionados 34 idosos que atenderam os critérios de

inclusão: idosos com idade igual ou superior a 60 anos e participando de todas as reuniões do grupo. Os critérios de exclusão foram: idosos que não participaram de todas as reuniões e com idade inferior a 60 anos. Sete foram excluídos por idade inferior a 60 anos, e os demais (19) foram excluídos por não participarem de todas as reuniões no período da pesquisa. Os idosos apresentados no estudo, foram identificados por três ou quatro letras do alfabeto.

Para a coleta de dados aplicou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas. Esse instrumento foi elaborado a partir do Método Dáder para Acompanhamento Farmacoterapêutico adaptado. Esse Método foi desenhado pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, na Espanha e utilizado em distintos países e pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2003). A entrevista utilizada para visita domiciliar também seguiu o referido Método.

Foram incluídos todos os medicamentos industrializados, assim como as fórmulas magistrais. Foram excluídos os medicamentos homeopáticos, os que não possuíam formulação clara, chás, decoctos e tinturas.

Todos foram informados sobre a preservação do anonimato, da privacidade das informações, e forneceram suas assinaturas no Termo de Consentimento, como preconiza a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, que trata das questões éticas envolvendo pesquisa em seres humanos. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR com o Parecer nº 032/2004 (fase inicial), 403/2004 (estado de situação), 302/2005 (intervenção), 026/2006 (avaliação domiciliar).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres predominaram no estudo, formada por 88,89% dos componentes, pode ser explicada pelo simples fato de que elas reagem diferentemente aos homens em relação a uma doença. As mulheres se preocupam mais com sua saúde, indo mais à procura de um sistema de saúde, fazendo com que haja maior prevenção e possivelmente a diagnósticos precoces. Os homens são mais expostos a fatores de risco, como o fumo e o álcool, que leva a acidentes automobilísticos, assassinatos; sem contar com alterações biológicas, o fator de proteção conferido pelo hormônio feminino em relação a problemas cardiovasculares, que é a principal causa de mortalidade e morbidade entre os idosos. Mesmo com o hormônio feminino que confere fator de proteção às mulheres, a hipertensão é a principal causa de mortalidade e morbidade entre os pacientes geriátricos, atingindo 51,85% dos pacientes do grupo (BATLOUNI; SAVIOLI NETO; MAGALHÃES, 1999).

Observou-se que 70,38% dos idosos faziam uso de mais de um medicamento. Esta elevada frequência de polifarmácia entre os idosos está associada ao número de diagnósticos médicos presentes, ou seja, quanto maior o número de problemas médicos identificados, maior a lista de prescrições, embora essa nem sempre seja a conduta correta (BALLONE, 2002).

Dentre os medicamentos mais utilizados pelos idosos, os analgésicos e antitérmicos, como o paracetamol e o ácido acetilsalicílico, foram os mais citados. Pode-se explicar o maior uso destes, pois são utilizados para quadros sintomáticos e são medicamentos de fácil aquisição e baixo custo. Em seguida, os anti-hipertensivos e diuréticos, como o captopril, propranolol, furosemida, metildopa e a hidroclorotiazida, utilizados nas

doenças cardiovasculares. No idoso, há um endurecimento das artérias, o que propicia o aumento da pressão arterial. Verificou-se um grande número de antibióticos prescritos. O idoso tem sua imunidade mais baixa e fica mais propício a uma infecção. Além de vários medicamentos prescritos para reumatismo, este problema não tem a sua causa bem conhecida, todavia está relacionada à imunidade, que, por motivos pouco conhecidos passa a agredir o próprio organismo, por isso em algumas situações são usados imunossupressores para inibir a defesa do organismo (BATLOUNI; SAVIOLI NETO; MAGALHÃES, 1999; OSTEOPOROSE, 2004).

As interações medicamentosas indesejáveis identificadas no estudo ocorreram na fase do estado de situação, e na intervenção farmacêutica, foram realizadas orientações aos idosos e comunicados aos médicos.

Verificou-se que 12,5% dos medicamentos prescritos estão enquadrados nos critérios de Beers, aqueles fármacos que conferem alto risco para pessoas idosas. Digoxina reduz o *clearance* renal no idoso e suas doses não podem ser superiores a 0,125mg/dia; a metildopa pode produzir bradicardia e agravar a depressão nos idosos; o diazepam possui uma meia-vida maior nos idosos, favorecendo o aparecimento de sedação prolongada e aumento da frequência de quedas e fraturas; e os suplementos de ferro, não devem ser administrados em doses superiores a 325mg/dia (BEERS *et al*, 1991).

Durante a análise dos resultados, observou-se que 28,0% dos pacientes afirmaram não cumprir o horário da prescrição. Alguns medicamentos precisam ser utilizados no horário correto para ter o efeito terapêutico adequado. Observou-se, também, que uma parcela de 12,0% dos entrevistados não foi

orientada sobre como utilizar adequadamente a medicamento; além de um número muito pequeno de pacientes que são orientados por farmacêutico (4,5%), e os orientados por parentes (9,1%), o que é preocupante principalmente, quando se trata de um paciente geriátrico.

De acordo com o Consenso de Granada, que estabelece as classificações de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) em seis categorias, observou-se, com base nos dados e nas fichas de situação que 55,5% dos idosos estavam enquadrados em PRM, divididos da seguinte forma: 14,8% dos idosos com problema de saúde não tratado e 7,4% com problema de saúde por um medicamento desnecessário; 7,4% destes com PRM por inefetividade não quantitativa e 3,7% por inefetividade quantitativa; 11,1% por insegurança não quantitativa; e 11,1% por insegurança quantitativa (BESERRA, 2004).

Na visita domiciliar, verificou-se que 11,1% dos pacientes apresentaram interação medicamentosa do tipo medicamento/alimento.

Os idosos MLV (60 anos), DDR (64 anos) e MSSG (65 anos) exibiram hipertensão e utilizavam captopril 25 mg, duas vezes ao dia, mas não respeitavam o período de uma a duas horas entre a alimentação e a tomada do medicamento. O efeito poderia ocasionar redução drástica da absorção do captopril. No caso de interações de medicamentos com alimentos, o estado de depleção do estômago e a quantidade de ácido produzido consequentes à ingestão de alimentos podem alterar a absorção de medicamentos administrados concomitante por via oral. Muitas drogas podem ter sua absorção gastrointestinal diminuída ou, às vezes aumentada pela presença de alimentos. Já em outras situações, isto é indiferente e, em algumas

circunstâncias, recomenda-se a administração de determinados medicamentos com o estômago cheio, a fim de minimizar a ação irritativa dessas drogas sobre a mucosa gastrointestinal (FONSECA, 2001).

Constatou-se que as possíveis interações medicamentosas do tipo medicamento/medicamento equivalem a 22,2% do grupo de pacientes analisados por meio das fichas de estado de situação.

MIF (60 anos) apresentava hipertensão e um quadro de artrite reumatoide, utilizando-se de furosemida 40 mg, duas vezes ao dia, e digoxina 0,5 mg, duas vezes ao dia, prescrito por médico há quatro anos. A furosemida é capaz de levar à hipopotassemia e à hipomagnesemia, precipitando arritmias cardíacas. No idoso, o rim vai diminuindo a sua capacidade excretora. A eliminação deste fármaco fica comprometida, de tal forma que a concentração da droga deve ser diminuída, ou se possível trocar a medicação. Os diuréticos podem aumentar os níveis de lítio, alopurinol, digitálicos e bloqueadores neuromusculares, quando utilizados associadamente. Recomenda-se evitar o uso da digoxina associada a furosemida, pois a hipocalemia provocada pelo diurético favorece a toxicidade da digoxina, que se apresenta em concentração superior àquela recomendada para pacientes idosos. A dosagem de digoxina não deveria superar 0,125mg/dia, em virtude da redução do *clearance* renal da digoxina nas pessoas idosas (BEERS *et al.*, 1991; LIMA, 2003; OLIVEIRA, 2004).

TMJ (66 anos) e MCRS (69 anos) exibiram quadro de hipertensão. Utilizavam o fármaco cardiovascular metildopa, numa concentração de 250mg, duas vezes ao dia, associado a hidroclorotiazida 25mg, prescrito pelo médico há três e cinco

anos respectivamente. A metildopa possui associação útil em terapêutica com diuréticos, mas não seria indicada para tratamento da hipertensão em idosos por criar possível indução de bradicardia, elevando, assim, o quadro de depressão nestes pacientes. Demonstra elevado risco de hipotensão ortostática, causando alteração dos barorreflexos. Necessário é o ajuste da dose da hidroclorotiazida. As medicações preferenciais são os antagonistas do cálcio, os diuréticos em doses baixas (12,5mg de hidroclorotiazida ou clortalidona), os inibidores da enzima conversora e os beta-bloqueadores. Os beta-bloqueadores e simpatolíticos de ação central podem ser usados, conforme o caso e as comorbidades associadas (FONSECA, 2001; SOARES, 2000).

Paciente APLN (73 anos) utilizava ácido acetilsalicílico 100mg (de uso infantil) duas vezes ao dia há dez anos, por causa do problema de trombose, e, também, por conta própria hidróxido de alumínio suspensão oral 61,5mg/mL, tomando duas colheres de chá em jejum por dia, por sentir azia. O antiácido, que é uma associação de sais de alumínio e magnésio de cálcio, ameniza a azia, igualmente ao leite, que tem o poder de neutralizar o meio ácido. Os antiácidos devem ser tomados com estrita recomendação médica, pois tomar um remédio desse tipo é agir contra a natureza do organismo. A acidez do estômago é normal. Um medicamento que tente diminuí-la provoca a reação do órgão, criando um círculo vicioso. Os antiácidos também podem dificultar a ação de alguns antibióticos. Se há frequência de problemas de azia, procurar se alimentar em horários regulares e em ambientes tranquilos. Mastigar bem, sem pressa. Aumentar a quantidade de fibras na dieta, pois elas facilitam o trânsito intestinal, o que repercute na digestão. O uso do ácido acetilsalicílico com antiácidos deve ser

administrado com precaução. Em pacientes que administram doses altas do ácido acetilsalicílico com antiácidos, pode ser necessário o ajuste da dose quando o tratamento com antiácidos for induzido ou interrompido. Doses altas de antiácidos podem aumentar o pH urinário e diminuir as concentrações séricas do ácido acetilsalicílico (FONSECA, 2001; SOARES, 2000).

ASO (63 anos) apresentava como problema de saúde, frequentes dores de cabeça, há mais de 30 anos. Utilizava paracetamol 500mg como analgésico nas crises de cefaléia. Queixava-se de dor nas “juntas”, e um parente seu que tem reumatismo indicou diclofenaco potássico 50mg. Diclofenaco é um medicamento com maior número de vendas no Brasil. Existem pelo menos 40 marcas diferentes e ele é realmente útil para uma série de doenças podendo substituir o ácido acetilsalicílico no tratamento de entorses e dor nas “juntas”. Consumido em doses maiores, porém, ele aumenta a incidência de sangramentos gastrintestinais. Muitos pacientes com dores reumáticas ou musculares, além de antiinflamatórios, tomam analgésicos para obter alívio maior da dor. Essa associação do diclofenaco com o paracetamol eleva o risco de lesões nos rins, especialmente nas pessoas acima dos 40 anos. Tais lesões chegam a ser tão graves que podem provocar paradas da função renal. Por isso, a Associação Americana de Nefrologia já emitiu vários pareceres sobre o uso do paracetamol, pois associado a qualquer anti-inflamatório pode aumentar a incidência de doença renal grave que, entre 10% e 30% dos casos, exige diálise. Estudos epidemiológicos europeus e americanos já comprovaram esse fato. Portanto, o paracetamol deve ser usado com cautela e por tempo determinado e, se possível, procurar opções para sua indicação (FONSECA, 2001; ROSSI, 1974).

FGS (74 anos) relatou possuir muita dificuldade para dormir, e fazia uso de diazepam 0,5mg/dia. Citou também problema de azia, decorrente da sua gastrite que o fazia utilizar o hidróxido de alumínio suspensão oral, 61,5mg/mL duas vezes ao dia. A administração de antiácidos e clordiazepóxido ou diazepam diminui a velocidade, mas não a quantidade de benzodiazepínico absorvido. A administração de antiácidos com clorazepato reduz a velocidade e a quantidade de conversão de clorazepato em metildiazepam (FONSECA, 2001).

Durante a análise dos resultados, verificou-se, que de acordo com os Problemas Relacionados ao Medicamento, segundo o Consenso de Granada, os idosos AAP (74 anos), FAT (70 anos), MAC (69 anos) e ARS (74 anos) estão classificados na suspeita de PRM 1. Uma vez analisados todos os medicamentos que os idosos utilizavam, verificou-se se ainda existe algum problema de saúde que não está sendo tratado. Os PRM 1 passam a ter mais relevância do que no princípio, à medida que se realizam as primeiras intervenções. Isto é o que acontece com certos problemas de saúde, que a princípio podem ser interpretados como relacionados com o uso de algum medicamento e, após as intervenções, passam a ser vistos como problemas de saúde não tratados, quando não se consegue o objetivo.

A partir das fichas de estado de situação avaliadas, observou-se, que de acordo com a necessidade, 7,4% dos idosos administravam medicamentos de que não necessitavam, existindo suspeita de PRM 2 para os idosos ASO (63 anos) e MJL (87 anos) de acordo com o Consenso de Granada. Os PRM 2 se originam como consequência da utilização de medicamentos sem a existência de um problema de saúde que o justifique, como o uso de analgésicos sem que exista dor, ou seja, a prática da automedicação está presente. A automedicação com fáarma-

cos de prescrição, sem que seja avaliado em consulta médica, tal como tomar um hipnótico indicado por um familiar para conciliar o sono.

Dentre os pacientes geriátricos em estudo, MCRS (69 anos) e TMJ (66 anos) constituem os 7,4% do total de idosos que apresentavam uma resposta negativa quanto à efetividade do medicamento prescrito. Segundo o Consenso de Granada, estes pacientes estão incluídos no PRM 3. O PRM 3 é caracterizado quando o paciente exibe um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa do tratamento farmacológico, pela ocorrência de má seleção do medicamento.

Em relação ao paciente apresentar um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa do tratamento farmacológico, registrou-se como PRM 4 o caso de MGS (77 anos), com 3,7% do total de pacientes geriátricos. O PRM 4 se refere àqueles problemas de falta de efetividade, provavelmente em razão de a um problema de quantidade de medicamento em algum momento da evolução do paciente, como subdose, interações com outros medicamentos, fenômenos de intolerância.

De acordo com a segurança do medicamento, verificou-se que os pacientes em estudo DDR (64 anos), ICS (69 anos) e FGS (74 anos) expressavam problemas de saúde por uma segurança não quantitativa do tratamento farmacológico, estando sob suspeita de PRM 5, totalizando 11,1% dos idosos avaliados de acordo com as fichas de estado de situação. Os problemas de segurança não efetivos, PRM 5, são observados quando o efeito indesejado não depende da quantidade de medicamentos. Isto ocorre nos casos em que o problema não tem relação com o mecanismo de ação do medicamento, ou naqueles em que o medicamento não se tornou efetivo e já está se mostrando inseguro.

O PRM 6, foi identificado no grupo, esse PRM está relacionado ao problema de insegurança quantitativo; se o efeito depende da quantidade de medicamento tomado, o paciente se manifesta como se a dose tivesse ultrapassado sua dose máxima segura.

Um dos principais problemas na terapêutica geriátrica é a dificuldade do cumprimento do esquema posológico. Dos 16 pacientes entrevistados, 66,0% afirmam cumprir o esquema posológico, 28,0% esquecem 6,0% relataram ter dificuldades de cumprir por diversos motivos. 32,0% dos idosos disseram não cumprir o esquema posológico e/ou ter dificuldades de cumpri-los. Inúmeros fatores contribuem para o conhecimento do paciente idoso quanto ao seu tratamento farmacológico, entre outras causa, a falta de aconselhamento individualizado, a falta de informação escrita personalizada e reforço das instruções orais, inabilidade para recordar as informações previamente apresentadas e, a falta de um ajudante, auxiliar ou familiar na hora de tomar a medicação (ROMANO-LIEBER *et al.*, 2002).

Com o não cumprimento do esquema posológico ou pelo seu cumprimento de forma inadequada, esses fatores contribuíram para um percentual de 62,5% de não adesão ao tratamento. Os resultados estão de acordo com a literatura. Os problemas crônicos encontrados nos idosos exigem uso diário de medicamentos por toda a vida. Por exemplo, diabetes e hipertensão arterial costumam dar problemas de aderência ao tratamento. As pessoas muitas vezes deixam de tomar seus medicamentos ou acha que o problema desapareceu, assim suspende o uso (PEPE; CASTRO, 2000).

Sobre as possíveis interações medicamentosas, 30,0% dos idosos do grupo estavam sob risco de interação medicamento/alimento, enquanto 70,0% dos idosos entrevistados estão de acordo com a literatura, já que as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas das drogas em indivíduos idosos são um dos principais fatores que ocasionam o aumento de interações medicamentosas e efeitos adversos, principalmente pela multiplicidade de diagnósticos, levando a uma utilização mais frequente de medicamentos associados (COUTINHO, 2004).

Observou-se que 75,0% dos pacientes recebiam medicamentos dos postos de saúde, enquanto outros 15,0% compravam em farmácias e 10,0% adquiriam em outros locais.

No relato dos pacientes, constatou-se que 60,0% dos idosos necessitavam da ajuda da família para fazer uso dos medicamentos, ter adesão ao tratamento e, observar a validade e o nome dos medicamentos. Tudo isso é importante para dar continuidade à terapêutica. Apenas 40,0% são mais independentes para fazer uso dos medicamentos, são pacientes que possuem mais informações sobre seu problema de saúde, que sabem ler e que são mais lúcidos.

Observa-se também entre os idosos que 68,75% armazenam seus medicamentos em armários protegidos de luz e umidade, enquanto 18,75% armazenam em caixas e 12,5% em geladeiras. Com esses resultados, a maioria dos pacientes tem certa noção do armazenamento de seus medicamentos, desta forma, garantindo a boa qualidade dos fármacos.

Durante avaliação dos resultados, quanto ao armazenamento dos medicamentos em suas embalagens originais, constatou-se que 25,0% dos medicamentos estão em suas embalagens originais; 12,5% estão com as embalagens rasuradas

e 62,5% estão fora da embalagem original. Os medicamentos dos idosos estavam fora das caixas originais e tomavam sem olhar o nome do medicamento e a determinada hora. Isso pode ocasionar erros no tratamento, com erro na escolha do medicamento, já que muitos são idênticos.

CONCLUSÃO

Com o contínuo avanço tecnológico e o seu uso benéfico pelas populações, estima-se o aumento progressivo na expectativa de vida das pessoas, o que acarretará na necessidade de se oferece melhorias na qualidade de vida deles, acrescentando desafios e dificuldades a serem transpostos por governantes, profissionais da saúde, pacientes idosos ou não, e seus respectivos familiares. O envelhecimento é um processo inevitável no organismo do ser humano, e ocasiona algumas transformações fisiológicas que tornam o idoso mais frágil e sensível aos medicamentos que porventura venha a precisar usar, que se não usados de modo racional, podem comprometer a saúde. Os idosos pertencem a uma classe da população que tem a necessidade de um serviço de atenção farmacêutica diferenciada, pois, por meio desta, se poderia fazer um uso mais racional de medicamentos, reduzindo-se os PRM.

O envelhecimento da população é um anseio natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga adicionar qualidade aos anos adicionais de vida.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G.B. O Uso de Medicamentos em Idosos e Iatrogenia. **PsiquWeb**. Atualizado em 2002. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/medicam.html>> Acesso em: 20 mai. 2011.

BATLOUNI, M.; SAVIOLI NETO, F.; MAGALHÃES, H.M. Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas à idade. Terapêutica cardiovascular no idoso. In: BATLOUNI, M.; RAMIRES, J.A.F. **Farmacologia e terapêutica cardiovascular**. São Paulo: Atheneu, 1999.

BEERS, M.H. *et al.* Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. **Archives Internal Medicine**, 1991.

BEERS, M.H. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly an update. **Archives Internal Medicine**, 1997.

BESERRA, I.S. **Interação medicamentosa em idosos do grupo “Cabelos Brancos”**: Estado de Situação. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Fortaleza, CE: UNIFOR, 2004.

CEARÁ. Atenção farmacêutica: compromisso social do profissional farmacêutico. Método Dáder: guia de seguimento farmacoterapêutico. **Secretaria de Saúde do Estado**. Fortaleza, 2003.

COUTINHO, F. L. Avaliação do impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos. **Textos sobre envelhecimento**, v. 7, nº 2, p. 54-67, 2004.

FONSECA, A.L. **Interações Medicamentosas**. Rio de Janeiro: Publicações Biomédicas LTDA; 2001.

GIBBIAN, T. Rational drug therapy in the elderly or how not to poison your patients. **Australian Family Physician**. v. 21, n. 12, p. 1755, 1992.

INSALUD. **Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica**. Madrid: INSALUD, 1994.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia – Básica & Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

LIMA, D.R. **Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia**. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2003.

OSTEOPOROSE. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. AW design, 2004. Disponível em: -<http://www.sbgg.org.br/>- Acesso em: 11 abr. 2004.

OLIVEIRA, D.S.M. Medicamentos e Geriatria. **Revista Racine**, v. 14, n. 79, p. 34-29, 2004.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 44-59.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informações compartilhadas como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 815-822, 2000.

ROMANO-LIEBER, N. S. *et al.* Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, nº. 6, Rio de Janeiro, 2002.

ROSSI, E. Interações medicamentosas na prática reumatológica. **Revista Paulista de Medicina**. v. 84, p. 157, 1974.

SILVA, M.A.M. O. **Velhos no Brasil**: Morte silenciosa. Rio de Janeiro: SESC; 1996.

SOARES, M.A. O medicamento e o idoso. **Revista Farmácia Brasileira nº. 18, 2000**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/144/o-medicamento-e-o-idoso>> Acesso em: 28 maio 2011.

3.3 Adesão do Idoso Hipertenso ao Tratamento – tecnologia educativa em saúde embasada no modelo de crenças

Timóteo Vasconcelos Queiroz
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Maria Vieira de Lima Saintrain
Jennara Cândido do Nascimento
Joselany Áfio Caetano
Ingrid Correia Nogueira

INTRODUÇÃO

A população mundial de idosos consiste aproximadamente de 629 milhões de pessoas, com uma taxa de crescimento anual de 2%, ou seja, um percentual mais alto em relação ao restante da população e três vezes mais do que há 50 anos. O Brasil expressa um dos mais agudos processos de envelhecimento entre os países mais populosos. Este fato decorre de dois fenômenos: sucessivas quedas das taxas de fecundidade e diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas. O Nordeste desponta nesse processo em razão do rápido declínio nas taxas de natalidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que não afeta só o ser idoso, mas a família, a comunidade e a sociedade, no entanto, se reconhece o envelhecimento como um processo normal, que envolve perdas no plano biológico,

socioafetivo e político (ALENCAR; CARVALHO, 2009). É conceituado como dinâmico e progressivo constituído de mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que irão repercutir em perda da capacidade funcional da pessoa (habilidade de adaptação ao meio-ambiente) e incidência elevada de patologias que levam o idoso à morte. Caracteriza-se por alterações fisiológicas que podem acometer diversos órgãos e sistemas, com prejuízo de suas funções (FREITAS *et al.* 2002).

As doenças ligadas ao processo do envelhecimento levam a dramático aumento dos custos assistenciais de saúde, além de importante repercussão social, com grande impacto na economia dos países. As evidências mostram que o melhor modo de otimizar e promover a saúde no idoso é prevenir seus problemas médicos mais frequentes. Estas intervenções devem ser direcionadas em especial à prevenção das doenças cardiovasculares (DCV), consideradas a principal causa de morte nessa faixa etária (NOBREGA, 2009).

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos, registrando elevação isolada ou predominante da pressão arterial (PA) sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da PA para níveis abaixo de 140/90 mmHg. Em alguns pacientes muito idosos, é difícil reduzir a PA abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nestes casos, afastadas causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de PA sistólica (por exemplo, 160 mmHg) (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, um em cada cinco brasileiros é portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esse distúrbio é, portanto, um crescente problema de Saúde Pública, já notificado como a terceira causa de morte no Mundo, numa estimativa de 600 milhões de hipertensos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). As doenças cardiovasculares (DCV) são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 pessoas em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para Williams (2010), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no Mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em pessoas entre 45 e 69 anos). No Brasil, as DCV são a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, embora, entre 1990 a 2006, se tenha observada uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular.

Para Malta *et al.* (2009), a HAS é, portanto, uma condição clínica complexa multifatorial, seu aparecimento está relacionado ao estilo de vida inadequado, caracterizado por níveis

elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com o consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

De acordo com Krousel-Wood *et al.* (2009), estima-se que um terço das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis. Vale ressaltar que o controle da HAS depende de medidas dietéticas e de estilo de vida (atividade física regular, abstenção de vícios, gerenciamento do estresse) e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. A insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso é apontada como um dos importantes determinantes desse problema. Para Santa-Helena, Battistella e Eluf (2010), a não adesão é classicamente considerada um fenômeno complexo e multideterminado.

Vários fatores interferem na adesão ao tratamento da HAS. Os relacionados à doença são: cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias. Referentes a crenças, hábitos de vida e culturais, são: percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença e autoestima. O item tratamento acarreta os seguintes fatores: custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos e qualidade de vida. O relacionamento com a equipe de saúde, também, interfere na adesão ao tratamento e engloba os fatores envolvimento e relacionamento inadequado (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Visando ao engajamento das pessoas às medidas que conduzem à adesão ao tratamento da HAS, reconhecemos que a Educação em Saúde (ES) representa um ótimo método para

tal objetivo. A ação educativa precisa ser entendida como um modo de intervenção no mundo, envolvendo todos os sujeitos, privilegiando a elaboração compartilhada do conhecimento e, essencialmente, a multiplicidade de saberes e visões ante o processo saúde-doença. O processo educativo cumpre sua finalidade quando ocorre a troca de informações entre usuário e profissional, calcada na relação de liberdade para verbalizar dúvidas, opiniões e decisões. Para ser eficiente, a aprendizagem deve atender as necessidades e expectativas do usuário (PEREIRA; SERVO, 2006; GUIDO *et al.*, 2005).

A ES, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, se torna um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices pressóricos. O conhecimento do agravo está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (SILVA, 2006).

Assim, optamos por este estudo, com o objetivo de analisar as mudanças comportamentais em idosos hipertensos na adesão ao tratamento, mediante aplicação de uma tecnologia educativa embasada no Modelo de Crença em Saúde (MCS).

Segundo Pires e Mussi (2008), o MCS foi desenvolvido nos anos 1950, nos Estados Unidos da América, por um grupo de psicólogos sociais. O MCS publicado em 1966, por norte de Rosenstock, busca aprofundar o entendimento do comportamento humano em relação ao processo saúde. O MCS preconiza a existência de barreiras psicológicas importantes que impedem a pessoa de realizar atitudes que contribuam para a prevenção de doenças; pressupõe que para se expressar comportamentos em relação a uma determinada doença,

deve considerar-se suscetível a ela e considerar também que a ocorrência da doença pode trazer um nível de severidade que ocasionará algumas limitações em relação às atividades de sua vida. O MCS compõe-se de quatro fases, a saber: suscetibilidade, seriedade, benefícios percebidos e barreiras percebidas.

Para Turner *et al.* (2004), a suscetibilidade e a seriedade percebidas têm conhecimento. A aceitação da suscetibilidade a uma doença percebida como séria potencializa a ação e define a trajetória a ser seguida, influenciada por crenças relativas à efetividade das ações, diante da qual a pessoa se percebe como sujeito, valorizando os benefícios acarretados. Os benefícios percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e na sua percepção, com resultados positivos. A direção da ação é influenciada pelas crenças da pessoa em relação à efetividade das opções conhecidas para reduzir a ameaça, à qual se sente submetido. Uma opção vista como benéfica é a relacionada à redução da suscetibilidade ou seriedade de uma doença. Em muitos casos, as crenças são influenciadas por normas e pressões sociais, podendo ser conflitantes. Portanto, as barreiras percebidas são constituídas pelos aspectos negativos da ação em saúde, notadas como impeditivas para a tomada de ação, sendo avaliada em termos de custo, esforços dispensados, caracterização invasiva a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a situações que causam insatisfação, dor, aborrecimento, fatores que servem como barreiras para a ação e estimulam motivos conflitantes de enfrentamento (ROSENSTOCK, 1974).

No MCS, o indivíduo adotará um comportamento adequado em relação ao processo saúde/doença, na medida em que perceber os benefícios nesse novo estilo de vida, compensadores em relação aos custos acarretados. Desenvolve um plano de ação em concordância com os passos anteriores, levando

ao comportamento adequado em relação a sua enfermidade (ROSENSTOCK, 1974).

Dessa forma, buscamos, mediante a tecnologia educativa em saúde (TES), estimular em cada idoso a compreensão de que cada um é agente ativo na promoção de sua saúde, e na prevenção de enfermidades. Após o fim da pesquisa, ocorrerá o retorno ao campo, onde os resultados do estudo serão explicitados com o objetivo de conscientizar os idosos sobre a necessidade da continuidade da adesão, dada a cronicidade da HAS. Os resultados desta pesquisa servirão de base para outros estudos, visando a ampliar e fortalecer a Promoção da Saúde dos idosos, bem como a prevenção das severidades da HAS.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pesquisa participante, a qual constitui em uma ação voltada para atender as necessidades básicas da pessoa (BRANDÃO; BORGES, 2007).

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), vinculado à Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), em Fortaleza-CE. O CRAS foi fundado em 2004, unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Participaram da pesquisa 20 idosos vinculados ao CRAS, considerando que, na pesquisa participante, 20 é o número ideal de participantes para um bom nível de interação com os sujeitos. Os idosos tinham condições psicoemocionais para responder aos questionamentos, não possuíam comorbidades e aceitaram participar da pesquisa. Eles foram convidados para

uma reunião, na qual exibimos a proposta do estudo, isto é, a natureza, objetivos, procedimentos e benefícios da TES. Houve anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compromisso de participação na pesquisa e aprazamento da entrevista inicial, data, horário e locais adequados.

A TES foi elaborada com base no MCS, fundamentada nos pressupostos da Educação em Saúde, constituída de dez encontros que ocorreram no período de três meses. Optamos pelo MCS como referencial teórico-metodológico, por considerarmos de grande relevância para explicar a adoção de comportamentos que possam auxiliar na prevenção e controle das doenças, e também por predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde.

1° e 2° Encontros. Os dois primeiros encontros foram iniciados com apresentação de cada participante. Em seguida, relembramos sobre os assuntos trabalhados no grupo durante os encontros anteriores. Ressaltamos o tema HAS como problema de Saúde Pública, definindo sua cronicidade, riscos e complicações, tendo por meta conscientizar os idosos sobre a problemática da HAS. Também conversamos sobre os riscos para o surgimento de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, bem como os demais perigos inerentes a não adesão ao tratamento, caracterizando assim a primeira e a segunda fases do MCS, a percepção da suscetibilidade e severidade da doença.

3° ao 9° Encontros. Nesses, trabalhamos com temas relacionados à adesão às condutas terapêuticas de controle da HAS, com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): *gerenciamento do estresse* (Terapeuta Ocupacional), *alimentação saudável* (Nutricionista), *exercício físi-*

co regular (Fisioterapeuta), *abstenção de drogas lícitas e ilícitas* (Médico), e *uso regular do medicamento* (Farmacêutico). Esses encontros tiveram os seguintes objetivos: conduzir os sujeitos à adesão às condutas de controle da HAS, identificar as dificuldades na adesão (pessoais, familiares, financeiras e de acesso ao sistema de saúde), discutir sobre as opções para reduzir ou eliminar as dificuldades identificadas e avaliar o conhecimento adquirido até o presente momento. Foram utilizadas as estratégias: técnicas de relaxamento, dinâmicas de grupo e roda de conversa. Assim, foram contempladas as fases percepção dos benefícios e dos custos da mudança.

10° Encontro. Abordamos a última etapa do MCS, por meio da elaboração de um Plano de Metas (PM) pelos participantes, contendo as mudanças necessárias à adesão ao tratamento, com vistas ao controle da HAS, e as demais medidas de Promoção da Saúde. Foram apazadas as datas e horários para as entrevistas – imediata e a segunda que se deu após um mês da aplicação da TES.

As entrevistas foram semiestruturadas, e tiveram a finalidade de avaliar o comportamento dos participantes em relação à adesão ao tratamento após a aplicação da tecnologia educativa. O roteiro da primeira entrevista conteve as questões norteadoras embasadas nas fases do MCS: a) Percepção da severidade da HAS (*O que você aprendeu sobre HAS? Comente sobre os riscos da HAS*); b) Percepção dos benefícios (*Discorra sobre os benefícios em controlar a HAS. Relate sobre a repercussão da adesão ao tratamento na sua saúde e no seu bem estar*); c) Percepção dos custos da mudança (*Como você vivenciou ou poderá vivenciar o processo de mudanças para a adesão ao tratamento?*).

Após a primeira entrevista, elaboramos o PM. Vale ressaltar que as metas estabelecidas tratavam sobre alimentação saudável, atividade física, abstenção de vícios, controle do estresse e uso regular de medicamentos e, assim contemplaram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Para cada idoso, foi traçado um plano de metas de acordo com sua realidade e de maneira confidencial e particular. Passado um mês, foi realizada a segunda entrevista, na qual focalizamos a *Tomada de decisão*, mediante avaliação do PM, com as questões norteadoras: *Você implementou o “Plano de Metas”? Comente sobre as experiências vivenciadas. E a partir desse momento, quais são seus planos ou expectativas com vista à adesão ao tratamento? Relate sobre a influência dessa TES na sua adesão ao tratamento).*

As entrevistas foram gravadas, conforme o consentimento dos participantes. Ressalte-se que, durante os encontros, utilizamos um diário de campo para registro de observações complementares ao processo de análise e inferência. Buscamos o MCS como referencial teórico-metodológico, por considerarmos de grande relevância para explicar a adoção de comportamentos que possam auxiliar na prevenção e controle das doenças, e também predizer a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde.

Os dados foram organizados em categorias analíticas, e adotamos a técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2008), fundamentando a análise nas experiências dos participantes, no MCS, nos pressupostos da Educação em Saúde e na literatura selecionada. Com suporte nos resultados, procedemos à interpretação, fundamentando no referencial teórico MCS, nos pressupostos da Educação em Saúde, e na literatura selecionada.

Este estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Os dados foram coletados após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da UNIFOR, sob o nº 258/2010.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizamos os resultados nas categorias: descrição do saber e das condutas de controle da HAS, e aplicação da TES norteada no MCS.

Caracterização dos idosos

Dos 20 idosos que participaram da pesquisa, 12 (70%) pertenciam a faixa etária entre 60 e 80 anos, e seis (30%) tinham acima de 80 anos. Apenas quatro (14,8%) eram homens e 16 eram mulheres. Dezenove (95%) eram católicos e um (5%) evangélico. Oito (40%) nasceram em Fortaleza e 12 (60%) em outros municípios. Treze (65%) eram viúvos, cinco (25%) eram casados e dois (10%) solteiros. Cinco (25%) eram apenas alfabetizados, 14 (70%) estudaram até o ensino fundamental e um (5%) estudou até o ensino médio.

Descrição do saber sobre a HAS e condutas de controle

A maioria dos idosos demonstrou considerável déficit de conhecimento sobre HAS, bem como a cerca das condutas de controle. Na nossa avaliação, o conhecimento que alguns idosos apresentaram resumia-se a noções fragmentadas sobre a HAS e condutas de controle.

Aplicação da TES norteada no MCS

A fim de analisar as mudanças comportamentais ocorridas com a aplicação da TES, organizamos as informações nas subcategorias: percepção da suscetibilidade e severidade da HAS, percepção dos benefícios e custos das mudanças com vista à adesão ao tratamento da HAS, experiências com a implementação do Plano de Metas, expectativas quanto à adesão ao tratamento e repercussão da TES na adesão ao tratamento da HAS.

Percepção da susceptibilidade e severidade da HAS

Para Turner *et al.* (2004), a suscetibilidade e a seriedade percebidas têm um forte componente cognitivo, estando parcialmente vinculadas ao grau de conhecimento. A aceitação da suscetibilidade a uma doença percebida como séria, potencializa a ação e define a trajetória a ser seguida.

Dos vinte participantes da pesquisa, percebemos que dezoito perceberam a sua susceptibilidade às complicações da HAS, e a gravidade destas. ... *a HAS pode matar, né? Ter um derrame, uma coisa. É arriscado até ficar inutilizada, né? Ter um AVC...* (FRC, 90 anos). ... *a pessoa está correndo o risco de ter um AVC, de ter uma trombose... as vezes vai dormir e já acorda com aquele problema, né?...* (JBL, 85 anos).

Os idosos, após sentirem-se susceptíveis, remetem a severidade à memória de fatos que ocorreram na sua vivência, por exemplo, a experiência de conhecer pessoas que acordaram com sintomas de AVC. Embora não tenhamos achados científicos, percebemos empiricamente em alguns depoimentos que a ênfase no relato é diretamente proporcional ao grau de proximidade que os idosos possuem com as pessoas que foram vítimas da severidade pertinente a não adesão ao controle da HAS.

Em contrapartida, dois dos idosos não se perceberam suscetíveis em relação à severidade da HAS. ... *aprendi a não comer sal, né? Não sei nem o que dizer.*” (ISM, 62 anos) ... *não sei nem dizer, já faz tantos anos que eu não sei nem dizer... qualquer hora pode pifar ...* (MLX, 87 anos).

Resta clara a associação superficial com um dos fatores de risco da HAS. Nota-se uma linguagem lacônica e pouco expressiva. Logo, um conhecimento superficial sobre determinada enfermidade e a respeito das atitudes que levam à prevenção da mesma dificulta a eficiente implementação de medidas de controle.

Percepção dos benefícios da mudança

Os benefícios percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e na percepção de suas consequências positivas. A direção da ação é influenciada pelas crenças do indivíduo em relação à efetividade das alternativas conhecidas para reduzir a ameaça à qual se sente submetido. Uma opção vista como benéfica é a relacionada à redução da *suscetibilidade* ou *severidade* de uma doença. Em muitos casos, as crenças são influenciadas por normas e pressões sociais, podendo ser conflitantes (ROSENSTOCK, 1974).

Quinze perceberam benefícios em aderir às medidas de controle da HAS. Dentre os benefícios citados, podemos destacar a melhora da saúde, aumento da disposição para realizar as atividades, maior disposição para o lazer, da segurança para sair de casa sem medo e o retorno às atividades físicas. ... *quando a pessoa se cuida, fica bem de vida e de saúde porque não tem preocupação, não vai fazer coisas que não deve. Eu já conheço várias coisas que eu não devo fazer. Eu tenho que caminhar eu tenho que fazer exercício pra evitar essa doença...* (MCS, 68 anos).

Percebe-se que houve associação dos benefícios da adesão com os custos necessários para que ocorra mudança de hábito. Nota-se ênfase nos relatos acima em razão da alta intensidade que levou ao descontrole emocional nas experiências vivenciadas por esses idosos.

Cinco idosos demonstraram não perceber os benefícios acarreados pela adesão ao controle da HAS. *...eu não sei por que eu já me acho tão idosa, tão cansada, pra mim eu vou levando assim, tomando remédio eu só não falto com meu remédio...* (MLX, 87 anos). *...melhora que a minha mãe tem noventa anos e a pressão da minha mãe é controlada, porque ela toma bem direitinho o remédio. Eu é porque nunca me acostumei a tomar remédio. Minha mãe toma remédio a vida dela melhora dez vezes ela já vai fazer noventa e um anos...* (MFP, 66 anos).

Notamos nesses casos que os múltiplos fatores fundamentais para o controle da HAS não foram percebidos por esses idosos. Antes eles reduziram a percepção das consequências positivas somente ao tratamento medicamentoso. Percebemos, ainda, na segunda fala, que, embora o indivíduo relate que há benefícios no tratamento medicamentoso, percebidos pela experiência vivida por sua mãe, essa percepção não foi suficiente para mudar sua realidade. A direção da ação é influenciada pelas crenças em relação à efetividade das opções conhecidas para reduzir a ameaça, à qual se sente submetido (TURNER *et al*, 2004). Conclui-se então que não houve percepção dos benefícios, porque antes não houve percepção da severidade relacionada à HAS.

Percepção dos custos da mudança

Portanto, as barreiras percebidas são constituídas pelos aspectos negativos da ação em saúde, percebidas como impeditivas para a tomada de ação, sendo avaliada em termos de custo, esforços dispensados, caracterização invasiva à procedimentos diagnósticos e terapêuticos, à situações que causam insatisfação, dor, aborrecimento, fatores que servem como barreiras para a ação e estimulam motivos conflitantes de enfrentamento (ROSENSTOCK, 1974).

Para Vieira; Freitas; Tavares (2006), o baixo controle da maioria das doenças crônicas, como a HAS, o *Diabetes mellitus*, a artrite reumatoide, independentemente da sintomatologia ou da gravidade, é causado principalmente pela baixa adesão ao tratamento clínico, caracterizado por uma complexidade de variáveis relacionadas ao paciente que podem interferir no comportamento de adesão ao tratamento, dentre elas a credibilidade do diagnóstico, o conhecimento do doente em relação à sua enfermidade, seus mecanismos fisiopatológicos, seus fatores de risco e benefícios do tratamento.

São inúmeras as barreiras encontradas por idosos que tentam mudar de atitude, como relacionamento inadequado com a equipe de saúde, custo elevado de medicamentos, idosos que não cozinham o próprio alimento e residem em casas em que habitam famílias numerosas que não compreendem o controle dietético da HAS, tornando inviáveis medidas de controle alimentar. Outra barreira percebida nos relatos é o costume alimentar desenvolvido pelos idosos ao longo dos anos (BUSNELLO; MELCHIOR; FACCIN, 2001). Constatamos que 16 idosos foram impactados pelos custos necessários para mudança de atitude. ... *eu não sei se vai ser fácil fazer*

o que a gente combinou, mas a pessoa querendo faz e não querendo não faz não... (EIS, 63 anos). ...eu vou fazer o possível, né? Eu vou controlar tudo, eu vou me controlar. Vai ser um pouco difícil né? Porque a gente está acostumada a comer o que quer. Mas já tá com várias semanas que eu controlo deixo de comer desde que a minha pressão subiu que eu controlo... (MCS, 68 anos)

Quatro idosos, embora tenham percebido os custos da mudança, demonstraram disposição para superar as barreiras apresentadas. *...não será difícil fazer a caminhada porque eu moro perto da área de lazer. Vou marcar os dias certos e não me esquecer. Aí eu marco com a minha filha. Olha, segunda, quarta e sexta, eu tenho que fazer uma caminhada. Tomar o remédio e controlar o sal já é rotina de casa...(JBL,85 anos). ...não vai ser difícil de jeito nenhum. Porque se eu não controlar a pressão, não estarei beneficiando a mim mesma. Se eu controlar me beneficiarei com muitos anos de vida.Pois evitarei ter um infarto, um AVC, trombose e ficar numa cadeira de rodas... (MISF, 64 anos).*

Percebe-se que, ao mesmo tempo em que o costume pode se apresentar como barreira, também pode se tornar um aliado no combate a HAS. Vê-se que, em alguns casos, as medidas dietéticas e medicamentosas são tratadas pelo interlocutor como rotineiras e costumeiras. Em outros casos, o idoso se vê como protagonista, agente ativo e principal interessado em superar as barreiras.

Alguns dos benefícios percebidos por esse idosos com a realização da TES foram o de retomar a atividade física e o de perceber que aderir às medidas de controle da HAS significa viver mais.

Experiências com a implementação do PM

O MCS considera a presença de estímulos à ação um fator decisivo para despertar as percepções de susceptibilidade e severidade e motivar a pessoa a agir (ROSENSTOCK, 1974). Assim, com a aplicação da tecnologia educativa e a formulação do plano de metas, o objetivo foi estimular os idosos para colocar em prática os temas desenvolvidos durante os encontros.

Quando questionamos os idosos sobre se obtiveram sucesso em relação ao plano de metas, 15 dos 20 idosos responderam positivamente para todas as metas ou para algumas delas. Vale ressaltar que as metas estabelecidas tratavam sobre as condutas terapêuticas de controle da HAS: alimentação saudável, exercício físico regular, abstenção de vícios, gerenciamento do estresse e uso regular da medicação anti-hipertensiva. Cada idoso foi auxiliado na construção de um PM, de acordo com sua realidade e de maneira confidencial e particular, visto que para alguns tratamos de assuntos delicados, tais como abstenção de vícios. ... *não consegui cumprir tudo. O cigarro eu diminuí e estou fazendo caminhada. O sal eu não consegui e a preocupação está muito difícil. Meu neto me dá muito trabalho, não me obedece, só atende o pai e eu fico muito preocupada ...* (ISS, 68 anos).

Um dentre os fatores de risco à saúde do idoso hipertenso é a responsabilidade sobre a educação dos netos. Nos tempos atuais, percebem-se arranjos familiares nos quais os avós são responsáveis pela criação dos netos. De acordo com Dias, Hora e Aguiar (2010), na última década, aumentou o número de netos e bisnetos criados por avós e bisavós. O número foi de um milhão e setecentos mil, o que significa 55,1% a mais do que foi apurado em 1991, correspondente a um milhão e cem mil.

Em nosso município, principalmente em bairros onde há situação de risco, caso do bairro onde se localiza o CRAS, ocorrem arranjos familiares semelhantes ao citado, nos quais os adolescentes e crianças ficam sob os cuidados das avós, enquanto os pais trabalham ou levam vida desregrada. Tornando ainda mais grave a situação desses idosos, segundo Serasa (2006), verificou-se que, segundo o censo de 2000, uma grande parcela de idosos é chefe de família, e 54,5% destes vivem com os seus filhos e os sustentam. Percebe-se então que esses aspectos do desenvolvimento familiar constituem fator de risco para idosos hipertensos que muitas vezes não possuem estrutura física e emocional para lidar com tão difícil situação.

Entendem-se que os benefícios a saúde acarretados pela correta execução do plano de metas resgatou em alguns desses idosos, além de uma vida saudável, motivação para atividades de lazer que contribuem para a socialização do idoso. Com base nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), umas das principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo é a orientação sobre os benefícios dos tratamentos, que levam a mudanças de estilo de vida.

Os depoimentos dos idosos demonstram que alguns encontraram motivação suficiente para realizar atividade física e controle dietético, no entanto, encontram dificuldade para gerenciar o estresse. Tomar decisão em saúde é um processo no qual a pessoa atravessa uma série de estádios em que as interações com pessoas ou eventos em cada uma dessas fases criam um ambiente motivacional favorável à tomada de decisão para sua saúde de acordo com Miller, Miller e Taylor (2003). Esse achado nos ajuda a esclarecer o fato de os idosos conseguirem sucesso pleno para algumas metas, relativo sucesso para outras e ainda insucesso para algumas outras metas.

Cinco entre os entrevistados, no entanto, referiram encontrar dificuldades para executar o PM. Esses não conseguiram por diversos motivos criar ambiente motivacional favorável para mudanças de atitudes. *...mas aí a partir daí eu estou fazendo alongamento. Estou caminha os vinte minutos. Gostei demais de passear no calçadão. O que está ruim de controlar é só a comida, porque a minha comida é muito temperada. Mas estou comendo menos...* (EIS, 63 anos). *...não consegui cumprir tudo. O cigarro eu diminuí e estou fazendo caminhada. O sal eu não consegui e a preocupação está muito difícil. Meu neto me dá muito trabalho, não me obedece, só atende o pai e eu fico muito preocupada...* (ISS, 68 anos).

Percebem-se que as mesmas barreiras ou custos foram encontrados por ambos os grupos de idosos, tanto para os que conseguiram cumprir o plano de metas, quanto para os que não conseguiram. Arranjos familiares desfavoráveis, compreensão limitada quanto a multifatorialidade do controle da HAS, vícios e hábitos. Assim, refletimos que como dizem Miller, Miller e Taylor (2003) e Turner *et al.* (2004), é necessária a existência de um ambiente motivacional que leve a pessoa à uma mudança real em suas atitudes.

Manter a pessoa motivada continuamente é uma estratégia para evitar o abandono do tratamento (BRASIL, 2006), uma vez que o sucesso do tratamento da HAS depende do uso correto da medicação e da adoção de hábitos de vida saudáveis (CHAVES *et al.*, 2006). Modificar hábitos é tarefa difícil, entretanto a modificação do estilo de vida está vinculada a ações educativas, à necessidade de cada ser humano ante seus agravos de saúde e sua resolução de querer alcançar um ótimo nível funcional (CASTRO; ROLIM; MAURICIO, 2005).

Expectativas com a adesão ao tratamento

Podemos concluir que para a implementação da TES por meio de oficinas, dada a cronicidade da HAS, é necessário que ocorra continuidade da adesão ao tratamento após a conclusão da pesquisa. Assim, os idosos foram questionados a respeito de suas expectativas em relação à adesão ao tratamento. Dezessete idosos afirmaram ter expectativas positivas quanto à continuidade da adesão. *...é só seguir essas regras. Eu estou com a expectativa que eu vou me dar muito bem... (ACS, 77 anos). ...vou continuar. Essa aqui é minha vida. Em relação ao sal, ao café e a gordura já virou rotina... (MLX, 87 anos).*

Nota-se que esses idosos já desfrutam, de alguma maneira, dos benefícios adquiridos com a adesão ao tratamento. Assim, pode-se dizer que, uma vez superados os primeiros obstáculos e percebidos os primeiros benefícios, é criada interiormente nesses indivíduos motivação para continuar o processo de mudança.

Em contrapartida, três dos entrevistados não demonstraram expectativas positivas quanto à continuidade da adesão ao controle da HAS. *...eu vou tentar continuar, não está sendo muito difícil, já hoje eu fiz caminhada ... (ISS, 68 anos). ...vou continuar se Deus quiser. Vou tentar não me preocupar com nada... (MSC, 91 anos).*

Os relatos deles demonstram incerteza diante da continuidade da adesão. Para Busnello, Melchior e Faccin (2001), um dos fatores que desmotivam a adesão é a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica. Esse achado nos auxilia, ainda que parcialmente, a elucidar os motivos pelos quais esses três idosos demonstram incerteza quanto à continuidade à adesão ao controle da HAS.

Repercussão da TES na adesão ao tratamento

Todos os idosos que participaram da pesquisa entenderam a aplicação da TES como algo positivo para suas vidas e para o controle da HAS. Dentre as falas, destacamos alguns trechos que expressam essa repercussão. ... *o trabalho foi muito bom, eu me sinto bem e sinto que a minha saúde melhorou ...* (EIS, 63 anos).

A metodologia aplicada como pesquisa participante, associando rodas de conversas, linguagem visual, corporal e dinâmicas de grupos, foi percebida como entretenimento para alguns idosos. Para nós, autores da pesquisa, este aspecto é positivo, visto que buscamos nesse caso nos distanciar de métodos pedagógicos tradicionais (DIAS; HORA; AGUIAR, 2010).

De acordo com Pierin; Strelec; Mion Jr (2003), a relação profissional de saúde/paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do controle da HAS. Assim, entendemos que orientar, demonstrar-se acessível e falar claramente são fatores importantes para que o idoso hipertenso se ache seguro e motivado para a continuidade da adesão.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a Educação em Saúde, com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características, é uma das principais sugestões para sucesso na adesão ao tratamento. Pierin; Strelec; Mion Jr (2003) reforçam a ideia de que informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo, bem como orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida, são primordiais para uma consulta adequada para os hipertensos.

A ES surge, então, como mediadora na adesão às condutas terapêuticas da HAS, pois constitui opção política centrada na participação como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus destinos (individuais/coletivos), mediante reflexão/ação/reflexão, em que sujeito e comunidade edificam a própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor (WENDHAUSEN, 2001).

Para que ocorra a consolidação da Educação em Saúde, como recurso oportuno e imprescindível à mudança de atitude, que vise não só ao controle da hipertensão, como também à busca do melhor nível de saúde e bem-estar, deverá haver uma práxis em qualquer espaço institucional – escola, família, centros de convivência – que torne a pessoa livre e consciente na hora da seleção das condutas para um estilo de vida saudável (SANTOS; LIMA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou melhor compreensão do comportamento dos idosos hipertensos em relação à adesão ao tratamento. Estes perceberam a vulnerabilidade e a gravidade da HAS, os benefícios da adesão ao tratamento, as barreiras impeditivas de mudanças comportamentais, os estímulos para a ação e as estratégias desenvolvidas por eles, visando a um melhor controle da HAS.

Os resultados positivos percebidos não ocorreram com todos os idosos, pelo fato de nem todos terem alcançado o nível de motivação necessária para cumprir as metas traçadas. Assim, ressaltamos a necessidade de acompanhamento contínuo e sistemático com os idosos, pelo fato de reconhecemos em

cada um deles potencial para aderir plenamente às medidas de controle da HAS.

Por fim, enfatizamos a necessidade de maior produção científica na área, com a finalidade de embasar políticas públicas de saúde vigentes e que atendam as necessidades da população idosa, que já predomina em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.S.S.; CARVALHO, C.M.R.G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v.13, n. 29, p. 435-44, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRANDÃO, C.R.; BORGES, M.C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Revista de Educação Popular**, v. 6, n.1, p. 51-62, 2007.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica** - nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Conselho, 1996.

BUSNELLO, R.G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 76, n.5, p. 349-51, 2001.

CASTRO, M.E.; ROLIM, O.M.; MAURICIO, T.F.; Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 184-9, 2005.

CHAVES, E.S. *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 4, p. 543-7, 2006.

DIAS, C.M.S.B.; HORA, F.F.A.; AGUIAR, A.G.S. Jovens criados por avós e por um ou ambos os pais. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 12 n. 2 p. 188-199, 2010.

FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUIDO, L.A. *et al.* O processo educativo e a autonomia do cliente cirúrgico na assistência de enfermagem. In: BUDÓ, M.L.D.; BECK, C.L.C.; Mostardeiro, S.C.T.S, organizadores. **Interfaces do cuidado, da educação e do trabalho na enfermagem**. Santa Maria (RS): FACOS-UFSM, p. 183-212, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

KROUSEI-WOOD, M.A. *et al.* Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. **The Medical Clinics of North America**; v. 93 p. 753-69. 2009.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in **Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-362.

MILLER, T.; MILLER, N.H.; TAYLOR, C.B. Modificação comportamental para redução dos fatores de risco cardiovasculares. In: POLLOCK, M.L.; SCHMIDT, D. H. **Doença Cardíaca e Reabilitação**, Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

NÓBREGA, A.C.L. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Ido-

so. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v 5, n. 6, p, 207-11, 2009.

PEREIRA, A.P.C.M.; SERVO, M.L.C. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n.1, p.7-18, 2006.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC; M.A.M.; MION JR, D. A influência do conhecimento sobre a doenças e atitude frente a tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.

PIRES, C.G.S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2257-67, 2008.

ROSENSTOCK I.M. Historical origins of the health belief model. **Health education monographs**, v.2, n.4, p. 328-45, 1974.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; ELUF, N.J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto – enfermagem**, v. 17 n. 1 p. 90-7, 2008.

SERASA. **Guia do idoso**, 2006. SERASA. Guia Serasa de Orientação ao Cidadão: os idosos no Brasil, 2006. Disponível em: <<http://www.serasa.com.br/guiaidoso/18.htm>>. Acesso em: 20 set. 2010.

SILVA, T.R. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude e Sociedade**, v. 15, n. 3, 2006.

TURNER, L.W. *et al.* Design and implementation of an osteoporosis prevention program using the health belief model. **American Journal on Health Studies**. v.19, n.2, p. 115-21, 2004.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – VI DBHA. São Paulo: SBH; 2010.

VIEIRA, V.; FREITAS, J.B.; TAVARES, A. Adesão ao tratamento clínico. In: **Guia de Qualidade de Vida** (Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar). São Paulo: Manole, 2006.

WENDHAUSEN, A. Educação em saúde e controle da hipertensão arterial. **Alcance**, v.8, n.2, p.19-22, 2001.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55 n. 1 p. 66–73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Issues of communication and risk**. World Health Report 2002: from non-communicable diseases & mental health (NMH) communications. Geneva: World Health Organization; 2002.

