

o cuidado
na multidimensionalidade
do envelhecimento humano

Conselho Editorial Internacional de Ciências Humanas Méritos Editora

Alessandro Batistella

Doutorando em História (UFRGS) / prof. na UPF / Brasil

Arisa Araújo da Luz

Doutora em Educação (Unissinos) / profa. na UERGS / Brasil

Elio Masferrer Kan

Doctor en Antropología (ENAH) / prof. en la Escuela Nacional de Antropología e Historia / México

Elzbieta Budakowska

Doctor of Sociology (University of Warsaw) / profa. in the same institution / Poland

Gerson Wasen Fraga

Doutor em História (UFRGS) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul / Brasil

Gilmar Mantovani Maroso

Doutor em História (PUCRS) / prof. na Universidade Luterana do Brasil

Jaime Giolo

Ph.D. em Educação Superior Brasileira (Unicamp) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul

João Carlos Tedesco

Ph.D. em Ciências Sociais (Università degli Studi di Milano) / prof. na UPF / Brasil

Luiz Carlos Tau Golin

Ph.D. em História (Universidade de Lisboa) / prof. na UPF / Brasil

Nadir Antonio Pichler

Doutor em Filosofia (PUCRS) / prof. na UPF / Brasil

Thaís Janaina Wenczenovicz

Ph.D. em História (UFRGS e Instytut Studiów Iberyjskich i Iberoameryka) / profa. na UERGS / Brasil

Valentina Ayrolo

Doctora en Historia (Univ. Paris I, Panthéon-Sorbonne) / profa. en la Univ. Nacional de Mar del Plata / Argentina

Silvana Alba Scortegagna
Nadir Antonio Pichler
Luiz Antonio Bettinelli
Ana Maria Belloni Migott
(Organizadores)

o cuidado **na multidimensionalidade** **do envelhecimento humano**

– Série Gerontologia 5 –

méritos
editora

© 2015

Livraria e Editora Méritos Ltda.

Rua do Retiro, 846

Passo Fundo, RS, CEP 99074-260

Fone/fax: (54) 3313-7317

Página na internet: www.meritos.com.br

E-mail: atendimento@meritos.com.br

Charles Pimentel da Silva

Editor

Jênifer Bastian Hahn

Assistente de revisão

◆ *Importante: As opiniões expressas neste livro, que não sejam as escritas pelos organizadores em seus capítulos, não representam ideia(s) destes. Cabe, assim, a cada autor a responsabilidade por seus escritos.*

◆ *Todos os direitos reservados e protegidos pela lei nº 9.610 de 19/02/1998. Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora ou do(s) autor(es), poderá ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.*

C966 O cuidado na multidimensionalidade do envelhecimento humano / organizado por Silvana Alba Scortegagna, Nadir Antonio Pichler, Luiz Antonio Bettinelli, Ana Maria Belloni Migott. - Passo Fundo: Méritos, 2015. 280 p.

1. Gerontologia 2. Qualidade de vida 3. Atividade física
3. Envelhecimento - Cuidados - Saúde 4. Nutrição 5. Saúde
Men tal I. Scortegagna, Silvana Alba, (org.) II. Pichler,

Nadir

Antonio (org.) III. Bettinelli, Luiz Antonio, (org.) IV. Migott,
Ana Maria Belloni, (org.)

CDU: 613.98

Catálogo na fonte: bibliotecária Marisa Miguellis CRB10/1241

ISBN 978-85-8200-045-8

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: CUIDADO E EMPATIA <i>Os organizadores</i>	11
EM BUSCA DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO E OS CUIDADOS À SAÚDE DO IDOSO, ATRAVÉS DA ATIVIDADE FÍSICA <i>Vanderléia Menegali Moojen Berti, Ana Maria Belloni Migott</i>	17
ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS ASPECTOS BIOPSISSO- CIAIS E BIOÉTICOS NO CUIDADO DE IDOSOS <i>Gerson Luis Urnau, Luciano Luis Alt, Debora Falk Lopez Boscatto</i>	27
CUIDADOS PALIATIVOS E A FISIOTERAPIA <i>Julia Pancotte, Lia Mara Wibelinger, Marlene Doring</i>	39
O CUIDADO E AS COMPETÊNCIAS DOS CUIDADORES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA <i>Claudia Daiane Trentin Lampert, Silvana Alba Scortegagna, Cristina Ribas Teixeira</i>	47
SÍNDROME DA FRAGILIDADE DO IDOSO E A INTERFACE COM O CUIDADO NUTRICIONAL <i>Jaqueline Stürmer, Luana Ferrão, Luiz Antonio Bettinelli</i>	59

ESTÉTICA CORPORAL: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO
NO EXERCÍCIO FÍSICO COM O IDOSO

Márcia Mello, Susan Vargas Parizzi, Nadir Antonio Pichler... 75

QUALIDADE DE VIDA E CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO
AO ENVELHECER

*Jocasta Gabriela Gehlen, Franciele Gianchini Esmerio,
Nadir Antonio Pichler* 85

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CENÁRIOS DE
CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

*Eduarda Brum Guedes Salcher, Marilene Rodrigues Portella,
Helenice de Moura Scortegagna*..... 95

BEM-ESTAR SUBJETIVO E O CUIDADO NA VELHICE

*Cristina Ribas Teixeira, Silvana Alba Scortegagna,
Claudia Daiane Trentin Lampert* 105

UM OLHAR DE CUIDADO SOBRE A SAÚDE MENTAL
DE IDOSOS

Desirê Neuwald P. Hagen, Helenice de Moura Scortegagna..... 115

A FISIOTERAPIA NO CUIDADO PALIATIVO DE PACIENTES
COM NEOPLASIA MALIGNA AFETADOS PELA SÍNDROME
DE IMOBILISMO

Régis Brum Nunes, Marcelo Biazus, Cleide Fátima Moretto.... 123

CUIDADO NO ESTADO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS
CARDIOPATAS

*Vandressa Bristot, Ana Luisa Sant'Anna Alves, Camila Pereira
Leguisamo*..... 141

ATIVIDADE FÍSICA COMO PREVENÇÃO E CUIDADO À
SAÚDE DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

*Alisson Padilha de Lima, Tânia Rosane Bertoldo Benedetti,
Camila Pereira Leguisamo* 151

CUIDADOS À NEUROPATIA DIABÉTICA NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO HUMANO <i>Daniel Lima Varela, Luma Zanatta de Oliveira, Camila Pereira Leguisamo</i>	161
O CUIDADO AO PACIENTE DE CIRURGIA CARDÍACA: PAPEL DA FISIOTERAPIA <i>Débora D´Agostini Jorge Lisboa, Patrícia De Carli Tonial, Eliane Lucia Colussi</i>	177
INTERVENÇÕES DE CUIDADO E EDUCAÇÃO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL <i>Lili Wilke Klaesener, Marilene Rodrigues Portella, Ana Maria Bellani Migott</i>	189
HÁBITOS ALIMENTARES: UM CUIDADO ESSENCIAL NO DIABETES MELLITUS <i>Maria Cristina Zanchim, Ana Carolina Bertoletti De Marchi, Vanessa Ramos Kirsten</i>	199
ELETROESTIMULAÇÃO POR MICROCORRENTE NO CUIDADO AO IDOSO COM ÚLCERA DE PRESSÃO <i>Lauana D´Avila Eidelwein, Helenice de Moura Scortegagna</i>	213
TREINAMENTO COM JOGOS DE REALIDADE VIRTUAL PARA DIMINUIR O DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS <i>Fhaira Petter da Silva, Pablo Pasqualotti, Adriano Pasqualotti</i>	225
O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA <i>Luana Ferrão, Jaqueline Stürmer, Luiz Antonio Bettinelli</i>	235
USO DE ERVAS MEDICINAIS NO CUIDADO AO IDOSO: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA <i>Sinara Guzzo Chioquetta, Helenice de Moura Scortegagna, Barbara Leticia Dudel Mayer</i>	253
SOBRE OS AUTORES.....	269

APRESENTAÇÃO: CUIDADO E EMPATIA

Silvana Alba Scortegagna
Nadir Antonio Pichler
Luiz Antonio Bettinelli
Ana Maria Belloni Migott

A *Fábula-mito do Cuidado* é de origens grega e romana. Acredita-se que foi compilada pelo pensador romano Caio Júlio Higino, na obra *Fábulas* ou *Genealogias*. Leonardo Boff, no livro *Saber cuidar – Ética do humano e compaixão pela terra*, editora Vozes, traduz do latim a “Fábula-mito de Higino”, ou “Fábula-mito do Cuidado”, da seguinte forma:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro e teve uma inspiração. Pegou no barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava a sua obra, apareceu Júpiter e Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito sobre ela. Júpiter assim fez. Mas, quando Cuidado quis dar um nome à criatura que tinha moldado, Júpiter proibiu-o e exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. E ela também quis conferir o seu nome à criatura, pois esta foi feita de barro, material do seu corpo. Originou-se uma discussão generalizada. Finalmente, de comum acordo, pediram a Saturno que fosse o árbitro nesta questão. Saturno tomou a seguinte decisão: Tu, Júpiter, deste-lhe o espírito. Receberás, pois, o espírito de volta por ocasião da sua morte. Tu, Terra, deste-lhe o corpo. Receberás, portanto, de volta o corpo quando ela morrer. Mas, como tu, Cuidado, moldastes a criatura, ela ficará sob os teus cuidados, enquanto viver. E ela se chamará Homem, isto é, feito de húmus, que significa terra fértil.

A natureza do cuidado original, essencial, primordial e substancial reside, sobretudo, na dimensão do *pathos*, dos sentimentos, na capacidade humana de procurar colocar-se no lugar do outro.

Partindo desses pressupostos, esta Apresentação discorre sobre alguns fundamentos que permeiam o cuidado, seu caráter ontológico, a empatia e a felicidade. Na sequência, apresenta contribuições de vários autores, discentes, docentes e colaboradores, para elucidar e ampliar o conhecimento sobre essa temática.

CUIDADO E SEU CARÁTER ONTOLÓGICO

Em sentido específico, para Boff (2014), o cuidado encontra-se na raiz profunda da condição humana, porque possui um caráter ontológico, isto é, é algo primeiro, como um princípio, do qual tudo provém e encontra sentido, pelo fato de, conforme o mito-fábula, o Cuidado ter moldado a pessoa, tornando-se responsável por ela. Por isso, o cuidado com a pessoa idosa vai além dos procedimentos técnicos, dos instrumentos sofisticados e dos conhecimentos, habilidades e competências das racionalidades científicas e filosóficas. A razão instrumental consegue concretizar o cuidado na dimensão do fazer, do financeiro e da técnica. Sua racionalidade é procedimental, analítica, matemática, quantitativa, essencial para administrar o modo de ser trabalho, pautado na lógica da produção, circulação, distribuição e consumo de bens e serviços. A dimensão do cuidado considera, ainda, a pessoa idosa na sua totalidade, integridade, historicidade, temporalidade e existencialidade, interretroconectada com a Terra e todos os seus ecossistemas, com os outros, com o mundo, com o ser superior.

Cada pessoa idosa possui uma história de vida, um caminho peculiar, único, percorrido de acordo com *éthos* local, social e cultural herdados, incorporados e concretizados no decorrer de sua existência, que ainda está em construção, porque o humano é um ser inconcluso, inacabado, totalmente perfectível. Cada época, cada geração, produz e reproduz, de forma incessante, ao seu modo, seus valores, seus referenciais para a execução do projeto de vida pessoal, social, profissional, cultural e espiritual.

As razões para viver, a busca da felicidade individual e coletiva das pessoas idosas, foram e são construídas e legitimadas, de acordo com o caldo cultural, com a formação cultural que receberam de suas instituições, principalmente da família, escola, igreja, estado, mídia e mercado. Por isso, é possível deduzir e afirmar que a pessoa é o que foi, sendo sua vida um resultado de escolhas conscientes e inconscientes, de acordo com o paradigma de cada época. Logicamente, as múltiplas patologias, principalmente as degenerativas crônicas, por serem adquiridas, podem ser enquadradas nessa ótica.

Essa condição existencial de ser-no-mundo, com-o-mundo e para-o-mundo situa-se e encontra-se sempre em construção, passível, naturalmente, de qualidades e defeitos, de acertos e erros, de realizações, conquistas, frustrações, de escolhas irracionais, de carência de cuidado com o corpo, com a mente, com o espírito, com as coisas. Nesse sentido, o cuidado, como um modo-de-ser, com suas múltiplas dimensões, requer dos profissionais das áreas das ciências humanas, da vida e da saúde, num sentido amplo, zelo, leveza, compaixão, preocupação, responsabilidade, criatividade, afetividade, atratividade, inquietude, solicitude, atitude, humanização, hospitalidade, empatia, tanto para conduzir o cuidado para com o outro quanto para consigo mesmo, e logo à felicidade.

EMPATIA, CONDIÇÕES PARA O CUIDADO E PARA O BEM-ESTAR SUBJETIVO

A empatia é definida como uma resposta emocional que deriva da percepção ajustada e apropriada do estado ou condição de outra pessoa, sendo congruente com essa situação (EISENBERG; STRAYER, 1987; MOORE; FINE, 1992). Para Moore e Fine (1992), a empatia difere dos fenômenos relacionados à piedade e à simpatia, aos quais faltam objetividade e ocorre o incentivo de identificações excessivas.

Esse constructo multidimensional complexo, envolve os seguintes componentes afetivos: i) partilhar e responder à experiência emocional dos outros; ii) componentes cognitivos: compreender

as intenções e perspectivas dos outros; iii) aspectos relacionados à avaliação moral: julgar ações incorretas ou na punição de um criminoso (DECETY; JACKSON, 2004; DECETY et al., 2012). Inclui a capacidade de compartilhar e compreender a experiência subjetiva dos outros com referência a si-mesmo (DECETY, 2011), condição essencial para a interação humana, para a qualidade dos relacionamentos com os outros, para a satisfação e bem-estar subjetivo (WEI et al., 2011).

É importante destacar que a empatia não traz apenas benefícios para a pessoa que é cuidada, que se sente escutada, acolhida, mas também para quem dirige a ação cuidativa, já que o bem-estar subjetivo é um termo científico utilizado para definir o que as pessoas experimentam como felicidade (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Mehrabian (2000) sugeriu que a empatia em relação aos outros aumenta o bem-estar subjetivo, impulsiona o relacionamento interpessoal e conduz ao sucesso na vida. Quando as pessoas são empáticas com os outros, as que são acolhidas se sentem gratificadas e podem manifestar sentimentos de gratidão em resposta. Isso pode auxiliar as pessoas a se sentirem conectadas com os outros e a experimentarem felicidade. Desse modo, pessoas que são empáticas podem sentir que são gentis em relação aos outros e estão fazendo algo bom, e, por sua vez, resultar em sentimentos positivos, de felicidade. Portanto, empatia para com os outros é suscetível de ser associada com o aumento da satisfação com a vida, com a felicidade e com o afeto positivo.

Assim, este livro, *O cuidado na multidimensionalidade do envelhecimento humano*, discute o cuidado na multidimensionalidade no processo do envelhecimento humano a partir de múltiplas experiências profissionais e de diversas pesquisas. Os capítulos são oriundos, também, das discussões ocorridas nas aulas da disciplina de *Cuidado na Multidimensionalidade do Envelhecimento Humano*, realizada no semestre de 2014, do mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Os organizadores e os autores desta obra desejam a todos uma boa leitura!

REFERÊNCIAS

- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- DECETY, J. The neuroevolution of empathy. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1231, 35-45, 2011.
- _____.; Cowell, J. M. The complex relation between morality and empathy. *Trends Cogn. Sci.* 18, 337-339, 2004.
- DECETY, J.; MICHALSKA, K. J.; KINZLER, K. D. The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study. *Cereb. Cortex*, 22, p. 209-220, 2012.
- EISENBERG, N.; STRAYER, J. Critical issues in the study of empathy. In: EISENBERG N.; STRAYER J. (Orgs.). *Empathy and its development* (p. 3-13). Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- MEHRABIAN, A. *Manual for the balanced emotional empathy scale (BEES)*. (Available from Albert Mehrabian, 1130 Alta Mesa Road, Monterey, CA, USA 93940), 2000.
- MOORE, B.E.; FINE, B.D. *Terminos y conceptos psicoanalíticos*. Biblioteca Nueva, 1997.
- SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14, 2000.
- WEI, M.; LIAO, K. Y.; KU, T.; SHAFFER, P. A. Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal Personality*, 79, 191-221, 2011.

EM BUSCA DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO E OS CUIDADOS À SAÚDE DO IDOSO, ATRAVÉS DA ATIVIDADE FÍSICA

Vanderléia Menegali Moojen Berti
Ana Maria Belloni Migott

INTRODUÇÃO

Preservar a qualidade de vida dos idosos tornou-se uma tarefa multi e interdisciplinar constante, diante dos desafios que esta população requer. Os avanços científicos e tecnológicos têm crescido aceleradamente, no entanto, isto não parece ser suficiente para atenuar as consequências e o aumento das demandas em saúde para uma população que vem envelhecendo e tendo também sua expectativa de vida aumentada. Essa realidade vem expressa em estimativas alertando que, até 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no *ranking* mundial em número de idosos e deverá ter 15% da sua população constituída por essa faixa etária (IBGE, 2000; 2012).

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso consideram como população idosa as pessoas com 60 anos ou mais. Em nível mundial, está ocorrendo uma revolução demográfica, onde os grupos de idosos estão crescendo em relação aos de outras faixas etárias. Um agravamento a essa realidade é expressado pelo Centro Nacional de Estatística para a saúde, ao estimar que 84% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos são depen-

dentes para realizar tarefas cotidianas. Também há estimativas de que a população muito idosa, aí incluídas as pessoas de 80 anos ou mais, crescerá ainda mais, porém com algumas doenças e comorbidades associadas, o que resultará em dependências, em especial, relativas ao movimento.

Diante desta percepção, há de se pensar no que e como fazer para atenuar as possíveis consequências que virão por conta do processo de envelhecimento dependente. O declínio natural – que na maioria das vezes vem acompanhado de inúmeras doenças crônicas, déficit cognitivo, aumento do uso de medicamentos prescritos – piora a capacidade fisiológica, facilita a incidência de fraturas e estende as limitações às atividades da vida diária, entre outros, ademais de propiciar uma série de doenças e incapacidades relacionadas ao histórico de cada um.

É necessária a busca por alternativas que amenizem ou atenuem este quadro. Segundo Schier (2010), políticas apontam para a mudança de prioridade de atenção à saúde, privilegiando a promoção de saúde na prevenção de doenças, com enfoque no envelhecimento ativo e capacitação dos profissionais de educação física no campo da geriatria e da gerontologia.

O presente capítulo tem como objetivo realizar uma reflexão acerca do envelhecimento ativo aliado ao autocuidado apoiado, procurando, assim, elucidar e criar uma perspectiva mais ampla a respeito de possibilidades de ações na área da atividade física, para investir na busca do envelhecimento saudável. O estudo foi realizado através de revisões bibliográficas, com base na obra *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (OMS, 2005), no livretinho *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde* (Curitiba, 2012, Secretária Municipal da Saúde) e em 7 artigos pertinentes à área da atividade física e ao envelhecimento ativo, nas bases de dados Scielo, Lilacs e Bireme.

A atividade física tem ocupado um papel de destaque na saúde geral do ser humano em todas as etapas da vida. Com o advento do envelhecimento, parece haver consenso entre profissionais da área da saúde e a população em geral que corroboram a premissa da prática da atividade física como fator importante no processo viver e envelhecer de forma saudável. De acordo

com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005), a base para um envelhecimento saudável deve ser vista através de uma perspectiva mais ampla em relação à saúde, onde haja um trabalho intersetorial e transdisciplinar, abrangendo incentivo à prática da atividade física em todas as idades.

Esta reflexão está estruturada em três tópicos básicos: a) envelhecimento ativo como uma política de saúde; b) autocuidado apoiado; c) atividade física para o idoso.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE

A atividade física é um dos caminhos que apresenta propriedade e prioridade no que diz respeito aos benefícios no processo do envelhecimento populacional, mas é necessário estar aliada ao envelhecimento ativo, para promover a saúde.

O termo *active ageing* (envelhecimento ativo) foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no final dos anos 90, com posterior contribuição da Segunda Assembleia das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha. Foi transcrito para o português em 2005 por Suzana Gontijo e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, além de reconhecer, mais do que cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSCH, 1997). Para a Organização Mundial da Saúde, “envelhecimento ativo”, para expressar o processo de conquista dessa visão, significa um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 14).

A abordagem do envelhecimento ativo apoia-se numa perspectiva de curso de vida ativa, onde as pessoas mais velhas possam exercer responsabilidade e participação nos processos políticos e aspectos gerais da vida em comunidade.

Nesse contexto, as doenças não transmissíveis (DNTs) têm ocupado um papel de destaque no envelhecimento, ocasionando morbidade, incapacidade e, por fim, mortalidade, num quadro geral do qual países desenvolvidos e em desenvolvimento fazem parte.

Existem bons propósitos para se investir em programas, projetos e ações que tenham um envolvimento em comum no processo do desenvolvimento da política do envelhecimento ativo. É fundamental que haja um equilíbrio de responsabilidades, onde poder público e comunidade em geral estejam alinhados com os mesmos objetivos e necessidades.

Partindo desse pressuposto, a Organização Mundial da Saúde instiga governos, organizações governamentais e sociedade civil a implementar políticas e programas em conjunto com envelhecimento ativo, a fim de melhorar a saúde, a participação e a segurança do público idoso (OMS, 2005).

Segundo a OMS (2005), deve-se avaliar a influência dos fatores determinantes para se aproveitar as transições e janelas de oportunidades a fim de estimular a saúde, a participação e a segurança em seus diferentes estágios. A influência dos fatores culturais é evidenciada no comportamento das pessoas, nas suas atitudes em adquirir e buscar hábitos saudáveis. Para a OMS, é inevitável a integração dos serviços sociais e do sistema de saúde, atuando em prevenção, promoção e cuidados para o idoso. Os cuidados de prevenção relacionam-se à saúde e ao serviço social, onde todo e qualquer indivíduo deve ser tratado com dignidade e respeito. Deseja-se, dessa forma, atenuar as enfermidades e contribuir para reduzir os riscos de incapacidades. Assim, promove-se o envelhecimento ativo, através da disponibilidade do atendimento básico primário com qualidade e a longo prazo. Incluem-se aí também os serviços com saúde mental.

AUTOCUIDADO APOIADO

O *autocuidado apoiado* é um termo baseado numa proposta recente e inovadora, presente num manual de mesmo nome, criado

na cidade de Curitiba (PR), através da Secretária de Saúde, no ano de 2012, para profissionais da área, especificamente da atenção primária à saúde (APS). A publicação instrumentaliza metodologicamente o atendimento, dando suporte à decisão médica com base em diretrizes clínicas, no atendimento compartilhado, no plano de autocuidado, em tecnologias de mudanças comportamentais e na supervisão da clínica médica, de enfermagem e odontologia. Esse manual provê, em especial, subsídio informativo, suporte técnico capaz de mobilizar a sociedade para contribuir na promoção de saúde (CAVALCANTI et al., 2012).

No manual *Autocuidado apoiado*, encontra-se um apoio pertinente à atividade física, um caderno de exercícios com itens relacionados à avaliação e ao aconselhamento. A atuação do profissional da saúde inicia com conversas sobre o estilo de vida e condições de saúde. O texto “Sua saúde agradece” traz informações suficientes para conscientizar sobre hábitos importantes na promoção e na manutenção das saúdes física e mental, incluindo atividades físicas e práticas corporais. Dentro desta temática, é checada a saúde do cidadão, peso atual, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial, resultados de exames laboratoriais, entre outros.

Ademais, o manual segue uma sequência metodológica que leva o indivíduo a inúmeras reflexões através de questionários. Identifica-se a situação e os objetivos do paciente diante do seu contexto atual. Logo, busca-se a mudança de comportamento para atingir as metas, sempre com o apoio de profissionais da área de nutrição, educação física e psicologia.

Segundo a OMS, dentro do envelhecimento ativo, dos programas e políticas de saúde, é necessário incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal (consigo mesmo). Isso vai ao encontro do autocuidado apoiado, quando se evidencia a questão da motivação relacionada à mudança explicada no referencial teórico do manual do profissional da saúde. Embora este manual não tenha sido escrito especificamente para a área da educação física, ele pode dar um apoio ao público idoso através da metodologia de suporte destinada a esta área de conhecimento.

ATIVIDADE FÍSICA PARA O IDOSO

Dentro da multidimensionalidade em que a população idosa se encontra, devido a questões sociais, econômicas, culturais, civis, espirituais, biológicas e físicas, é importante elucidar o envelhecimento ativo na área da saúde física, mental e social, enfatizando seus benefícios como ferramentas indispensáveis a todo este processo de cuidado com a saúde.

A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos (OMS, 2005). Na política de saúde do envelhecimento ativo, podemos constatar que uma vida ativa, através de exercícios físicos, melhora a saúde mental e frequentemente promove contatos sociais. Ainda, as pessoas idosas apresentam maior independência por períodos de tempo mais longos, reduzindo assim o risco de quedas. Isso pode representar importantes benefícios econômicos para a saúde pública e os governos.

Segundo posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia diante dos efeitos da atividade física regular, podemos citar inúmeros benefícios, tais como: aumento do consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx), maiores benefícios circulatórios periféricos, aumento da massa muscular, melhor controle da glicemia, melhora do perfil lipídico, redução do peso corporal, melhor controle da pressão artéria de repouso, melhora da função pulmonar, melhora do equilíbrio e da marcha, menor dependência para realização de atividades da vida diária, melhoras da autoestima, da autoconfiança, e da qualidade de vida.

Para se obter todos esses benefícios, é importante seguir o envelhecimento ativo: uma política de saúde. Devemos desenvolver informações e diretrizes, culturalmente apropriadas e baseadas na população, sobre atividades físicas para homens e mulheres idosos, fornecendo oportunidades acessíveis, baratas e agradáveis para que idosos permaneçam ativos.

Independente das ações desenvolvidas nos projetos e programas na área da atividade física, é importante lembrar das limitações e cuidados necessários para a adesão à estas práticas. Algumas literaturas, como o *Tratado de geriatria e gerontologia*, preconizam que todos os pacientes devem ser submetidos a uma avaliação médica, que passa por história e exame clínico, não deixando de incluir nessa análise fatores de risco cardiovasculares, cognição, independência, aptidão física prévia, acuidade visual e auditiva e estado emocional.

Já o posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia considera que, embora uma avaliação médica pré-participação seja fundamental, a impossibilidade de acesso a ela não deve impedir a adoção de um estilo de vida ativo. As alternativas de avaliação vão desde simples questionários até exames sofisticados. O segundo ponto a ser considerado é quanto às recomendações e prescrição de exercícios a esta faixa etária. Para isso, ambas instituições afirmam que se deve obedecer a alguns fundamentos para assegurar a melhor relação risco/benefício. As principais variáveis a serem observadas são: modalidade, duração, frequência, intensidade e modo de progressão. Na modalidade, é importante valorizar, acima de tudo, a possibilidade e preferência do idoso. Dados mais recentes sugerem que a intensidade fique acima de 4,5 equivalentes metabólicos (METs). Já a intensidade da fase aeróbica pode ser considerada através do percentual do VO_2 max ou da frequência cardíaca máxima (FCmax). A duração varia de 30 a 90 minutos. Idosos na fase inicial podem beneficiar-se de sessões de curta duração (5 a 10 minutos), duas ou mais vezes por dia, na maioria dos dias da semana.

De fato, existem ótimas razões para implementar de programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo com aumento de participação e redução nos custos com os cuidados (OMS, 2005). Também é fundamental trabalhar nas prioridades que levem o idoso a buscar autonomia, independência relacionada às atividades da vida diária e qualidade de vida acompanhada de uma expectativa de vida saudável.

Em relação a fatores comportamentais determinantes à adoção de um estilo de vida saudável, independente da idade, é consideravelmente importante deter-se aos cuidados com alimentação saudável, abstinência ao fumo e álcool, uso correto de medicamentos e atividade física regular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece haver um consenso quando pensamos que a saúde apresenta uma relação direta com movimento/atividade física. Visto isso, a atividade física apresenta uma possibilidade de ação e escolha na busca de unir interesses em comum e colocar em prática de forma efetiva os cuidados prioritários de uma nação.

Para se ter um envelhecimento ativo, segundo a OMS (2005), é imprescindível a participação em atividades físicas regulares e moderadas para retardar os declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Ademais, custos médicos são significativamente menores para pessoas idosas ativas (OMS, 1998).

Vale lembrar e estar certo de que em algum momento de nossas vidas, vamos nos deparar com esta desafiadora realidade de ter um familiar na condição de idoso necessitando de amparo, ou mesmo, na vida profissional, ter um paciente no contexto total da prestação de nossos serviços. Se pensarmos mais longe ainda, se tivermos o privilégio de viver longos anos, nós mesmos faremos parte desta estatística de longevos. Todas essas situações englobam o indispensável cuidado ao ser humano.

Para melhor trabalhar com a realidade do envelhecimento populacional, é importante repensar o contexto multidisciplinar da saúde e de áreas afins. Parece que, ultimamente, já não se suprem as expectativas de melhor atender aos nossos idosos. É necessário partir de propostas mais pretensiosas com a interdisciplinaridade, integrando todas as áreas possíveis do conhecimento científico e técnico, a fim de proporcionar mais e melhores condições de atendimento a este público.

Seguindo a política do envelhecimento ativo, aliada a estratégias do manual *Autocuidado apoiado*, entendemos ser possível envelhecer com melhores condições de saúde, obtendo significativamente uma vida saudável com melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, Ana Maria; OLIVEIRA, Angela Cristina Lucas. *Autocuidado apoiado*: manual do profissional da saúde. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

NAOMAR, Almeida Filho. *Ciência e saúde coletiva*: multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. 1997.

R.V.M.E; *Revista Brasileira Medicina do Esporte*, vol. 5, n. 6. Niterói nov./dez. 1999.

VICENTE, Fernanda Regina. *Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento Ativo*. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS E BIOÉTICOS NO CUIDADO DE IDOSOS

Gerson Luis Urnau

Luciano Luis Alt

Debora Falk Lopez Boscatto

INTRODUÇÃO

O presente texto visa refletir sobre as questões que norteiam o processo de envelhecimento humano, vinculadas aos aspectos biopsicossociais e bioéticos no cuidado e atendimento às pessoas idosas. É fruto de nossas discussões e estudos no programa de mestrado em Envelhecimento Humano, na Universidade de Passo Fundo – RS, e, também, tem base em nossa experiência profissional em Medicina, atendendo a essa grande demanda da população do interior do estado do Rio Grande do Sul.

O processo de envelhecimento demográfico é um fato que repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem demandas específicas para a obtenção de adequadas condições de vida. Tais demandas fizeram da velhice um tema privilegiado de investigação nas distintas áreas de conhecimento, elevando substancialmente o volume de obras publicadas nos últimos tempos.

A era da tecnologia proporcionou ao ser humano padrões de vida nunca antes experimentados e os avanços ocorridos nas

ciências, principalmente na área da saúde, são responsáveis pelo acréscimo na expectativa de vida da população que caminha para o envelhecimento.

Nesse sentido, pretende-se apontar algumas questões vinculadas aos aspectos bioéticos para pessoas idosas, visando os aspectos biopsicossociais que norteiam o processo de envelhecimento humano, tendo como premissa básica o cuidado para com o ser humano.

Para tanto, o texto está dividido em dois momentos: primeiro, abordará os aspectos físicos, psicológicos e sociais no processo do envelhecimento humano e, no segundo, algumas reflexões sobre os aspectos vinculados ao cuidado de pessoas idosas levando-se em conta as premissas da dignidade e bioética.

ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS NA FASE DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Nahas (2006) ressalta que a saúde é um dos atributos mais preciosos para o indivíduo. Modernamente, não se entende saúde apenas como o estado de ausência de doenças. Numa perspectiva holística, é considerada uma condição humana com dimensões física, social e psicológica. No desenrolar da história, as manifestações do homem como ser corpóreo se diferenciam, dependendo do seu contexto sócio-cultural.

O comportamento preventivo equivale aos hábitos de prevenção em relação à vida do indivíduo e às regras da sociedade, que proporcionam uma sensação de segurança, proteção e tranquilidade (NAHAS, 2006). A nova realidade demográfica no Brasil aponta para a necessidade urgente de se implantarem mais programas e serviços de atenção à saúde do idoso, no sentido de reverter o atual pré-conceito, que ainda se tem das pessoas idosas.

Com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças tende a ir alterando hábitos de vida e rotinas diárias do idoso. Os efeitos associados à inatividade e à má adaptabilidade a diversas situações são muito sérios e podem acarretar redução no desempenho físico, na habilidade motora,

na capacidade de concentração e reação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda de motivação, isolamento social e solidão.

Os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados, se forem desenvolvidos com os idosos programas de atividades de mobilização e sensibilização corporal para melhorar as capacidades motoras, dando ênfase à manutenção das aptidões físicas e ao bem-estar.

A solidão hoje sentida pela maioria dos idosos é uma doença social, que faz o maior número de vítimas exatamente nesta faixa etária. Essas pessoas já percorreram muitos caminhos, tiveram suas decepções, sofreram adversidades, acordaram de todos os sonhos, rotinaram a existência, encontram-se no crepúsculo da vida ruminando e vivendo um passado remoto, povoado de saudades, esperando muitas vezes apenas seu ponto-final. E tudo acontece ainda com mais impetuosidade quando as pessoas vestem a roupa dos anos vividos e entregam-se de corpo e espírito aos problemas da velhice. Mas se os velhos tiverem o espírito jovem e encararem a velhice como um estágio natural, ela tomará outro rumo, mudará de feição.

É comum, também, nesta faixa etária ter sentimentos de perda, como a mudança do ritmo/alteração de vida, o distanciamento dos filhos, a viuvez, a vida sedentário-improdutiva e a diminuição das oportunidades de convívio. Tudo isso resulta, ao longo dos anos, em isolamento social, perda progressiva da autonomia e da identidade, atingindo de forma irreparável a autoestima, a motivação, o prazer pela vida e o prazer em pertencer a uma sociedade que o valorize como cidadão.

O idoso precisa resgatar seu sentimento de conquista, ter um desejo a ser alcançado, ter esperança. É fundamental que ele aprenda a lidar com as transformações de seu corpo e tire proveito de sua condição, prevenindo e mantendo em bom nível sua plena autonomia.

A atitude de identificar e controlar os riscos só tende a beneficiar a saúde e a segurança de todas as pessoas. Uma vida saudável inicia na infância, com boa alimentação, atividades físicas

variadas e regulares, cuidados médicos adequados e ambiente familiar estimulante.

Os comportamentos preventivos recomendados para esta fase são: usar cinto de segurança; praticar sexo seguro; evitar ambientes e grupos onde a violência física seja motivo de admiração; não fumar; beber com moderação; escolher alimentos de maneira inteligente; proteger pele e olhos; manter uma vida ativa, mas não exaustiva e realizar check-up e exames periódicos (NAHAS, 2006).

Durante a fase de envelhecimento humano, percebem-se diversas modificações físicas nas pessoas: aumentam os riscos para o desenvolvimento de patologias diversas, geralmente crônico-degenerativas. Aí se enquadram os problemas vasculares (como a aterosclerose e cardiopatias isquêmicas), as demências, o câncer, o acometimento do sistema osteoarticular e todas as outras que demandam dos mecanismos biológicos oxidativos, acumulados durante a vida.

Com relação à gênese das doenças vasculares em idosos, é fundamental entender os mecanismos fisiopatológicos que levam aos desfechos e à morbidade nesta população. Sabe-se que os vasos sanguíneos sofrem a ação inexorável da atividade inflamatória sobre o endotélio, ao longo de toda a vida. A capacidade de liberação do óxido nítrico por um endotélio doente (ou exaurido) já não ocorre com a eficiência de outrora. Ao não haver a adequada autorregulação endotelial e, somando-se à aterosclerose sistêmica, acontecem os fenômenos oclusivos vasculares de diversas ordens, como, por exemplo, angina instável, infarto agudo do miocárdio, vasculopatias periféricas, acidentes vasculares encefálicos.

Todo este espectro de doenças limita, sobremaneira, a vida do indivíduo idoso, sendo necessário atentar para isso. Este grupo de doenças se notabiliza por ser extremamente frequente e gerar estados mórbidos que vão desde a incapacidade de realizar atividades físicas simples (geralmente associadas a sintomas de cansaço, dores, falta de ar) até a incapacidade total, como a limitação ao leito e toda a miríade que disso pode resultar. O acometimento do idoso por demências também é frequente, sendo suas etiologias

as mais variadas, desde as de origem vascular até a doença de Alzheimer (MELO, 2004).

Conforme Olson (2003), o risco de uma pessoa ser portadora de demência dobra a cada cinco anos, a partir dos 60 anos de idade. Estima-se que aproximadamente 50% das pessoas com 85 anos apresentem algum tipo de demência (GRAEFF, 2007).

Geralmente, o que as intervenções dos profissionais de saúde conseguem fazer é retardar a evolução dos sintomas das demências, mas não impedir que elas progridam. É como reduzir a velocidade de um carro desgovernado, sabendo que irá se chocar mais adiante. Diante disso, deve-se primar pela palição desde o início dos quadros demenciais por quem for orientar paciente e cuidadores (OLSON, 2003).

As neoplasias malignas derivam, dentre outros fatores, dos mecanismos oxidativos e cumulativos que ocorrem durante toda a vida e acabam atingindo o indivíduo idoso com mais frequência. Durante o processo de envelhecimento, as células podem dividir-se de maneira anômala, gerando células doentes, incapazes de realizar as funções das células originais.

A complexa autovigilância orgânica (capacidade de reconhecer erros em divisões celulares) dá sinais de falha, deixando que se perpetuem equívocos celulares, que, sem retaliação imune (ou deficiente), culminam com o desenvolvimento de diversos tipos de câncer. As degenerações osteoarticulares, causando restrições de mobilidade, costumeiramente progressivas, vêm associadas à redução da propriocepção, o que pode levar o idoso à instabilidade e a quedas, sendo os traumas (até os de pequena monta) importantes causas de limitação física e risco à vida na faixa etária em questão.

Diante da constatação do declínio das capacidades físicas e da dependência por conta das vulnerabilidades individuais, socioeconômicas e familiares, muitos idosos podem desenvolver depressão e outros transtornos de ordem psíquica. Os sentimentos de inutilidade, menos-valia, baixa autoestima podem ocorrer neste contexto.

A dependência física, emocional e pecuniária potencializa estes sentimentos. Sentir-se negligenciados ou relegados faz com que muitos indivíduos vivenciem o desligamento da vida – ou o prenúncio da morte, momento em que podem se tornar indiferentes a si próprios, havendo a “deterioração do eu” e, inclusive, o desejo de morrer. A solidão, não só pela comum viuvez, como também pela negligência e desdém social e familiar, agrava este quadro.

A incapacidade funcional e o ajustamento psicológico são hoje de grande interesse de estudiosos nos vários segmentos da área da saúde, porque os fatores psicológicos e socioculturais influem no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Sabe-se que os recursos psicológicos e sociais de que o indivíduo dispõe são um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional e adaptativa na vida das pessoas afetadas. Esses fatores psicossociais têm grande potencial para determinar em que medida a vida será vivida eficazmente ou com debilidade, dor e dependência.

Os recursos psicológicos adaptativos, como o controle pessoal e o senso de significado, são importantes na forma de reservas que permitem às pessoas enfrentarem mais efetivamente os eventos críticos da vida. As crenças positivas têm impacto nos estados emocionais, que, por sua vez, podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas; também podem promover comportamentos saudáveis, uma vez que pessoas dotadas de senso de autovalor acreditam no seu poder de controle e são otimistas quanto ao seu futuro.

Paralelamente, os movimentos de terceira idade, como as universidades, presentes e profícuas em nossa sociedade atual, consistem em um importante meio de resgate das potencialidades do idoso, fazendo-o sentir-se acolhido e atuante (PESSINI; BAR-CHIFONTAINE, 2005).

Ormezzano e Peliser (2006) recomendam que a inserção de idosos em espaços sociais carregados de atividades significativas move-os a pensar e a querer que essas atividades tenham continuidade, porque conduzem a encontros com novos e antigos amigos. Então, nada mais justo e digno que favorecer os idosos

em sua integração sociocultural, de forma que melhorem a sua qualidade de vida, façam garantir seus direitos e assumam seus papéis de cidadãos. A prática de cuidados no envelhecimento humano, principalmente na rede pública de atendimento, apresenta ainda uma grande distinção sobre teoria e prática clínica, pois o real está muito distante do ideal. No cotidiano, o médico que atende a comunidades carentes se depara com as mais diversas situações corriqueiras: o idoso sozinho em consultas, analfabeto, com dificuldade de entendimento, seja auditivo ou cognitivo.

Ao buscar-se os familiares, geralmente numerosos, muitas vezes, encontra-se famílias desestruturadas, que dependem do trabalho diário para subsistir. Com um ou mais empregos, dificilmente conseguem dar a atenção ao idoso necessitado. Seja no auxílio à alimentação, seja na administração das medicações ou no acompanhamento a exames solicitados.

Assim, o idoso retorna incansáveis vezes à consulta médica sem controle sobre os remédios, sem exames ou possibilidade de diagnósticos mais precisos. Outras vezes, há um familiar como *cuidador*. E há quem subsidie as despesas para que outro acompanhe o idoso. Ainda assim, nem sempre conseguem dar conta de tal encargo, por estarem vinculados 24 horas por dia ao paciente, que começa a se sentir inútil ou deprimido e deixa sua própria vida de lado. Assim, nos deparamos com casos de agressão verbal, descaso, agressão física etc., ficando o profissional médico, ou qualquer outro cidadão, responsável pela denúncia aos órgãos competentes.

Pessini e Barchifontaine (2005) citam que, quando diante de debilidades ou de problemas graves de saúde, se mantida a lucidez, muitos idosos (e mesmo seus familiares e entes próximos) podem se perguntar se é válido buscar tratamento (como por exemplo, necessidade de uma cirurgia ou terapias oncológicas como quimio e radioterapia). Do ponto de vista bioético, a autonomia do idoso deve ser mantida.

SOBRE A DIGNIDADE E A BIOÉTICA NO CUIDADO HUMANO

O princípio da dignidade das pessoas humanas, de acordo com Santin e Bettinelli (2010), está presente como um dos fundamentos da própria existência da Constituição e do Estado democrático de direito brasileiro, exposto no artigo 1, inciso III da Constituição Federal de 1988, que tem como premissa básica a dignidade da pessoa humana. Dessa forma, a partir de sua normatização constitucional, passa a ser enquadrada como princípio jurídico fundamental, norma que orienta a interpretação e aplicação das demais normas pertencentes ao ordenamento jurídico.

Rios (apud SANTIN; BETTINELLI, 2010) enfatizam que há um caráter de centralidade da dignidade humana diante de outros conceitos, formulações e ideias jurídicas. Estando, portanto, no centro de todo o ordenamento jurídico brasileiro, devendo ser repellido qualquer ato, direto ou indireto, capaz de esvaziar “a força normativa desta noção fundamental, tanto pelo seu enfraquecimento na motivação das atividades estatais (executivas, legislativas e judiciárias), quanto pela sua pura e simples desconsideração”. Deve, portanto lançar suas luzes por todas as leis, regulamentos, decretos e demais atos normativos, bem como orientar as políticas públicas executadas pelos governantes brasileiros.

Santin e Bettinelli (2010, p. 22) fazem citação às conclusões de Ingo Wolfgang Sarlet, que define dignidade humana como uma qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Jahr propôs imperativo bioético que ampliava para as formas de vida para o imperativo moral de Kant: “age de tal modo que

consideres a humanidade, tanto para tua pessoa como na pessoa dos outros, sempre como um fim e nunca como simples meio”. Essa proposta, segundo Pessini (2013), pode ser traduzida, então por: Respeite todo ser vivo como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal. O conceito de bioética de Jahr é mais amplo que o dos pioneiros norte-americanos, incluindo todas as formas de vida.

Pessini (2013) afirma que a bioética contemporânea, por vezes, ficou reduzida ao âmbito das questões da ética médica (consentimento informado, princípios, relação médico-paciente, direitos do paciente etc.) e que se faz preciso a ampliação da bioética com formulação da bioética integrativa: é necessário que a bioética seja substancialmente ampliada e transformada conceitual e metodologicamente, para que possa considerar as diferentes perspectivas culturais, científicas, filosóficas e éticas (abordagem pluralista), integrando essas perspectivas em termos de conhecimentos que orientem e de ações práticas (abordagem integrativa). Sendo que esta bioética integrativa, terá que harmonizar, respeitar e aprender com a rica pluralidade de perspectivas individuais e coletivas e com as culturas da comunidade global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado e a assistência com dignidade e ética, como qualidade intrínseca das pessoas humanas, é irrenunciável e inalienável, constituindo um elemento que qualifica o ser humano como tal e dele não pode ser destacado, de tal sorte que não se pode cogitar a possibilidade de determinada pessoa ser titular de uma pretensão a que lhe seja concedida a dignidade (DURIG apud SARLET, 2001).

Peduzzi (2001) sugere que as articulações das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorram por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o determinante comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. Trata-se de um plano de ação para uma

situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum. Tais concepções, partilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos partícipes.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo de saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilharem outros valores que poderiam cunhar novos modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001).

Almeja-se que a bioética se torne um campo verdadeiramente aberto de encontro e diálogo de várias ciências e profissões, com visões e perspectivas de mundo reunidas para articular, discutir e resolver questões éticas relacionadas à vida como um todo, com capacidade de investigar a vida em todas as suas partes, tipos, formas, estágios e manifestações, bem como de proporcionar boas condições de vida, em especial aos nossos idosos.

REFERÊNCIAS

GRAEFF, L. Instituições totais e a questão asilar: uma abordagem compreensiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 11, p. 9-27, 2007.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 291-299.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

OLSON, E. Dementia and neuro degenerative diseases. In: MORRISON, R. S.; MEIER, D. E. (Eds.). *Geriatric palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 160-172.

ORMEZZANO, G. R.; PELISER, M. (Re). Conhecendo o corpo feminino: a escultura na educação estética de idosas. In: PORTELLA M. R.; PASQUALOTTI, A.; GAGLIETI, M. (Org.). *Envelhecimento humano: saberes e fazeres*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2006. p. 229-245.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Brasileira de saúde Pública*, 2001. Disponível em: <<http://fsp.usp.br>>. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Revista Bioética*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C.P. de. *Problemas atuais de bioética*. 7. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

SANTIN, J.R.; BETTINELLI, L.A. Bioética, dignidade humana e direitos fundamentais. In: SANTIN, J.R.; BETTINELLI, L.A. (Org.). *Bioética e envelhecimento humano: inquietudes e reflexões*. Passo Fundo: Berthier, 2010.

SARLET, I.W. *A dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

CUIDADOS PALIATIVOS E A FISIOTERAPIA

Julia Pancotte
Lia Mara Wibelinger
Marlene Doring

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde, em 2002, como abordagem ou tratamento para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a vida, e para controlar a dor e sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. Tais medidas começam ao diagnosticar a doença, junto com os tratamentos capazes de modificar o curso da mesma, a fim de prolongar a vida. Quanto mais estes tratamentos perdem a eficácia, mais importantes se tornam os cuidados paliativos. Logo, ao final da vida, representam o auge da sua importância, perdurando no período de luto.

As medidas paliativas compreendem: alívio da dor e de outros sintomas; auxílio no entendimento da morte como processo natural; integração dos aspectos psicológicos e espirituais; apoio para os pacientes viverem da forma mais ativa possível; suporte para lidar com a doença e o luto (pacientes e familiares); melhora da qualidade de vida. E as medidas paliativas também compreendem um auxílio para compreender e gerenciar as complicações clínicas, assim como reconsiderar as prioridades de políticas de saúde.

A situação e a necessidade do paciente determinam os cuidados paliativos. As doenças mais agressivas, como o câncer e

a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA ou AIDS), causam, frequentemente, mais sintomas e necessidades, pela intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar (MS, 2004).

A multidisciplinaridade da equipe é fundamental para os cuidados paliativos pela ampla abordagem realizada, pois envolve médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais, dependendo da necessidade do paciente (OMS, 2014). Essa equipe vinculará as individualidades com a diversidade profissional, o que contribuirá para alcançar o principal objetivo: melhorar a qualidade de vida (NETO, 2010).

Assim, a fisioterapia tem como objetivo preservar, prevenir, manter e reabilitar a integridade dos órgãos, sistemas ou funções. Pode auxiliar nas alterações patológicas, nas repercussões psíquicas e orgânicas e em qualquer outro cuidado que o paciente necessite. Cada profissional realiza um papel fundamental dentro da equipe, mas enfatizamos a função do fisioterapeuta pela sua importância nessa fase da vida dos pacientes sob cuidados paliativos.

Por isso, apresentamos o capítulo em níveis de cuidados paliativos e, depois, em cuidados paliativos e a fisioterapia.

NÍVEIS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Em 2004, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) definiu quatro níveis de cuidados paliativos: ações paliativas, cuidados paliativos nível I, cuidados paliativos nível II e cuidados paliativos nível III.

O nível de *ações paliativas* objetiva minimizar as repercussões da doença sobre o bem-estar geral do paciente através de qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo. Podem ser realizadas no hospital, no domicílio ou nos centros de saúde. É considerado como nível básico de palição.

Os Cuidados Paliativos Nível I dependem de estrutura e equipe com formação diferenciada. O Nível II envolve equipes

multidisciplinares, disponibilidade e apoio 24 horas, também nas áreas social, psicológica e espiritual. O Nível III depende de equipe multidisciplinar especializada capaz de responder a casos de alta complexidade (MS, 2004).

Os cuidados paliativos prezam por uma adequada comunicação, pelo apoio à família, trabalho em equipe e controle dos sintomas (ASCENSÃO, 2013). Seus principais objetivos são a redução de sintomas e a promoção da qualidade de vida.

Os sintomas que surgem com as doenças desencadeiam uma série de alterações no bem-estar do doente e da família, por isso saber reconhecer, avaliar e tratá-los adequadamente (NETO, 2010) pode auxiliar o controle dos sintomas e até mesmo evitá-los.

CUIDADOS PALIATIVOS E A FISIOTERAPIA

A fisioterapia, que tem como objetivo preservar, prevenir, manter e reabilitar a integridade dos órgãos, sistemas ou funções, pode auxiliar nas alterações patológicas, nas repercussões psíquicas e orgânicas e em qualquer outro cuidado que o paciente necessite (UNIC, 2009).

Na fase de doença em que o paciente paliativo se encontra, seu organismo mostra-se cada vez mais frágil e ocorre um declínio cada vez maior das suas funções até a perda total. Isso o deixa incapaz de realizar atividades importantes da vida, inclusive as da vida diária (UNIC, 2009).

Os fisioterapeutas, ditos pela Confederação Mundial de Fisioterapia especialistas em atividade humana e movimento, são aptos para desenvolver, manter e restaurar funcionalmente pessoas de qualquer fase da vida, independente da função estar alterada por envelhecimento, lesões ou desordem da sua situação ou fator ambiental (FERREIRA, 2013).

A avaliação fisioterapêutica depende da doença que acomete o paciente, mas geralmente observa a existência de dor, dispneia, edema, fadiga, alterações na força e função muscular, capacidade funcional na realização das atividades da vida diária, alterações

no sistema respiratório, neurológico e qualquer outra limitação. O plano terapêutico, desenvolvido a partir da avaliação realizada e da discussão do caso com a equipe responsável pelo paciente, compreende técnicas e exercícios para o alívio dos sintomas e preservação/manutenção/reabilitação das funções com qualidade de vida.

Para auxiliar a avaliação, podem ser aplicados instrumentos como questionários, escalas e índices como forma de mensuração. Posteriormente, este método pode ser utilizado para comparar os efeitos das técnicas utilizadas; verificar se a terapia está apresentando resultados positivos ou negativos e se o paciente está relativamente melhor ao seu quadro inicial.

A atuação da fisioterapia pode ser dividida conforme a funcionalidade do paciente. Para aquele totalmente dependente, o trabalho deve ser realizado quanto ao posicionamento e mudanças de decúbito, transferências e mobilizações para prevenir deformidades e complicações (PERRACINI, 2000). Quanto mais independente, mais se deve estimular o autocuidado, as atividades da vida diária e a funcionalidade (MARCUCCI, 2005).

A imobilidade, situação que geralmente é vista em pacientes paliativos, favorece o descondicionamento físico, a diminuição gradual da força muscular, da flexibilidade, da capacidade aeróbica, da amplitude de movimento articular, da coordenação motora, que, conseqüentemente, causam pontos de dor. Ante este sintoma, mais necessária se faz a presença de um fisioterapeuta (UNIC, 2009).

Os recursos utilizados pela fisioterapia podem ser terapias manuais, eletroterapia, termoterapia, cinesioterapia, posicionamentos adequados e exercícios de relaxamento.

A cinesioterapia, através de exercícios físicos, favorece a mobilidade, a restauração ou a melhora do desempenho funcional; trabalha força muscular, trofismo muscular, propriocepção, amplitude de movimento articular; previne a imobilidade, desenvolve resistência à fadiga (MARCUCCI, 2005; FLORENTINO et al., 2012), além do equilíbrio, da coordenação motora e de auxiliar no processo analgésico.

Técnicas manuais como massoterapia, drenagem linfática, liberação miofascial/pompage, Maitland, Mulligan, mobilizações articulares e de tecidos moles favorecem o relaxamento muscular, a diminuição da sobrecarga muscular, redução da dor, de edemas linfáticos, de bloqueios articulares; auxiliam no controle postural, na redução do estresse e dos níveis de ansiedade (ARRAIS, 2014).

No que se refere à eletroterapia, sistema de geração de impulsos elétricos para o complexo neuromuscular, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é a mais utilizada para analgesia imediata (WATSON, 2000). A redução da dor acontece através da redução da condutividade e da transmissão dos impulsos dolorosos das fibras de dor para o sistema nervoso central ao ativar o sistema descendente inibitório da dor e modular a atividade dos neurônios de transmissão, a partir da liberação de opioides endógenos. Quando atinge fibras motoras, interfere no padrão normal do músculo, o que reduz ainda mais esses estímulos dolorosos (MAGALHÃES et al., 2009; MARCUCCI, 2005; FLORENTINO et al., 2012). Os parâmetros para tratamento com essa corrente elétrica devem ser de acordo com o tipo de dor e percepção da dor do paciente.

Na termoterapia, o calor pode ser usado para favorecer o relaxamento muscular, interferindo no ciclo dor/espasmo/dor. O frio pode ser utilizado em disfunções musculoesqueléticas, traumáticas e inflamatórias. Ambos podem diminuir a dor.

Além das técnicas possíveis em um tratamento, o uso de órteses/dispositivos como muletas, andadores e cadeiras pode diminuir a dor e prevenir ou corrigir deformidades (FLORENTINO et al., 2012).

Ressalta-se que cada paciente deve ser avaliado antes de qualquer tipo de tratamento e requer aplicação da técnica que mais lhe auxilie, lembrando que nem sempre essa poderá apresentar resultados positivos. A avaliação é indispensável e, quando bem feita, o paciente é bem tratado.

Através da avaliação de todos os sistemas e da definição dos objetivos de tratamento, é estabelecido seu próprio diagnóstico.

Nos cuidados paliativos, a função do fisioterapeuta é otimizar a funcionalidade do paciente até o seu falecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem do paciente sob cuidados paliativos sempre deve ser humanista e integrada. Todos os tratamentos devem visar o controle dos sintomas, principalmente da dor, a qualidade de vida, manutenção das funções e a autonomia do paciente.

Tanto paciente quanto familiares e, sobretudo, profissionais, devem compreender a forma de vida deste primeiro, pois, apresentará diversas necessidades físicas, psicoemocionais, espirituais e sociais.

Uma vez nessas circunstâncias, há que direcionar a equipe multiprofissional ao paciente. Por isso deve ser especializada na área, além de ter suporte para realizar os devidos cuidados, principalmente psicológicos, pela alta exigência da situação.

Deve-se considerar, também, a diversidade de faixas etárias que necessitam de cuidados paliativos, além do enorme número de doenças que acometem as pessoas e as encaminham para essa fase. O trabalho realizado deve sempre ter como propósito alcançar o conceito de cuidados paliativos, melhorando a qualidade de vida de pacientes e familiares, controlando a dor e sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, R. C. S. Atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos oncológicos. *Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais*, 2014. Disponível em: <http://www.sotamig.com.br/downloads/2014/_trab_03.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ASCENSÃO, D. S. *Burnout nos enfermeiros em cuidados paliativos*. Relatório de Prática Clínica (Mestrado em Cuidados Paliativos). 2013. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal, 2013.

DOYLE, L.; MCCLURE, J.; FISHER, S. The contribution of physiotherapy to palliative medicine. In: DOYLE, D. et al. *Oxford*

textbook of palliative medicine. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. v. 15. p. 1.050-6.

FERREIRA, E. M. G. *Controle da dor crônica em cuidados paliativos com TENS e comunicação*. 2013. Relatório de Estágio (Mestrado em Cuidados Paliativos), Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2013.

FLORENTINO, D. M. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 11, n. 2, p. 50-57, 2012.

MAGALHÃES, L.; FARIA, K.; FRANÇA, L. TENS - Estimulação elétrica transcutânea. 2009. Disponível em: <<http://rtufvjm.blogspot.com/2009/06/tens-estimulacaoeletrica-transcutanea.html>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional de cuidados paliativos*. 2010. Disponível em: <www.min-saude.pt>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Direção Geral de Saúde: Conselho Nacional de Oncologia, 2004.

NETO, I.; BARBOSA, A. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *WHO Definition of palliative care*. 2014. Disponível em: <<http://tinyurl.com/5228js>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o contexto familiar: o papel do fisioterapeuta. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 117-43.

UNIC. *Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer*. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2009.

WATSON, T. The role of electrotherapy in contemporary physiotherapy practice. *Manual Therapy*, v. 5, n. 3, p. 56-63, 2000.

O CUIDADO E AS COMPETÊNCIAS DOS CUIDADORES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Claudia Daiane Trentin Lampert
Silvana Alba Scortegagna
Cristina Ribas Teixeira

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo irreversível e multideterminado, caracterizado por mudanças biológicas, físicas, cognitivas, sociais e emocionais, sendo único para cada indivíduo, pois dependerá das capacidades básicas adquiridas, do meio ambiente e das reservas investidas ao longo do percurso de vida (CAMARANO; KANSO, 2011). Além das mudanças naturais no processo de envelhecimento, Saliba et al. (2007) apontam que a ocorrência de alterações mais severas no estado funcional do idoso pode levar à necessidade de alguém para auxiliá-lo na execução de atividades antes realizadas normalmente.

Além disso, a diminuição da capacidade funcional, associada a doenças, dificuldades físicas, cognitivas ou emocionais, as modificações na família brasileira, dentre elas a saída da mulher para o mercado do trabalho, o aumento de domicílios chefiados por elas e a diminuição do tamanho da família, resultam em uma nova realidade para este idoso: a de ser cuidado e a presença de um cuidador.

As questões relacionadas ao tema e ao papel do cuidador estão sendo cada vez mais importantes. Desta forma, a necessidade de

uma nova modalidade de atividade ocupacional – a de cuidar de uma pessoa mediante remuneração – passou a exigir reconhecimento, tanto em função das qualificações mínimas necessárias, quanto da remuneração e do registro legal (BORN, 2006).

Diante desse panorama, o objetivo deste capítulo é discutir as competências pessoais dos cuidadores formais no cuidado a idosos institucionalizados. Para tanto, o texto está organizado em três seções: a definição de cuidador de idosos como categoria profissional; cuidado enquanto condição para o desenvolvimento emocional e, por fim, o cuidado com idosos institucionalizados e as competências pessoais do cuidador no exercício de sua ação.

A PROFISSÃO CUIDADOR DE IDOSOS

Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego reconheceu o cuidador enquanto categoria ocupacional, por meio da inserção na classificação brasileira de ocupações (CBO). A família ocupacional de cuidadores compreende cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos (CJAI), e sob o código 5162-10 denomina-se a categoria acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idoso domiciliar e institucional e *gero-sitter*. Na CBO (2014), o cuidador é descrito como aquele que “cuida de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. Além disso, são estipuladas atividades pertinentes à função, como: cuidar da pessoa, de sua saúde, de sua alimentação, promover o seu bem-estar, acompanhá-la em atividades externas, cuidar do ambiente domiciliar e institucional, incentivar a cultura e educação e demonstrar competências pessoais.

Born (2006) define o cuidador em informal ou formal. O cuidador informal é aquele que presta cuidados à pessoa idosa, geralmente no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e não remunerado, tendo como perfil a identificação com as atividades pertinentes e possuir noções básicas sobre o cuidado com o idoso.

O cuidador formal é uma pessoa capacitada para o cuidado, contratado para trabalhar na moradia do idoso ou em uma instituição, com remuneração, seguindo orientações dos familiares ou outros profissionais de saúde que orientam o cuidado. Para o desempenho da função de cuidador formal, além de gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis, identificar-se com as atividades, é necessário um treinamento específico, com formação voltada para o cuidado ao idoso. Para ambos os cuidadores – informais e formais –, a autora se refere às habilidades técnicas e atributos físicos, intelectuais, éticos, morais, emocionais, motivação e compromisso como características fundamentais ao cuidador, podendo estas serem desenvolvidas e aprimoradas.

Reconhecendo a importância do cuidador no contexto do envelhecimento, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta, entre suas diretrizes, a formação e a educação permanentes na área de saúde da pessoa idosa aos profissionais de saúde, podendo ser estendidas aos cuidadores. Esta diretriz baseia-se no pressuposto de que a atenção integral em saúde e prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais influenciadores da saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2006).

Para Sampaio et al. (2011), esta política reforça a necessidade de o profissional que irá prestar assistência ao idoso desenvolver habilidades e competências específicas capazes de diferenciar os idosos das demais faixas etárias, prestar um cuidado humanizado, competente e que propicie um envelhecimento ativo e saudável, com dignidade e qualidade de vida.

Contudo, o desenvolvimento dessas habilidades e competências na tarefa do cuidar transcende a aprendizagem proporcionada em cursos de formação ou capacitação, sendo preciso ampliar a compreensão sobre o cuidado, sua gênese, e implicações do próprio desenvolvimento psíquico daquele que se propõe a esta ação.

CUIDADO: CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

O teólogo e filósofo Leonardo Boff descreve com muita propriedade e sabedoria: o cuidado “significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” (2008, p. 91). Para o referido autor, o cuidado configura-se como um modo de ser, constituindo-se na forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, uma ação dinâmica, refletida e pensada. Dessa forma, oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas, é uma atitude de cuidado (BOFF, 2008; BRASIL, 2008; SALIBA et al., 2007).

Entendendo o cuidado como condição imprescindível para se tornar humano, os vínculos iniciais com o cuidador são constituintes. O primeiro cuidador que instaura o processo de tornar-se humano é a mãe. Segundo Winnicott (1993), o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida lança as fundações da saúde mental do indivíduo humano, e exige a existência de uma mãe suficientemente sadia e cuidadora. O cuidado materno é marcado pelo *holding*, ou seja, a promoção de um ambiente acolhedor, contínuo e consistente, implicando a empatia materna. A “mãe suficientemente boa” refere-se àquela capaz de captar e atender às necessidades essenciais ou iniciais do filho de forma sentida, sendo sensível, por meio da identificação com ele. Além disso, uma “mãe suficientemente boa” reconhece a natureza essencial de sua tarefa, cuidando também de si mesma (WINNICOTT, 1983, 1999).

Sampaio et al. (2011), a partir do ponto de vista winnicottiano, afirmam que o ato de cuidar constitui-se na produção de um ambiente que facilite o processo de desenvolvimento da criança, onde a mãe não é o elemento principal, mas oferece o suporte para que a criança, por meio de seus processos psíquicos individuais, atinja sua única e própria maturação.

Santos (2012), baseado na obra de Winnicott, afirma que na relação de cuidado que se estabelece entre mãe e bebê, este já estará em formação para se tornar uma pessoa total, por meio do processo de amadurecimento pessoal e de integração. De acordo com esta teoria, a integração é um estado a ser alcançado por meio do estabelecimento de um si-mesmo unitário. Contudo, para que o bebê exista como uma unidade e possa diferenciar o seu “eu” do “não-eu”, é preciso um cuidado suficientemente bom. Desse modo, a conquista da integração está baseada na unidade pessoal do ser diante da maturidade apropriada à idade, com o desenvolvimento gradual da capacidade de sentir que o mundo externo e o mundo interno são coisas relacionadas ao eu individual e particular.

A teoria do amadurecimento pessoal, de Winnicott, compreende a formação do indivíduo em dois modos fundamentais: o de si-mesmo e o de ser-com-os-outros. Primeiro, a formação de si-mesmo se dá em razão dos cuidados recebidos de alguém, implicando um ambiente confiável, provedor das necessidades, com oportunidade de criar um mundo pessoal no qual viver. A formação para ser-com-os-outros, surge em consequência da formação de si-mesmo e se dá pela conquista de uma capacidade de poder assumir responsabilidade por suas ações em relação aos outros e ao mundo (SANTOS, 2012).

Sendo assim, o desenvolvimento emocional saudável do indivíduo dependerá do cuidado recebido por um outro, nos primórdios feito pela mãe, que ofereça um *holding* adequado. Quando as condições de cuidado são suficientemente boas, as bases para a integralidade e o amadurecimento pessoal do indivíduo estão constituídas, promovendo a integração do ser, a formação de si mesmo, e, diante disso, pode se voltar para os outros.

Para que o cuidador possa oferecer um bom cuidado, um *holding* adequado e ser capaz de ser-com-os-outros, é preciso que este se constitua como um ser integrado e com maturidade pessoal. Entende-se que, a partir da constituição psíquica do indivíduo, é que este poderá desenvolver as capacidades e competências necessárias para prestar o cuidado ao idoso.

Segundo Pavarini et al. (2005), a família permanece como a responsável por oferecer os cuidados ao idoso, contudo, as mudanças significativas ocorridas na estrutura familiar, como os novos arranjos familiares com famílias menores, mulher inserida no mercado de trabalho e parentes não próximos, doenças crônico-degenerativas e seu alto custo, podem dificultar as condições funcionais para prestar o cuidado adequado ao seu idoso. Dessa forma, a procura por instituições de longa permanência tende a aumentar, optando-se por outras formas de atenção e cuidado proporcionadas aos idosos. No contexto de institucionalização, as figuras do cuidador formal e das equipes de saúde com capacitação pessoal e profissional para prestar serviços de qualidade tornam-se fundamentais, como se verá a seguir.

O CUIDADO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Conforme Born e Boechat (2011), a instituição de longa permanência (ILPI) deve ser uma moradia especializada, capaz de oferecer continuados cuidados, entretanto, tanto sua estrutura física quanto funcional devem se assemelhar a um ambiente doméstico, aconchegante, um lugar para morar, assemelhando-se à vida em família. Para tanto, as ILPIs devem cumprir com suas funções básicas de assistência gerontogerátrica e primarem pela qualidade do cuidado oferecido, por meio da qualificação de seus funcionários e cuidadores.

No Brasil, ainda persistem ILPIs com configurações e estruturas constrangedoras, com critérios padronizados e que promovem a despersonalização do indivíduo (BORN; BOECHAT, 2011), onde o cuidado oferecido não possibilita o respeito à subjetividade e à autonomia do idoso. Nesse contexto, o papel do cuidador, bem como sua formação profissional e competências pessoais serão fundamentais para promover a mudança no modo de fazer e de ser no cuidado para com estes idosos.

Dessa forma, a descrição de competências e habilidades desejáveis no perfil do indivíduo que realiza a atividade de cuidador é importante para orientar tanto os cuidadores na sua busca por formação profissional e pessoal, quanto a familiares e instituições

responsáveis pelo idoso. Em vista disso, o Ministério do Trabalho e Renda, por meio da CBO, indica as seguintes competências pessoais do cuidador de idosos: a) demonstrar preparo físico; b) capacidade de acolhimento; c) capacidade de adaptação; d) empatia; e) respeitar a privacidade; f) capacidade de escuta; g) capacidade de percepção; h) manter a calma em situações críticas; i) capacidade de reconhecer limites pessoais; j) criatividade; k) capacidade de buscar informações e orientações técnicas; l) iniciativa; m) preparo emocional; n) transmitir valores a partir do próprio exemplo; o) honestidade. Sampaio et al. (2011) apontam o amor, o carinho, o zelo, a paciência e a dedicação como virtudes indispensáveis para o perfil daquele que cuida do idoso.

Dentre as competências pessoais importantes para o exercício do cuidado com o idoso, a empatia merece especial atenção. Conforme Falcone et al. (2013), é compreendida como um fenômeno multidimensional complexo, envolvendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. O cognitivo refere-se à capacidade de entender sentimentos e pensamentos de alguém em um determinado contexto, sendo também conhecido como tomada de perspectiva. O componente afetivo diz respeito ao interesse em compartilhar sentimentos, experimentar compaixão, preocupação ou consideração pelo estado de outra pessoa. As expressões verbais e não-verbais que apontam para o entendimento do estado da pessoa em questão definem o componente comportamental (FALCONE et al., 2013; FALCONE et al., 2008; FALCONE; GIL; FERREIRA, 2007).

No ambiente institucional, o cuidador é aquele que está diretamente ligado ao cuidado integral do idoso, estando envolvido no ouvir e ver as demandas físicas e emocionais do mesmo. Nesta relação cuidador/cuidado, a empatia significa a capacidade de estabelecer um contato direto, ou seja, não somente mediado por palavras ou conceitos, mas com estados afetivos do outro ser humano, implicando um modo de cognição perceptual, que se dá fora do campo verbal, discursivo ou proposicional (PIMENTEL; COELHO JUNIOR, 2009). A compreensão empática inclui prestar atenção e ouvir sensivelmente. Comunicar-se de forma empática inclui expressar entendimento verbal ou não verbal,

de forma sensível às necessidades do idoso e ao respeito à sua individualidade (FALCONE; GIL; FERREIRA, 2007).

Dessa forma, pode-se afirmar que a empatia é uma escuta, uma comunicação entre indivíduos, a partir da qual o cuidador e o idoso podem estabelecer uma relação de confiança e afeto. Conforme Falcone et al. (2013, p. 204), “a capacidade para experimentar e expressar empatia é crucial para a construção e manutenção de relações interpessoais gratificantes, bem como de vínculos afetivos seguros”. Os autores enfatizam que, ao considerar os sentimentos da outra pessoa, o indivíduo torna-se mais apto a inibir padrões egocêntricos de angústia pessoal ou a manejar os sentimentos de raiva de forma mais adaptativa, facilitando a comunicação e o comportamento de ajuda.

Miguel, Pinto e Marcon (2007) assinalam que no cenário das ILPIs, a dependência do idoso passa a ser uma preocupação. Ainda, o grande número de idosos com comprometimento da funcionalidade social, psicológica, cognitiva e motora é um indicador das condições de saúde/doença que precisam ser observadas nas ações dos cuidadores. Diante dessa realidade, cabe ao cuidador zelar e investir na funcionalidade e autonomia do idoso (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006). A necessidade de o cuidador manter a autonomia do idoso passa pela capacidade de este se disponibilizar a *ajudar a fazer*, o que demanda maior paciência e tempo, em detrimento do *fazer por* um idoso. Isso exige algumas qualidades do cuidador, entre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica por meio da empatia.

Para adequar as ações prestadas aos idosos, no sentido de fortalecer uma relação terapêutica positiva, Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) consideram dois aspectos fundamentais para o cuidado: a especificidade clínica da velhice e a noção de singularidade. A primeira relaciona-se às ressonâncias do envelhecimento biológico, aos lugares e aos discursos que o velho ocupa no âmbito social, na família, nos conceitos de velhice do cuidador, e às consequências destas na formação das referências para uma assistência diferenciada. Já a singularidade particular e única em cada sujeito, deve ser entendida como fundamento para um

cuidado singularizado que leve em consideração a forma como cada um vive sua velhice e seu adoecer.

Entretanto, Sommerhalder (2001) lembra que o contexto do cuidado é bastante complexo e envolve muitos fatores, inclusive aspectos positivos e negativos associados ao cumprimento das tarefas e da função de cuidar. É necessário considerar todos os componentes envolvidos na assistência ao idoso institucionalizado.

Ribeiro et al. (2009) buscaram conhecer o cuidar nas ILPIs por meio dos relatos dos cuidadores de idosos. Os resultados do estudo apontaram que muitos cuidadores identificam neles próprios o risco de institucionalização na velhice, associando-se ao perfil desses profissionais no que se refere aos fatores de risco para institucionalização, como: gênero, solidão, pobreza, aspectos comuns entre idosos e seus cuidadores. A dificuldade mais frequentemente relatada pelos cuidadores foi “de relacionamento com o idoso”.

Segundo Falcone et al. (2013), ao testemunhar o sofrimento de alguém, pode-se sentir angústia pessoal, sendo uma experiência vicária experimentada como desconforto e que motiva o distanciamento. Pode-se inferir que estes cuidadores, ao entrarem em contato com esta angústia experimentada no desconforto das relações, realizam um movimento de afastar-se do idoso, causando dificuldades de relacionamento. Os autores do estudo apontaram a capacitação dos cuidadores para o desenvolvimento de habilidades para lidar com os problemas de relacionamento como uma alternativa de enfrentamento.

Sampaio et al. (2011) esclarecem sobre os sentimentos simultâneos como satisfação e desprazer presentes da rotina de trabalho do cuidador. Uma experiência que costuma ser gratificante pode ser ao mesmo tempo desgastante. De um lado há uma competência emocional do cuidador posta à prova, e, de outro, um idoso fragilizado e muitas vezes dependente e, nesta situação delicada, o sofrimento de ambas as partes pode se fazer presente. Diante disso, os autores citados entendem que a preparação profissional e pessoal, por meio de capacitações, pode auxiliar o cuidador na maneira de cuidar e de construir uma relação suficientemente boa com o idoso, estando a capacitação servindo ao papel de *holding* para este cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar é uma atitude complexa e que exige diversas competências pessoais daquele que se dispõe a prestar o cuidado. Conforme visto na literatura e com base em Winnicott, a construção do eu depende de um cuidado inicial, uma maternagem suficientemente boa, que ofereça um *holding*, entendido como a ação de suprir, cuidar, conter e oferecer um ambiente favorável ao desenvolvimento saudável, para que o indivíduo possa se tornar um ser integrado e maduro.

Entende-se que o indivíduo que tenha recebido o cuidado e tenha seu desenvolvimento emocional suficientemente saudável possua condições psíquicas para se engajar na atividade de cuidar e na relação entre cuidador-cuidado possa estabelecer trocas afetivas e terapêuticas por meio da empatia.

Considerando-se a complexidade do cuidado no contexto das ILPIs, os cuidadores necessitam de um maior suporte para darem conta das exigências que este trabalho lhes impõe. Dessa forma, a eles também seria imprescindível o oferecimento de um *holding*, o qual poderia se dar pela capacitação profissional, onde o conhecimento sobre o envelhecimento serviria para amparar a prática diária. Outra forma seria a instituição poder oferecer um espaço de escuta para trocas de experiências, medos, angústias e sentimentos experimentados na prática do cuidar. Além disso, cuidar de si mesmo, com a busca pelo autoconhecimento é um dos fatores que pode promover qualidade no cuidado prestado ao idoso.

REFERÊNCIAS

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. In: *Seminário Velhice Fragilizada*. São Paulo: SESC SP, 2006.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E V.; PY, L. (Org.). *Tratado de*

geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1.299-1.310.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do cuidador*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 19 outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Renda. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

CAMARANO, A.M.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E V.; PY, L. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

FALCONE, E. M.O. et al. Validade convergente do inventário de empatia (IE). *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, n. 2, p. 203-210, maio/ago. 2013.

FALCONE, E.M.O. et al. Inventário de empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008.

FALCONE, E.M.O.; GIL, D.B.; FERREIRA, M.C. Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens teóricas. *Estudos de Psicologia Campinas*, Campinas, v. 24, n. 4, p. 451-461, 2007.

MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1.085-1.092, 2006.

MIGUEL, M.E.G.B.; PINTO, M.E.B.; MARCON, S.S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 784-795, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>>. Acesso em: 14 out. 2014.

RIBEIRO, M.T.F. et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Rev. Bras. Enferm.*, São Paulo, v. 62, n. 6, nov./dez., p. 870-875, 2009.

ROCHA, M.P F.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Rev. Bras. Enferm.*, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 801-8, nov./dez., 2008.

SALIBA, N.A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 39-50, jan./abr. 2007.

SAMPAIO, A.M.O. et al. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influencia sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 590-613, 2011.

SANTOS, Eder Soares. “Winnicott e a constituição pessoal para a formação do homem”. *Winnicott e-print.*, São Paulo, v. 7, n. 2, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2012000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

SERRALHA, Conceição Aparecida. A ética do cuidado e as ações em saúde e educação. *Winnicott e-prints.* São Paulo, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

SOMMERHALDER, Cinara. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar.* 2001. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

PAVARINI, S.C.I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enferm.*, v. 14, n. 3. jul./set., p. 398-402, 2005.

PIMENTEL, P.K.A.; COELHO JUNIOR, N. Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 301-314, 2009.

WINNICOTT, D.W. *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação.* Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães.* 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SÍNDROME DA FRAGILIDADE DO IDOSO E A INTERFACE COM O CUIDADO NUTRICIONAL

Jaqueline Stürmer
Luana Ferrão
Luiz Antonio Bettinelli

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por mudanças sociodemográficas consideráveis e, em especial, na distribuição etária da sua população. Por sua vez, no grupo de idosos ocorre uma série de desordens nutricionais que precisam de avaliação e acompanhamento multiprofissional. Neste contexto, está a relevância científica e social da avaliação do estado nutricional dos idosos, repensando a visão de que as alterações são normais no processo do envelhecimento humano. Por sua vez, a maior incidência de doenças crônicas e incapacidades associadas a mudanças no estilo de vida nesse grupo vêm determinando uma prevalência crescente de distúrbios nutricionais (FERREIRA; MARRUCI, 2008). Além disso, a obesidade e a desnutrição são dois problemas que coexistem nos tempos atuais. Apesar de a desnutrição em idosos apresentar-se como um fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso, a obesidade traz consigo importantes repercussões clínicas. Sua importância está associada ao fato de acelerar o declínio funcional do idoso e agravar suas limitações, gerando, assim, a fragilidade e a perda de independência e autonomia (MOREIRA; HORIE, 2007).

Portanto, o objetivo deste capítulo é abordar a Síndrome da Fragilidade no idoso como um processo multifatorial, influenciado por diversos fatores, como a alimentação, nível de atividade física e estilo de vida. Logo, o idoso está inserido em um contexto e deve ser avaliado e acompanhado por equipes multiprofissionais, podendo assim se fazer a detecção precoce tanto da síndrome da fragilidade, quanto das alterações do estado nutricional, a fim de diminuir possíveis agravos relacionados a essas desordens.

ENVELHECIMENTO HUMANO

Nos últimos anos, os dados demográficos vêm mostrando mudanças significativas com relação ao aumento da população idosa em todo o mundo. Houve um aumento do número de idosos no Brasil, de 8,6% para 10,8% da população, entre os anos de 2000 e 2010 (VICENTE; SANTOS, 2013).

De acordo com o censo demográfico de 2010, a população brasileira era de 190.755.199 pessoas, sendo consideradas idosas 20,59 milhões delas, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses idosos identificados, 55,5% (11.434.487) eram mulheres e 44,5% (9.156.112) homens. O estado do Rio Grande do Sul ocupou o segundo lugar no cenário brasileiro, tendo 15% de idosos entre sua população total (IBGE, 2011).

Essa transição demográfica do envelhecimento da população é decorrente de diminuições importantes de taxas de fecundidade, natalidade e de coeficientes de mortalidade, que levaram a um aumento da expectativa de vida ao nascer (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008). Entretanto, apesar do aumento da longevidade, a expectativa de vida saudável (ou seja, livre de incapacidades) passa a ser de 59,8 anos, cerca de 12 anos a menos do que a expectativa total de vida (SCHMIDT et al., 2011).

Em conjunto com a transição demográfica, observa-se também mudanças nos perfis nutricional e epidemiológico da população, caracterizados respectivamente, por mudanças no padrão alimentar, com consequente aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010), e

elevação das taxas de morbidade e mortalidade, decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de suas complicações, expressas em incapacidades e dependências (SCHMIDT et al., 2011).

Atualmente, a saúde do idoso baseia-se no conceito da funcionalidade global, caracterizado pela capacidade de o indivíduo cuidar de sua própria vida e realizar suas atividades de maneira autônoma e independente, mesmo na presença de doenças. Assim, a saúde associa-se ao funcionamento integrado e adequado dos seguintes sistemas funcionais do organismo: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A presença de doenças crônicas pode acarretar comprometimento desses sistemas, gerando, assim, as incapacidades, e conseqüentemente as síndromes geriátricas, destacando-se entre elas a fragilidade (OPAS, 2012).

SÍNDROME DA FRAGILIDADE

A definição da síndrome da fragilidade (SF) é complexa e ainda não há um consenso na literatura. Ao longo dos anos, este conceito vem se modificando. Há décadas, definiu-se como frágil o idoso dependente de outros para as atividades da vida diária (WOODHOUSE et al., 1988). Contudo, hoje se sabe que apenas limitações no desempenho de atividades não esclarecem todo o quadro clínico e fisiopatológico desta síndrome (CALADO, 2013).

Como apenas o declínio funcional não é suficiente para caracterizar o quadro de fragilidade, alguns grupos de pesquisadores em geriatria e gerontologia passaram a sugerir um quadro sindrômico de fragilidade de caráter multissistêmico e de perda de reserva fisiológica, na qual a diminuição da resistência do organismo a eventos estressores levaria o portador a desenvolver respostas adversas. Esta diminuição da reserva dificulta a manutenção da homeostase em face de perturbações, resultando em vulnerabilidade. Sendo assim, a baixa resposta do organismo aos estressores, a fraca resposta às medidas terapêuticas e a deficiência do sistema de defesa levariam à perda da autonomia, à piora da qualidade de vida, ao declínio constante das funções fisiológicas

e à morte (FRIED et al., 2001; FRIED et al., 2004; BERGMAN et al., 2004; SINGH et al., 2008).

Portanto, a fragilidade é um estado multifatorial e resulta em vulnerabilidade para o idoso. Quanto mais déficits uma pessoa apresenta, mais probabilidade ela tem de se tornar frágil. Assim, parece improvável que uma única causa ou recurso explique adequadamente a fragilidade (FRIED et al., 2001; LALLY; CROME, 2007; ROLFSON et al., 2006).

Um empecilho para o sucesso da definição da fragilidade é a ausência de um método padronizado e validado para operacionalizar o diagnóstico e o rastreamento das pessoas verdadeiramente frágeis (MENESES, 2014). Entretanto, no ano de 2001, na conferência nacional do Instituto Nacional do Envelhecimento e da Sociedade Americana de Geriatria, Fried et al. (2001) apresentaram uma definição operacional do fenótipo da fragilidade, baseada no estudo longitudinal *cardiovascular health study*. Esta é a definição mais utilizada atualmente (FERRUCCI et al., 2004; WALSTON et al., 2006).

Fried et al. (2001) sugeriram um fenótipo de fragilidade composto por três ou mais dos seguintes componentes para um melhor entendimento desta doença: a) *emagrecimento*: perda de peso, não intencional ($\geq 4,5$ quilos ou $\geq 5\%$ do peso corporal no ano anterior, por medição direta de peso); b) *fraqueza*: diminuição da força de preensão da mão dominante, medida com dinamômetro, ajustada para gênero e IMC; c) *diminuição da resistência e da energia*: cansaço autorreferido, avaliado através de duas questões da escala de depressão do CES-D; d) *lentidão*: definida com base no tempo para andar 4,6 m, ajustado para gênero e altura; e) *baixo nível de atividade física*: medido pelo dispêndio de energia semanal em quilocalorias, ajustado para gênero (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados, avaliados pelo Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire).

Três ou mais critérios caracterizam a síndrome e a presença de um ou dois critérios caracterizam um estágio pré-frágil (FRIED et al., 2001).

Dentre os critérios que caracterizam o fenótipo da fragilidade, merecem destaque a redução da velocidade de marcha e a diminuição da força de preensão palmar, indicadores de força muscular bastante utilizados por serem considerados parâmetros de fácil medição. O enfoque nestes critérios se deve ao fato de que estas alterações conferem maior risco para dependência nas atividades básicas ou instrumentais da vida diária, para a incapacidade, quedas, fraturas, hospitalização recorrente e morte (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

Apesar de existir uma heterogeneidade nas manifestações iniciais da síndrome, diminuição da força de preensão palmar tem sido relatada como a manifestação inicial mais comum. Este declínio da força muscular se deve à perda de massa e da qualidade muscular. O fato de a diminuição da força preceder as demais manifestações é atribuído a relatos de que a perda de massa muscular inicia na meia idade (XUE, 2011).

Perda de peso não intencional é um importante componente nos diferentes critérios utilizados para identificar fragilidade. A inclusão da perda de peso como critério é compatível com a conceituação de que a fragilidade é uma patologia de perdas e que tem a sarcopenia como a sua maior característica fisiopatológica. Entretanto, existem várias teorias que ligam a fragilidade à obesidade e também induzem a um estado pró-inflamatório que pode estar associado à fragilidade (HUBBARD et al., 2010).

Embora critérios de fragilidade enquadrem-se num modelo coerente e tenham validade, questionamentos têm sido levantados. Por exemplo, estudos indicam que pessoas obesas são uma parcela das pessoas consideradas frágeis. Assim, utilizar perda de peso como critério pode subestimar a prevalência da fragilidade. E existe também uma tendência para a inclusão de componentes adicionais nos critérios, como cognição e humor, os quais podem ser desencadeados pelos mesmos processos biológicos que levam às manifestações físicas da fragilidade (BERGMAN et al., 2007).

A incidência e a prevalência da síndrome da fragilidade variam principalmente pela falta de um consenso acerca da definição. A prevalência e a incidência de fragilidade na amostra do *cardiovascular health study*, realizado por Fried et al. (2001), nos

Estados Unidos com 5.317 participantes de 65 anos ou mais, foi de 6,9% e 7,2%, respectivamente. No mesmo estudo, a fragilidade esteve associada às seguintes variáveis: gênero feminino, etnia afro-americana, situação socioeconômica desfavorável, baixo nível de escolaridade, estado de saúde precário, comorbidade, doenças crônicas e incapacidade.

No estudo de Chen et al. (2010), realizado em Taiwan, com 2.238 indivíduos idosos, a fragilidade foi identificada em 4,9% de pessoas com idade igual ou acima de 65 anos, mostrando que a prevalência de fragilidade foi menor em Taiwan do que nos países ocidentais. A prevalência da fragilidade relacionou-se com o aumento da idade e foi frequente nas mulheres. Neste mesmo estudo, a fragilidade também foi associada com menor escolaridade, viuvez, presença de doenças crônicas, sintomas depressivos e síndromes geriátricas.

A comorbidade, presença de duas ou mais doenças identificadas a partir de um diagnóstico médico, constitui um antecedente de fragilidade bastante referenciado pela literatura. Silva et al. (2009), por exemplo, num estudo envolvendo uma amostra de conveniência de 113 idosos atendidos em unidades básicas de saúde, constataram que 20% deles eram frágeis e tinham duas vezes mais chances de acumular comorbidades do que os não frágeis, além de apresentarem maior incapacidade para as atividades de vida diária.

Ao propor um fenótipo da fragilidade em 2001, Fried et al. demonstraram a existência de um ciclo, mostrando os principais componentes desta síndrome.

De acordo com Lang et al. (2009), esse ciclo consiste no acúmulo, ao longo da vida, dos efeitos de fatores, como inatividade física, nutrição inadequada, ambiente não-saudável, lesões, doenças e drogas. Tais fatores, interconectados, levam à desnutrição crônica (já exacerbada pelo próprio envelhecimento), com conseqüente redução da massa óssea e muscular, sarcopenia, redução da atividade física e menor gasto energético total.

Essa desregulação energética multissistêmica representa um processo de magnitude não previsível, ou seja, não se sabe quais

sistemas declinam primeiro. O que se sabe, é que tal disfunção resulta de anormalidades no funcionamento de três principais sistemas fisiológicos: endócrino, imunológico e neuromuscular (FRIED et al., 2009). Para Fried e Walston (1998), a inter-relação desses três fatores explicaria a origem do ciclo da fragilidade.

CUIDADOS NUTRICIONAIS

O idoso passa por uma série de alterações, que são, na verdade, fisiológicas e naturais ao envelhecimento, mas que ao mesmo tempo, torna-o mais frágil ao aparecimento de distúrbios nutricionais, que podem, por fim, agravar seu estado de saúde geral (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

Na população idosa, tanto o baixo peso como o sobrepeso são questões importantes a serem consideradas. Muitos fatores parecem contribuir para a condição do estado nutricional decorrente do envelhecimento. Os problemas físicos ou fisiológicos, relacionados com a mastigação, a digestão e a absorção dos alimentos, com a falta de apetite ou a motivação para preparar as refeições, e a dificuldade de acesso ou a preparação de refeições, entre outros fatores, podem contribuir para a perda de peso. Além disso, tabagismo, consumo de álcool e excesso do uso de medicamentos também podem desempenhar um papel na má nutrição. Por outro lado, o estilo de vida (sedentarismo, má alimentação), as alterações hormonais e as doenças podem contribuir para o ganho de peso (BOSCATTO et al., 2013).

O estado nutricional do indivíduo idoso exerce importante influência sobre seu perfil funcional. As alterações na distribuição da gordura corporal – baixo peso ou obesidade – têm sido positivamente associadas à redução de sua capacidade funcional (APOVIAN et al., 2002), sendo a redução da ingestão alimentar e a perda de massa magra alguns dos fatores que podem desencadear o início do ciclo da fragilidade. Associado a este processo, destaca-se a perda rápida e não intencional de peso, iniciando assim a chamada fragilidade nutricional (BALES; RITCHIE, 2002).

Assim como a fragilidade, a sarcopenia é um processo multifatorial influenciado por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, incluindo estilo de vida sedentário e ingestão calórica insuficiente. A redução na ingestão alimentar sem causa aparente, conhecida como anorexia do envelhecimento, pode levar à perda de massa muscular devido à falta de aminoácidos, reduzindo a síntese de proteínas musculares e desencadeando o processo de sarcopenia. Outro fator que pode estimular a perda de massa muscular é a desnutrição proteica, visto que indivíduos nesta condição são incapazes de ganhar massa e força muscular, mesmo quando realizando exercícios de resistência (PADDON-JONES et al., 2008; ROLLAND et al., 2008; WATERS et al., 2003).

A sarcopenia é definida como perda involuntária de massa, força e função muscoesquelética, limitando a capacidade funcional do indivíduo. Ela afeta a capacidade de locomoção e a força mandibular, interferindo diretamente no consumo alimentar. Está associada, também, ao aumento do risco de desidratação, pois a ocorrência de sarcopenia diminui a quantidade de líquido do organismo (MORAES et al., 2008).

Somado a isso, durante o próprio processo de envelhecimento há redução progressiva da altura, de um a dois centímetros por década; ganho progressivo de peso e índice de massa corpórea (IMC) até 65-70 anos, diminuindo a partir de então; alterações da composição corporal, com redistribuição de gordura, que diminui periféricamente e aumenta no interior do abdômen, e redução da massa magra (WHO, 1995; WAITZBERG; FERRINI, 2000).

Como o envelhecimento normal está associado ao progressivo aumento da massa gorda, com pico por volta de 65 anos, tem sido descrita uma síndrome reconhecida como obesidade sarcopenica, na qual os indivíduos têm excesso de peso, com diminuição da força e aumento da incapacidade física (BLAUM, et al., 2005; ZAMBONI, et al., 2008). Estas mudanças na composição corporal ocorrem mesmo quando não há alterações significativas de IMC e têm importantes consequências na parte metabólica e fatores de risco cardiovascular. A combinação de obesidade com sarcopenia representa o pior aspecto de ambas às condições, uma

potencializando o efeito da outra, resultando em um alto risco de incapacidade, morbidade e mortalidade (ZAMBONI, et al., 2008).

Associado às alterações decorrentes do envelhecimento, é frequente o uso de grande quantidade de medicamentos entre os idosos, podendo prejudicar o estado nutricional, interferindo no metabolismo e na absorção de nutrientes, ocasionando desnutrição e, possivelmente, anorexia, prejudicando o estado de saúde geral do idoso (CAMPOS; MONTEIROS; ORNELAS, 2000).

Atualmente, há evidências que revelam associação da desnutrição com a fragilidade em idosos. Segundo Woods et al. (2005), em um estudo realizado com 40.657 mulheres de 65 a 79 anos, observou-se que participantes com um IMC menor do que 18,5 kg/m², apresentavam maior risco para a fragilidade, quando em comparação com idosas com o IMC normal.

Apesar de a fragilidade ser considerada uma condição caracterizada por perdas ponderais e de IMC, a literatura mostra relação desta síndrome com a obesidade e valores aumentados de circunferência da cintura (BLAUM et al., 2005; FRIED et al., 2001; HUBBARD et al., 2010; MORETTO et al., 2012; WOODS et al., 2005).

No estudo de Fried et al. (2001), evidenciou-se que o aumento do peso corporal, a obesidade central, o aumento da resistência à ação da insulina e a síndrome metabólica estão associados à fragilidade.

Hubbard et al. (2010) investigaram a relação entre fragilidade e IMC. Neste estudo, a fragilidade foi definida através do índice de fragilidade (IF) e do fenótipo de Fried. Os dados foram ajustados para sexo, idade, nível educacional e tabagismo. A associação entre IMC e IF apresentou uma curva em forma de U. O índice de fragilidade foi maior naqueles com IMC menor que 20 kg/m² e naqueles com IMC maior que 30kg/m². Quando a fragilidade foi identificada através do fenótipo de Fried, a relação com o IMC também exibiu uma curva em forma de U, sendo maior a prevalência da síndrome entre aqueles com IMC menor que 20 kg/m² e maior que 35 kg/m².

O idoso frágil necessita de um cuidado maior em relação à sua alimentação e nutrição, em vista das dificuldades que encontra desde a compra, armazenamento e preparo dos alimentos até outros fatores relacionados à sua condição de saúde, rede social e contexto de vida que acabam influenciando diretamente no seu estado nutricional (CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2001).

Além disso, idosos frágeis apresentam risco nutricional aumentado (ingestão de energia, geralmente menor que 21 kcal/kg de peso corporal, baixa ingestão de proteína e nutrientes por via oral, perda de peso não intencional maior que 5% em 3 meses ou maior que 10% em 6 meses ou IMC menor que 20 kg/m²) (BARTALI et al., 2006; JAIME, 2014).

Para Souza e Guariento (2009), a intervenção nutricional em geriatria deve ser realizada de maneira individualizada, em função do estado nutricional e das múltiplas doenças que acometem essa população; das mudanças biológicas e psicológicas associadas ao envelhecimento; da capacidade funcional e das necessidades nutricionais próprias de cada indivíduo. Seu objetivo é proporcionar todos os nutrientes necessários em quantidades adequadas, para manter um bom estado nutricional, considerando os aspectos biopsicossociais.

A intervenção dietética com adequação da quantidade de energia e proteína, rica em alimentos antioxidantes, ácidos graxos mono e polinsaturados, nutrientes com atividade potencialmente anti-inflamatória e vitamina D auxilia na prevenção e no tratamento da síndrome de fragilidade e, conseqüentemente, associada a exercícios físicos, ajuda a evitar a progressão da sarcopenia (VOLKERT et al., 2006).

Portanto, a dieta deve conter quantidade apreciável de nozes, peixes, óleo de oliva, carne, leite, legumes e vegetais em quantidades adequadas e estimadas individualmente. E quando necessário, ou seja, quando não se conseguir atender às necessidades nutricionais apenas com este tipo de dieta, inicia-se o uso de suplementos nutricionais por via oral, o que torna possível aumentar a ingestão de calorias e nutrientes, além de manter ou melhorar o estado nutricional e reduzir a mortalidade (VOLKERT et al., 2006).

Apesar de não existir, até o momento, um tratamento específico para esta síndrome, a realização periódica de uma avaliação geriátrica global por uma equipe multidisciplinar pode ser capaz de retardar o declínio funcional e prevenir a fragilidade e, assim, diminuir o índice de institucionalização e hospitalização, alterando positivamente a taxa de morbimortalidade nesta parcela da população. No entanto, protocolos sistematizados devem ser estabelecidos para a otimização do processo de reabilitação desses pacientes (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008). As características individuais e o grau de fragilidade devem ser observados na definição dos planos de tratamento, sejam a curto ou longo prazo (ESPINOZA; WALSTON, 2005).

Devido a todas essas alterações fisiológicas, bioquímicas, psicológicas e sociais, que ocorrem já no envelhecimento saudável, e principalmente mais acentuadas, quando associadas a algumas patologias, é fundamental a abordagem e o acompanhamento do nutricionista junto a essa população. Sobretudo, a atuação desse profissional envolve a interpretação dos resultados de exames laboratoriais, a avaliação nutricional, a análise das interações medicamentosos/nutrientes, além da investigação de todos os fatores interferentes ao baixo consumo alimentar e da presença de sarcopenia e da fragilidade. O conhecimento desses fatores auxilia na qualificação do planejamento alimentar, que deve envolver a família e os cuidadores dos idosos (JACOB FILHO, 2000).

Quanto antes o diagnóstico da síndrome da fragilidade, maiores serão as possibilidades de uma abordagem interdisciplinar para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, a síndrome da fragilidade pode ser desencadeada por diversos fatores, colocando a saúde do idoso em risco. Porém, quando ele tem acesso a um acompanhamento multiprofissional de qualidade, a fragilidade pode ser diagnosticada precocemente, podendo-se reverter o quadro e consequentemente, diminuir os danos à sua saúde.

REFERÊNCIAS

APOVIAN, C.M. et al. Body mass index and physical function in older women. *Obesity Research*, v. 10, n. 8, p. 740-747, 2002.

BALES, C.W.; RITCHIE, C.S. Sarcopenia, weight loss, and nutritional frailty in the elderly. *Annual Review of Nutrition*, v. 22, p. 309-323, 2002.

BARTALI, B. et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, v. 61A, p. 589-593, 2006.

BERGMAN, H. et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, Washington, v. 62, n. 7, p. 731-737, 2007.

_____. et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité [Developing a Working Framework for Understanding Frailty]. *The Gerontological Society of America*, v. 109, p. 15-29, 2004.

BLAUM, C.S. et al. The association between obesity and frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 53, n. 6, p. 927-934, 2005.

BOSCATTO, E.C. et al. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 59, supl. 1, p. 40-47, 2013.

CALADO, L.B. *Aspectos da síndrome da fragilidade em idosos na cidade de Ribeirão Preto*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157- 165, 2000.

CHEN, C.Y. et al. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 50, supl. 1, p. S43-S47, 2010.

ESPINOZA, S.; WALSTON, J. D. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 75, n. 12, p. 1.105-1.112, 2005.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, 2008.

FERREIRA, L. S; MARRUCI, M. F. N. Ações preventivas na terceira idade. In: JACOB FILHO, W.; GORZONI, M.L. *Geriatrics e gerontologia: o que todos devem saber*. São Paulo: ROCA, 2008. p. 63-83.

FERRUCCI, L. et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 52, n. 4, p. 625-634, 2004

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology Series A – Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

_____. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology Series A – Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

_____.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. et al. (Eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 1998. p. 1387-1402.

_____. et al. Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: Implications for etiology and treatment. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, v. 64 A, n. 10, p. 1.049-1.057, 2009.

HUBBARD, R. E. et al. Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. *Journal of Gerontology Series a Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 65, n. 4, p. 377-81, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011.

JACOB FILHO, W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.E. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 19-26.

JAIME, A. O idoso frágil: aspectos gerais. *Educação continuada – nutrição na maturidade*. Disponível em: <<http://www.bhvidacirurgica.com.br/PDF/O%20idoso%20fragil.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

LALLY, F; CROME, P. Understanding frailty. *Postgraduate Medical Journal*, v. 83, n. 975, p. 16-20, 2007.

LANG, P.O.; MICHEL, J.P.; ZEKRY, D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology*, v. 55, n. 5, p. 539-549, 2009.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 33, n. 3, p. 177-184, 2008.

MENESES, C.C.C.F. *Avaliação da fragilidade, aspectos psicossociais e nutricionais em uma população de idosos*. 2014. Dissertação (Mestrado em Alimentos e Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

MORAES, E.M. et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E.N. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 63-84.

MOREIRA, R.M.M; HORIE, N.C.O. In: JACOB FILHO, W. *Terapêutica do idoso*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 351-370.

MORETTO, M.C. et al. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 267-271, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: OPAS, 2012.

PADDON-JONES, D. et al. Role of dietary protein in the sarcopenia of aging. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 87, n. 5, p. 1.562s-1.566s, 2008.

ROLLAND, Y. et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, v. 12, n. 7, p. 433-450, 2008.

- ROLFSON, D.B. et al. Validity and reliability of the Edmonton frail scale. *Age and Ageing*, v. 35, p. 526-529, 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/526.full.pdf+html>>. Acesso em: 17 jun. 2014.
- SANTOS, S.C.O.; MACHADO, M.M.O.; LEITE, E.M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatrics e Gerontologia*, v. 4, supl. 3, p. 168-175, 2010.
- SCHMIDT, M.I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9, 2011.
- SILVA, S.L.A. et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 16, n. 2, p. 120-125, 2009.
- SINGH, M. et al. Frailty and its potential relevance to cardiovascular care. Fragilização e sua potencial relevância para cuidados cardiovasculares. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 83, n. 10, p. 1.146-1.153, 2008.
- SOUSA, V.M.C, GUARIENTO, M.E. Avaliação do idoso desnutrido. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, v. 7, p. 46-49, 2009.
- VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação Multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, supl. 2, p. 370-378, 2013.
- VOLKERT, D. et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clinical nutrition*, v. 25, p. 330-360, 2006.
- WAITZBERG, D.L; FERRINI, M.T. Exame físico e antropometria. In: WAITZBERG, DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- WALTON, J. et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Ageing Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 54, n. 6, p. 991-1001, 2006
- WATERS, D.L. et al. Skeletal muscle mitochondrial function and lean body mass in healthy exercising elderly. *Mechanisms of Ageing and Development*, v. 124, n. 3, p. 301-309, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Who expert committee on physical status: the use and interpretation of antropometry physical status*. Genebra: Report of a WHO Expert Committee, 1995.

WOODHOUSE, K.W. et al. Who are the Frail Elderly? *Quarterly Journal of Medicine*, v. 68, n. 255, p. 505-506, 1988.

WOODS, N.F. et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the women's health initiative observational study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 53, n. 8, p. 1321-1330, 2005.

XUE, Q.L. The frailty syndrome: definition and natural history. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 27, n. 1, p. 1-15, 2011.

ZAMBONI, M. et al. Sarcopenic obesity: a new category of obesity in the elderly. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, v. 18, n. 5, p. 388-395, 2008.

ESTÉTICA CORPORAL: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO NO EXERCÍCIO FÍSICO COM O IDOSO

Márcia Mello
Susan Vargas Parizzi
Nadir Antonio Pichler

INTRODUÇÃO

Pesquisas têm mostrado que a população de idosos vem aumentando. Segundo o IBGE (2010), no Brasil, o ritmo desse crescimento tem sido sistemático e consistente. Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada, ainda, com outros fatores, tais como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente, o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira. Isso faz com que a qualidade de vida e a prevenção do envelhecimento humano precoce estejam entre os principais alvos de estudos nas áreas das ciências sociais, humanas e da saúde. Como afirmam Civinski, Montibeller e Braz (2011, p. 164),

o envelhecimento é um fenômeno mundial que resulta no crescimento da população idosa, sendo reflexa a longevidade. Desta forma, a qualidade de vida dos idosos tem sido motivo de discussões pelos aspectos que ela envolve e interfere. Os estudos relacionados ao processo natural de envelhecimento e ao aumento da população de idosos estão voltados para uma relação entre saúde e envelhecimento, para a prática regular de exercícios físicos, à capacidade funcional e à qualidade de vida.

Por essa razão, a população idosa está buscando novas alternativas para obter um envelhecimento saudável. Não se trata somente de benefícios fisiológicos, psicológicos, mas também de uma grande melhora na imagem corporal. Muitos recursos e serviços estão disponíveis para melhorar a estética facial, corporal, bucal, entre outras. Destacamos, neste contexto, o exercício físico, buscado quando o assunto é imagem corporal do idoso. O objetivo de mover com método e finalidade o corpo não é apenas para que obtenha ganhos fisiológicos, mas para estimular o próprio ato de socialização entre pessoas de diversas idades e vivências. Com isso, surge o prazer em adotar um estilo de vida saudável e, conseqüentemente, aceitação global do próprio esquema corporal.

Pessoas idosas não adeptas a exercícios físicos estão mais vulneráveis a acidentes, pelo fato de não terem mais adequado equilíbrio, força correspondente às necessidades básicas de locomoção, resistência para executar movimentos em geral etc. Sendo assim, eleva-se o risco de uma queda ao tomar banho ou ao caminhar em algum piso irregular.

Com o passar dos anos, estas pessoas tendem a ficar sedentárias, agravando ainda mais a própria situação, pois não têm tanta disposição para se movimentar, praticar qualquer atividade ou até mesmo sair da residência. Isso poderá causar doenças crônicas e degenerativas, aumentando o caso de pessoas incapacitadas para a prática de atividades cotidianas (CIVINSKI et al., 2011, p. 165).

Segundo Fonseca et al. (2012, p. 354), o desgaste natural do organismo, fato característico do idoso, provoca perda na multiplicidade do sistema sensorial e altera o processo de fornecimento de informações sobre a percepção corporal. O envelhecimento traz também impactos emocionais e uma interpretação distorcida dos parâmetros corporais. Além disso, geram insatisfação com a aparência: o insucesso na tentativa de reverter as mudanças características do envelhecimento, a não aceitação do processo de declínio e a exigência social por um ideal físico difícil de ser alcançado.

Através dessa percepção, Morin nos incita a perceber que o rejuvenescimento se democratiza e os seres humanos, cada vez mais, correm em busca de meios para alcançá-lo (ginásticas, dietas,

cirurgias plásticas e outros), o que significa, “metafisicamente, um protesto ilimitado contra o mal irremediável da velhice” (1999, p. 157).

Essa insatisfação com o esquema corporal no indivíduo idoso está fazendo com que muitas academias de ginástica ofereçam serviços especializados em atividades com idosos. Mas será mesmo que todos os educadores físicos são capacitados para atender às necessidades e aos cuidados que esta população necessita?

Na maioria dos casos, quando os idosos procuram por uma academia, é através da intervenção ou indicação médica e, por essa razão, o cuidado deve ser maior, pois geralmente essa pessoa vem acompanhada de patologias. No tratamento medicamentoso há sempre uma preocupação, porque, quando um remédio faz bem para uma patologia, pode estar prejudicando outro sistema. Isso acontece também no exercício físico. Às vezes, um exercício pode estar sendo benéfico a uma patologia, mas pode estar gerando outro problema à saúde.

O profissional apto a atender à população idosa, seja ele especialista ou não, sabe que essas pessoas apresentam, na maioria dos casos, algumas patologias. As mais comuns são a hipertensão, o diabetes e as artrites. Cabe ao educador físico facilitar para o idoso o processo de envelhecimento, pois, certamente, o mesmo não irá interromper sua rotina por esse novo hábito de vida. Ao passar do tempo, além dos efeitos positivos no tratamento de alguma patologia, vão surgindo sensações de bem-estar, felicidade, de autonomia, de reconhecimento e de autoconhecimento. A soma de todos estes fatores mudará diretamente a visão da própria melhora da autoestima e uma imagem corporal de forma positiva.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é buscar compreender o cuidado com o idoso, promovido pelos educadores físicos, a estética corporal nessa fase da vida e a necessidade da educação física neste processo.

O CUIDADO COM O IDOSO

Para Waldow e Borges (2011), o cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam de acordo com as condições em que ocorrem e com o tipo de relacionamento estabelecido. Existem maneiras distintas de cuidar, que variam de intensidade. Dependem da situação, como já referido, da forma como nos envolvemos com elas e, neste estado, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado. O idoso necessita de cuidados de todas as formas, como afirma Boff (2008, p. 33), o que se opõe ao descuido e ao descaso. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro.

Cuidar é um ato muito amplo, envolve atitudes e sentimentos. Todas as pessoas necessitam de cuidado e podem ser cuidadoras. É da essência humana cuidar e ser cuidado. Os idosos requerem formas mais delicadas de cuidado, já que, muitas vezes, estão enfermos e necessitam de mais atenção, paciência e carinho.

O zelo pelo indivíduo é muito importante para se obter sucesso no ato de cuidar. O verdadeiro cuidado pressupõe, então, a simpatia enquanto capacidade de compartilhar as alegrias ou as tristezas, as dores ou os sofrimentos dos outros. Esse sentimento é natural e pode desenvolver-se em faculdade moral, a saber, em empatia e até mesmo em compaixão, embora o profissional da saúde deva também manter certo distanciamento. Todavia, o cuidado é mais do que sentimento e é mais importante identificar o seu objeto e o ato especificamente moral em face dele. Parece evidente que o objeto do cuidado, no presente contexto, é o bem-estar do sujeito de pesquisa e/ou do paciente. Nesse sentido, a saúde é um integrante fundamental, mas não exclusivo (PESSINI et al., 2014, p. 209). Maciel (2010) também enfatiza que o envelhecimento é um fenômeno complexo e variável, sendo o seu estudo realizado sob uma perspectiva interdisciplinar.

AS MUDANÇAS NA ESTÉTICA CORPORAL

A percepção da imagem corporal e os sentimentos de insatisfação que podem influenciar negativamente a vida geral das pessoas, seu desempenho profissional e mesmo o relacionamento interpessoal estão associados a situações de sobrepeso e obesidade. Apesar disso, a insatisfação com o corpo também vem sendo identificada em indivíduos com estado nutricional dentro dos padrões de normalidade. Isso sugere anseios socioculturais e até mesmo problemas para identificar (e aceitar) a própria imagem corporal, nascidos de um imaginário por determinados padrões de corpo, que, por sua vez, são massificados pela mídia (PEREIRA et al., 2009).

Estudos comprovam que movimento e atividade física são capazes de influenciar a percepção corporal. Trabalhar a percepção do próprio corpo e desenvolver o sentimento de aceitação das alterações pertinentes à idade são fundamentais para manter a autoestima, o bem-estar físico e emocional na fase da vida (FONSECA et al., 2012).

A busca pelo bem-estar é comum em mulheres e homens, de todas as idades. No entanto, o que se percebe no público idoso é a importância do relacionamento, dos laços de afetividade que passam a se estreitar com as profissionais que prestam os serviços de beleza. Esta característica peculiar dos idosos influencia no seu estado de espírito, na sua autoestima, favorecendo a sensação de bem-estar e maior qualidade de vida.

O padrão da estética e da beleza baseado somente na ótica do jovem, e com a contribuição global da mídia, condena o envelhecimento, exalta a juventude e negligencia a longevidade.

A ideia de beleza, que se renovou constantemente ao longo dos anos, andou sempre lado a lado com o comportamento e as aspirações do sujeito na sociedade. Independente de cultura ou época, o conceito de beleza surge como um espelho de costumes e valores. As crises, as guerras, os tempos de abundância e prosperidade sempre condicionam o padrão, o modelo do que é belo. Porém, também nos deparamos com a longevidade.

Segundo Lopes et al. (2007), as conquistas científicas proporcionaram uma longevidade nunca antes vivenciada, enfatizada por jornais, revistas, internet e televisão. No amálgama de valores pululantes da contemporaneidade, expostos pela mídia, o novo conceito ou preconceito da beleza chamou nossa atenção, pois ele não se apresenta como adjetivo de longevidade, mas sim como uma metáfora visual da velhice, onde o importante é ser jovem. Isso nos dá material para estudos futuros quanto ao significado de beleza.

A EDUCAÇÃO FÍSICA E OS CUIDADOS COM O IDOSO

A educação física é uma ciência que visa buscar, através do esporte, das ginásticas, das atividades lúdicas, das lutas, socializar, integrar e promover o bem-estar e a saúde, entre tantos outros benefícios possíveis à vida do ser humano e ao seu processo de envelhecimento.

Para Fraccari et al. (2012), a adoção de um estilo de vida saudável, por meio da prática de atividades físicas regulares e moderadas, pode retardar o declínio funcional, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas no idoso, prevenir quedas e, em consequência, aumentar a longevidade e a sua qualidade de vida.

Hoje, mundialmente, a mídia tem apresentado vários conteúdos sobre os benefícios da atividade física, como forma de prevenção, de superação e até mesmo como um caminho para a cura de muitas doenças. As pesquisas nas áreas das ciências humanas estão ganhando força e várias descobertas estão sendo feitas em um pequeno espaço de tempo. Com isso, as áreas que envolvem a educação física vêm buscando atualizar-se. Apesar disso, de acordo com Lopes et al. (2012), há poucos estudos que apontam os conhecimentos e as habilidades necessárias ao profissional de educação física no trabalho com os idosos. Questões sobre a intervenção profissional em educação física, como por exemplo:

Em que se fundamentam os profissionais de educação física para dar suporte às suas ações?

Qual o nível e tipo de conhecimento envolvido na prática profissional?

São perguntas fundamentais, pois o envelhecimento populacional é uma tendência mundial e os acadêmicos e profissionais devem começar a questionar a sua atuação com esta parcela da população.

Essa falta de conhecimento sobre o envelhecimento humano na área da educação física, faz com que o profissional da área esteja muitas vezes trabalhando com idosos, sem prestar atenção às necessidades dessa população.

Dentro das questões levantadas acima, cabe responder que o educador físico deve, em primeiro lugar, buscar o conhecimento que envolve o processo de envelhecimento, que se inicia desde o nascimento do ser humano, para somente, então, o educador buscar ter como base a história de vida desse ser, respeitando suas características e limitações.

É de suma importância obter o conhecimento sobre vivências, estilo de vida e necessidades do ser idoso. O profissional deve proporcionar um ambiente favorável e estimulante para desenvolver seu trabalho de forma que possa dar suporte, orientação, corrigir exercícios, enfim, prover atenção, seja ela física ou emocional.

O exercício físico também tem como finalidade intervir no processo de cura emocional, sendo muitas vezes indicado por especialistas nas áreas da psicologia e psiquiatria como um tratamento auxiliar no processo de melhora para casos de tristeza, fobias, estresse, depressão. Para este último, os benefícios do exercício físico são enormes.

Porém, ao se refletir sobre as atividades físicas, precisa-se pensar além dos benefícios biopsicossociais proporcionados pela sua prática, como também, por exemplo, compreender as mudanças de comportamentos individuais e/ou coletivos para a adesão e manutenção dessas atividades. Essas só proporcionarão os devidos benefícios se forem realizadas contínua e corretamente. Sendo assim, tão importante quanto investigar os benefícios proporcionados por essas práticas, é compreender como motivar as pessoas a se manterem engajadas neste propósito (MACIEL, 2010).

As universidades têm como meta promover novos conhecimentos evidenciando a tríade ensino, pesquisa e extensão, a fim de preparar e profissionalizar indivíduos para atuarem em diferentes áreas científicas e humanísticas.

A inclusão de disciplinas voltadas ao estudo do processo de envelhecimento nos cursos de educação física bacharelado, bem como o envolvimento dos acadêmicos dos referidos cursos em projetos de extensão e de pesquisa, auxiliarão na formação de profissionais qualificados (LOPES et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito é questionado sobre o significado cultural de beleza. Pois os conceitos de beleza sofreram modificações bem como graus de importância no decorrer da longevidade. Observa-se que, ao longo da vida, homens e mulheres tem propósitos diferentes ao relacionar beleza física. Com o envelhecimento, mudam os olhares para si mesmos.

Segundo muitos autores referidos neste texto, o envelhecimento provoca grandes mudanças na estética corporal, psicológica e social. Portanto, a saúde fragilizada e a aparência envelhecida não representam o fim e sim um novo momento de cuidados, além de estimularem uma busca por qualidade de envelhecimento. Com estas novas prioridades, o bem-estar e o convívio com academias e estéticas passam a ser um novo momento para os idosos. Cabe aos profissionais saber atender a esse público e suas necessidades.

Porém, ao refletir sobre envelhecimento, ainda precisamos buscar conhecimentos para atender melhor a esse público e cuidá-lo com o devido respeito, priorizando o bem-estar, acolhendo-os em nossas academias e estéticas com ambientes favoráveis à sua locomoção, cientes do bem que proporcionamos à multidimensionalidade no envelhecimento humano.

REFERÊNCIAS

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- CIVINSKI, C.; MONTIBELLER, A.; BRAZ, A.L.O. A importância do exercício físico no envelhecimento. *Rev. da Unifebe*, Brusque, v. 9, p. 163-175, jan./jun. 2011.
- FONSECA, C.C, et al. Benefícios da estimulação perceptual corporal no esquema corporal de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 353-364, 2012.
- FRACCARI, V.L.K; PICCOLI, J.C.J; DE QUEVEDO D.M. Aptidão física relacionada à saúde de idosas da região do Vale do Sinos, RS: um estudo ex post-facto. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 651-660, 2012.
- LOPES, M.A; FARIAS, S.F; PIRES, P.B.O. Conhecimento e habilidades necessárias ao profissional de educação física para atuar com idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 91-110, 2012.
- MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1.024-1.032, out./dez. 2010.
- MORIN, E. *A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. DE P. *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.
- WALDOW, V.R; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.

QUALIDADE DE VIDA E CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO AO ENVELHECER

Jocasta Gabriela Gehlen
Franciele Gianchini Esmerio
Nadir Antonio Pichler

INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações é um fenômeno característico dos séculos XX e a existência de um número cada vez maior de pessoas idosas no mundo civilizado é um testemunho evidente de que o Homem já conseguiu obter o *elixir da vida*. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo inteiro, a proporção da população com idade igual ou superior a 60 anos está a crescer mais rapidamente do que qualquer grupo etário (OMS, 1995).

Entre 1970 e 2025, prevê-se um crescimento da população idosa da ordem dos 694 milhões, isto é, 223%. Em 2025, haverá um total de 1,2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2050, haverá 2 bilhões, dos quais 80% viverá em países desenvolvidos (IBGE, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso aquele que tem idade a partir de 60 anos em países em desenvolvimento (GENEVA, 1995). A população idosa brasileira cresce três vezes mais que a população adulta, segundo dados do IBGE (2000). Projetam o Brasil para 2025, como o sexto país do mundo em população idosa, com cerca de 15%, com idade igual a

superior a 60 anos, atingindo uma população aproximadamente de 32 milhões de idosos (CHAIMOWICZ, 1998).

Com o aumento do percentual de idosos, revela-se um incremento da esperança de vida, principalmente devido ao avanço técnico-científico, onde as descobertas na área médica contribuem para o envelhecimento da população, devido ao declínio acentuado e sistemático da fecundidade, ou seja, o controle da taxa de natalidade, as altas taxas de mortalidade infantil e os processos migratórios (VERAS, 2003).

Os idosos constituem uma parcela da população com necessidades e características ímpares, devido às constantes alterações nutricionais, físicas, emocionais e metabólicas naturais do envelhecimento, que influenciam nas suas relações interpessoais e na qualidade de vida (ZASLAVSKY, 2002).

A antropologia traz contribuições fundamentais para inovação da abordagem referente ao envelhecimento humano. Questões referentes aos idosos, quando analisadas sob a ótica antropológica, permitem ampliar o campo do estudo, no momento em que possibilitam uma apreensão da experiência subjetiva e de sua relação com os múltiplos elementos existentes no contexto cultural e social.

Segundo Uchôa et al. (2002), as emoções, percepções e ações dos indivíduos são construídas em referência a um universo cultural de significados que lhes permite interpretar e responder aos diferentes acontecimentos e situações da vida. A maneira como o idoso se cuida sofre influência de suas características pessoais, em associação com os conhecimentos peculiares advindos de sua cultura. Desse modo, faz-se necessário ouvir e aprender com os idosos, os reais significados de sua velhice e como ela interfere em sua vida, no intuito de desmitificar atributos que ainda são a eles associados, mas que, muitas vezes, não são incorporados e considerados como verdades absolutas. O modo de se *perceber* na velhice pode ter grande influência em como esse idoso cuida de si no decorrer do seu processo de envelhecimento.

Existem várias mudanças que são naturais na velhice. A diminuição do vigor físico não significa adoecimento ou falta de saúde, mas constitui-se apenas em alteração fisiológica normal

atribuída ao processo de envelhecer. A pele enrugada, o cabelo esbranquiçado demonstram que o organismo está envelhecendo, porém não estão relacionados às incapacidades e doenças. Mesmo com um relativo declínio das capacidades funcionais no idoso, o mesmo pode desfrutar de um envelhecimento saudável e promissor.

Segundo Pelzer e Sandri (2002, p. 119),

o idoso é um ser em transformação, podendo ainda amar, empreender, trabalhar, criar, em suma, viver. Na nossa sociedade, muitas vezes, nos esquecemos que o mundo dos afetos não sofre um processo de deterioração com o avançar dos anos: cada um de nós tem o desejo de amar e ser amado, ser útil e independente e sentir o significado profundo que representa a sua existência ao longo do curso de vida.

Assim, o objetivo deste texto é descrever alguns aspectos da qualidade de vida e cuidados com a alimentação ao envelhecer.

QUALIDADE DE VIDA

Sabe-se que, já em meados da década de 70, Campbell (apud AWAD; VORUGANTI, 1976, p. 558) tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo *qualidade de vida*, como sendo “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. Essa afirmação, feita há cerca de trinta anos, ilustra a ênfase dada na literatura mais recente às controvérsias sobre o conceito, desde que este começou a aparecer na literatura, associado a trabalhos empíricos.

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde.

Interessados na clarificação desses conceitos, Smith et al. (1998) investigaram a importância de três grandes dimensões:

saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social sobre a percepção da qualidade de vida e do estado de saúde.

Estudiosos enfatizam, então, que qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais deste uso do conceito quando dita qualidade era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e profissionais de saúde (SLEVIN et al., 1988).

As revisões de literatura cobriram que, ao lado dos esforços direcionados para a definição e avaliação da qualidade de vida na área de saúde, havia lacunas e desafios teóricos e metodológicos a serem enfrentados. Gill et al. (1994) procuraram identificar como a qualidade de vida estava sendo definida e mensurada na área de saúde, mediante a revisão de 75 artigos que tinham este termo em seus títulos, publicados em revistas médicas. Depois de verificar que somente 15,0% dos trabalhos apresentavam uma definição conceitual do termo e 36,0% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação, os referidos autores concluíram que havia falta de clareza e consistência quanto ao significado do termo e à mensuração da qualidade de vida.

Para a população idosa, a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar, à felicidade e à realização pessoal. Segundo Neri (2004), a melhor avaliação dessa qualidade envolve funcionalidade física e cognitiva, valores, autojulgamento, maneira de utilização do tempo, comportamento social, experiências, sentimentos e expectativas. As particularidades que essa faixa etária apresenta apontam a necessidade do desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar sua qualidade de vida. Com esse objetivo, o grupo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) desenvolveu o questionário WHOQOL-OLD, validado no Brasil por Fleck et al.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO AO ENVELHECER

O envelhecimento é um processo caracterizado por mudanças biológicas normais que ocorrem com o passar da vida. Nos idosos, as funções no organismo diminuem como um todo, diferenciando-se na intensidade segundo o órgão ou sistema em questão.

A comida traz sobre si um profundo significado simbólico, é algo mais que nutrientes; família, história e cultura estão espelhadas inconscientemente na prática do hábito alimentar, que reflete diretamente o gosto e a preferência dos grupos sociais em que os indivíduos estão inseridos (WOORTMAN, 1985).

Além do aspecto econômico, outras condições de ordem social podem afetar diretamente a alimentação dos idosos. O isolamento familiar e social pode levar à falta de cuidado consigo mesmo, resultando em um consumo elevado de alimentos industrializados (como doces e massas) ou de fácil preparo (como chás e torradas), que podem predispor a inadequações alimentares do ponto de vista qualitativo e quantitativo (CANESQUI, 2005).

O estado de ânimo do idoso para ingerir alimentos pode ser modificado por simples atitudes, como, por exemplo, posicionar-se confortavelmente à mesa, em companhia de outras pessoas (CAMPOS et al., 2000)

A alimentação desempenha, na vida das pessoas, um papel abrangente que envolve não apenas uma simples incorporação de material nutritivo necessário à sobrevivência, mas algo que possui um profundo significado subjetivo, social e cultural (SILVA, 2007), ligado ao simbólico e ao imaginário (PHILIPPI, 2008). A nutrição é um fenômeno pluridimensional, que envolve o corpo, os sentidos (prazer), a vida de relação (ritual), o intelecto, o afeto, a sociabilidade e as relações sociais.

As práticas alimentares sofrem os efeitos da estruturação econômica e política da sociedade; refletem as desigualdades sociais, submetendo-se, no modo de vida urbano-industrial, a novas e tradicionais relações sociais, modos de consumo, de distribuição e uso dos alimentos. As ideias sobre os alimentos, as crenças nas suas propriedades, os efeitos que os acompanham,

envolvem valores sociais, noções de moralidade, comportamentos apropriados, relações entre distintos grupos de idade e gênero, permeando ainda, pela identidade social, relações com o corpo e o gosto (CANESQUI, 2005).

O idoso pode ficar reduzido, gerando uma diminuição no consumo alimentar e, conseqüentemente, deficiência de nutrientes específicos e até estados de desnutrição. Para a avaliação nutricional do idoso, é fundamental ressaltar uma história alimentar. Contudo, é necessário questionar o idoso, assim como os familiares, sobre alterações de peso, restrições alimentares voluntárias ou impostas, alcoolismo, depressão, alterações gastrointestinais, doenças crônicas e uso de medicamentos. Uma alimentação diversificada, com alimentos de diferentes fontes, oferece os nutrientes necessários para uma nutrição equilibrada, desde que ingeridos na quantidade recomendada para suprir os gastos energéticos.

Alterações no estado nutricional em idosos também se associam a modificações sensoriais, como a redução da sensibilidade para os gostos primários – doce, amargo, ácido e salgado –, que, juntamente com eventual perda da acuidade visual, audição e olfato, passam a ser fatores relevantes na diminuição do consumo alimentar. Além disso, o uso de medicamentos pode interferir na ingestão, no sabor, na digestão e na absorção dos alimentos (MONTEIRO, 2009).

O distúrbio nutricional mais importante observado em idosos é o baixo peso. Este está relacionado à redução da qualidade de vida e a elevados índices de mortalidade e susceptibilidade às infecções (VERAS, 2003), bem como à alta incidência de osteoporose, fraturas, problemas respiratórios e cardíacos e a altas taxas de mortalidade ligadas à gravidade das deficiências nutricionais. Observa-se que a principal causa do baixo peso em idosos está associada à diminuição do consumo alimentar, entre outras várias condições, tais como: redução do apetite, frequentemente observada e associada à baixa atividade física ou imobilização, isolamento social e depressão; uso de medicamentos que ocasionam perda de massa corporal pela diminuição do apetite, má absorção, aumento do metabolismo ou combinação de anorexia e metabolismo aumentado. Outras situações que contribuem para redução da ingestão

de alimentos são: diminuição da sensibilidade e menor capacidade de identificar cheiros e sabores; dentição prejudicada, causando restrições dietéticas por dificuldade em mastigar e ingerir dietas monótonas associadas com problemas dentários e alterações do estado mental (CAMPANELLA et al., 2007).

Nos idosos, assim como em toda a população, a quantidade energética ingerida na alimentação é fundamental para manter um estado nutricional adequado.

O fracionamento das refeições, assim como a diminuição do seu volume, contribuem para o processo de digestão, absorção e aproveitamento dos alimentos. Recomenda-se o consumo de quatro a seis refeições diárias. Além disso, é importante a refeição apresentar aspectos agradáveis, como cor, sabor, aroma e textura.

A redução na massa magra corpórea e a atividade física estão associadas com a necessidade total de energia. O metabolismo basal reduz cerca de 10% até os 60 anos, e aumenta com o passar da idade, influenciando diretamente a diminuição do gasto energético (FERREIRA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, para um bom envelhecer, é necessário qualidade de vida, sendo essencial preocupar-se com moradia, ambiente familiar, alimentação, higiene, condições socioeconômicas, condições adequadas de atendimento à saúde, enfim, estar atento a toda a estrutura para que um ser humano viva dignamente em qualquer idade.

Uma das prioridades da qualidade de vida é a alimentação. Na terceira idade, tudo muda: o paladar, a capacidade de identificar sabores e odores, o apetite. O organismo em si se modifica totalmente e o idoso fica mais sensível para o processo de se alimentar. Deve-se observar e adequar a alimentação, mudando texturas, temperaturas, cuidando muito a qualidade nutricional, pois nessa fase os idosos podem sofrer com desnutrição, anorexia e às vezes obesidade, ocasionando outras patologias associadas à nutrição.

A vida tem durado mais para a população em geral. A expectativa de vida tem sido mais longa. É verdade. Porém, daqui a alguns anos, o nosso país terá mais idosos do que jovens, devido, entre outros fenômenos, à baixa fecundidade. Por isso, devemos aprender mais sobre o processo de envelhecimento, começando por compreender que idosos não são objetos, muito menos coisas velhas descartáveis após o uso. São pessoas, por isso, importantes, ademais de estarem cheias de experiências e sabedorias, pelos anos vividos; de poderem contribuir, inclusive, com o bem-estar de jovens e adultos. Basta proporcionar-lhes humanidade.

REFERÊNCIAS

AWAD, G; VORUGANTI, LNP. *Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life*. Schizophr: Bull, 2000.

CAMPANELLA, LCA et al. Relação entre padrão alimentar e estado nutricional de idosos hospitalizados. *Revista Brasileira Nutrição Clínica*, 2007. v. 3, p. 19-40.

CAMPOS, MTF; MONTEIRO, JBR; ORNELAS, APR. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, 2000.

CANESQUI, AM. Mudanças e Permanências da Prática Alimentar Cotidiana de Famílias de Trabalhadores. In: CANESQUI, AM; GARCIA, RVD (Org.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CARNEIRO, RS; FALCONE, EMO. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2004.

CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

FERREIRA, M.T. et al. Necessidades nutricionais no idoso ativo. *Rev. Nutrição Saúde e Performance*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 35-40, jan./fev./mar. 2004.

FLECK, MPA; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, CM. Development and validation of the portuguese version of the WHO-QOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 785-791. 2006.

GILL, TM.; ALVAN, MD.; FEINSTEIN, MD. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, v. 272, n. 8, p. 619-26. 1994.

LEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

LEPLÈGE A.; RUDE, N. The importance of patient's own view about their quality of life. *AIDS*, v. 9, n. 9, p. 1.108-10. set. 1995.

MINISTERIO DA SAUDE. DATASUS. *Informações de saúde*. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MONTEIRO, MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 10, n. 2, p. 34-42, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n2/Artigo6%20.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Adultos de 60 o más anos de edad. In: *El Estado Físico: uso e interpretação de la antropometria*. Genebra: OMS, 1995.

PELZER, M.T.; SANDRI, J.V.A. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 23, n. 2., p. 108-122, jul. 2002.

PHILIPPI, ST. Alimentação saudável e a pirâmide dos alimentos. In: _____. (Org.). *Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição*. Barueri: Monole, 2008. p. 35-45.

SILVA, VP; CÁRDENAS, CJ. A comida e a sociabilidade na velhice. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, n. 1, jun. 2007, p. 51-69.

SLEVIN, ML. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, v. 57, n. 1, p. 109-12. jan. 1988.

SMITH, KW.; AVIS, NE.; ASSMANN, SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Qual Life Res.*, v. 8, n. 5, p. 447-459, ago. 1999.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, jun. 2003.

VERAS, R. The quest for adequate health care for the elderly: literature review and the application of an instrument for early detection and prediction of diseases. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p., 2003.

WOORTMAN, K. A comida, a família e a construção do gênero feminino. *Série antropológica*, Brasília: Fundação Universidade de Brasília / Instituto de ciências humanas. 1985. 43 p. [vol. 50 - Série Antropologia]

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 79, n. 6, p. 635-639, dez. 2002.

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM CENÁRIOS DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

Eduarda Brum Guedes Salcher
Marilene Rodrigues Portella
Helenice de Moura Scortegagna

INTRODUÇÃO

Com a alteração no perfil demográfico e epidemiológico e com o constante crescimento do contingente de idosos, eleva-se também a possibilidade desse segmento ser atingido por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). As limitações funcionais e incapacitantes, aliadas ou decorrentes das DCNTs, implicam um aumento da demanda de cuidados por períodos prolongados e contínuos (TANNURE et al., 2010; MORAES, 2012; GRATÃO et al., 2013).

De uma forma geral, a família sempre foi a prestadora de cuidado. Devido ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, do declínio da fecundidade, das mudanças nos padrões de arranjo familiar, entre outros fatores, o cuidado domiciliar está se tornando um recurso cada vez mais escasso. Aumentando, assim, a procura por modelos alternativos de cuidado de idosos em situação de dependência (COLOMÉ et al., 2011; CAMARANO; KANSO, 2010).

Os cenários de assistência ao indivíduo na condição aguda, em geral, são reconhecidos como aqueles existentes nos serviços de saúde, tais como hospitais, ambulatórios, clínicas entre outros.

Todavia, nas situações crônicas, além dos serviços de saúde, temos o próprio domicílio do indivíduo e as residências coletivas nominadas de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), cuja função é o atendimento às necessidades dos longevos, das famílias e da própria sociedade (CAMARANO, 2008; 2010).

Conforme normatiza a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (BRASIL, 2005).

Watanabe (2010) alerta que as ILPIs prestam serviço híbrido: social e de saúde, e mesmo não tendo foco principal na saúde, necessitam prestar esse tipo de cuidado, pois, em geral, as pessoas procuram essa modalidade quando a família não dispõe de um cuidador ou então a complexidade do cuidado se estendeu além das suas possibilidades.

Por outro lado, Camarano et al. (2010) alertam que as instituições nem sempre contam com uma estrutura financeira suficiente no Brasil, e o mesmo se aplica aos recursos humanos capacitados para atuar no contexto gerontogeriátrico. Nesse alinhamento, Creutzberg et al. (2011) salientam que as ILPIs, principalmente as destinadas a idosos de baixa renda, passam por dificuldades para manter uma equipe multiprofissional que atenda às especificidades da legislação vigente.

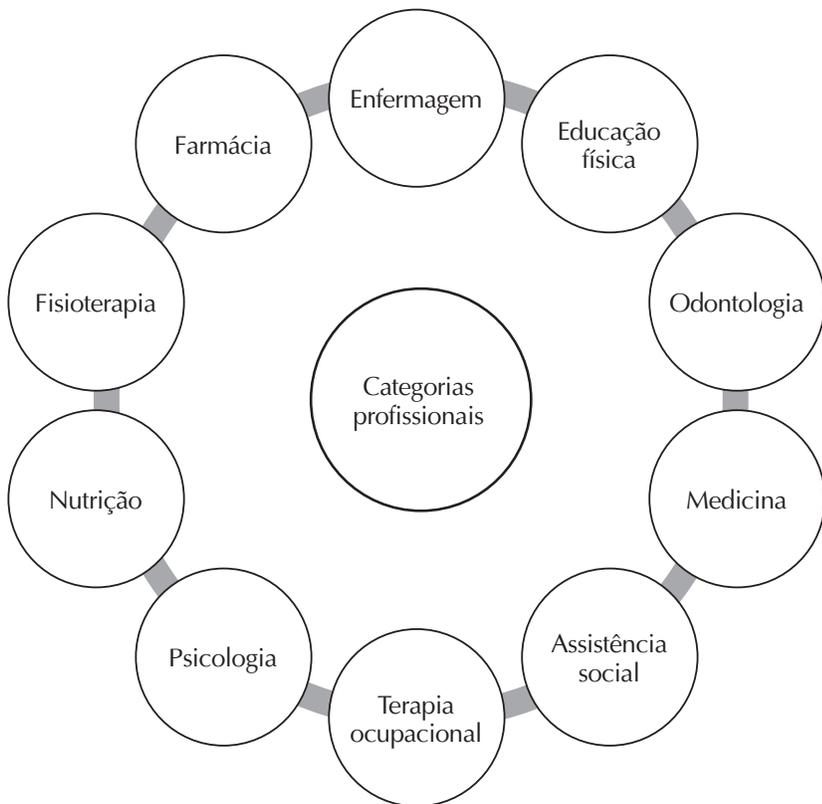
No que confere aos requisitos legais sobre a normatização de funcionamento das residências coletivas, a RDC nº 283 delibera a respeito dos recursos humanos, recomendando que a ILPI tenha em seu quadro funcional profissionais com vínculo formal de trabalho ou terceirizados, que desempenhem atividades de cuidado, lazer, serviços de limpeza, alimentação e lavanderia. Assim, entende-se que este cenário de cuidado envolve uma equipe multiprofissional.

Este capítulo tem por objetivo fomentar discussão sobre a composição das equipes multifuncionais de saúde atuantes em

instituições de longa permanência para idosos, bem como a sua importância de atuação nesses cenários, refletindo na melhoria do atendimento e cuidado prestado aos idosos institucionalizados.

COMPOSIÇÃO APROPRIADA DOS RECURSOS HUMANOS PARA CENÁRIOS DE CUIDADO DE LONGA DURAÇÃO

Uma equipe multiprofissional é destacada por Silva e Santos (2010) como aquela destinada a desenvolver suas atividades de forma complementar, podendo assistir o idoso integralmente. Para tanto, a formação de recursos humanos em uma ILPI deve ser minimamente composta por profissionais de diferentes categorias, como ilustra a figura a seguir:



Proposição de uma equipe multiprofissional para atuação em instituições de longa permanência para idosos – ILPIs.

Nessa linha de pensamento, Silva, Yamamoto e Fernandes (2010) comentam que o trabalho multiprofissional não somente melhora a qualidade do atendimento, como também demonstra respeito à dignidade da pessoa idosa, atendendo suas necessidades no plano multidimensional, requisito este entendido como princípio fundamental pela Política Nacional do Idoso, pelo Estatuto do Idoso e pela própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006, 2010).

Comentando o enfoque da enfermagem na atenção ao idoso em ILPIs, Yoshitome (2010) frisa que o enfermeiro será o profissional que efetiva o cuidado, além de prestar serviços que englobam atividades de todas as suas áreas de atuação, e fará também a articulação com toda a equipe multiprofissional. Isso engrandece o serviço prestado em uma ILPI, além de garantir uma assistência de qualidade aos residentes.

Aderindo a essa ideia, Luppi e Carvalho (2010), tratando da atuação farmacêutica em ILPIs, concordam que uma instituição, com equipe operando de forma interdisciplinar, atua de forma a facilitar o enfoque gerontológico. Contudo, o farmacêutico não está nas especificações da equipe mínima, conforme a RDC n. 283, mesmo as intervenções desses profissionais tendo se mostrado benéficas na atenção ao idoso institucionalizado.

Abordando também a temática da equipe multiprofissional atuante em ILPI, Fló (2010) afirma que, para o desenvolvimento de boas relações no convívio dos residentes, a instituição precisa contar com atendimento de fisioterapia, contribuindo, assim, à melhoria da autonomia do idoso durante sua permanência no estabelecimento. Logo, as ILPIs necessitam de modificações para que a assistência vise à comodidade e ao conforto na senescência.

Da mesma forma, faz-se necessária a atuação do educador físico frente ao processo de envelhecimento, pois este é o profissional capacitado para desenvolver atividades físicas que respeitem as transformações e limitações próprias deste estágio da vida.

Discutindo sobre a assistência prestada ao idoso institucionalizado, Vilela (2010) dá ênfase à atuação do médico articuladamente com toda a equipe multidisciplinar, onde todos os profissionais

contribuem, sem diferenças de classe, para a mediação de agravos de riscos, já que nesse caso o médico iria munir o grupo de trabalho com informações pertinentes a todos os residentes. Ainda na atenção ao idoso, Vilela ressalta que, além da composição básica da equipe de saúde, pode vir a ser necessária a contratação de profissionais especializados, para casos específicos dentro do atendimento na instituição.

Tibério, Farac e Santos (2010), ao tratarem da relevância de um profissional odontólogo atuando nas ILPIs, reforçam que não somente o dentista, como também os outros profissionais de saúde do grupo de trabalho podem cooperar com a conservação da saúde bucal dos idosos, reforçando, assim, a complementaridade e a importância que os profissionais de saúde terão se atuarem de forma interligada na equipe.

Vindo a concordar com o já exposto anteriormente, Zenatti (2010) dá relevância ao atendimento psicológico dentro das instituições de longa permanência para idosos. Enfoca a articulação do psicólogo com a equipe multiprofissional, visando à atenção em saúde mental com o residente e familiar, e também dentro da equipe de saúde, pensando e reforçando a importância de ações multidisciplinares.

Nessa visão, pode estar inserido o profissional do serviço social. Berzins e Silva (2010) manifestam-se sobre a importância deste profissional atuando em ILPI, por ter um olhar abrangente da situação experimentada pela institucionalização. Incentivam o desenvolvimento de ações para que as necessidades dos idosos sejam preenchidas integralmente, bastando interligar os profissionais que compõem a equipe de saúde. Reforçam que o serviço social, juntamente com outros profissionais que trabalham com o universo do envelhecimento podem contribuir na obtenção de subsídios para concretizar a manutenção da cidadania e da dignidade durante a institucionalização.

Conforme ressaltam Ferrari e Fonseca (2010), tratando do exercício de trabalho do terapeuta ocupacional, este é um profissional que deve integrar a equipe de saúde atuante na assistência ao idoso residente, já que, por se tratar de atividades gerontoge-

riáticas, a atenção deve ter uma abordagem interdisciplinar, com um trabalho contínuo, integral e progressivo.

RETRATOS DE UMA REALIDADE

Em um estudo desenvolvido entre os anos de 2010 e 2013¹, contemplando 14 ILPIs do município de Passo Fundo, entre os vários aspectos estudados, incluiu-se a caracterização dos recursos humanos atuantes nesses cenários, conforme quadro:

Profissional	Caracterização da equipe de saúde
Enfermagem	10 enfermeiros, apenas um do sexo masculino. O tempo de formação foi em média de nove anos e meio. Apenas um informou ser especialista na área de gerontologia. Os demais informaram que a prática profissional no contexto das ILPIs, dá-se pelas vivências diárias. Em média, trabalham em torno de 28 horas semanais, com afazeres que envolvem gestão do cuidado, gerenciamento de pessoas e recursos. Cada enfermeiro tem cerca de oito funcionários sob sua supervisão, envolvidos diretamente nas atividades de cuidado. Atende a todos os residentes, cujo grau de dependência predominante varia entre G II e III.
Nutrição	Oito nutricionistas. O tempo de formação foi em média de cinco anos e sete meses. Somente três indicaram ter especialização na área da nutrição clínica. O tempo médio de experiência em ILPI está em torno de dois anos e três meses. No que se trata do vínculo empregatício com a ILPI, cinco são profissionais autônomos e três são contratados pela instituição. Em média, realizam seis horas de atividades semanais, atendendo cerca de 27 idosos.

¹ Pesquisa intitulada “Cenários de cuidado de longa duração: possibilidades avaliativas, interventivas e educacionais”. Foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa Vivencer/CNPq/UPF, agregada à linha de pesquisa “Aspectos educacionais e psicossociais do envelhecimento humano”, sob a coordenação da profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, sob o parecer no 393/2011.

Educação física	Três educadores físicos, do sexo feminino, com tempo de formação entre seis e 19 anos, com experiência de trabalho com idosos em grupos de convivência por mais de cinco anos, mas em ILPIs uma média de dois anos e meio. Desses, dois profissionais atendem à demanda da instituição, um através de convênio com o município, o outro de forma autônoma, com trabalho personalizado, atendendo por indicação familiar. Todos têm especialização, mas não contemplam a área da gerontologia.
Fisioterapia	11 fisioterapeutas, sendo que cinco atuam em duas instituições. Predomina o sexo feminino. Somente quatro são homens. O tempo de formação varia entre dois e 13 anos, e o tempo de experiência e de atuação em ILPI em torno de quatro anos. Três possuem especialização na área de gerontologia. Quanto ao vínculo empregatício, 10 são profissionais autônomos e um é contratado pela instituição. Quanto ao grau de dependência dos idosos, há predominância dos G II e III
Psicologia	Seis psicólogos, apenas um do sexo masculino. Tempo de formação média de oito anos e meio, sendo que dois profissionais são recém-formados. Dois possuem especialização na área de gerontologia. O tempo de experiência em ILPI varia de três a 12 anos. As horas semanais de atividade desempenhadas variam de duas a quarenta horas semanais

No referido estudo, incluíram-se ILPIs privadas com e sem fins lucrativos, portanto, há que se considerar as diferentes estruturas administrativas e a influência do aspecto financeiro na gestão, em especial das filantrópicas. A composição de uma equipe multiprofissional nos cenários de cuidado de longa duração estudados, está longe de atingir um parâmetro homogêneo. O que existe de comum em todas é a composição da equipe de enfermagem, explicada pela necessidade premente de cuidado e assistência aos idosos, condição essa encontrada nos estudos de Christophe (2009) e Camarano (2010), que contemplam a realidade brasileira. Denota-se uma variabilidade na formação da equipe acerca dos demais profissionais, uma vez que, em algumas

instituições, a composição fica atrelada à condição financeira da família, do tutor ou dos próprios recursos do idoso, para a contratação desse serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é reconhecida como o elemento primordial no cuidado do seu ente idoso, todavia a transição demográfica e epidemiológica aponta novos desafios. Nesse aspecto, cuidar de um familiar idoso nem sempre é uma tarefa fácil para a família. Quiçá para os que não são da família.

As ILPIs são alternativas necessárias e destinadas a esta questão urgente, mesmo que seu quadro funcional não contemple uma equipe multiprofissional reconhecida como apropriada, observa-se que essa tendência está a caminho.

É de responsabilidade também das instituições formadoras de recursos humanos preocupar-se com essa problemática, seja com a inclusão da temática em seus currículos, seja com o fomento ao debate encaminhado por meio de eventos pertinentes, tais como congressos, jornadas, seminários, simpósio entre outros.

Por outro lado, os conselhos de classe, necessitam assumir sua parcela de contribuição, discutindo entre seus pares, a inserção dos profissionais nesses cenários de cuidado.

Ainda, somente a consolidação das políticas públicas de atenção à pessoa idosa poderá garantir que, no futuro, venhamos a contemplar a qualificação do cuidado nos cenários de cuidado de longa duração

REFERÊNCIAS

BERZINS, M.A.V.S.; SILVA, N.A.M.E. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque do serviço social. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 540-550.

COLOMÉ, I.C.S. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v. 13, n. 2, p. 306-12, abr./jun. 2011.

CREUTZBERG, M. et al. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas societais do entorno. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 219-25, jun. 2011.

FERRARI, M.A.C.; FONSECA, S.M.PL. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da terapia ocupacional. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 551-578.

FLÓ, C. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da fisioterapia. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 487-494.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-44, 2013.

LOPES, M. A.; FARIAS, S. F.; PIRES, P. B. O. Conhecimento e habilidades necessárias ao profissional de educação física para atuar com idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 91-110, 2012.

LUPPI, G.; CARVALHO, M.F.C. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da farmácia. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 477-486.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

SILVA, B.T.; SANTOS, S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados - opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paul Enferm.*, v. 23, n. 775, p. 775-781, 2010.

SILVA, A.R.B.; YAMAMOTO, C.M.K.; FERNANDES, R.G. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da fonoaudiologia. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 495-508.

TANNURE, M.C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* [online], v. 63, n. 5, p. 817-822, 2010.

TIBÉRIO, D.; FARAC, R.V.; SANTOS, M.T.B.R. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da odontologia. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 516-526

VILELA, J.C. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da medicina. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 509-515.

ZENATTI, C.T. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da psicologia. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 527-539.

WATANABE, H.A.W. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 470-482.

YOSHITOME, A.Y. Atenção ao idoso em instituições de longa permanência - O enfoque da enfermagem. In: DOMINGUES, M.A.; LEMOS, N.D. *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Barueri: Manole, 2010. p. 471- 476.

BEM-ESTAR SUBJETIVO E O CUIDADO NA VELHICE

Cristina Ribas Teixeira
Silvana Alba Scortegeagna
Claudia Daiane Trentin Lampert

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida dos idosos é uma realidade mundial e, especialmente, brasileira. Os baixos índices de mortalidade e os avanços das conquistas tecnológicas acenam para um alto crescimento da população de indivíduos com 80 anos ou mais, em um futuro breve. Para Camarano e Kanso (2010), a certeza desse crescimento populacional e a maior sobrevivência de pessoas com redução da capacidade cognitiva, física e mental, despertam preocupações e incertezas em várias áreas do conhecimento, com relação às possibilidades e condições de cuidados para com estes longevos. Partindo do pressuposto de que, para se envelhecer com saúde e qualidade de vida, é preciso encarar este processo de forma positiva, vale a pena entender os influenciadores de uma velhice saudável. O objetivo deste trabalho é, portanto, descrever e analisar os fatores que intervêm na velhice saudável e as contribuições do bem-estar subjetivo (BES) na promoção de qualidade de vida do idoso, entre estes o cuidado e seus significados.

Para isso, o texto encontra-se estruturado em dois tópicos. No primeiro, descreve-se o conceito de cuidado, seus significados, abordando alguns estudos filosóficos, estabelecendo uma relação com a constituição do indivíduo, como algo essencial nas

relações interpessoais. No segundo, aborda-se o BES, os seus componentes, sua importância para o ingresso e a adaptação na velhice. Dessa forma, é preciso pensar as potencialidades internas do idoso que possibilitem a adaptação aos diferentes contextos do envelhecimento.

CUIDADO: CONCEITO E SIGNIFICADOS

A palavra cuidado significa atenção, precaução, cautela, diligência, desvelo, preocupação (BOFF, 2008). Segundo o autor, deriva do latim *cura* (*coera*) de uso em contextos que envolviam relações de amor e amizade (BOUWMAN, 2011). A palavra expressava atitudes de ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado. Desse modo, o cuidado passa a existir quando a existência do outro passa a ter um significado na vida de quem cuida. Já para Waldow (2008), o cuidado humano é compreendido como uma forma de ser, viver e se expressar. Sendo assim, implica um modo de ser no mundo, onde o indivíduo passa a olhar o outro na sua amplitude, sendo a base propulsora do desenvolvimento do ser como humano (BOFF, 2008).

O cuidado, por sua própria natureza, possui dois significados que estão inter-relacionados, por ser uma atitude de atenção e desvelo para com o outro, ao mesmo tempo em que representa inquietação e preocupação, devido ao envolvimento emocional com quem está sendo cuidado (BOFF, 2008; DALBOSCO, 2006). Para Waldow (2006), o ato de cuidar tem início como uma forma de sobrevivência ou expressão de carinho e envolvimento emocional com o outro. Desse modo, cuidar implica colocar-se no lugar do outro, ter empatia, entrar em sintonia, afinar-se com ele (DALBOSCO, 2006). O autor refere, ainda, o cuidado como forma de garantia para o desenvolvimento cognitivo, moral e estético do indivíduo. Está relacionado a uma atitude, envolve conhecimento, valores, habilidades. É o que dá sustentação às relações interpessoais (BOUWMAN, 2011; DALBOSCO, 2006).

Segundo Waldow (2006), o cuidado é um fenômeno existencial, relacional e contextual. Existencial, porque é parte do

ser humano; relacional, porque ocorre com relação a outro ser e, contextual, devido às maneiras e diferenças de cuidado que se expressam conforme o meio em que ocorre. Waldow (2008) refere que o ser humano é um ser de cuidado; necessita de cuidados para que possa constituir-se, entretanto a maneira como o indivíduo foi cuidado durante as etapas da sua vida vai refletir nas atitudes de cuidado com o outro e consigo mesmo, já que o ato de cuidar tem a intenção de promover o bem-estar do indivíduo, com qualidade de vida.

BEM-ESTAR SUBJETIVO E O CUIDADO NA VELHICE

O BES é o julgamento subjetivo do quanto as pessoas estão felizes com suas próprias vidas (DIENER; SCOLLON; LUCAS, 2003). Possui um componente emocional (afeto positivo e negativo) e um cognitivo (satisfação de vida). O componente emocional reflete a intensidade e a frequência com que as pessoas sentem emoções. Ou seja, indivíduos com altos escores para o afeto positivo vivem frequente e intensamente episódios de prazer, enquanto indivíduos com altos escores em afeto negativo têm a mesma experiência com episódios de desprazer (WATSON, 2005). Dessa forma, a maneira como o idoso se percebe e se reconhece possibilita ao mesmo cuidar de si.

O BES também é conhecido como felicidade (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004; GIACOMONI; SOUZA; HUTZ, 2014), sendo um sinalizador de saúde mental, além de ser considerado um constructo essencial para ingresso e adaptação na terceira idade (GUEDEA et al., 2006). Pode contribuir a partir da avaliação que as pessoas fazem de suas vidas e das outras pessoas. Além disso, pode auxiliar de maneira prazerosa em situações cotidianas do indivíduo, nas relações interpessoais, no convívio social e na formação de vínculos, participação em grupos (APARECIDO; PASSARELI, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Estudos evidenciaram que a satisfação com a vida é maior em adultos que possuem sentimentos de esperança (BAILEY; SNYDER, 2007); mostrou-se relacionada ao alcance de objetivos.

E pessoas que cultivam a esperança tendem a alcançar seus objetivos mais facilmente, porque mantêm a persistência em buscar várias formas para consolidá-los.

As variáveis positivas do bem-estar subjetivo (BES) e os traços de personalidade também foram foco de estudos. Day et al. (2010) investigaram a associação entre a esperança e a personalidade. Os autores encontraram correlação positiva entre esperança e extroversão e correlação negativa entre esperança e neuroticismo. Esta correlação, possivelmente, aconteceu porque, ao procurar por um objetivo, o indivíduo esperançoso precisa se comportar de um modo mais extrovertido. Segundo Neri (2006), a extroversão, os afetos positivos e o otimismo estão associados a uma maior longevidade, uma vez que, idosos bem humorados e otimistas têm maior longevidade, menor risco de doenças, cardiovasculares e possuem melhor recuperação pós-cirúrgicas.

Outros estudos demonstraram que os resultados das correlações entre a personalidade e o otimismo foram semelhantes aos obtidos com a esperança. Norem e Chang (2002) encontraram correlação positiva entre otimismo e extroversão. Marshall et al. (1992) descobriram correlação positiva entre otimismo, extroversão e afetos positivos. Robins et al. (2001) relataram que a personalidade é um fator decisivo na autoestima. Indivíduos com escores de autoestima elevada foram emocionalmente estáveis, extrovertidos e abertos a experiências. Conforme Neri (2006), o BES sofre influência da personalidade, uma vez que, a dinâmica emocional do indivíduo tem como base os processos constitutivos da estrutura de traços de personalidade e os processos constitucionais herdados pelo indivíduo, mas que ambos podem sofrer influências do meio e do processo de desenvolvimento. Desse modo, conforme o contexto em que o idoso está inserido, terá maior ou menor flexibilidade para expressar emoções positivas e negativas.

É importante destacar que o BES contribui não apenas para a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, mas também de outras pessoas, e pode auxiliar de uma maneira mais prazerosa em situações cotidianas de cuidado, nas relações interpessoais, no convívio social, na participação em grupos e na formação de

vínculos (PASSARELI; SILVA, 2007; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Entretanto, as avaliações de satisfação com a vida permanecem estáveis no ciclo de vida, já as relações afetivas sofrem influências de fatores contextuais, fisiológicos mantendo-se estáveis no decorrer da vida (NERI, 2006).

Algumas pesquisas mostram que os níveis de afeto são estáveis ao longo do tempo (LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005) e há evidências de que o afeto positivo e o negativo são fatores independentes (DIENER; EMMONS, 1985). Assim, é possível que uma pessoa obtenha pontuações mais altas em ambas as dimensões. Os resultados apontam para uma correlação positiva de esperança com o afeto positivo e uma relação inversa com o afeto negativo (BROUWER et al., 2008). Norem e Chang (2002) observaram uma correlação positiva entre o otimismo, a autoestima e o afeto positivo. Pessoas com bem-estar subjetivo elevado estabelecem mais relações sociais do que aquelas cujo BES é mais baixo. As relações sociais positivas, como participar de grupos e estabelecer vínculos sociais são fundamentais nesse contexto (GUEDEA et al., 2006; PASSARELI; SILVA, 2007). Os autores referem que o BES pode estar associado à saúde e à longevidade, uma vez que pessoas felizes valorizam suas conquistas, sem se aterem a frustrações passadas.

Neri (2006) refere-se a esse recurso de adaptação do idoso como sendo saúde objetiva, considerada um importante fator da satisfação com a vida, devido à sua relevância para a manutenção das competências comportamentais, da produtividade, da participação social, da atividade e do autocuidado consigo. Do mesmo modo que, mediante situações de afetos negativos, o idoso tende a perder o interesse pelo seu autocuidado, assim como, falta de investimento para com sua saúde, desmotivação para realização de atividades diárias, em alguns casos levando até mesmo ao isolamento social (NERI, 2007).

Sendo assim, Guedea et al. (2006) salientam a importância de se fazer uma diferenciação entre os componentes afetivos e cognitivos na avaliação do BES, principalmente quando relacionado à velhice, pois o estudo apontou que o componente cognitivo e a satisfação com a vida foram maiores que os componentes

afetivos. Esse resultado se assemelha ao de outras pesquisas, que demonstraram uma tendência da satisfação com a vida aumentar na longevidade (ALBUQUERQUE; SOUSA; MARTINS, 2010; MARCONCIN, 2009; OTTA; FICHER, 2004; RABELO; NERI, 2005). Com o passar da idade, os idosos que buscam enfrentar seus problemas de uma forma mais direta, buscando soluções, dando apoio, sentindo-se responsáveis, são os que indicam maior bem-estar (RESENDE et al., 2010).

O estudo indicou que os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar subjetivo (BES) possuem manifestações diferenciadas entre os idosos, relacionadas com a maneira de enfrentamento e apoio social recebido (GUEDEA et al., 2006). A satisfação com a vida foi a que mostrou maior relação com o apoio social e o enfrentamento. Entretanto, a pesquisa também indicou um aumento dos afetos positivos quando relacionados o apoio recebido e a satisfação. Com o enfrentamento direto dos problemas, ao contrário, houve diminuição do afeto negativo quando houve recebimento de apoio social, ao mesmo tempo que houve um aumento perante situações de dificuldades enfrentadas.

Diante do exposto, é importante considerar a capacidade do idoso em se adaptar às situações novas e, ao mesmo tempo, criar estratégias que possibilitem condições favoráveis ao seu bem-estar e a um desenvolvimento cognitivo saudável (ARGIMON; STEIN, 2005). Destaca-se a importância da família no processo de envelhecimento, as relações estabelecidas, com afeto, atenção e cuidado, já que, este é constituinte do ser humano. As relações de convivência podem ser uma forma de desenvolver e manter o equilíbrio afetivo entre os idosos e suas famílias, uma vez que a boa convivência familiar é considerada para o idoso um dos sinônimos de felicidade na velhice (NERI, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BES contribui não apenas para a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, mas também de outras pessoas, e pode auxiliar de maneira mais prazerosa em situações cotidianas, nas

relações interpessoais, de cuidado, no convívio social, na formação de vínculos e na participação em grupos. Está o bem-estar subjetivo associado à saúde e à longevidade, uma vez que pessoas felizes valorizam suas conquistas, sem se aterem a frustrações passadas e, quanto maior a idade, maior a capacidade de lidar com as dificuldades do dia-a-dia. Partindo da possibilidade de se envelhecer com saúde e qualidade de vida, é preciso pensar os fatores que podem influenciar positivamente para um envelhecimento pleno, saudável, voltados aos aspectos psicológicos, biológicos e sociais de modo interdisciplinar, principalmente no que tange aos aspectos relacionados ao ato de cuidar. Este requer colocar-se no lugar do outro, ter empatia, uma vez que, o cuidado passa a existir quando a existência do outro passa a ter um significado na vida de quem cuida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 153-164, 2004.
- ALBUQUERQUE, F. J. B.; SOUSA, F. M.; MARTINS, C. R. Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2010.
- APARECIDO, JOSÉ; PASSARELI, P. M. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 4, p. 513-517, 2007.
- ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005.
- BAILEY, T. C.; SNYDER, C. R. Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record*, v. 57, p. 233-240, 2007.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BROUWER, D. et al. On the dimensionality of the dispositional hope scale. *Psychological Assessment*, v. 20, p. 310-315, 2008.

BOUWMAN, M. W. A ética do cuidado na clínica psicanalítica. *Estudos de Psicanálise*, n. 36, p. 109-116, 2011.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 27, n. 4, p. 706-717, 2007.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

DAY, L. et al. Hope uniquely predicts objective academic achievement above intelligence, personality, and previous academic achievement. *Journal of Research in Personality*, v. 44, p. 550-553, 2010.

DALBOSCO, C. A. O cuidado como conceito articulador de uma nova relação entre filosofia e pedagogia. *Educação e Sociedade*, v. 27, n. 97, p. 1113-1135, 2006.

DIENER, E. et al. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, p. 71-75, 1985.

DIENER, E.; SCOLLON, C. N.; LUCAS, R.E. The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, v. 15, p. 187-219, 2003.

FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. In: NERI, A. L. *Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 45-56.

GIACOMONI, C. H.; SOUZA, L. K. DE; HUTZ, C. S. A visão das crianças sobre a felicidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 18, n. 1, p. 143-150, jun. 2014.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

HUTZ, C. S. et al. The relationship of hope, optimism, personality in brazilians and americans. *Psychology*, v. 3, p. 1-9, 2014.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, n. 131, p. 803-855, 2005

MARCONCIN, P. E. P. *Bem-estar subjetivo e a prática desportiva em idosos alunos de universidades seniores do porto*. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) - Universidade do Porto, Porto, 2009.

MARSHALL, G. N. et al. Distinguishing optimism from pessimism: relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 62 p. 1067-1074, 1992.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, AL. (Org.). *Qualidade de vida na velhice*. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p. 45-60.

NOREM, J. K.; CHANG, E. C. The positive psychology of negative Thinking. *Journal of Clinical Psychology*, v. 58, p. 993-1001, 2002.

OTTA, E.; FIQUER, J. T. Bem-estar subjetivo e regulação de emoções. *Psicologia em Revista*, v. 10, n. 15, p. 144-149, 2004.

PALUDO, S.; KOLLER, S. H. Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, v. 17, n. 36, p. 9-20, 2007.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. DA. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 4, p. 513-517, 2007.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, p. 403-412, 2005.

RESENDE, M. C. et al. Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Revista de Psicologia*, v. 22, n. 3, p. 591-608, 2010.

ROBINS, et al., Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, v. 35, p. 463-482, 2001.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

WATSON, D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 114, p. 522-536, 2005.

WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2006.

WALDOW, V. R. 2008. Atualização do cuidar. *Aquichan*, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, v. 8, p. 75-84, 2003.

UM OLHAR DE CUIDADO SOBRE A SAÚDE MENTAL DE IDOSOS

Desirê Neuwald Pauletti Hagen
Helenice de Moura Scortegagna

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a sociedade brasileira, seguindo uma tendência mundial, foi marcada pelo aumento da expectativa de vida, gerando um envelhecimento populacional acelerado e expressivo. Esse fenômeno, intimamente ligado ao avanço tecnológico e da medicina, vêm possibilitando cada vez mais que as pessoas prolonguem seu tempo de vida, representando uma conquista.

No entanto, diante da longevidade em cenários preocupantes, deparamo-nos com uma meta fundamental: atender às demandas de saúde e cuidado, conferindo bem-estar e boa qualidade para a vida que se estende. Importante, então, considerar que atualmente há um significativo número de pessoas vivendo a velhice ao mesmo tempo e que o processo de envelhecimento e a etapa da velhice não acontecem da mesma forma entre as pessoas. Em muitos casos, em virtude das transformações físicas, psíquicas e emocionais podem surgir fragilidades, sentimentos de perdas e de incapacidade, provocando frustração e sensação de menor valia. Logo, identificamos a importância de compreender o papel do cuidado junto da população idosa, relevando a realidade e subjetividade do seu contexto, como forma de melhorar a qualidade de vida desse grupo minimizando fatores de risco.

Nesse sentido, a partir do pressuposto de que a vida deve ser acrescida de qualidade e não apenas de anos – para que a velhice seja uma experiência positiva, satisfatória e caracterizada por um bem viver –, há que se levar em conta o cuidado em saúde mental. Para tanto, tomando por base o Caderno de Atenção Básica n. 34 do Ministério da Saúde e o banco de dados SCIELO, nos quais se encontraram artigos e edições de referência que trazem informações e estudos acerca do cuidado em saúde mental, este capítulo visa refletir sobre o cuidado como forma de promover saúde mental, observando a multidimensionalidade e a subjetividade que envolve o viver e o envelhecer da pessoa idosa, no sentido de propiciar o seu bem-estar.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 34, que trata da Saúde Mental (BRASIL, 2013) o “cuidado em saúde mental” tem sua porta de entrada na atenção básica, a qual tem como princípio, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. As intervenções são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, o que proporciona ao profissional de saúde uma maior proximidade com o usuário e um conhecimento mais fidedigno da realidade onde vive. Esse contexto se torna bastante estratégico, uma vez que facilita o acesso do usuário ao profissional de saúde e vice-versa. As intervenções em saúde mental devem ser direcionadas a promover ao indivíduo uma maior capacidade de modificar e qualificar seu modo de viver, objetivando a produção de vida e saúde e não apenas ficar restrito à cura de doenças. Significa dizer que se deve acreditar que a vida pode ter várias formas de ser “percebida, experimentada e vivida”. Para isso, o sujeito deve ser olhado a partir de suas múltiplas dimensões, sendo compreendido como um ser proveniente de desejos próprios, anseios, valores e escolhas.

A saúde do idoso relaciona-se com a preservação da sua capacidade funcional global, que lhe confere autonomia e independência. Dentre os domínios (cognição, humor, mobilidade

e comunicação) que lhe permitem gerir a vida, enfrentando e resolvendo as dificuldades do cotidiano, a cognição, integrada com o humor, permite ao idoso interagir com as pessoas e o seu entorno (VILELA et al., 2008).

Moraes (2012) define conceitualmente o “humor” como a motivação necessária para a realização de atividades e participação social. O humor é uma das funções indispensáveis para a preservação da autonomia do sujeito. Em casos de baixa de humor, podem ocorrer desordens depressivas, o que o autor adverte ser frequente em idosos, variando de 8 a 16%, mas muitas vezes negligenciadas ou subestimadas pela incorreta identificação das mesmas, na ocasião da assistência. Segundo o autor:

Existe a depressão-sintoma e a depressão-doença. Os transtornos depressivos podem ser acompanhados de tristeza ou não. A depressão refere-se a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com uma duração de meses a anos. Não é uma consequência natural do envelhecimento. Está entre as três principais causas de incapacidade no mundo moderno e constitui-se em verdadeira “epidemia silenciosa”, cuja importância na morbimortalidade geral se aproxima à observada nas doenças crônico-degenerativas (MORAES, 2012, p. 29).

Portanto, quando se fala em saúde mental, é inerente pensar na depressão, em seus diversos níveis, desde os mais singelos sintomas até sua forma incapacitante. Andrade e colaboradores (2010) encontraram, ao estudar a temática, que a depressão é uma das doenças frequentes em idosos, potencializando o desenvolvimento de incapacidades funcionais. Muitas vezes seus sintomas não são reconhecidos nem por si próprios nem por pessoas que convivem com o idoso, dificultando assim seu tratamento. Para os autores, a deficiência no diagnóstico se deve pelo fato de a depressão ser uma patologia facilmente mascarada e confundida com situações de vida, como, instabilidade emocional, insônia, falta de apetite, entre outras, ou até mesmo associada ao envelhecimento natural. A deficiência também é responsável pela falta de bem-estar na

velhice, o que nos leva ao desafio de planejar e investir em estratégias minimizadoras desses efeitos.

Veras e Caldas (2004) falam sobre o movimento das universidades da terceira idade, discutindo essa como uma proposta estratégica de melhoria da qualidade de vida da população idosa. A partir desse movimento, pretende-se possibilitar o convívio entre pessoas de diferentes gerações como meio de redução da discrepância de valores e conceitos. Compreendem que o idoso, sendo integrado a um espaço até então destinado às pessoas mais jovens, realizando atividades similares e tão relevantes quanto as já oferecidas, possibilitará a oferta de um serviço de qualidade, com relevância social, não se reduzindo a ações para apenas a ocupação do tempo livre. Os autores ainda destacam as obras de Simone de Beauvoir (1970), Eneida Haddad (1996) e Ecléa Bosi (1997) como referências no sentido de abordarem a perda do valor social do idoso. Para as autoras mencionadas, esse evento se dá pelo avanço do capitalismo, que acaba tornando o idoso um “elemento descartável” em um sistema que singulariza sua capacidade produtiva. A partir daí, profissionais dedicados ao campo do envelhecimento vêm travando um embate na tentativa de resgatar o valor social do idoso, como forma de preservar a saúde mental deste a partir de uma identidade positiva.

Sabe-se que na velhice as situações emocionais e de saúde, incluindo as sociais e econômicas, irão influenciar no desfecho dessa etapa. O que se observa é que as implicações emocionais, muitas vezes, não são levadas em consideração, nem são motivo de atenção especial; vistas até com certa intolerância e causa de aborrecimento por quem convive com o idoso. Envelhecer de forma saudável suscita pensar em saúde num sentido mais amplo, não apenas na ausência de doenças físicas, mas sim em um equilíbrio entre corpo e mente. Sentimentos de respeito, reconhecimento, segurança, pertencimento, ou seja, um estado de bem-estar emocional.

PROPOSTAS DE SAÚDE MENTAL DE IDOSOS

No que se refere ao grupo como estratégia positiva e bem sucedida para a saúde do idoso, Rocha et al. (2009), em um estudo exploratório, identificaram grupos de terapia comunitária (TC) com idosos no município de João Pessoa - PB. Após enumerar os principais problemas relatados e suas estratégias de enfrentamento, revelou que a TC pode ser uma ferramenta de cuidado nos programas de inserção e apoio à saúde mental da população. Esse modo de terapia constitui-se num espaço de acolhimento para a partilha de sofrimentos e sabedorias de vida, de escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia social entre os participantes, objetivando soluções para conflitos pessoais e familiares. Os autores concluíram que houve benefícios nas relações interpessoais para a formação de redes sociais solidárias e na utilização da cultura popular como subsídio para soluções de problemas vividos pela comunidade.

Ainda em relação à TC, Andrade et al. (2010, p. 132) destacam que os vários temas trabalhados acabam fortalecendo a formação de vínculos entre as pessoas. “Das rodas de TC participam pessoas de faixas etárias diferentes, tanto homens como mulheres, podendo esses recuperarem sua autoestima e, através do processo de resiliência, empoderarem-se, tornando-se terapeutas de si mesmos, a partir da escuta da vida”. Esse tipo de inserção acaba sendo muito interessante, pois quando os assuntos são compartilhados em um grupo, tornam-se mais fáceis de serem elaborados.

Entretanto, apesar de muito relevante o estabelecimento de laços entre pessoas da mesma comunidade e em uma fase semelhante da vida, igualmente importante são as relações intergeracionais. Oliveira (2011), em sua dissertação de mestrado, explora a relação entre netos e avós. Ela coloca que o grande aumento da esperança média de vida associada à melhoria da qualidade de vida contribui para o crescimento horizontal da família, o que teoricamente deveria consolidar um melhor entrosamento entre as gerações. Porém, na realidade, o que se observa é um fenômeno

oposto, ou seja, uma diminuição das relações intergeracionais principalmente no seio familiar. A partir dessa constatação da realidade, a autora escolhe essa temática como uma forma de alertar para as suas vantagens e seu desaparecimento. Ao fim de sua pesquisa, conclui que “os laços que se estabelecem entre os avós e os netos, não resultam de uma simples relação física, mas sim de um contato envolto em preocupação, atenção, amor e partilha, daí que esta relação seja parte integrante e marcante no crescimento dos netos e no amadurecimento dos avós” (OLIVEIRA, 2011, p. 62).

Em relação à intergeracionalidade, Marquês (2009) apresenta um projeto que tem como pressuposto a intergeracionalidade como constituinte de um dos valores fundamentais da educabilidade humana. A dinâmica intergeracional pode ser compreendida como uma estratégia comum que conduz ao autoconhecimento individual e único no sentido da socialização coletiva. A intergeracionalidade construtiva pode ser percebida como uma estratégia para encontrarmos respostas para situações sociais problemáticas, bem como prevenir outras possíveis situações já previstas. A promoção da intergeracionalidade, na compreensão da autora, está relacionada com a aprendizagem permanente e continuada ao longo da vida, tendo como princípios a valorização das culturas e das experiências individuais de cada um.

Assim, pode-se avaliar que a convivência em grupo, caracterizado pela intra ou intergeracionalidade, e o cuidado em saúde mental estão intimamente relacionados, uma vez que a socialização e as interações intersubjetivas acabam por fomentar um sentimento de validade, pertencimento, atribuindo *valor* ao sujeito envelhecido. Nesse sentido, faz-se importante preservar e também construir oportunidades em que o mais velho participe de forma efetiva de movimentos que tenham como objetivo a promoção da intra e intergeracionalidade, estimulando a vivência de experiências positivas aumentando assim o bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidado em saúde mental vai além de tratar patologias, como a depressão. Por saúde mental, podemos entender um estado muito mais complexo, não é apenas a ausência de problemas mentais, mas sim todo um contexto de estado emocional, que envolve sentimentos de bem-estar, vontade para realizar tarefas, relacionar-se com seu entorno, desejo em estar *vivo*, entre outros.

Para que possamos agregar atitude positiva à vida que se prolonga, precisamos de programas efetivos que cuidem do bem-estar emocional. O envelhecimento ativo, positivo, com saúde, deve ser estimulado a partir de ações efetivas que trabalhem a questão de uma consciência gerontológica social que qualifique a vida dos que já se encontram na velhice, dos que estão ainda vivenciando o processo de envelhecimento, bem como crianças e jovens que devem ter consciência de que também ficarão velhos e para isso são necessários cuidados desde jovem para que essa etapa venha agregada de qualidade. Enfim, podemos dizer que ainda precisam ser desenvolvidos estudos que subsidiem ações de políticas públicas, uma vez que um indivíduo envelhecido e doente se tornará muito mais oneroso do que um indivíduo envelhecido e ativo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fábria Barbosa de et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 129-136, jan./mar. 2010.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34, Saúde Mental*. Ministério da Saúde (DF), Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2013.

MARQUÊS, Sílvia Alexandra Vilarés. *Educabilidade e construção de laços intergeracionais*. Acta do X Congresso Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009.

MORAES, Edgar Nunes de. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

OLIVEIRA, Cristina Maria Nunes de. *Relações intergeracionais: um estudo na área de Lisboa*. 2011. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Políticas Sociais) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

ROCHA, Ianine Alves da et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-694, set./out. 2009.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VIEIRA, Chrystiany de Brito et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, mai./jun., 2011.

VILELA, Ana Lucia et al. Grandes síndromes geriátricas. In: BORGES, Ana Paula Areu; CASTILHO, Ângela Maria. (Org.). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca / Educação a Distância, 2008. p. 193-268.

A FISIOTERAPIA NO CUIDADO PALIATIVO DE PACIENTES COM NEOPLASIA MALIGNA AFETADOS PELA SÍNDROME DE IMOBILISMO

Régis Brum Nunes

Marcelo Biazus

Cleide Fátima Moretto

INTRODUÇÃO

O cuidado está inserido na vida dos seres humanos desde os primórdios da humanidade, principalmente como resultado do atendimento às carências na extensão ontológica ou espiritual. O cuidado é apresentado por Boff (2013) como uma das coisas fundamentais na vida, sendo ele um veículo de princípios, valores e atitudes, que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir, consigo e com os outros.

Todos nós precisamos de cuidado em praticamente todas as fases da vida, infância, adolescência, adultez e velhice. Em qualquer dessas etapas, principalmente na última, estamos suscetíveis a enfermidades, entre elas as doenças crônicas, que nos afirmam ainda mais a necessidade de sermos cuidados.

Com o passar dos anos, as doenças crônicas vêm apresentando expansão significativa em relação ao número de casos, como exemplo desse crescimento podemos observar doenças multifatoriais, entre elas o câncer, que pode atingir pessoas em diferentes faixas

etárias, aumentando sua incidência principalmente após os 60 anos, conforme estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007).

Diante dessa realidade, os meios tecnológicos e os agentes profissionais da saúde tiveram que se adequar, aperfeiçoando-se para tentar acompanhar a batalha contra essa doença que, por vezes, apresenta-se de maneira potencialmente fatal. Esse avanço material e humano, paulatinamente, vem prolongando a vida dos pacientes com câncer, que, em muitas ocasiões, não apresentam mais possibilidade de cura, já estando em situação de imobilização junto ao leito.

Em razão da contemporização de vida desses pacientes, cada vez mais se torna necessário um cuidado especial, voltado às mudanças impostas pela doença, um cuidado que auxilie no alívio do sofrimento e contribua para a autonomia do paciente. Diante dessa necessidade de surgimento de um cuidado peculiar, surge o cuidado paliativo (CP), que teve seu conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990 e foi revisado em 2002, sendo fixado da seguinte maneira:

Assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

O cuidado paliativo surge como um aliado junto a diversos profissionais da saúde, dentre eles, o fisioterapeuta. Tal observação vem ao encontro dos pensamentos de Marcucci (2005), que salienta a importância desse profissional nesse tipo de cuidado, pois possui recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com câncer, monitorando e diminuindo sinais e sintomas físicos, psicológicos e espirituais.

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo explicar de que maneira a fisioterapia pode atuar, utilizando suas diversas técnicas e recursos, no cuidado paliativo ao paciente com neoplasia maligna, acometido pela síndrome do imobilismo.

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CÂNCER

Ao longo dos anos, o envelhecimento populacional tem se tornado um processo recorrente, não somente em países desenvolvidos, como também nos países em transição e em desenvolvimento. Desse modo, o aumento da longevidade em nível mundial, a partir da elevação dos índices de expectativa de vida, vem sendo uma das principais características do atual contexto demográfico, significando um crescimento elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários (CAMARANO, 2002; NUNES, 2013).

Em consequência disso e das mudanças no perfil de mortalidade, Guerra, Galo e Mendonça (2005) destacam que cada vez mais vem ocorrendo uma redução na taxa de doenças infecciosas em todo o mundo, ao passo que, a incidência de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e principalmente o câncer, vem aumentando significativamente.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), somente no ano de 2012, aproximadamente 8,2 milhões de pessoas morreram de câncer no mundo. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), houve em 2014 a ocorrência de 576.230 casos de câncer, sendo 302.350 para o sexo masculino e 274.230 para o sexo feminino (INCA, 2014). De acordo com a mesma fonte, a parcela mais velha da população foi a mais atingida pela doença. Acredita-se que 60% dos pacientes oncológicos brasileiros tenham 65 anos ou mais e que 70% das mortes decorrentes da doença ocorram nessa fase da vida (VIEIRA, 2011).

O câncer corresponde a um grupo de doenças que atinge as células, sendo definido pelo INCA, da seguinte forma:

Conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2014).

Para Jorde et al. (2010), o câncer também é tido como uma das principais causas de morte no mundo, sendo definido como uma doença genômica, que surge em decorrência de alterações cumulativas no material genético (DNA) de células normais, as quais sofrem modificações até se tornarem malignas. O câncer maligno, segundo Jacobson (2004), consiste em um crescimento celular destrutivo, que invade os tecidos vizinhos e pode espalhar-se por metástase para outras áreas do corpo, dividindo-se rapidamente, tornando-as altamente invasivas. Menos especializadas nas suas funções do que as correspondentes normais, as células cancerígenas vão substituindo as saudáveis, invadindo os tecidos, que conseqüentemente vão perdendo suas funções (ALMEIDA et al., 2005).

O tratamento para o câncer é realizado de diversas formas, entre elas, a quimioterapia é a mais frequente, associada ou não à radioterapia, cirurgia, imunoterapia e hormonioterapia. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente (INCA, 2008).

Devido à complexidade no tratamento do câncer, a internação hospitalar faz-se necessária na maioria das situações. Uma das limitações dessa modalidade de tratamento é o fato de que isola o indivíduo de seu ambiente social, interrompe suas atividades, proporcionando pouca ou nenhuma oportunidade de fazer com que lide com o impacto da doença em seu cotidiano. Além disso, o paciente fica exposto a riscos que podem vir a fragilizar mais sua saúde (PELAEZ DORO et al., 2004).

Mesmo que o paciente esteja no domicílio, o convívio social e sua rotina comum são alterados em razão dos sintomas e desconfortos que conseqüentemente os induzem ao leito. Gutiérrez et al. (2007) assinalam que o abalo emocional e o convívio com as repercussões negativas do tratamento geram debilidade física e afetam o desenvolvimento de atividades diárias.

A restrição ao leito é parte integrante do tratamento de várias patologias agudas ou crônicas como o câncer. Apesar de a imobilização ser benéfica nessas doenças, permitindo o tratamento e a recuperação do paciente comprometido, inúmeras complicações

podem ocorrer em diversos órgãos e sistemas, principalmente em razão do desuso (VIDEIRA, 2004).

Entre os principais motivos que levam o paciente a interromper suas atividades, limitando-o ao leito, a dor tem destaque especial. Para Pimenta (1997), muitos pacientes descobrem a doença quando ela já está em um estágio avançado e sem possibilidade de cura. O autor atribui o fato à falta de acesso à informação por parte da população e à carência de recursos na área da saúde nos países em desenvolvimento, situação que ocasiona retardo no diagnóstico e tratamento complexo. Em cerca de 80% dos casos, o processo patológico somente é identificado em fases muito avançadas, quando a dor é muito frequente. Florentino et al. (2012) acrescentam que a dor no câncer talvez seja o sintoma mais angustiante que um paciente com neoplasia possa apresentar, principalmente em razão do isolamento social, diminuição da capacidade funcional e deterioração de sua qualidade de vida.

Para Sampaio, Moura e Resende (2005), a dor oncológica frequentemente limita a livre movimentação e a atividade física de modo geral. Essa condição de mobilidade restrita pode levar ao comprometimento gradual do condicionamento físico, força muscular, flexibilidade e capacidade aeróbica, predispondo o paciente ao desenvolvimento da síndrome do imobilismo, que, uma vez instalada, pode trazer sérios prejuízos à saúde do paciente, comprometendo a coordenação motora, além de gerar retrações tendíneas, que acabam reduzindo a amplitude de movimento articular.

SÍNDROME DO IMOBILISMO: CONSEQUÊNCIAS E CUIDADOS DURANTE O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Para Chaimowicz et al. (2013, p. 146), a síndrome da imobilização é definida e caracterizada da seguinte maneira:

Conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou ao leito, por tempo prolongado, asso-

ciada a múltiplas causas e com implicações físicas e psicológicas, e que pode levar ao óbito. Caracteriza-se por um complexo de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional, que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal.

Somado a esse conceito, Silva et al. (2010) identificam a síndrome do imobilismo como um conjunto de alterações que ocorrem no indivíduo acamado por um período prolongado, tendo como consequência a redução na capacidade funcional dos sistemas musculoesquelético, tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário e nervoso.

Para explicar o tempo de limitação ao leito que corresponde à imobilidade, Knobel (1994) diz que o intervalo entre sete e dez dias é caracterizado como um período de repouso; de doze a quinze dias, já pode ser considerado de imobilidade e, a partir de quinze dias, tem-se o decúbito de longa duração. Portanto, pode-se dizer que o paciente que se encontra na fase de imobilização já está em um estágio avançado da doença.

Diante desse contexto, Farias e Maia Neto (2008) propõem que as alterações induzidas pelo imobilismo podem começar nas primeiras 24 horas e, se continuarem, podem resultar em outras complicações. Silva et al. (2010) acrescentam que, para se chegar ao diagnóstico da síndrome do imobilismo, deve ser levada em consideração a presença de dois critérios:

a) Um critério maior, que pode ser um déficit cognitivo de médio à grave e a presença de contraturas e;

b) Um critério menor, que abrange as alterações cutâneas, como a úlcera de decúbito ou pressão e descamações da pele, dificuldade de deglutir, incontinência, além de perda parcial ou total da fala e entendimento da linguagem. O paciente é diagnosticado com essa síndrome quando apresenta um critério maior e, pelo menos, dois menores.

Os principais sistemas acometidos pela síndrome do imobilismo e algumas de suas complicações aparecem no quadro a seguir:

Sistema tegumentar	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatites, principalmente dermatite amoniacal, dermatofitoses. • Atrofia da pele, escoriações e equimoses. • Úlcera por pressão (mais comum nas proximidades das proeminências ósseas: maléolos, escápulas, calcânhares, ombros, côndilos dos joelhos, cotovelos, trocânter, orelhas, sacro e tuberosidade dos ísquios).
Sistema musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de massa. • Perda de força muscular.
Sistema articular	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da amplitude dos movimentos. • Rigidez articular. • Tendência de contratura em flexão.
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Trombose venosa profunda (edema unilateral, eritema, dor empastamento da panturrilha, aumento da temperatura local). • Hipotensão postural.
Sistema urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Retenção urinaria e “bexigoma”. • Infecções do trato urinário. • Incontinência urinária.
Sistema digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia. • Constipação intestinal e formação de fecaloma. • Incontinência fecal.
Sistema neuropsíquico	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da tolerância à dor. • Alterações do sono, ansiedade, agitação, irritabilidade. • <i>Delirium</i>. • Depressão.
Sistema respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da capacidade respiratória, aumento das <i>secreties</i> e diminuição do reflexo de tosse. • Pneumonia de aspiração e broncopneumonia.

Fonte: Chaimowicz et al. (2013, p. 148).

Partindo das complicações decorrentes da síndrome do imobilismo, assinaladas por Chaimowicz et al. (2013), podemos observar, na sequência, algumas técnicas e recursos que o fisioterapeuta pode utilizar, visando cuidado especial ao paciente com câncer em estágio avançado, já em fase de imobilização.

SISTEMA TEGUMENTAR

Nas lesões da pele, a orientação quanto a mudanças de decúbito é de grande importância para prevenir novos aparecimentos (MARCUCCI, 2005). Em relação às úlceras de decúbito, o fisioterapeuta pode utilizar técnicas de estimulação elétrica, ultrassom e laserterapia de baixa intensidade, conforme relatam Abbade et al. (2006).

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E ARTICULAR

Conforme Sibinelli et al. (2012), o sistema musculoesquelético é projetado para se manter em movimento, com isso, são necessários apenas sete dias de repouso no leito para reduzir a força muscular em 30%, com uma perda adicional de 20% da força restante a cada semana. A imobilização exerce efeitos sobre a resistência, tornando-a reduzida por meio da queda da força, da atividade metabólica e circulatória. Essa combinação, entre perda de força, resistência e atrofia resulta em incoordenação dos movimentos das extremidades, limitando as atividades da vida diária (VIDEIRA, 2004). Com isso, Marcucci (2005) identifica, também, o aumento da fibrose nos tecidos periarticulares, diminuição da massa óssea e queda na produção de líquido sinovial.

Diante de tantas complicações osteomioarticulares, Kisner e Colby (2009) reforçam que fisioterapia pode atuar na prevenção, manutenção e tratamento dessas complicações, utilizando principalmente exercícios terapêuticos que podem ser aliados a técnicas de alongamento e exercícios de amplitude articular, respeitando a condição de cada paciente.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Para Kisner e Colby (2009), a fisioterapia é recomendada em todos os estratos de risco, seus métodos profiláticos consistem em cinesioterapia para membros inferiores, deambulação precoce, compressão pneumática intermitente, elevação de membros inferiores, uso de bandagens e meias elásticas.

SISTEMA URINÁRIO

Para o sistema urinário, Moreno (2009) menciona vários tratamentos que a fisioterapia utiliza com o intuito de restabelecer a função dos músculos e nervos que compõem o assoalho pélvico. Entre as técnicas não cirúrgicas assinalam-se a eletroestimulação, os cones vaginais, os exercícios perineais e o biofeedback.

SISTEMA DIGESTIVO

Nunes e Portella (2003) realizaram um estudo com idosos acamados no município de Três Passos – RS, onde identificaram a ausência total ou parcial de dentes, uso de próteses de maneira inadequada, além de falta de apetite. Também foi notada a presença de constipação intestinal e formação de fecaloma na maioria dos idosos.

Nesse caso, a fisioterapia atua no intuito de prevenir a constipação intestinal, através de exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico. De acordo com Bernardes et al. (2000), a cinesioterapia pode ser um dos meios mais eficazes para o fortalecimento dessa musculatura, podendo ser aplicada isoladamente ou associada a outras técnicas. Aliado a isso, o grau de comprometimento muscular e/ou neurológico do paciente é importante para estabelecer as metas e as modalidades fisioterapêuticas mais indicadas para o tratamento (BARACHO, 2007).

NEUROPSÍQUICO

Conforme Boechat et al. (2012), a imobilidade (ou limitações de movimento) pode alterar o estado emocional do indivíduo, independente da condição que o levou ao decúbito prolongado, podendo apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional e isolamento social.

Entre as diversas modalidades de tratamento de que o fisioterapeuta dispõe, Sampaio, Moura e Resende (2005) assinalam que a massoterapia pode ser utilizada com o objetivo de induzir o relaxamento muscular, a redução do estresse e os níveis de ansiedade, além de alguns efeitos colaterais provocados pela medicação.

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Para facilitar a solução de problemas pulmonares, o fisioterapeuta administra tratamentos para melhorar a ventilação e aumentar a oxigenação, diminuir o consumo de oxigênio, melhorar a eliminação de secreções, maximizar a tolerância ao exercício e reduzir a dor (IRWIN; TECKIN 2003).

DOR

Somadas a tantas complicações que afetam os pacientes, não podemos deixar de fazer referência novamente à dor, pois, segundo Pena, Barbosa e Ishikawa (2008), a dor é o sintoma mais intenso que ocorre na maioria dos doentes com neoplasia, ela atinge cerca de 50% dos pacientes no curso da doença, podendo estar presente em até 90% nas fases avançadas.

Em relação a esse sintoma, o profissional de fisioterapia auxilia o paciente através da utilização de recursos analgésicos como a eletroterapia, termoterapia, massoterapia e exercícios (MARCUCCI, 2005). Para Franks e Teich (1990), a redução da temperatura local através da crioterapia, também pode ser um recurso utilizado no controle da dor inflamatória, a qual pode

surgir em determinados tipos de cânceres, como os carcinomas inflamatórios.

O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO COMO CUIDADO PALIATIVO

Diante de tantas complicações sofridas pelos pacientes neoplásicos com síndrome do imobilismo, os profissionais da saúde, entre eles o fisioterapeuta, atuam utilizando um cuidado especial, empregando meios que auxiliam na melhora da qualidade de vida desses pacientes, os quais muitas vezes se encontram em estágio terminal. Silva e Hortale (2006) reconhecem o câncer como uma das doenças crônicas degenerativas que mais causam transtornos de diversas dimensões aos pacientes e seus familiares.

Entre os tipos de cuidado que podem melhor compreender esse tipo de atuação, Menezes (2004) destaca o cuidado paliativo, uma forma de cuidar que estabelece uma relação entre profissionais, pacientes e familiares, atuando através de decisões compartilhadas, cada um com seu papel, porém, diferente do modelo habitual de assistência à saúde. A palavra *paliativo* deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manto, cobertor, expressando um propósito de proteção contra as intempéries. Portanto, cuidado paliativo pode ser entendido como cuidado de proteção, dentro de uma visão holística das várias dimensões do ser humano (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Nesse contexto, o paciente com neoplasia maligna, acometido pela síndrome do imobilismo, está inserido nessa necessidade de cuidado especial, em razão das complicações impostas por essa etapa da doença. Menossi, Lima e Correa (2008) salientam que o tratamento é frequentemente direcionado para os cuidados paliativos, pois a doença geralmente é diagnosticada em fase avançada, devido, muitas vezes, à identificação tardia e à impossibilidade de tratamento curativo.

Araújo et al. (2009) completam que o amparo ao enfermo deve estar apoiado em um princípio ético de atendimento que seja apropriado para esses pacientes, proporcionando medidas que não

almejem simplesmente curar, mas sim aliviar o sofrimento. Em complemento, como destacam Santin e Bettinelli (2010), associa-se à ética nas relações do cuidado, premissa indispensável, que faz com que o profissional atue respeitando a dignidade da pessoa que se encontra sob seus cuidados.

Dessa forma, para o Ministério da Saúde, os cuidados paliativos devem ser realizados por uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que devem atuar numa perspectiva interdisciplinar sendo reconhecidos e valorizados igualmente (BOEMER, 2009). Para Costa Filho et al. (2008), a abordagem dessa equipe multidisciplinar, adequadamente treinada, é importantíssima, pois vai identificar e reduzir problemas nas esferas física, psicológica, espiritual e/ou social do paciente terminal.

Dentro da equipe multidisciplinar, Bueno et al. (2007) destacam a atuação do profissional de fisioterapia, que dispõe de diversas alternativas e métodos que auxiliam nesse tipo de cuidado especial. Tal destaque é corroborado por Melo (2003), quando ele salienta que o fisioterapeuta é um dos profissionais que atua de forma direta com o paciente oncológico, não só durante o período de reabilitação, mas também na fase paliativa da doença, quando a dor é o sintoma mais frequente, causando sofrimento.

Para melhor associarmos a fisioterapia ao cuidado paliativo, basta observarmos a resolução nº 424 de 08/07/13, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, que versa sobre a aprovação do Código de Ética do Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. No inciso I do artigo 14, está explícito como dever do fisioterapeuta no exercício profissional: “respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano” (COFFITO, 2014).

Dessa forma, o COFFITO destaca a importância do fisioterapeuta contribuir complementando a assistência paliativa, atuando diante do seu alcance profissional no cuidado que o

paciente necessita, agregando o paciente como um todo, não só no aspecto físico. Significa lidar também com seus aspectos emocionais, inclusive, desde sua concepção até a morte. Com isso, o profissional de fisioterapia, utilizando-se de suas diversas técnicas e recursos, atua incansavelmente no cuidado paliativo, mostrando-se capacitado para atender pacientes em diferentes estágios da neoplasia maligna, inclusive no período terminal, quando estes se encontram imobilizados.

Perracini (2000) destaca que, durante a atuação do profissional, o fisioterapeuta deve realizar uma avaliação fisioterapêutica, estabelecendo um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, tendo como foco, através da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, o alívio do sofrimento, da dor e outros sintomas estressantes, oferecendo suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com qualidade de vida, dignidade e conforto, além de oferecer suporte para ajudar os familiares na assistência propriamente dita ao enfermo, no enfrentamento da doença e durante o luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme podemos observar, o câncer é uma doença crônica que vem aumentando significativamente sua incidência, na medida em que ocorre aumento da população. A doença, quando se apresenta de forma maligna, tende a afetar diversos órgãos e sistemas, debilitando o paciente em razão da dor e das limitações, entre as quais, a síndrome do imobilismo se torna uma das mais preocupantes, pois uma vez instalada, acaba acelerando o surgimento de várias complicações, tanto físicas quanto psicológicas.

A fisioterapia tem papel importante nos cuidados paliativos, porque atua utilizando, além de técnicas mecânicas, técnicas manuais que também agem no sistema neuropsíquico, otimizando e humanizando o atendimento aos pacientes em estágio terminal.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 509-522, nov./dez. 2006.

ALMEIDA, V. L. et al. Câncer e agentes neoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específico que interagem com o DNA: uma introdução. *Química Nova*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 118-129, jan./fev. 2005.

ARAÚJO, L. Z. S. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 32-37, fev. 2009.

BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BERNARDES, N. O. et al. Métodos de tratamento utilizados na incontinência urinária de esforço genuína: um estudo comparativo entre cinesioterapia e eletroestimulação endovaginal, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2000.

BOECHAT, J. C. dos S. et al. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p. 89-193, jul./set. 2012.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, set. 2009.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

CAMARANO, A.A. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. In: BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Texto para discussão n. 858. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. *Resolução n. 424, de 08 de julho de 2013*. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/fisioterapia/codigo-de-etica.html>>. Acesso em: 21 set. 2014.

- COSTA-FILHO, R. C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2008.
- CHAIMOWICZ, F. et al. *Saúde do idoso*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2013.
- FARIAS, S. H.; MAIA-NETO, W. L. Atuação da fisioterapia sobre os efeitos do imobilismo no sistema osteomioarticular. *Revista Lato & Sensu*, Belém, v. 9, n. 2, p. 47-53, nov. 2008.
- FLORENTINO, D. M. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 50-57, abr./jun. 2012.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMN, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2.272-2.080, set. 2007.
- FRANKS, M. L.; TEICH, N. *Introdução à biologia celular e molecular do câncer*. São Paulo: Roca, 1990.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, jul./set. 2005.
- GUTIÉRREZ, M. G. R DE. et al. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. *Online Brazilian Journal of Nursing*, São Paulo, v. 6, n. sup, jan. 2007.
- IRWIN, S.; TECKIN, J. S. *Fisioterapia cardiopulmonar*. São Paulo: Manole, 2003.
- ISHIZUKA, P. et al. Avaliação da S(+) Cetamina por via oral associada à morfina no tratamento da dor oncológica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 57, n. 1, p. 19-31, jan./fev. 2007.
- KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. São Paulo: Atheneu, 1994.
- MELO, A.G.C. Os cuidados paliativos no Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 58-63, jan./mar. 2003.
- MENEZES, R.A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENOSSEI, M.J.; LIMA; R.A.G.; CORRÊA, A.K.A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 489-494, maio/jun. 2008.

MORENO, A. L. *Fisioterapia em uroginecologia*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

NUNES, R. B. *A Boca a Esquina e o Recanto – Territórios urbanos e memória coletiva no centro de Santa Maria, RS*. Santa Maria: Pallotti, 2013.

NUNES, L. M; PORTELLA, M. R. O idoso fragilizado no domicílio: A problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. *ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tbregioes_consolidado.asp>. Acesso em: 8 set. 2014.

JORDE, L. B. et al. *Genética médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

JACOBSON, R. G. S. *Atlas de fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 5. ed. Barueri: Manole; 2009.

PELAEZ-DORO, M. et al. O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 120-133, jun. 2004.

PENA, R.; BARBOSA, L. A.; ISHIKAWA, N. M. Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica – uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 193-199, abr./jun. 2008.

PIMENTA, C. A. DE M. et al. Dor no doente com câncer: característica e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 21-44, jan./fev./mar. 1997.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 339-346, out./nov./dez. 2005.

SANTIN, J. R; BETTINELLI, L. A. *Bioética e envelhecimento humano*: inquietudes e reflexões. Passo Fundo: UPF Editora, 2010.

SIBINELLI, M. et al. Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 64-70, jan./mar. 2012.

SILVA, A. P.; MAYNARD, K.; CRUZ, M. G. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-91, mar. 2010.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out. 2006.

VIDEIRA, R. V. de S. et al. Atrofia muscular em pacientes oncológicos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 70-120, jul./dez. 2004.

VIEIRA, S. A vez da oncogeriatrics. *Revista Onco&²- Oncologia para todas as especialidades*, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 12-15, out./nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012: Estimated Câncer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 12 set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2002. *Definition of palliative care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

CUIDADO NO ESTADO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS CARDIOPATAS

Vandressa Bristot
Ana Luisa Sant'Anna Alves
Camila Pereira Leguisamo

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte e incapacidade no mundo, tendo o estado físico como importante fator prognóstico e preditor independente de mortalidade (HU et al., 2007; WHO, 2014). Cerca de 17 milhões de pessoas morrem anualmente em consequência dessas condições (WHO, 2014). Em 2003, 27,4% dos óbitos no Brasil foram atribuídos a essas doenças, atingindo 37%, quando excluídos os óbitos por causas mal definidas e por violência (LOTUFO, 2005).

A cardiopatia é definida como uma anormalidade estrutural macroscópica do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, com repercussões funcionais significantes ou potencialmente significantes (MITCHELL et al., 1971).

Dentre essas, as complicações cardiovasculares representam a primeira causa de hospitalização no setor público, representando em torno de 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% entre os idosos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006), sendo as doenças coronárias as mais prevalentes das patologias cardiovasculares em todo o mundo. Seu caráter multidimensional e suas consequências para o indivíduo e para a

sociedade levaram a Direção Geral da Saúde a considerá-la um dos problemas mais importantes de saúde pública (ANTUNES, 2008).

Indivíduos portadores de cardiopatias apresentam uma taxa elevada de deficiência física, pela incapacidade de realizarem atividades diárias em consequência das alterações patológicas que ocorrem na musculatura esquelética (STRASSBURG et al., 2005). Além disso, as alterações no estado nutricional desses indivíduos também acabam inferindo diretamente na perda de massa muscular e, conseqüentemente, no aumento da prevalência de comorbidades, mortalidade e tempo de internação.

Portanto, o objetivo deste capítulo é destacar a importância do estado nutricional em cardiopatas, a fim de minimizar possíveis agravos.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Conforme Correia (1998), a avaliação nutricional ideal deve ser prática, fácil de ser realizada, não-invasiva, sem necessidade de aparelhos ou exames complementares, realizável à beira do leito, com sensibilidade e especificidade apropriadas e com resultado imediato.

Porém para o *Guidelines for use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric* (ASPEN, 2002), a avaliação do estado nutricional consiste de dois componentes: avaliação nutricional e avaliação metabólica. A nutricional mensura compartimentos corporais e examina as alterações causadas pela desnutrição. A metabólica inclui a análise das estruturas e funções de órgãos e sistemas, de alterações metabólicas relacionadas à perda de peso e massa magra e outros compartimentos corporais, e a resposta metabólica à intervenção nutricional.

A história do paciente e o exame físico são requeridos para uma adequada avaliação do estado nutricional. Esta checagem deve focar a história de peso, hábitos alimentares não usuais e restrições, função gastrointestinal. A avaliação física inclui o aspecto geral do paciente, se ele apresenta edema, ascite, caquexia, obesidade, alterações cutâneas, alterações mucosas, petéquias ou

equimose, glossite, estomatite ou queilose. O sistema musculoesquelético deve ser inspecionado e palpado, com atenção especial aos bíceps, tríceps, quadríceps e aos músculos interósseos das mãos, temporais, supra e infraescapular.

No entanto, a utilização de um indicador isolado não possibilita o adequado diagnóstico nutricional do indivíduo. É necessário utilizar uma associação de vários indicadores para melhorar a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional dos pacientes hospitalizados (KAMIMURA et al., 2002).

ANTROPOMETRIA

A antropometria clássica foi sistematizada, compreendendo a estimativa da composição corporal do indivíduo por meio de aferições do peso e altura, através do cálculo do IMC e posterior classificação do mesmo. Aferição das circunferências (circunferência do braço, da panturrilha, do abdômen etc.) e dobras cutâneas (tricipital, bicipital, subescapular etc.) (ACUÑA; CRUZ, 2003).

EXAMES BIOQUÍMICOS

Outro método para a avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados utiliza os marcadores bioquímicos. Estes testes podem ser classificados em blocos de avaliação de massa muscular corpórea, estado nutricional protéico e competência imunológica (BOTTONI et al., 2000). Os parâmetros hematológicos mais utilizados são: hematócrito, hemoglobina e linfócitos totais (BOTTONI et al., 2000). Dentre as proteínas séricas frequentemente avaliadas, destacam-se a albumina, a transferrina e a pré-albumina (SMITH; MULLEN, 1991).

AValiação Muscular Subjetiva

A avaliação muscular subjetiva também é um método que busca destacar a importância do exame físico na prática clínica, observando a atrofia de determinados grupamentos musculares,

correlacionando com a sua atividade. Os grupamentos musculares são: músculo temporal e masseter, músculo adutor do polegar e musculatura da panturrilha (LAMEU; ANDRADE; SMITH, 2004).

Desse modo, a história clínica detalhada e o exame físico criterioso fornecem informações essenciais para a composição do diagnóstico das desordens nutricionais (ACUÑA; CRUZ, 2003) e permanecem como métodos fundamentais para uma adequada avaliação nutricional (LAMEU; ANDRADE; LUIZ, 2005).

ABORDAGEM NUTRICIONAL NO CUIDADO DAS CARDIOPATIAS

O comprometimento do estado nutricional é comumente encontrado em pacientes internados e pode ter influência direta sobre as taxas de morbidade e mortalidade. Um estudo multicêntrico conduzido na América Latina, mostra que mais de 50% dos pacientes encontram-se desnutridos na admissão hospitalar e 70% perde peso durante a internação (CORREIA; CAMPOS; ELAN, 2003). Já no Brasil, a desnutrição hospitalar atinge quase metade (48,1%) dos pacientes internados na rede pública (WAITZBERG; CORREIA; CAIAFFA, 1999), sendo uma consequência tanto de fatores socioeconômicos quanto de características das doenças. Em decorrência da desnutrição, a resposta ao tratamento é afetada, causando maior risco de complicações clínicas (WAITZBERG; GAMA-RODRIGUES; CORREIA, 2000).

As alterações do estado nutricional tendem a surgir pela inapropriada ingestão de nutrientes ou em decorrência de alterações no metabolismo, causadas por doenças (FUJINO, 2007) A baixa aceitação das dietas servidas em ambiente hospitalar tem se mostrado como um fator de risco para desnutrição em pacientes hospitalizados (YABUTA; CARDOSO; ISOSAKI, 2003). Dentre as condições clínicas que mais interferem na aceitação da dieta devido às restrições dietéticas, tais como redução de sódio e de gorduras alimentares, destacam-se as de origem cardiovascular (PRIETO et al., 2006). Em qualquer um dos casos, segue-se

a redução da massa corporal magra e a subsequente perda de estrutura e função dos tecidos (FUJINO, 2007).

Em pacientes com valvulopatias, a desnutrição resulta em expressiva perda de massa muscular esquelética, que contribui para o aumento da prevalência de comorbidades, mortalidade e tempo de internação no pós-operatório (ANDRADE; LAMEU; LUIZ, 2005). Também foi observada redução significativa da massa corporal magra em 40% dos pacientes que aguardavam a cirurgia cardíaca para troca valvar, ocasionando maior tempo de hospitalização e aumento de mortalidade (FREUND, 1996).

Esta condição também pode estar presente nas cirurgias de grande porte, pela necessidade de suporte ventilatório prolongado com intubação orotraqueal, procedimentos dialíticos, associando-se também à falha no reconhecimento da necessidade da terapia nutricional precoce (MATSUBA, 2003).

A musculatura cardíaca também é consumida nos casos de desnutrição. Os achados de necropsia têm demonstrado que o peso do coração na desnutrição prolongada pode cair à metade (LEVENSON; CROWLEY; SEIFTER, 1975). Durante a desnutrição aguda, as alterações funcionais cardíacas são proporcionais à perda de peso corporal e surgem precocemente (décimo dia) durante o jejum (CONSOLAZIO et al., 1967).

Buchanan et al. (1977) investigaram pacientes com doença valvar mitral no pré e pós operatório, observando que os mesmos apresentavam-se desnutridos no pré-operatório e que isto parecia estar relacionado principalmente à anorexia.

É provável que diversos fatores estejam associados à anorexia, ressaltando-se a hipomotilidade gastrointestinal com diminuição do esvaziamento gástrico, a distensão abdominal originada pela hipóxia e edema, náuseas e ascite. Além disso, a anorexia parece ser compensatória, já que durante o período pós-prandial ocorre aumento do trabalho miocárdico (FRANÇA, 1998; MORLEY, 2001).

A desnutrição em pacientes coronariopatas pode manifestar-se de duas formas: a caquexia cardíaca clássica e a desnutrição iatrogênica ou nosocomial (FRANÇA, 1998; FREUND, 1996).

A caquexia cardíaca clássica é demonstrada em um terço dos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, ocorrendo devido a inúmeros fatores, tais como: anorexia, elevada taxa metabólica basal, hipóxia celular devido à hipoperfusão, diminuição de nutrientes nos tecidos e aumento das perdas de nutrientes urinária e fecal. Já a desnutrição iatrogênica ou nosocomial ocorre como resultado de complicações da cirurgia cardíaca ou algum outro tipo de complicação cirúrgica em pacientes cardíacos (FREUND, 1996; MUSTAFA; LEVERE, 2001).

Alguns nutrientes específicos utilizados para a produção energética miocárdica podem estar reduzidos na insuficiência cardíaca como a L-carnitina, a coenzima Q10 e a tiamina. Pode ocorrer também relativa deficiência de taurina, aminoácido que modula os níveis intracelulares de cálcio e aumento do estresse oxidativo, influenciando a função e o metabolismo da musculatura esquelética (SOLE; JEEJEEBOHOY, 2000). A adequada nutrição parece ser essencial como estratégia terapêutica na insuficiência cardíaca. Sendo assim, o suporte nutricional pré-operatório pode melhorar a função cardíaca em pacientes com caquexia cardíaca (WEBB; KIESS; CHAN-YAN, 1986).

Segundo Velloso (1996), pacientes cardiopatas com desnutrição calórica moderada ou grave apresentam duas vezes mais risco de mortalidade. Diante disso, é essencial que a identificação dos pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição seja feita no início da internação hospitalar, para a definição de uma terapia nutricional que possa corrigir as alterações nutricionais e melhorar o prognóstico do paciente, reduzindo-se assim os custos hospitalares e a mortalidade (SCHNEIDER; HEBUTERNE, 2005; BAXTER, 1999; CHIMA, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indivíduos portadores de cardiopatias apresentam uma taxa elevada de deficiência física, em consequência das alterações patológicas que ocorrem na musculatura esquelética que acabam sendo

exacerbadas pelas alterações no estado nutricional apresentados nesses indivíduos.

Dessa forma, torna-se fundamental a realização da avaliação nutricional detalhada, classificando o estado nutricional e, se necessário, intervir com alimentação adequada e suplementação nutricional para evitar o desenvolvimento de comorbidades, e aumento da prevalência de mortalidade, bem como tempo de internação, decorrentes das cardiopatias. Destacando que a avaliação deve ser realizada constantemente a fim de manter o estado nutricional e intervir quando necessário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. N.; LAMEU, E. B.; LUIZ, R. R. Musculatura adutora do polegar: um novo índice prognóstico em cirurgia cardíaca valvar. *Revista Brasileira de Cardiologia*, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 384-91, 2005.

ANTUNES, M. *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Almedina, 2008.

ASPEN. Guidelines for use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *Board of Directors J Parenter Enteral Nutr*, v. 26, n. S11, p. 1-138, 2002.

BAXTER, J. P. Problems of nutritional assessment in the acute setting. *Proc. Nutr. Soc.*, v. 58, n. 1, p. 39-46, 1999.

CHIMA, C. S. et al. Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs and discharge status of patients hospitalized in the medicine service. *J Am Diet Assoc.*, v. 97, n. 9, p. 957-58, 1997.

COIRAULT, C. et al. Oxidative stress of myosin contributes to skeletal muscle dysfunction in rats with chronic heart failure. *Am J Physiol. Heart Circ. Physiol.*, v. 292, n. 2, p. 1009-17, 2007.

CONSOLAZIO, C. F. et al. Metabolic aspects of acute starvation in normal humans: performance and cardiovascular evaluation. *Am J Clin. Nutr.*, v. 20, n. 7, p. 684-93, 1967.

CORREIA, M. I.; CAMPOS, A. C. ELAN, C. S. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter Elan study. *Nutrition*, v. 19, n. 10, p. 823-5, 2003.

CORREIA, M, I, T, D. Avaliação nutricional subjetiva. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, São Paulo, n. 13, p. 68-73, 1998.

FRANÇA, M. F. O valor do tratamento nutricional na insuficiência cardíaca. *Rev. SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 180, 1998.

FREUND, H. A. Nutrition of heart and lung. In: FISHER, J. E. *Nutrition and metabolism in the surgical patients*. Boston: Little, Brown and Company, 1996. p. 667-84.

FUJINO, V.; NOGUEIRA, L. A. B. N. S. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. *Arq. Ciênc. Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 220-6, 2007.

HU, G. et al. The joint associations of occupational, commuting, and leisuretime physical activity, and the Framingham risk score on the 10-year risk of coronary heart disease. *Eur. Heart J.*, v. 28, n. 4, p. 492-8, 2007.

KAMIMURA, M. A. et al. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. (Ed.). *Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto*. São Paulo: Manole, 2002. p. 406.

LEVENSON, S. M.; CROWLEY, L.V.; SEIFTER, E. Starvation. In: BALLINGER, W. F. et al. *Manual of surgical nutrition*. Philadelphia: 1975. p. 236-64

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. *São Paulo Med. J.*, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

MATSUBA, C. S. T. *Obstrução de sondas nasoenterais em pacientes cardiopatas* [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

MITCHELL, S. C.; KORONES, S. B.; BERENDES, H. W. Congenital heart disease in 56,109 births incidence and natural history. *Circulation*, v. 43, p. 323-32, 1971.

MORLEY, J. E. Anorexia, body composition, and ageing. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, v. 4, n. 1, p. 9-13, 2001.

MUSTAFA, I.; LEVERE, X. Metabolic and nutritional disorders in cardiac cachexia. *Nutrition*, v. 17, n. 9, p. 756-60, 2001.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 15, n. 1, p. 34-45, 2006.

PRIETO, D. B. et al. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v. 21, n. 3, p. 181-7, 2006.

STRASSBURG, S.; SPRINGER, J.; ANKER, S. D. Muscle wasting in cardiac cachexia. *Int. J. Biochem. Cell Biol.*, v. 37, n. 10, p. 1.938-1.947, 2005.

SCHNEIDER, S. M.; HEBUTERNE, X. Use of nutritional scores to predict clinical outcomes in chronic diseases. *Nutr. Rev.*, v. 58, n. 2, p. 31-38, 2000.

SOLE, M. J.; JEEJEEBHOY, K. N. Conditioned nutritional requirements and the pathogenesis and treatment of myocardial failure. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, v. 3, n. 6, p. 417-24, 2000.

WAITZBERG, D. L.; GAMA-RODRIGUES, J.; CORREIA, M. I. T. D. Desnutrição hospitalar no Brasil. In: WAITZBERG, D. L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 24-39.

WAITZBERG, D. L.; CORREIA, M. I. T. D.; CAIAFFA, W. T. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (Ibranutri). *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v. 14, n. 2, p. 124-34, 1999.

WEBB, J. G.; KIESS, M. C.; CHAN-YAN, C. C. Malnutrition and the heart. *Cmaj*, v. 135, n. 7, p. 753-8, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics*. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf>. Acesso em: março de 2014.

YABUTA, C.; CARDOSO, E.; ISOSAKI, M. Dieta hipossódica: aceitação por pacientes internados em hospital especializado em cardiologia. *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v. 21, n. 1, p. 33-7, 2003.

ATIVIDADE FÍSICA COMO PREVENÇÃO E CUIDADO À SAÚDE DE IDOSOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Alisson Padilha de Lima
Tânia Rosane Bertoldo Benedetti
Camila Pereira Leguisamo

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da idade, verifica-se aumento na prevalência do diabetes, diminuição na adesão a programas de cuidados à saúde e de exercícios físicos (SILVA et al., 2010).

O processo de envelhecimento humano causa alterações biopsicossociais que podem ocasionar uma desestruturação orgânica na aptidão funcional e contribuir para o aparecimento de doenças (LIMA; DELGADO, 2010). Essas alterações podem ser amenizadas com a prática de atividades físicas que auxiliam na manutenção da boa qualidade de vida, da composição corporal, das capacidades físicas em níveis adequados e da aptidão funcional compatível com as atividades que se quer realizar (LIMA et al., 2011).

Além disso, um programa de exercício físico, quando bem orientado, oferece diversos benefícios para a população idosa (LIMA et al., 2011; LIMA; CARDOSO, 2013), como, por exemplo, uma relação positiva entre a atividade física e o diabetes. Os

fatores que contribuem positiva ou negativamente a esse processo são histórico familiar, idade, condições socioeconômicas, nível de tabagismo, nível de etilismo, estado nutricional, consumo alimentar adequado e os níveis de atividade física. A atividade física, que será objeto deste estudo, vem sendo evidenciada no cenário brasileiro como uma estratégia de saúde (BRASIL, 2010).

Lee et al. (2012) afirmam que a adoção da prática de atividades físicas poderia aumentar a expectativa de vida da população do mundo em 0,68 anos e reduzir o diabetes mellitus em 7%.

A hiperglicemia ocasiona lesões em distintos órgãos do corpo humano, especialmente no coração, rins, sistema nervoso e olhos, que, a longo prazo, podem sofrer complicações patológicas, como a nefropatia diabética e a retinopatia diabética, que pode deixar a pessoa cega (ADA, 2008; SBD, 2014).

Dessa forma, este capítulo traz uma breve revisão da importância da atividade física na prevenção e no cuidado à saúde de idosos com diabetes mellitus tipo 2.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O diabetes mellitus é identificado por várias disfunções metabólicas. É caracterizado por hiperglicemia, resultante de um déficit na produção de insulina, na ação da insulina, ou ambos (ADA, 2008). Entre as patologias crônicas não transmissíveis, o diabetes mellitus se enquadra entre a mais importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre idosos (FRANCISCO et al., 2010).

Já em nível mundial, as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas são as patologias crônicas não transmissíveis de maior impacto. No Brasil, são responsáveis por 72% das causas de óbitos, sendo que 31,3% são por doenças do aparelho circulatório, 16,3% por câncer, 5,8% por doenças respiratórias e 5,2% por diabetes, apresentando como grupos mais vulneráveis os idosos e as pessoas de baixa renda (SCHMIDT et al., 2011).

Assim, com o aumento no número de idosos, há uma tendência a sedentarismo e hábitos alimentares inadequados pela população, além de outras mudanças sócio-comportamentais que contribuem para a maximização da incidência de diabetes e da mortalidade pela doença (SBD, 2014).

O hábito alimentar da população brasileira tem obtido uma mudança no consumo de alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças. A frequência com que adultos consomem cinco ou mais porções diárias dessas duas classes de alimentos (consumo recomendado) foi modesta na maioria das capitais estudadas, variando entre 15,7% em Rio Branco e 29,8% em Florianópolis (BRASIL, 2014).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma das doenças crônicas não transmissíveis com maior diagnóstico entre a população mundial (LEITE; MARLOW; FERNANDES, 2013). Além de atingir a população idosa com maior frequência, está aumentando em crianças, adolescentes e adultos jovens (CHEN et al., 2012). Esses índices de DM2 estão ligados à modernização social (novas tecnologias), à inatividade física, ao aumento do consumo de calorias por meio de alimentos inadequados e à crescente obesidade na população arábica (BADRAN; LAHER, 2012).

Os fatores mais associados ao aparecimento do diabetes mellitus (DM) são: sobrepeso, obesidade central, alto teor de gordura corporal, níveis baixos de aptidão cardiorrespiratória, resistência cardiorrespiratória diminuída e déficit de massa magra (WINETT et al., 2014). Portanto, é importante o desenvolvimento de programas na atenção básica, que contemplem a saúde do idoso com DM como meio de prevenção e controle dessa patologia crônica (CHAO et al., 2014).

Esses cuidados com as condições de saúde do idoso diabético são uma realidade também presente no Brasil. A incidência de DM2 cada vez mais tem se expandido na população, necessitando de diagnóstico precoce, bem como de reduzido tratamento na profilaxia de suas possíveis complicações (RODRIGUES JUNIOR et al., 2014).

Por isso, é importante a detecção precoce da DM, onde segundo Charles et al. (2013), esse diagnóstico, realizado no início da doença, pode prevenir complicações clínicas mais graves e evitar que o idoso desenvolva uma neuropatia diabética ocasionando danos ao sistema nervoso, afetando assim sua saúde e sua qualidade de vida.

Complicações são comuns em diagnósticos tardios da DM2. Foram identificadas também em idosos libaneses, aos quais a predominância de longa data com o diabetes ocasionou descontrole da pressão arterial, perfil lipídico, uso de medicamentos excessivos, e desencadeou neuropatia diabética (NOUREDDINE et al., 2014).

Portanto, ser diagnosticado com DM2 precocemente pode ter forte impacto nos aspectos físicos, sociais, mentais e no bem-estar do idoso, evitando que demais riscos de patologias que possam vir a se instalar no seu organismo, como, por exemplo, doenças cardiovasculares, hipertensão, retinopatia, nefropatia, amputações e a neuropatia e outros problemas que possam desencadear depressão (MITKOV; ALEKSANDROVA; ORBETZOVA, 2013).

CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

É importante planejar programas de atenção à saúde para idosos com diabetes mellitus, no contexto comunitário, com intuito da educação em saúde por meio de uma equipe multidisciplinar que vise à prevenção e ao cuidado dessa patologia para evitar agravos (GRILLO; GORINI, 2007).

Programas de atenção à saúde do idoso portador de diabetes devem objetivar manter os níveis glicêmicos normais, evitar lesões micro e macrovasculares, controlar os fatores de riscos cardiovasculares, rastrear e tratar as síndromes geriátricas comuns. Devem também mantê-los na sua capacidade física máxima, de forma a resguardar sua independência física e mental, tanto na comunidade como na família (LOURENÇO, 2004).

A profilaxia e o cuidado de complicações do diabetes são possíveis por meio de programas educativos, destacando-se que,

por ser uma doença crônica, que afeta milhões de pessoas no mundo, há a necessidade da criação de enfoques e metodologias que capacitem as pessoas e seus familiares por meio do acesso à informação e a oportunidades que os permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável (BRASIL, 2005).

Conforme as políticas de atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006), em relação à promoção da saúde, a inserção de ações locais deverá ser norteada pelas estratégias de implementação, contempladas na política nacional de promoção da saúde, portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridade as seguintes ações específicas:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

Essas ações foram reafirmadas em 2014, embora a prioridade passou a ser formação e educação permanente, sendo precedidas das mesmas ações (BRASIL, 2014).

ATIVIDADE FÍSICA PARA O IDOSO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

A atividade física é entendida como qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética com aumento da energia dispendida. Já o exercício físico refere-se a uma atividade física planejada, estruturada e com movimentos repetitivos para melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (ACSM, 2009).

O Colégio Americano de Medicina do Esporte e a Associação Americana de Saúde afirmam que a intensidade e a duração da atividade física devem ser baixas no início, para indivíduos idosos, por estes serem altamente desconicionados, funcionalmente limitados, ou terem doenças crônicas, como o diabetes mellitus tipo 2, que afeta a capacidade de executar tarefas físicas. A progressão das atividades deve ser individual e personalizada. Inclusive, fortalecimento muscular e equilíbrio podem ser necessários antes de iniciar o treinamento aeróbico em idosos muito frágeis (ACSM, 2011).

As diretrizes de atividade física para os americanos afirmam que a atividade física regular reduz os riscos adversos à saúde e proporciona benefícios à melhora da qualidade de vida, todavia enfatizam que, para se obter benefícios à saúde, a quantidade de atividade física a ser praticada deve ser prescrita pela maior intensidade, maior frequência ou maior duração (DHHS, 2008).

O indivíduo idoso deve ultrapassar os valores mínimos de atividade física recomendada se eles desejam aumentar sua aptidão física, porém, se doenças crônicas impedem que seja realizada a quantidade mínima de 150 minutos de atividade física, de intensidade moderada por semana, o idoso deve realizar atividades físicas toleradas de modo a evitar o sedentarismo (ACSM, 2009).

Já a Sociedade Brasileira de Diabetes afirma que a adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais eficiente do que o tratamento farmacológico no controle do diabetes mellitus (SBD, 2006).

Segundo Costa et al. (2011), com a mudança do estilo de vida adotado pelo indivíduo com diabetes mellitus, juntamente com o apoio dos familiares e amigos, através da inserção de atividade física regular e hábitos alimentares adequados, pode se obter benefícios mais eficazes por ter o fator motivacional inserido, influenciando positivamente no controle glicêmico e na melhora da qualidade de vida.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte e a Associação Americana de Diabetes (2010) posicionaram-se sobre os diversos

tipos de exercícios físicos e suas práticas. A recomendação para a maioria dos indivíduos com diabetes tipo 2 é acumular pelo menos 150 minutos de exercício aeróbico por semana em intensidade moderada e de alto impacto para alcançar uma redução do risco de doenças cardiovasculares. Isso vale para os indivíduos com neuropatia periférica que não apresentem úlcera aguda. Ao participar de exercícios físicos, ressalta-se o cuidado abrangente com os pés, devendo haver uma inspeção diária dos pés e do uso de calçados adequados para a prevenção e detecção precoce de feridas ou úlceras. Vale lembrar, também, que a caminhada moderada provavelmente não aumenta o risco de úlceras nos pés ou ulceração com neuropatia periférica, desde que se atente para essas prevenções necessárias.

Ainda assim, é importante afirmar que, para quem não faz nenhum tipo de atividade física, o fato de caminhar por 10 minutos contínuos ou mudar pequenos hábitos – como usar escadas em vez de elevador, fazer pequenos trajetos a pé etc. –, são estratégias válidas para começar a mudança de hábitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade física é muito importante na prevenção e no cuidado à saúde dos idosos com diabetes mellitus tipo 2, devido aos efeitos benéficos à melhora e ao controle dos níveis glicêmicos, proporcionando a essa população uma melhor capacidade funcional e qualidade de vida. Pequenas mudanças em hábitos de locomoção contribuem para trazer benefícios à saúde.

REFERÊNCIAS

ADA, AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, v. 31, Suppl 1, p. 55-60, 2008.

ACSM, AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining car-

diorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 43, n. 7, p. 1.334-1.359, 2011.

ACSM, AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE; ADA, AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Exercise and type 2 diabetes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 42, p. 2.282-2.303, 2010.

ACSM, AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação da melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Caderno de avaliação n. 2, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Caderno de atenção básica n. 19, Departamento de atenção básica, Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*, 3. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Secretaria de atenção à saúde, Brasília: Ministério da saúde, 2014.

BADRAN, M.; LAHER, I. Type II diabetes mellitus in arabic-speaking countries. *International Journal of Endocrinology*, v. 90, n. 28, p. 1-11, 2012.

CHARLES, M. et al. Impact of early detection and treatment of diabetes on the 6-year prevalence of cardiac autonomic neuropathy in people with screen-detected diabetes: ADDITION-Denmark, a cluster-randomised study. *Diabetologia*, v. 56, p. 101-108, 2013.

- CHAO J. et al. The long-term effect of community-based health management on the elderly with type 2 diabetes by the Markov modeling. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 2, n. 14, p. 86-97, 2014.
- CHEN, L., MAGLIANO, D.; ZIMMET, P. The world wide epidemiology of type 2 diabetes mellitus present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 8, p. 228-236, 2012.
- COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 2.001-2.009, 2011.
- DHHS. *Physical Activity Guidelines for Americans*. Rockville (MD): U.S: Department of Health and Human Services, 2008.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cadernos de saúde pública*, v. 26, n. 1, p. 175-184. 2010.
- GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.
- LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.
- LEITE, R.; MARLOW, N.; FERNANDES, J. Oral health and type 2 diabetes. *American Journal of Medicine Science*, v. 345, p. 271-273, 2013.
- LIMA, A. P. et al. A relação entre o desempenho rítmico-sonoro de mulheres idosas com sua capacidade funcional da marcha. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 8, n. 2, p. 196-204, 2011.
- LIMA, A. P.; CARDOSO, F. B. Avaliação da eficácia de um programa ludomotor de exercícios físicos na melhora da capacidade funcional de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 18, n. 2, p. 429-440, 2013.
- LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento (REFUM)*, v. 1, n. 2, p. 76-91, 2010.

LIMA, A. P. et al. Uma avaliação da eficácia de um programa neuromotor de exercícios físicos para idosos. *Brazilian Journal of Biomotricity*, v. 5, n. 1, p. 26-33, 2011.

LOURENÇO, R. A. *Diabetes no idoso*. In: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. organizadores. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico e tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; 2004.

MITKOV, M.; ALEKSANDROVA, I.; ORBETZOVA, M. Effect of transdermal testosterone or alphalipoic acid on erectile dysfunction and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Folia Medicine*, v. 55, p. 55-63, 2013.

NEURODDINE, H. et al. Level of A1C control and its predictors among Lebanese type 2 diabetic patients. *Therapeutic advances in endocrinology and metabolism*, v. 5, n. 3, p. 43-52, 2014.

RODRIGUES JÚNIOR, W. et al. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in urban adult population. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, n. 2, p. 118-124, 2014.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. *Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD 2014*. Posicionamento oficial, n. 1, 2014.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. *Atualização brasileira sobre diabetes*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SILVA, L. M. C. et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 44, n. 2, p. 462-468, 2010.

WINETT, R. A. et al. Developing a new treatment paradigm for disease prevention and healthy aging. *Translational behavioral medicine*, v. 4, n. 1, p. 117-23, 2014.

CUIDADOS À NEUROPATIA DIABÉTICA NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Daniel Lima Varela
Luma Zanatta de Oliveira
Camila Pereira Leguisamo

INTRODUÇÃO

A prevalência de diabetes com o envelhecer tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, sendo o seu combate considerado prioridade em programas de saúde pública no mundo inteiro. Estima-se que aproximadamente 8% da população mundial entre 30 e 69 anos tenham diabetes, devendo esta porcentagem representar 438 milhões de pessoas em 2030 (IDF, 2009).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se em cerca de 11 milhões os portadores de diabetes, sendo que 7,5 milhões sabem que tem a doença, e o restante ainda não foi diagnosticado.

Os diagnósticos de diabetes no Brasil aumentam com a idade e também são mais frequentes entre pessoas com até oito anos de escolaridade.

A duração e o nível de hiperglicemia são importantes determinantes das complicações microvasculares do diabetes, incluindo a neuropatia.

O controle do surto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um grande desafio para as políticas de Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2011; BRASIL, 2005).

Desse modo, é de fundamental importância implementar ações de educação e prevenção, a fim de levar ao conhecimento da população em geral e portadores conhecimentos sobre a doença e suas potenciais complicações.

Ao lado do processo de envelhecimento, as doenças crônicas começaram a representar um aumento de serviços de saúde, corroborando a necessidade de monitorar sua prevalência. A senilidade colabora com o aumento dos riscos para as DCNTs. Entre os 57 milhões de óbitos em 2008, 63% foram em decorrência das DCNTs, principalmente doenças cardiovasculares e diabetes. Em 2007, no Brasil, a taxa de mortalidade por DCNT foi de 540 mortes por 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), sendo hoje o foco de importantes políticas de prevenção (SCHMIDT et al., 2011).

O objetivo deste texto é justamente fazer uma síntese, baseada em evidências, do que há de mais recente e impactante sobre o metabolismo da glicose na população idosa, o estado diabético propriamente dito, a neuropatia diabética no seu estado mais precoce e as formas preventivas com atuação multidisciplinar para modificar a evolução da doença.

ESTADOS DE INTOLERÂNCIA À GLICOSE COM A IDADE

Intolerância à glicose está relacionada ao envelhecimento. A idade tem sido associada a níveis elevados de glicose e insulina, após o teste de sobrecarga de glicose. Durante as 2 horas de teste de tolerância oral à glicose, com 75 gramas (TTOG), os níveis plasmáticos aumentam mais abruptamente. Como o resultado, indivíduos mais velhos são mais comumente classificados como tendo intolerância à glicose, se comparados com os mais jovens. Alguns investigadores acreditam que o diagnóstico de diabetes poderia ser feito muitos anos antes usando o TTOG em detrimento do teste rápido isolado em pessoas idosas.

ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DA GLICOSE COM A IDADE

A sensibilidade à insulina é demonstradamente reduzida no corpo inteiro de pessoas mais velhas. O comprometimento das taxas de oxidação intracelular da glicose na população mais velha também tem sido relatada. Explicações para a efetividade reduzida da insulina com a idade incluem: a) aumento da massa gorda abdominal; b) atividade física reduzida; c) sarcopenia; d) disfunção mitocondrial; e) mudanças hormonais (isto é, redução do fator de crescimento insulínico tipo 1 e da dehidroepiandrosterona); f) aumento do estresse oxidativo e inflamação (KALYANI, 2013). Entretanto, observa-se que a sensibilidade à insulina decresce com a idade, mesmo após ajustes para diferença na adiposidade, distribuição de gordura e atividade física.

A disfunção das células beta-pancreáticas, com a idade, também é um fator contribuinte significativo para o metabolismo anormal da glicose.

COMPLICAÇÕES DO DIABETES EM IDOSOS

Complicações micro e macrovasculares ocorrem em pacientes idosos, similarmente às pessoas mais jovens, embora o risco cardiovascular absoluto seja muito maior nos adultos mais velhos. O diabetes na população mais velha, contudo, é heterogêneo e inclui indivíduos com início na vida adulta média (3^a, 4^a e 5^a décadas) e aqueles após os sessenta anos, sendo este grupo responsável por até um terço dos casos.

Adultos com diabetes mellitus (DM) de início na faixa etária mediana geralmente apresentam pior controle glicêmico e são mais propensos à utilização de medicamentos hipoglicemiantes.

Considerando que a prevalência de doenças macrovasculares (acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana e arterial periférica) pode ser semelhante entre a faixa etária mediana e a população idosa com DM, a carga de doença microvascular

(particularmente retinopatia) tende a ser maior nos primeiros. Portanto, a idade de início do DM pode ter um impacto da doença nas complicações diabéticas presentes em pacientes idosos.

SÍNDROMES GERIÁTRICAS ASSOCIADAS COM O DIABETES

As síndromes geriátricas descritas por ocorrerem mais frequentemente em pessoas com DM incluem perda de função muscular, limitação funcional e incapacidade, além de fragilidade – todas estas podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes idosos –, em adição à mortalidade precoce. O DM também aumenta o risco de outras complicações comuns em pacientes geriátricos, como depressão, disfunção cognitiva, dor crônica, quedas, incontinência urinária e polifarmácia.

A NEUROPATIA DIABÉTICA

A neuropatia diabética (ND) é a mais comum e perturbadora complicação do diabetes mellitus, envolvendo aproximadamente metade dos pacientes, levando a grande morbidade e mortalidade, e resultando em um forte impacto econômico, se considerados os gastos com cuidados crônicos, sem contar que piora a qualidade de vida. Adultos com 60 anos ou mais têm uma prevalência de diabetes maior que duas vezes, se comparados com grupos mais jovens, e o número de pessoas idosas com diabetes continuará a crescer com o envelhecimento populacional.

A patogênese da ND inclui hiperglicemia persistente, insuficiência microvascular, estresse oxidativo, defeito no neurotropismo e disfunção nervosa autoimune.

A ND crônica associada ao diabetes mellitus consiste em um processo patológico insidioso e progressivo, no qual a severidade não está diretamente representada nos sinais e sintomas desenvolvidos pelos pacientes. A ND, por si só, é suficiente para causar parestesia dolorosa (dor neuropática), ataxia sensorial e

deformidade de Charcot. A detecção e identificação precoce do processo neuropático oferece uma oportunidade crucial para o paciente diabético, no sentido de ativamente procurar o controle glicêmico ótimo e prevenir uma série de complicações com os pés, antes de a morbidade se tornar incapacitante.

As NDs compreendem, de forma resumida, a polineuropatia diabética (PD), forma simétrica e distal que atinge tipicamente neurônios sensitivos com axônios longos, e as neuropatias focais ou mononeuropatias, incluindo as neuropatias compressivas clássicas como síndrome do túnel do carpo, neuropatia ulnar no cotovelo, meralgia parestésica (compressão do nervo cutâneo lateral da coxa no ligamento inguinal) e a neuropatia fibular na cabeça da fíbula. Outras mononeuropatias, mais especificamente identificadas em pacientes diabéticos, incluem radiculopatias intercostais e abdominais, paralisias dos nervos oculomotores e acometimento do plexo lombossacro (amiotrofia diabética ou síndrome de Bruns Garland).

Brown e Asbury subdividiram a PD em subtipos, com o grupo misto (motora, sensitiva e autonômica), representando 70% dos pacientes. Um fenótipo predominantemente sensitivo foi encontrado em 39%, sendo ainda dividido em fibras grossas, fibras finas ou neuropatias mistas. As formas puramente motora ou autonômica foram incomuns (aproximadamente 1% cada).

A PD sintomática tipicamente apresenta-se com sintomas espontâneos positivos (parestésias descritas como formigamento, “alfinetes e agulhas”, ardência, sensação anormal de temperatura e dor), ou negativos (dormência, insensibilidade a lesões) nos dedos dos pés. Com o tempo, estas sensações podem avançar para os pés e pernas e envolver as mãos. A dor neuropática é um achado precoce proeminente e pode ser severa apesar de sinais mínimos de polineuropatia. Os pacientes descrevem seus pés como “apertados”, tendo dor do tipo formigamento, em ardência, tipo choque ou sensação de picada. Tipicamente, os sintomas são proeminentes à noite, e a qualidade do sono e da vida como um todo são significativamente comprometidas. Pode haver alodinia (dor desencadeada por estímulos simples) relacionada com os

cobertores da cama ou com o simples ato de caminhar. A marcha pode ser dolorosa e hesitante ou instável. Embora os pacientes diabéticos geralmente não exibam uma marcha atáxica clássica, com base alargada e instável, a perda de sensibilidade ao toque e pressão nas plantas dos pés e, mais tardiamente, a perda de axônios proprioceptivos podem predispor as quedas. As anormalidades sensitivas são de distribuição “em botas e luvas”, refletindo o envolvimento de nervos mais longos.

Em adição à perda sensitiva, que pode envolver os dedos, pés ou pernas, pode ocorrer perda ou diminuição dos reflexos aquileus e, em casos mais avançados, dos reflexos patelares e dos membros superiores.

Na PD distal, a manifestação motora mais precoce é a atrofia do músculo extensor curto dos dedos. A fraqueza na dorsiflexão do hálux e demais dedos ocorre mais tarde. O envolvimento motor axonal sutil pode levar a anormalidades na postura dos pés, contribuindo para ulceração e desequilíbrio na marcha. Juntas de Charcot, por exemplo, nos tornozelos, são artropatias destrutivas secundárias à injúria repetitiva muitas vezes não percebidas pelo paciente.

A identificação precoce do processo neuropático é fundamental para oferecer ao paciente a possibilidade de alterar ativamente o curso do controle glicêmico subótimo, previamente ao dano nervoso irreversível (BOULTON, 1998).

A história clínica e o exame físico em combinação com o estudo eletrofisiológico constituem o padrão ouro para diagnóstico e mensuração da severidade da neuropatia.

A evidência atual sugere métodos simples de *screening* para PD, focados primariamente no uso de monofilamentos (de Semmes-Weinstein), que é barato, facilmente realizado, rápido e reprodutível. Escores clínicos têm sido desenvolvidos para sumarizar um grande volume de informações, entre eles os pioneiros descritos por Dyck e colaboradores, de Michigan e de Toronto. Os escores levam em conta sintomas e sinais (dor nos pés, parestesia, fraqueza, ataxia e sintomas nos membros superiores), teste dos reflexos aquileus e patelares e teste de sensibilidade em todas as

modalidades (dor, temperatura, tato superficial, vibratória e de posição).

Por fim, a eletroneuromiografia (ENMG), através do estudo de neurocondução, mede a habilidade do nervo periférico em conduzir sinais elétricos, e é anormal quando mudanças patológicas estão presentes na mielina, nodos de Ranvier e axônios. A PDSM é tipicamente axonal, e a ENMG pode determinar a intensidade da mesma; excluir outras desordens, especialmente a polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica, cujo tratamento imunológico é disponível; além de poder detectar mononeuropatias compressivas em diversos locais com elevado grau de especificidade.

ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL DO DIABETES NO IDOSO

Os objetivos do tratamento do diabetes em pacientes idosos incluem: a) controle da hiperglicemia; b) prevenção e tratamento de complicações micro e macrovasculares; c) evitar a hipoglicemia; d) preservar a qualidade de vida. Embora os objetivos sejam semelhantes aos dos adultos jovens, idosos com diabetes são heterogêneos em suas capacidades física e cognitiva, múltiplas comorbidades, e expectativa de vida. Por outro lado, adultos mais velhos conservados, com expectativa de vida maior que 10 anos, podem se beneficiar de metas glicêmicas semelhantes aos mais jovens (ou seja, hemoglobina glicada - HbA1c <7%) para evitar complicações diabéticas.

Para os idosos mais fragilizados, com múltiplas comorbidades e expectativa de vida mais limitada, no entanto, evitar a hipoglicemia e hiperglicemia sintomática e preservar a qualidade de vida passam a ser os alvos principais, sendo o alvo glicêmico menos rigoroso (isto é, HbA1c <8%). Além disso, as preferências do paciente também devem ser reconhecidas nas decisões relativas ao manejo do diabetes. Recomendações de estilo de vida incluem atividade física e controle dietético.

NEUROPATIA PERIFÉRICA E CUIDADOS COM OS PÉS

DM tipo II está presente em 90% dos pacientes e dentre as complicações crônicas estão às lesões ulcerativas dos membros inferiores (MMII), que são decorrentes da neuropatia a qual gera perda de sensibilidade periférica tátil, térmica e dolorosa, podendo levar a uma amputação (GOMES; COBAS, 2009).

A cada 30 segundos, um membro inferior é amputado ao redor do mundo e 15% de indivíduos diabéticos desenvolverão ulceração dos pés em algum momento de suas vidas e, portanto, ficarão expostos à possibilidade de amputação de membros inferiores.

Diante disso, os diabéticos devem ter alguns cuidados diários com os pés, como lavá-los com água morna, quase fria, secar bem entre os dedos e examiná-los; não utilizar hidratantes entre os dedos, apenas na região do pé; cortar as unhas em linha reta; usar meias de algodão sem costura e preferencialmente claras; elevar os pés para melhorar a circulação sanguínea; inspecionar os calçados internamente antes de colocá-los em busca de algum objeto que possa machucar.

As complicações com os pés desses pacientes acabam sendo um problema de saúde pública, sendo necessárias medidas emergenciais de conhecimento dos processos que envolvem a disfunção microcirculatória e prevenção, tais como o emprego de equipes multidisciplinares e educação, a fim de acompanhar o pé em risco e antecipar-se aos problemas. Isso minimiza de forma significativa as taxas de amputação. A educação tem sido identificada como a melhor estratégia para melhorar o cuidado com os pés. Até 85% das amputações poderiam ser evitadas através de um programa que envolvesse o cuidado com pé diabético, controle glicêmico adequado, educação e informação (MAGALHAES; BOUSKELA, 2008). Além disso, demais medidas preventivas, como o uso de palmilhas e calçados especiais, estão relacionadas à redistribuição da pressão plantar, existindo evidências de que estes dispositivos

são capazes de reduzir os picos de pressão plantar entre 20 e 80% dos casos (BUS, 2008), evitando possíveis amputações.

Dessa forma, fica claro que a estratégia primária para evitar as amputações dos MMII são medidas de conhecimento por parte dos profissionais envolvidos com esses cuidados e a educação continuada aos portadores.

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS DIABÉTICOS COM NEUROPATIA

Entre os idosos, as quedas são um dos principais fatores de morbidade e mortalidade, pois acarretam perda de mobilidade, restrição social, dependência para realização de atividades da vida diária (AVD) e perda da autonomia (PANEL ON PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS), em especial nos idosos diabéticos, onde existem inúmeras alterações musculoesqueléticas causadas pela neuropatia, tais como: fraqueza muscular (principalmente da musculatura intrínseca dos pés) e redução de amplitude de movimento (ADM), colaborando para a diminuição das aferências do sistema proprioceptivo e ocasionando instabilidade postural (SACCO et al., 2007).

Alguns estudos como o de Bretan et al. revelam correlação positiva entre alterações da sensibilidade cutânea plantar (característica da neuropatia) e distúrbios do equilíbrio em idosos com DM, e também observam que a perda da sensibilidade cutânea plantar está associada ao risco de quedas (BRETAN; PINHEIRO; CORRENTE, 2010). Além disso, estudos preliminares mostram que a fisioterapia em indivíduos com neuropatia é eficaz na diminuição de alguns sintomas, entre eles: dormência, formigamento e queimação, mobilidade e melhora na estabilidade postural e força muscular (KRUSE; LEMASTER; MADSEN, 2010).

Em resumo, parece que a neuropatia acarreta déficits na amplitude do passo, velocidade da marcha, equilíbrio, coordenação, aumento da pressão plantar, devido à própria doença e a dificul-

dades na fase de apoio terminal e pré-balanço, em decorrência das alterações na ativação do tríceps sural.

Não obstante, pesquisas futuras sobre o exato mecanismo de quedas e como preveni-las ainda deverão ser exploradas com o intuito de detalhar os fatores relacionados aos riscos de quedas, velocidade e cadência da marcha, variabilidade e amplitude do passo (FREGONESI; CAMARGO, 2010). Sabe-se que, além da atividade física, a orientação desses indivíduos é mister, uma vez que, pacientes bem orientados e com o conhecimento sobre a sua doença, são indivíduos mais prevenidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com dietas inadequadas, o sedentarismo, e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo moderno (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2009), sendo o DM uma dessas. Muitos são os desafios encontrados, como, por exemplo, controle da doença, cuidados com o tratamento, dificuldades sociais e até mesmo de aceitação do seu portador.

O DM tipo 2 é um conjunto de fatores genéticos e de estilo de vida, no qual a ativação de uma predisposição genética soma-se a questões ambientais e fatores comportamentais, principalmente àqueles associados ao estilo de vida. Fatores de risco modificáveis estão envolvidos, dentre eles: sobrepeso, sedentarismo, aspectos nutricionais, hipertensão e aumento dos triglicerídeos (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2007).

Está cada vez mais embasada a recomendação de hábitos de vida mais saudáveis, onde a prática de atividade física regular, o consumo de fibras, verduras e frutas possam tornar-se aliados de grande importância na redução da incidência de DM tipo 2 (LAAKSONEN, 2005).

Em indivíduos com DM, a educação é a ferramenta essencial para o controle da doença, envolvendo aspectos culturais e de

conhecimento sobre a patologia. Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro mostrou que a prática da atividade física é menor em indivíduos com baixa escolaridade, ajudando a justificar a maior prevalência de DM nesta camada populacional (VAN et al., 2007). Isso faz sentido, na medida em que entendemos que a pouca escolaridade pode dificultar a aquisição de novos conhecimentos, orientações terapêuticas no cuidado com a doença, e aquisição de novos hábitos de vida (MONTENEZE, 2004).

REFERÊNCIAS

ALONSO, J. et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions ineight countries: results from the International Quality of life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*, v. 13, n. 2, p. 283-298, 2004.

BARROS, M.B.A. et al. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Hucitec, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único da Saúde brasileiro*, Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*, Brasília, 2011.

BRAVEMAN, P.A. et al. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health*, v. 100 (Supl. 1), p. 186-96, 2010.

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes atlas on line, 2009*. 4. ed. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/content/>>. Acesso em: maio 2013.

LYRA, R. et al. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 239-249, 2006.

MENDES, J. Cuidado de enfermagem ao idoso no centro de terapia semi-intensiva. Dissertação (Programa Stricto Sensu em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Ministério da Saúde, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SCHMIDT, MI. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 4 June.

TORRES, HC. et al. Promoção da saúde em portadores de diabetes mellitus de uma operadora de plano de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 6, p. 752-757, 2012.

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

DYCK, PJ. et al. The prevalence by staged severity of various types of diabetic neuropathy, retinopathy, and nephropathy in a population-based cohort: the Rochester Diabetic Neuropathy Study. *Neurology*, v. 43, p. 817-24, 1993.

KALYANI, RR.; EGAN, JM. Diabetes and altered glucose metabolism with aging. *Endocrinol Metab Clin N Am*, v. 42, p. 333-347, 2013.

ZOCHODNE, DW. Diabetes mellitus and the peripheral nervous system: manifestations and mechanisms. *Muscle Nerve*, v. 36, p. 144-166, 2007.

THE ADVANCE COLLABORATIVE GROUP. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*, v. 358, p. 2560-72, 2008.

TESFAYE, S. et al. Prospective complications study group. Vascular risk factors and diabetic neuropathy. *N Engl J Med*, v. 352, p. 341-350, 2005.

SACCO, ICN. et al. Avaliação das perdas sensório-motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropatia diabética. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 27-33, jan./fev., 2007.

PERKINS, B.A.; BRIL, V. Diabetic neuropathy: a review emphasizing diagnostic methods. *Clinical Neurophysiology*, v. 114, p. 1.167-1.175, 2003.

CALLAGHAN, B.C. et al. Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments. *Lancet Neurol*, v. 11, p. 521-534, 2012.

DUCKWORTH, W. et al. For the VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*, v. 360, p. 129-39, 2009.

GAGLIARDI, ART. Neuropatia diabética periférica. *J Vasc Br*, v. 2, p. 67-74, 2003.

VINIK, A.I. et al. Diabetic Neuropathy. *Endocrinol Metab Clin N Am*, v. 42, p. 747-787, 2013.

BOULTON, A.J.M.; KIRSNER, R.S.; VILEIKYTE, L. Neuropathic diabetic foot ulcers. *N Engl J Med*, v. 351, p. 48-55, 2004.

ZOCHODNE, D.W. Diabetic polyneuropathy: an update. *Current Opinion in Neurology*, v. 21, p. 527-533, 2008.

TABÁK, A.G. et al. Prediabetes: a high-risk state for developing diabetes. *Lancet*, v. 379, p. 2279-2290, 2012.

LAUGHLIN, R.S. et al. Incidence and prevalence of CIDP and the association of diabetes mellitus. *Neurology*, v. 73, p. 39-45, 2009.

MOREIRA, R.O. et al. Diabetes Mellitus: neuropatia. *Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. 1 fev. 2005.

FELDMAN, EL. Clinical manifestations and diagnosis of diabetic polyneuropathy. *Up to Date on line*. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: mar. 2014.

FELDMAN, E.L. Epidemiology and classification of diabetic neuropathy. *Up to Date on line*. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: mar. 2014.

ALBERTI, K.G.; ZIMMET, P.; SHAW, J. International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabet Med.*, v. 24, n. 5, p. 451-63, 2007.

BUS, S.A. et al. The effectiveness of footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev*, v. 24 (Supl. 1), p. 162-180, 2008.

BRETAN, O.; PINHEIRO, R.M.; CORRENTE, J.E. Avaliação funcional do equilíbrio e da sensibilidade cutânea plantar de idosos moradores na comunidade. *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 76, n. 2, p. 219-24, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Overweight and obesity: obesity trends: U.S. obesity trends 1985 - 2004. Atlanta, GA: CDC, 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pbesity/trend/maps/index.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

FREGONESI, C.E.P.T.; CAMARGO, M.R. Parâmetros da marcha em portadores de diabetes mellitus. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, v. 12, n. 2, p. 155-163, 2010. KALYANI, R.R.; EGAN, J.M. Diabetes and Altered Glucose Metabolism with Aging. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.*, v. 42, n. 2, p. 333-47, 2013.

KRUSE, R.L.; LEMASTER, J.W.; MADSEN, R.W. Fall and balance outcomes after an intervention to promote leg strength, balance, and walking in people with diabetic peripheral neuropathy: “feet first” randomized controlled trial. *Phys Ther.*, v. 90, n. 11, p. 1568-79, 2010.

LAAKSONEN, DE. et al. Finnish diabetes prevention study. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, v. 54, n. 1, p. 58-65, 2005.

MAGALHAES, V.; BOUSKELA, E. Pé diabético e doença vascular – entre o conhecimento acadêmico e a realidade clínica. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 3, p. 52- 57, 2008.

MONDENEZE, D.M. Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas, culturais de um grupo específico [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

PANEL ON PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS. American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am. Geriatr. Soc.*, v. 59, n. 1, p. 148-57, 2011.

SELVIN, E; CORESH, J; BRANCATI, F.L.; The burden and treatment of diabetes in elderly individuals in the U.S. *Diabetes Care*, v. 29, p. 2415-9, 2006.

VAN GOOL, C.H. et al. Chronic disease and lifestyle transitions: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Aging Health*, v. 19, p. 416-38, 2007.

O CUIDADO AO PACIENTE DE CIRURGIA CARDÍACA: *PAPEL DA FISIOTERAPIA*

Débora D'Agostini Jorge Lisboa
Patrícia De Carli Tonial
Eliane Lucia Colussi

INTRODUÇÃO

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Para um cuidado zeloso, autêntico, é preciso compreender aquele que será cuidado. Isso requer um olhar atento do cuidador sobre a experiência existencial do ser que receberá sua atenção (GRAÇAS; SANTOS, 2009).

O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaços para negociação e inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. Acreditamos que todos devemos cuidar e só saberemos cuidar do outro quando deixarmos que nos cuidem. Desta forma, o cuidado fisioterapêutico constitui-se em um ponto fundamental da recuperação dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Os dados demográficos no Brasil e nos países desenvolvidos apontam um evidente aumento da população de idosos (LOURES et al., 2000). No Brasil, as doenças cardiovasculares representam

a primeira causa de morte, sendo responsáveis por, aproximadamente, 34% dos óbitos no país, segundo o Ministério da Saúde (1993).

A literatura mostra que a incidência de patologias cardiovasculares vem crescendo a cada ano, aumentando, assim, o número de indivíduos submetidos a cirurgias cardíacas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a doença coronariana continuará sendo a principal causa de mortalidade no mundo (TITOTO et al., 2005; BEAGLEHOLE, 1990).

A cirurgia cardíaca é um procedimento invasivo de alto risco, que tem como alvo um órgão vital, o coração. Dessa forma, os pacientes desse procedimento necessitam de um cuidado maior por parte de toda a equipe multiprofissional durante o pós-operatório, pois a forma de abordagem é que irá contribuir para a obtenção de resultados satisfatórios ou não, resultando no aumento ou declínio da taxa de morbi-mortalidade (FERREIRA; VIEGAS, 2004).

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica, abordando o papel da fisioterapia no cuidado do paciente submetido à cirurgia cardíaca. Assim, este capítulo será dividido em duas partes: a primeira, sobre a cirurgia cardíaca, seus fatores de riscos, suas complicações; e a segunda, onde será realizada uma abordagem sobre a fisioterapia no cuidado do paciente no período perioperatório da cirurgia cardíaca, englobando as técnicas utilizadas, bem como, sua aplicação nas complicações pós-operatórias e no manejo do paciente.

CIRURGIA CARDÍACA

A cirurgia cardíaca (CC) está associada à elevada morbi-mortalidade devido à alta prevalência de co-morbidades, à menor reserva funcional destes pacientes (LAIZO et al., 2010) e à diminuição da capacidade de defesa e adaptação (VALLE; COSTA et al., 2010).

Pacientes submetidos a CC desenvolvem, em sua maioria, disfunção pulmonar (PO) com redução importante dos volumes pulmonares, prejuízos na mecânica respiratória (LUCHESSA et

al., 2009; BLATTNET et al., 2008), diminuição na complacência pulmonar e aumento do trabalho respiratório. A redução dos volumes e capacidades pulmonares contribui para alterações nas trocas gasosas, resultando em diminuição na capacidade de difusão. O quadro restritivo perdura por período superior a 116 dias.

As taxas de complicações pós-operatórias (PO) relacionadas à Cirurgia Cardíaca (CC) permanecem expressivas, despontando, entre elas, as complicações pulmonares (REDDY; YUSUF, 1998; BABIK et al., 2003; STATON et al., 2005), que são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade. Sua incidência tem ampla variação, de 6% a 76% (BOISSEA et al., 2001). As alterações radiológicas mais comumente observadas no PO são as atelectasias (FREINET; FALCOZ, 2010).

Embora tenham evoluído ao longo dos anos, as cirurgias cardíacas não estão livres de complicações pós-operatórias. Estas têm relação com fatores ligados à condição clínica e funcional do paciente e ao tipo de procedimento cirúrgico. Atualmente, os fatores clínicos de maior importância são hipertensão arterial, história de tabagismo, dislipidemia, idade, diabetes mellitus, reoperação, insuficiência renal, doenças pulmonares prévias, distúrbios neurológicos e hipertireoidismo (KAGOHARA et al., 2006).

Entre os fatores de risco cirúrgico, encontram-se os danos na parede torácica devido ao tipo de incisão, uso de anestesia geral, circulação extracorpórea (CEC), disfunção diafragmática e posição do dreno pleural (IMLE, 2006). Portanto, em função da técnica e da via de acesso, a cirurgia implica extensa manipulação intratorácica, levando à disfunção ventilatória. Esta disfunção inclui redução do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1), da capacidade residual funcional (CRF), capacidade vital forçada (CVF) e da capacidade pulmonar total (CPT). Isso predispõe a ocorrência de complicações respiratórias, ou seja, hipoventilação, alteração do mecanismo de tosse, podendo levar à hipersecreção e ao colapso alveolar e conseqüentemente à hipoxemia (KAGOHARA, et al., 2006; DEAN, 2004; BOTELHO; LIMA, 2006). Os principais objetivos dos programas de reabilitação cardiovascular são permitir aos cardiopatas retornarem, o quanto antes, à vida

produtiva e ativa, a despeito de possíveis limitações impostas pelo seu processo patológico.

Nos pacientes submetidos à cirurgia com circulação extracorpórea (CEC), particularmente, podem ocorrer reações inflamatórias desencadeadas por este procedimento, que acarretam deterioração da função pulmonar no pós-operatório (BRASHER et al., 2003), sendo estas complicações responsáveis pelo prolongamento do tempo de internação com aumento dos custos hospitalares (PASQUINA, 2003), além de serem importantes causas de morbidade e mortalidade (ROMANINI et al., 2007; BORGHI-SILVA et al., 2005).

FISIOTERAPIA NA CIRURGIA CARDÍACA

Atualmente, diversos programas de reabilitação cardíaca vêm sendo desenvolvidos com o propósito de proporcionar aos pacientes um retorno mais precoce às atividades diárias e com melhora da qualidade de vida, objetivando a prática regular dos exercícios físicos com segurança (TITOTO et al., 2005).

No Brasil, o serviço pioneiro em fisioterapia pré e pós-operatória especializada em cirurgia cardíaca foi instalado em Curitiba, em 1973 (BOTELHO; LIMA, 2006). A intervenção pré-operatória em adultos mostra resultados satisfatórios na prevenção de complicações respiratórias (BOTELHO; LIMA, 2006; GARBOSSA et al., 2009).

Programas de reabilitação cardíaca baseiam-se na reabilitação física com consequentes reduções da morbidade e mortalidade, sendo, ainda, a redução do estresse emocional parte importante nesses programas. As mortes no primeiro ano pós-infarto ou revascularização do miocárdio reduziram 75% no grupo de indivíduos que participaram desses programas (REGENGA, 2000).

Alguns fatores que predispõem as complicações respiratórias no pós-operatório podem ser minimizados por adequada avaliação e manejo pré-operatório, incluindo o uso de fisioterapia respiratória (STILLER; MUNDAY 1992), broncodilatadores,

antibióticos, tratamento da insuficiência cardíaca e interrupção do fumo (MACEDO; MORESCHII, 2001).

Dentre as complicações pulmonares, cerca de 65% dos pacientes desenvolvem atelectasias e 3% adquirem pneumonia (PASQUINA, 2003). Por essa razão, a fisioterapia possui papel essencial no tratamento desses pacientes, como objetivo de prevenir ou amenizar tais complicações (BRASHER et al., 2003). Sua atuação inicia-se com a aplicação de técnicas de desmame ventilatório, descritas em alguns estudos do Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007) e de Costa et al. (2005), e estende-se até manutenção do paciente em ventilação espontânea após a extubação (MULLER et al., 2006).

Após a extubação, inicia-se uma fase importante do atendimento fisioterapêutico com o objetivo primordial de manutenção de ventilação espontânea no paciente, evitando o retorno à prótese ventilatória (MULLER et al., 2006). Dentre os recursos empregados na fisioterapia respiratória, estão manobras de higiene brônquica e expansão pulmonar, CPAP, BIPAP (dois níveis de pressão na via aérea), EPAP (pressão positiva expiratória), RPPI (respiração com pressão positiva intermitente) e o uso de inspirômetro de incentivo (EI), que constituem recursos seguros e de fácil aplicação no período pós-operatório (ROMANINI et al., 2007).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2000), os exercícios respiratórios aumentam a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios e mobilizam a caixa torácica. São realizados na forma ativa, com a orientação e o auxílio do fisioterapeuta. Os exercícios de inspirações profundas, com no mínimo cinco incursões seguidas, mantidas por cinco a seis segundos, são eficazes no tratamento e prevenção de atelectasias refratárias, com melhora na capacidade vital e complacência pulmonar. Além disso, estes exercícios melhoram o volume corrente e facilitam a remoção de secreções (BRASHER et al., 2003).

O estímulo da tosse vem sendo empregado como técnica de higiene brônquica para remoção de secreções em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca (ROMANINI et al., 2007; BORGHI-SILVA, et al., 2005). A inalação de solução salina hipertônica com NaCl a 6% associada à fisioterapia respiratória

convencional mostra-se eficaz no clearance mucociliar, induzindo a tosse produtiva (SILVA et al., 2006).

A intervenção fisioterapêutica na reabilitação cardíaca é rotineiramente empregada em pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca. A aplicação de exercícios de respiração profunda, estímulo à tosse, manobras de vibração na caixa torácica e o CPAP pode prevenir a deterioração da função pulmonar e reduzir a incidência de complicações pulmonares (BORGHI-SILVA et al., 2005).

A fisioterapia tem assumido papel incontestado no processo de reabilitação cardíaca em sua fase hospitalar (GARBOSSA et al., 2009; LEGUISAMO et al., 2005).

Segundo a literatura e a vivência clínica, a fisioterapia deve ser iniciada no pré-operatório, de forma a avaliar e orientar os pacientes. No período pós-operatório, o tratamento consiste basicamente em exercícios ventilatórios e estímulo de tosse (HESS, 2001; CUELLO et al., 1988; SCIAKY, 2004).

De acordo com Westerdahl et al., (2005) e Feltrim et al. (2007), os pacientes desenvolvem disfunção pulmonar pós-operatória (PO) com redução importante dos volumes pulmonares, prejuízos na mecânica respiratória, diminuição na complacência pulmonar e aumento do trabalho respiratório. A redução dos volumes e capacidades pulmonares contribui para alterações nas trocas gasosas, resultando em hipoxemia e diminuição na capacidade de difusão (RENAULT et al., 2008).

Ainda de acordo com Renault et al., (2008), atelectasia e hipoxemia encontram-se entre as principais complicações pulmonares no pós-operatório de CC, porém, outras, como tosse seca ou produtiva, dispneia, broncoespasmo, hipercapnia, derrame pleural, pneumonia, pneumotórax, reintubação e insuficiência ventilatória também são observadas (FELTRIM et al., 2007).

Em uma revisão envolvendo 115.021 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, Ribeiro et al. (2006) encontraram uma taxa de mortalidade global de 8%, ocorrida em sua grande maioria no período PO, sendo as complicações pulmonares uma das causas prevalentes.

Dentro desse contexto, a fisioterapia respiratória tem sido cada vez mais requisitada, já que utiliza técnicas capazes de melhorar a mecânica respiratória, a reexpansão pulmonar e a higiene brônquica. No entanto, revisão sistemática da literatura evidencia que existem controvérsias a respeito do tema, tornando difícil a decisão sobre qual recurso seria mais útil e menos dispendioso no manejo desses pacientes. As técnicas utilizadas na fisioterapia respiratória variam de acordo com os países e a prática de cada serviço (JERRE et al., 2007; AZEREDO, 2002).

Observa-se que, apesar da indicação frequente de fisioterapia respiratória no PO de CC e da ampla gama de técnicas utilizadas com o intuito de reverter a frequente disfunção pulmonar neste período, não existe consenso acerca da melhor modalidade a ser utilizada (ARCÊNCIO et al., 2008).

Alguns recursos podem ser utilizados para realizar a fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia cardíaca, tais como manobras fisioterapêuticas, pressão positiva contínua, pressão aérea positiva de dois níveis, pressão expiratória, respiração intermitente com pressão positiva e incentivador respiratório, que são seguros, fáceis de aplicar e podem ser utilizados durante todo período pós-operatório. Existem diferenças técnicas entre esses recursos, pois cada um tem uma ação específica para a recuperação da função pulmonar e da mecânica respiratória (ROMANINI et al., 2007; MULLER et al., 2006).

Além da fisioterapia respiratória, a fisioterapia motora tem grande significado para o desenvolvimento da capacidade respiratória, procurando evitar atelectasia em áreas pulmonares inferiores e sendo importante na prevenção de processos vasculares venosos, particularmente tromboembolismo e tromboflebitas, entre outros, sobretudo por alterações venosas no membro inferior. A mobilização precoce reduz os efeitos prejudiciais do repouso no leito e maximiza a velocidade em que as atividades habituais podem ser reassumidas (TITOTO et al., 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as complicações pós-operatórias de pacientes submetidos à cirurgias cardíacas, sendo que a atelectasia é a complicação mais frequente. A fisioterapia utiliza recursos para reduzir o risco de complicações pulmonares, melhorar a ventilação pulmonar, diminuir a dor no pós-operatório, acelerando o processo de recuperação pulmonar.

Nesse contexto, fica claro que a cirurgia cardíaca leva a alterações na função pulmonar, bem como o cuidado fisioterapêutico favorece a reversão e melhora do paciente submetido ao procedimento cardíaco.

A fisioterapia respiratória é parte integrante na gestão dos cuidados do paciente cardiopata, tanto no pré quanto no pós-operatório, pois contribui significativamente para um melhor prognóstico desses pacientes. No pré-operatório, a fisioterapia respiratória atua com técnicas que visam à prevenção das complicações pulmonares e, no pós-operatório, atua com manobras de higiene e reexpansão pulmonar. Assim como a fisioterapia respiratória, a motora tem grande significado na cirurgia cardíaca, ambas modalidades contribuindo para uma melhora na qualidade de vida e no cuidado do paciente cardiopata.

Dessa forma, considera-se de fundamental importância a atuação da fisioterapia no atendimento a pacientes submetidos ao procedimento de cirurgia cardíaca, proporcionando qualidade de vida e retorno às atividades da vida diária. A fisioterapia, mais do que uma técnica, consiste em uma forma de cuidado amplo da saúde global do paciente, trabalhando, ainda, aspectos emocionais e psicológicos.

REFERÊNCIAS

ARCÊNCIO, L. et al. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 400-410, 2008.

AZEREDO, CAC. SMI - Sustentação máxima da inspiração. In: _____. *Fisioterapia respiratória moderna*. São Paulo: Manole, 2002. p. 121-42.

BABIK, B. et al. Changes in respiratory mechanic during cardiac surgery. *Anesthesia & Analgesia*, v. 96, n. 5, p. 1280-7, 2003.

BEAGLEHOLE, R. International trends in coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiol Rev.*, v. 12, p. 1-15, 1990.

BLATTNER, C.; GUARAGNA, J.C.; SAADI, E. Oxygenation and static compliance is improved immediately after early manual hyperinflation following myocardial revascularisation: a randomised controlled trial. *Australian Journal of Physiotherapy.*, v. 54, n. 3, p. 173-8, 2008.

BOISSEAU, N. et al. Improvement of 'dynamic analgesia' does not decrease atelectasis after thoracotomy. *British Journal of Anaesthesia*, v. 87, n. 4, p. 564-9, 2001.

BORGHI-SILVA, A. et al. The influences of positive end expiratory pressure (PEEP) associated with physiotherapy intervention in phase I cardiac rehabilitation. *Clinics*, v. 60, n. 6, p. 465-72, 2005.

BOTELHO, A.P.V.; LIMA, M.R.S. Revascularização do miocárdio. In: PULZ, C.; GUIZILINI, S.; PERES, PAT. *Fisioterapia em cardiologia: aspectos práticos*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 221-32.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASHER, P.A. et al. Does removal of deep breathing exercises from a physiotherapy program including pre-operative education and early mobilisation after cardiac surgery alter patient outcomes? *Australian Journal of Physiotherapy.*, v. 49, n. 3, p. 165-73, 2003.

CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA (II). *J Pneumol.*, v. 26, (Supl 2), p. 1-68, 2000.

CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA (III). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 33, (Supl. 2), p. 137-41, 2007.

COSTA, A.D.; RIEDER, MM; VIEIRA, S.R. Desmame da ventilação mecânica utilizando pressão de suporte ou tubo T. Comparação

entre pacientes cardiopatas e não cardiopatas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 85, n. 1, p. 32-8, 2005.

CUELLO, AF; MASCIANTONIO, L; CUELLO, GA. Entrenamiento muscular com patrones musculares respiratórios em diferentes patologias y distribución regional de ventilación. *Med Intensive*, v. 5, p. 68-77, 1988.

DEAN, E. Complicações, síndrome do desconforto respiratório do adulto, choque, sepse e falência de múltiplos órgãos. In: DEAN, E.; FROWNFELTER, D. *Fisioterapia cardiopulmonar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinte, 2004. p. 485-96.

FELTRIM, M.I.Z.; JATENE, F.B.; BERNARDO, W.M. Em pacientes de alto risco, submetidos à revascularização do miocárdio, a fisioterapia respiratória pré-operatória previne as complicações pulmonares? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 1-12, 2007.

FERREIRA, L.B.; VIEGAS, M.O. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital Santa Genovena em Goiânia [monografia], Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Sociedade – Enfermagem e Fisioterapia. Universidade Católica de Goiás. 2004.

FREYNET, A.; FALCOZ, P.E. Is transcutaneous electrical nerve stimulation effective in relieving postoperative pain after thoracotomy? *Interact Cardiovasc Thorac Surg.*, v. 10, n. 2, p. 283-8, 2010.

GARBOSSA, A. et al. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 359-66, 2009.

GRAÇAS, E.M.; SANTOS, G.F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 200-7, 2009.

HESS. D.R. The evidence for secretion clearance techniques. *Respiratory Care*, v. 46, n. 11, p. 1276-93, 2001.

IMLE, P.C. Fisioterapia em pacientes com problemas cardíacos, torácicos ou abdominais após cirurgia ou trauma. In: IRWIN, S.; TECKLIN, J.S. *Fisioterapia cardiopulmonar*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2003. p. 375-403.

JERRE, G. et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 399-407, 2007.

KAGOHARA, K.; GUIZILINI, S.; FERREIRA, V.M. Pré-operatório de cirurgia cardíaca. In: PULZ, C.; GUIZILINI, S.; PERES, P.A.T. *Fisioterapia em cardiologia: aspectos práticos*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 209-20.

LAIZO, A.; DELGADO, F.E.F.; ROCHA, G.M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 166-171, 2010.

LEGUISAMO, C.P.; KALIL, RAK; FURLANI, A.P. A efetividade de uma proposta fisioterapêutica pré-operatória para cirurgia de revascularização do miocárdio. *Braz. J. Cardiovasc. Surg.*, v. 20, n. 2, p. 134-141, 2005.

LOURES, D.R.R. et al. Cirurgia cardíaca no idoso. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2000.

LUCHESA, C.A.; GRECA, F.H.; GUARITA-SOUZA, L.C. The role of electroanalgesia in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, v. 24, n. 3, p. 391-6, 2009.

MACEDO, A.V.; MORESCHII, A.H. Pré e pós-operatório de cirurgia torácica. In: MENNA-BARRETO, S.S.; VIERA, S.R.R.; PINHEIRO, CTS. *Rotinas em terapia intensiva*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 450-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares no Brasil – Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: *Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Cardiovasculares*, 36p, 1993.

MÜLLER, A.P. et al. Estudo comparativo entre a pressão positiva intermitente (Reanimador de Müller) e contínua no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 86, n. 3, p. 232-9, 2006.

PASQUINA, P.; TRAMÈR, M.R.; WALDER, B. Prophylactic respiratory physiotherapy after cardiac surgery: systematic review. *BMJ*, v. 327, n. 7428, p. 1349, 2003.

REDDY, K.S.; YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation*, v. 97, n. 6, p. 596-601, 1998.

RIBEIRO, A.L. et al. Mortality related to cardiac surgery in Brazil, 2000-2003. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, v. 131, n. 4, p. 907-9, 2006.

ROMANINI, W. et al. The effects of intermittent positive pressure and incentive spirometry in the postoperative of myocardial revascularization. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 94-9, 2007.

SCIACKY, A.J. Educação do paciente. In: FROWNFELTER, D.; DEAN, E. *Fisioterapia cardiopulmonar: princípios e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 355-63.

SILVA, N.L.S. et al. Inalação de solução salina hipertônica como coadjuvante da fisioterapia respiratória para reversão de atelectasia no pós-operatório de cirurgia cardíaca pediátrica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 468-71, 2006.

STATON, G.W. et al. Pulmonary outcomes of off-pump vs on-pump coronary artery bypass surgery in a randomized trial. *Chest*, v. 127, n. 3, p. 892-901, 2005.

STILLER, K.R.; MUNDAY, R.M. Chest physiotherapy for the surgical patient. *British journal of surgery*, v. 79, n. 8, p. 745-9, 1992.

VALLE, F.H.; COSTA, A.R.; PEREIRA, E.M.C. Morbimortalidade em pacientes acima de 75 anos submetidos à cirurgia por estenose valvar aórtica. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 94, n. 6, p. 720-5, 2010.

REGENGA, MM. Fisioterapia em cardiologia da unidade de terapia intensiva à reabilitação. São Paulo: Roca, 2000.

RENAULT, JÁ; COSTA-VAL, R.; ROSSETTI, M.B. Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.* São Paulo, v. 23, n. 4, p. 562-9, 2008.

WESTERDAHL, E. et al. Deep-breathing exercises reduce atelectasis and improve pulmonary function after coronary artery bypass surgery. *Chest*, v. 128, n. 5, p. 3482-8, 2005.

TITOLO, L. et al. Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: atualização da literatura nacional. *Arq. Ciênc. Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 216-19, 2005.

INTERVENÇÕES DE CUIDADO E EDUCAÇÃO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Lili Wilke Klaesener
Marilene Rodrigues Portella
Ana Maria Bellani Migott

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (BRASIL, 2011). Embora os países desenvolvidos acussem expressiva proporção de idosos, a velocidade do envelhecimento é maior para os países em desenvolvimento (CARNEIRO et al., 2013). O Brasil está entre os países que possuem as maiores taxas de envelhecimento populacional, pois envelhece mais rapidamente que os países europeus, a exemplo da França que levou mais de um século para aumentar a população com idade igual ou superior 65 anos em 7%. Em nosso país, em apenas 30 anos, o crescimento superou esse percentual. Segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025, o grupo de pessoas com 60 anos de idade ou mais deverá aumentar em quinze vezes (MEDEIROS, 2012; CARNEIRO et al., 2013).

O aumento da expectativa de vida provoca também uma mudança no perfil de doenças que acometem os idosos. O destaque fica para o aumento notável da frequência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consideradas as mais prevalentes na população (CARNEIRO et al., 2013). Tal conjuntura repercute

de forma incisiva na área da saúde, não só no que diz respeito às necessidades de maior conhecimento sobre as doenças que acometem a população idosa, mas também em relação à necessidade de propor novas estratégias de promoção de saúde e prevenção dos agravos. As pessoas idosas com condições crônicas, geralmente têm comorbidade que demandam mais serviços de saúde, além de crescentes gastos com cuidados de longa duração (BRASIL, 2006; GRAGNOLATI et al., 2011; CARNEIRO et al., 2013).

O perfil epidemiológico da população brasileira aponta a tendência de envelhecimento populacional, com aumento na prevalência das doenças crônicas, associado ao estilo de vida dos indivíduos. Podemos identificar esses fatos diante do crescimento econômico brasileiro, da falta de educação alimentar que vem desde a infância, junto ao sedentarismo facilitado pelo progresso tecnológico. Percebe-se um aumento do sobrepeso e obesidade da população em geral, com reflexos importantes no aumento da morbi-mortalidade por doenças crônicas degenerativas, principalmente as cardiovasculares, entre elas a hipertensão arterial (PIERIN, 2013).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira e mundial. Dentre elas, destaca-se a hipertensão arterial como um dos principais fatores de risco, constituindo importante problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A estimativa aponta que, no Brasil, cerca de 17 milhões da população são portadores de doença crônica como hipertensão arterial; 35% dos indivíduos são da faixa etária de 40 anos ou mais, e esse identificador é crescente. Sua manifestação está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes sejam portadoras. A carga de doenças concebida pela morbimortalidade devida à hipertensão arterial é muito elevada e por tudo isso esta doença é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006, p. 14).

Podemos ainda caracterizar a hipertensão arterial pela manutenção elevada dos níveis pressóricos, provocando ao longo do tempo importantes lesões em órgãos-alvo (LATERZA; RONDON; NEGÃO, 2007, p. 104).

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013) afirma que a pressão arterial alta pode acometer os vasos sanguíneos, coração, rins e cérebro. Quando o sangue circula com pressão elevada, provoca danos na camada fina que recobre os vasos. Dessa forma, os vasos sanguíneos tornam-se vulneráveis à obstrução ou ao rompimento, podendo ocasionar a angina e até mesmo o infarto. No cérebro, a obstrução ou o rompimento causa derrame cerebral ou acidente vascular cerebral (AVC). Nos rins, podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são de fato muito graves, mas podem ser evitadas com tratamento e prevenção.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a hipertensão arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É, também, o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL: VIVÊNCIAS PRÁTICAS

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, p. 17, 2011), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Diversos estudos relatam que o efeito do exercício físico nos níveis pressóricos é tão expressivo que uma única sessão de exercício físico aeróbico provoca redução na pressão arterial por várias horas após sua realização.

O estudo de Soares e Dias (2012), onde constataram que os mecanismos anti-hipertensivos do exercício parecem ser multifatoriais e podem divergir entre os indivíduos, devendo ser encarado como uma terapia para prevenção primária, tratamento e controle da hipertensão.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pessoas hipertensas devem praticar algum tipo de exercício físico regular, pois, além de diminuir a pressão arterial, reduz consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade em geral. A recomendação do exercício físico como ferramenta de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares baseia-se nos parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Deve ser realizado por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5 dias) de forma contínua ou acumulada.

Monteiro et al. (p. 110, 2007), demonstraram um resultado importante em sua pesquisa. Apenas quatro meses de exercício regular foram suficientes para reduzir a pressão arterial de pacientes hipertensos. O que sugere que um período longo de exercício poderia alterar efetivamente a pressão arterial.

VIVÊNCIAS DE CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa não abandone o tratamento (BRASIL, 2006, p. 76).

Na sequência, apresentaremos o relato de uma experiência bem sucedida aplicada no controle da hipertensão arterial, centrada na mudança do estilo de vida. O programa incorporou um

conjunto de estratégias de educação em saúde que objetivava, em especial, a adesão à prática de atividade física.

O programa apresenta um modelo de assistência à saúde, onde o desenvolvimento de programas na área da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente e a melhoria da qualidade de vida.

O programa oferece acompanhamento integral com equipe multiprofissional composta por médico assistente, enfermeira, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeuta e farmacêutico. O serviço inclui avaliação e acompanhamento com enfermeira; atividade física orientada e personalizada de acordo com a necessidade e a doença de cada paciente; orientação nutricional, preconizando a reeducação alimentar; atenção farmacêutica na utilização correta do medicamento e acompanhamento fisioterápico.

A equipe multiprofissional participa das ações, as quais ocorreram de forma individualizada e proativa, seguindo protocolos específicos que buscam o autocuidado. O paciente é destinado a uma das duas áreas de atenção: à Saúde do Adulto ou à Saúde do Idoso.

O programa realiza ações monitorando os clientes portadores das seguintes condições crônicas:

- Diabetes mellitus;
- Sobrepeso/obesidade;
- Cardiopatias;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Cardiocerebrovascular;
- Dislipidemia;
- Sedentarismo;
- Insuficiência renal crônica;

O objetivo do tratamento da hipertensão é a manutenção de uma pressão arterial adequada. Inclui ações de mudança no estilo de vida e, nos casos em que o médico prescreve o uso de medicações, o próprio paciente torna-se responsável por estas mudanças. A enfermagem tem função de realizar orientação e

acompanhamento frente a estas novas adaptações. Por essa razão, é um sistema de educação continuada e de estímulo ao autocuidado.

O método de controle da pressão arterial consiste em aferir a pressão antes e após a prática do exercício físico. É realizada com a pessoa na posição sentada, com técnica adequada e com esfigmomanômetros confiáveis, conforme orientação e procedimento descrito no Caderno de Atenção Básica nº 16 – Hipertensão Arterial.

A média da pressão arterial é feita mensalmente. Segue a tabela com exemplo da média de pressão arterial de 10 pacientes, com a comparação de antes de participarem do programa e atualmente com a inserção da prática de exercício físico.

Tabela 1. Média de pressão arterial de 10 idosos hipertensos.

Idade	Média de pressão arterial sem exercício físico	Média de pressão arterial com a prática de exercício físico 3 vezes por semana
75	143/63	112/89
82	161/66	118/70
81	152/64	113/66
76	156/66	116/70
80	149/62	116/67
70	144/64	122/70
81	152/62	114/68
85	149/84	119/71
75	143/75	121/80
82	147/86	121/65

Dentre os benefícios que o exercício proporciona aos pacientes hipertensos, podemos citar:

- Melhora a efetividade da circulação do sangue em todo o corpo;
- Reduz os batimentos cardíacos;

- Diminui a ansiedade e a depressão;
- Facilita a eliminação do sódio pelos rins;
- Reduz o peso;
- Contribui na dimensão do consumo do cigarro e do álcool;
- Aumenta a força muscular do corpo todo, proporcionando maior disposição para atividades da vida diária;
- Aumenta o HDL colesterol (colesterol bom);
- Melhora o efeito do remédio anti-hipertensivo.

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e acesso a medicamentos. Promover um “estilo de vida saudável” deve ser encarado como estratégia. Os benefícios da prática de atividade física para a saúde têm sido amplamente trabalhados e documentados (BRASIL, 2006).

Diante deste fato, o Ministério da Saúde recomenda o exercício físico para controle da hipertensão arterial em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Deve ser realizado no mínimo 30 minutos, na maior parte dos dias, ou seja, 5 vezes por semana de forma continuada ou acumulada. O paciente deve incluir o exercício físico nas suas atividades da vida diária, mas sempre com orientação de um profissional responsável (BRASIL, 2006).

Tem-se observado que, após a realização de uma única sessão de exercício físico dinâmico, os níveis de pressão arterial diminuem e permanecem abaixo dos níveis pré-exercício. Essa resposta fisiológica é observada em pacientes normotensos e principalmente em hipertensos (LATERZA; RONDON; NEGRÃO, 2007).

Portanto, pacientes hipertensos devem iniciar atividades físicas regulares, pois, além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais, além da mortalidade em geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006).

Percebeu-se, no programa, que a prática regular de exercício físico é primordial na prevenção e no tratamento da hipertensão

arterial, além de melhorar a saúde e a aptidão física de adultos e idosos. É importante ressaltar que a atividade física bem orientada, dentro dos níveis de intensidade e volume recomendados, pode e deve ser indicada ao indivíduo hipertenso, agindo de forma imprescindível na melhora do quadro geral de sua saúde como forma isolada ou complementar ao tratamento medicamentoso.

Ainda podemos observar que, além de todos os itens citados, o exercício físico oferece uma excelente qualidade de vida para as pessoas e reduz a pressão arterial, mas deve ser encarado com seriedade. Para que o exercício físico tenha efetividade é necessário que seja realizado com intensidade moderada de no mínimo 3 a 5 vezes na semana, durante 30 minutos por dia. É de suma importância lembrar que em toda a prática esportiva para indivíduos hipertensos deve haver liberação médica e acompanhamento de um educador físico.

Em suas ações, o enfermeiro tem como responsabilidade acerrar-se de temas relativos a medidas preventivas e de controle de pressão arterial, tais como controle do peso, realização de atividade física, importância da redução do sal e aumento da ingestão de potássio, relação da ingestão de álcool com a hipertensão e recomendações dietéticas. O enfermeiro também deve abordar assuntos pertinentes à fisiopatologia da hipertensão arterial, complicações e tipos de tratamento (MICHELI; BITARELLO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o enfermeiro atua com habilidades, competências e atitudes que possibilitam resolutividade no processo do trabalho em saúde, podendo contribuir significativamente na equipe multidisciplinar, na forma de prevenção e tratamento da hipertensão arterial.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para introduzir, inclusive, a mudança de hábitos de vida. A implementação dessas mudanças, porém, é lenta e na maioria das vezes não se mantém com a continuidade necessária (KIELLER; CUNHA, 2004, p. 22).

Promover um estilo de vida saudável deve ser prioridade das equipes multiprofissionais. A prevenção de complicações nos hipertensos deve focar nos fatores de risco, nos quais a enfermagem deve atuar para eliminar ou reduzir, evitando as complicações da doença em base. É de responsabilidade da enfermagem propor métodos para a mudança de hábitos de estilo de vida e transformar o sujeito em um agente ativo e participante do seu processo de reeducação e melhora de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica n. 19*. Brasília, 2006.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças/ Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. *Cadernos de Atenção Básica n. 14*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

_____. Hipertensão arterial sistêmica. *Caderno de Atenção Básica, n. 15*. Brasília, 2006.

KIELLER, M.; CUNHA, I. C. K. O. Assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Enferm. UNISA*, v. 5, p. 20-4, 2004.

LATERZA, M. C.; RONDON, M. U. P. B.; NEGRÃO, C. E. Efeito anti-hipertensivo do exercício. *Rev. Bras. Hipertens*, v. 14, n. 2, p. 104-111, 2007.

MEDEIROS, P. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Revista Polêmica*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 56-60, jul./set. 2012.

MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e programa de saúde da família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MICHELI, T.; BITARELLO, D. A. O enfermeiro, na atenção básica, ao lidar com hipertensão como fator de risco para insuficiência renal crônica. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v. 8, n. 3, p. 329-337, 2008.

MONTEIRO, H. L. et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 13, n. 2, p. 78-84, mar/abr. 2007.

NASCIMENTO, A. O. et al. *Impacto da prática do enfermeiro na prevenção e controle da pressão arterial*. Disponível em: <<http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

PIERIN, A. M. G. *A atuação da enfermagem na promoção e incentivo à prática de atividade física em hipertensos sedentários acompanhados em estratégia saúde da família da região oeste da cidade de São Paulo*. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

HÁBITOS ALIMENTARES: UM CUIDADO ESSENCIAL NO DIABETES MELLITUS

Maria Cristina Zanchim
Ana Carolina Bertoletti De Marchi
Vanessa Ramos Kirsten

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é definido como uma doença metabólica, caracterizada pela hiperglicemia crônica devido à ausência, deficiência/ou resistência à ação do hormônio insulina sintetizado pelas células betapancreáticas (BORGES et al., 2011). Alguns aspectos etiológicos da doença ainda são desconhecidos, porém, estudos reconhecem a predisposição genética e familiar, estilo de vida e fatores ambientais na sua manifestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Atualmente, o DM tipo 2 é reconhecido como problema de saúde pública e representa cerca de 90% dos casos de diabetes no Brasil dentre todos os outros tipos da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Aponta-se que sua prevalência elevada e ascendente seja resultado das maiores taxas de urbanização, expectativa de vida da população, hábitos alimentares não saudáveis, inatividade física e do incremento nos índices de sobrepeso e obesidade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013; ESKINAZI et al., 2011).

Esta enfermidade, quando não controlada adequadamente, favorece o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, renais,

infecções, neuropatias e amputações, apontadas como causas frequentes de incapacitações na realização das atividades diárias e laborais, aposentadorias precoces, redução da qualidade de vida, além do considerável impacto econômico, por conta dos gastos excessivos em saúde e frequentes hospitalizações (SCHAAN; HARZHEIM; GUS, 2013).

Conviver com DM requer além do conhecimento da doença, comportamento e habilidades para o cuidado que devem ser incorporados diariamente para um melhor convívio com a doença (GRILLO et al., 2008). A ciência tem destacado que uma das formas de cuidado é o manejo nutricional – sendo este fundamental para a manutenção do controle metabólico, estado nutricional adequado – na formação de hábitos alimentares saudáveis e qualidade de vida, bem como na prevenção ou no tratamento de complicações agudas e crônicas advindas da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

É estabelecido que o acompanhamento nutricional favorece o controle glicêmico, promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada. Sabe-se também que, quando associado a outros componentes do cuidado em diabetes, pode melhorar ainda mais os parâmetros clínicos e metabólicos da enfermidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O DM, por ser uma doença crônica, impõe ao indivíduo mudanças importantes no seu cotidiano, pois para mantê-la controlada é necessário que os doentes integrem às suas atividades diárias, além da prática de exercícios físicos, hábitos de alimentação saudáveis, muitas vezes diferindo do consumo habitual. A adesão ao plano alimentar torna-se, então, uma questão-chave para o sucesso do tratamento (APÓSTOLO et al., 2007).

Embora o cumprimento de uma dieta adequada seja parte fundamental para um adequado controle glicêmico, um problema frequente encontrado por profissionais de saúde tem sido o baixo seguimento dos pacientes à prescrição alimentar, principalmente por ser considerado um fator comportamental e social de difícil modificação, o que reconhecidamente aumenta as complicações da doença (VILLAS BOAS et al., 2011).

Para que os objetivos propostos pela terapia nutricional sejam alcançados, o conhecimento de aspectos referentes ao controle metabólico e nutricional é fundamental no gerenciamento do diabetes. Nesse sentido, a assistência multiprofissional deve ser instituída tão logo se confirme o diagnóstico, para que o paciente possa adquirir conhecimento, habilidade e segurança para o autocuidado.

Diante desse contexto, estruturamos este texto em três momentos. No primeiro, discutiremos a epidemiologia do diabetes e a relação dos hábitos modernos de vida no perfil de saúde da população. No segundo e terceiro momento, serão abordados os princípios básicos da conduta nutricional para indivíduos com diabetes, além de aspectos relacionados à promoção da saúde e estilo de vida saudável.

EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES E FATORES ASSOCIADOS

O progresso tecnológico, a globalização e outros aspectos do mundo moderno propiciaram a transição nutricional, que, associada à demográfica, trouxe um novo cenário para o mundo, em termos de morbidade e mortalidade, impactando na saúde humana. Doenças infecciosas deixaram de ser as principais causas de mortalidade, dando lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais está o DM tipo 2 (FERREIRA, 2010).

O número de diabéticos em todo o mundo no ano de 2013 era de 371 milhões, com expectativa de, em 2035, alcançar 592 milhões de pessoas portadoras dessa enfermidade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

No Brasil, dados disponíveis no banco de dados do Datasus mostram que a prevalência do DM na população é de 11,7% (BRASIL, 2012). De acordo com informações recentes do Vigitel, o diagnóstico da doença autorreferida nos brasileiros passou de 5,5% para 6,8% entre 2006 e 2013 (BRASIL, 2014). Essa pesquisa constatou ainda que a sua ocorrência é mais comum em indivíduos com menor escolaridade, indicando que 12,2% dos que têm até

8 anos de estudo possuem diabetes, em contrapartida aos 3,2% dos com mais de 12 anos de estudo, perfazendo uma diferença de mais de 50%. Outro levantamento observado foi a influência da idade na prevalência do diabetes, caracterizando o aumento da sua incidência de 0,8% na faixa etária de 18 a 24 anos, para 22% na população de idosos com mais de 65 anos.

De modo geral, os fatores de risco para a manifestação do DM tipo 2 estão associados às demais DCNT. Entre os muitos fatores de risco citados na literatura, alguns têm por característica o fato de não poderem ser modificados, como a raça, a idade e a carga genética. No entanto, fatores como nível de atividade física, índice de massa corporal (IMC), deposição central de gordura e padrão dietético são considerados modificáveis e possibilitam a reversão da situação de risco para a doença (SEUS et al., 2012).

Atualmente, o perfil alimentar da população tem resultado em excesso de peso e adiposidade visceral, com consequências negativas à saúde. A prevalência de excesso de peso é notória e está aumentando de forma conjunta ao DM tipo 2 (SCHMIDT et al., 2011). Em nosso país, o percentual de indivíduos com excesso de peso supera o daqueles com déficit de peso. Dados divulgados pelo Vigitel de 2013 apontam que 50,8% dos brasileiros estão com o peso acima do ideal e, dentre estes, 17,5% estão obesos (BRASIL, 2014).

As mudanças no perfil de atividade física e a disseminação de atividades sedentárias favorecem o excesso de peso, que, por sua vez, pode colaborar no aumento da resistência à insulina. Neste contexto, indivíduos insuficientemente ativos possuem maiores chances de apresentar sobrepeso e conseqüentemente maior risco de desenvolver DM tipo 2 (SANTOS, 2012). Estudos sobre os padrões de atividade física ainda são escassos e de representatividade limitada no Brasil, entretanto, as pesquisas sugerem que os baixos níveis são mais frequentes entre as mulheres, grupos de meia idade, idosos e pessoas com baixo nível de escolaridade (BRASIL, 2014; ANJOS et al., 2012).

Somado a estes aspectos, outro fator de risco relevante é a modificação no consumo alimentar, caracterizado pelo aumento na ingestão calórica e de alimentos industrializados e altamente

processados. Observa-se a substituição do consumo de alimentos *in natura*, ricos em fibras, vitaminas e minerais por uma dieta rica em gordura, açúcar, alimentos refinados e sódio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). A pesquisa do Vigitel evidenciou essa piora qualitativa do padrão alimentar brasileiro, indicando uma queda do consumo de alimentos tradicionais como o arroz e feijão, frutas e verduras, concomitante ao aumento da ingestão de carnes com excesso de gordura, lácteos integrais e refrigerantes (BRASIL, 2014).

Esses resultados, tomados em conjunto, apontam tendências desfavoráveis, uma vez que esse padrão, caracterizado pelo consumo de alta densidade energética, escassez de fibras, micronutrientes, excesso de gorduras saturadas, somado a inatividade física é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida. Nessa vertente, o cuidado nutricional baseado no estabelecimento de dieta saudável, associado à mudança no estilo de vida, à inclusão da prática de atividade física, é considerado terapia de primeira escolha no gerenciamento e controle do diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

PRINCÍPIOS DA TERAPIA NUTRICIONAL NO DIABETES MELLITUS

A terapia nutricional em diabetes é recomendada como um componente eficaz do plano global do tratamento. É consenso que a dieta é fundamental na obtenção de um estado metabólico ótimo, de forma a assegurar o controle de lipídios, glicemia, pressão arterial, alcance de um peso corporal adequado, além de prevenir as complicações tardias da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Desse modo, para que os objetivos do tratamento sejam atendidos, é estabelecido que a conduta nutricional no diabético deve ter como foco o indivíduo, considerando todas as fases da vida, diagnóstico nutricional e adaptação ao uso de fármacos, hábitos alimentares e nível socioeconômico, permitindo, dessa

forma, a elaboração de um plano alimentar que melhor se adapte às necessidades do paciente (BOAS et al., 2011).

A terapia nutricional vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Atualmente, as recomendações dietéticas estão baseadas nos princípios de alimentação saudável e bons hábitos alimentares. A composição da dieta indicada para portadores da doença assemelha-se à recomendada para a população em geral, uma dieta balanceada, estabelecida a partir de concentrações adequadas de macro e micronutrientes essenciais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Em geral, um dos aspectos relevantes do plano alimentar no diabetes é a sua consistência em relação ao fracionamento das refeições, tipos de alimentos consumidos e combinações, pois, quando realizadas em intervalos regulares e em quantidades adequadas, as refeições contribuirão para um melhor controle glicêmico (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010).

De acordo com Barbieri (2009), a associação entre dieta hipocalórica – com diminuição de 250 a 1000 calorias do consumo habitual – e a perda de peso ponderal, entre 5 e 10%, podem fornecer benefícios clínicos na redução da glicemia, pressão arterial e do perfil de lipídios em indivíduos diabéticos com sobrepeso e obesidade. Uma metanálise, que incluiu 17 estudos randomizados e controlados, avaliou o efeito da intervenção no estilo de vida sobre os níveis de HbA1c e IMC em pacientes diabéticos tipo 2, evidenciando que as intervenções que aumentaram o nível de exercício físico foram benéficas e associaram-se a melhorias nos níveis de HbA1c (diferença média ponderada de, -0,32%, IC 95%, -0,44% para -0,21%) e no IMC (-1,05 kg/m², IC 95%, -1,31 para -0,80) (AVERY et al., 2012).

Referente à ingestão de carboidratos no plano alimentar, há consenso que deve representar de 45% a 60% do requerimento energético, preferencialmente de baixo índice glicêmico, sendo recomendado o consumo a partir de hortaliças, leguminosas, produtos lácteos desnatados, frutas e grãos integrais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Atualmente, as diretrizes descrevem que sacarose não aumenta a glicemia a níveis superiores do que outros carboidratos quando consumidos em quantidades equivalentes. Dessa forma, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) preconiza que seu consumo possa ser inserido no contexto de uma dieta saudável, dependendo do grau de controle do indivíduo e da supervisão contínua do nutricionista.

Estudos têm apontado um efeito benéfico do uso de adoçantes artificiais no controle do consumo de energia e conseqüentemente na redução do peso corporal, quando comparado à ingestão de açúcar na dieta (RABEN; RICHELSEN, 2012; SORENSEN et al., 2014). Nesse sentido, os adoçantes não são essenciais ao tratamento do diabetes como a medicação e a monitorização da glicemia, mas podem favorecer o convívio social e uma maior flexibilidade do plano alimentar. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), edulcorantes, como o acessulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose, mostraram-se seguros para o consumo na população em geral, quando a ingestão aceitável diária foi respeitada.

O consumo de fibra deve ser incentivado em diabéticos, pois favorece a redução dos picos glicêmicos pós-prandiais, contribui para a saciedade, reduz a absorção intestinal de glicose e do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), além de atuar na preservação da saúde intestinal. Portanto, há um consenso nas diretrizes em incentivar o consumo de alimentos fontes de fibras, tais como grãos integrais, leguminosas, hortaliças e frutas (FERREIRA, 2010). A *American Diabetes Association* (2014) não recomenda, entretanto, um consumo de maior quantidade de fibras na dieta, sendo a ingestão mínima sugerida de 25g por dia para mulheres e 38g para os homens.

Embora as gorduras não devam ser consumidas em grande quantidade, são indispensáveis no plano alimentar, pois fornecem as maiores taxas de energia, ácidos graxos essenciais, além de serem condutoras de vitaminas lipossolúveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Segundo a *American Diabetes Association* (2014), a ingestão total de gordura deve representar até 30% da energia consumida na dieta, sendo que 10% deve ser

derivada de gordura poli-insaturada, 7% ou menos de saturada e uma ingestão energética menor do que 200 mg/dia de colesterol. O consumo de gorduras saturadas, trans e colesterol deve ser restrito de modo a reduzir o risco cardiovascular, contribuindo para a redução do peso, e de até 16% da LDL-C.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) preconiza que as proteínas devem ser ingeridas em quantidades suficientes para que possam exercer suas funções principais que se relacionam com a formação, renovação e manutenção estrutural de células e tecidos. Quanto à oferta proteica, recomenda-se para um balanço energético positivo, um percentual de 15% a 20% do valor calórico da dieta ou de 0,8 a 1 g/kg/peso/dia. Na situação de doença renal crônica em estágio 3 ou 4 é aconselhada a redução para 0,6 a 0,8g/kg/dia, de modo a diminuir a progressão da doença renal. Boa parte da oferta deve provir de proteínas de boa qualidade biológica e de fácil digestibilidade como das carnes magras, leite, ovos, queijos e iogurtes com baixo teor de gordura. Leguminosas, cereais integrais e oleaginosas devem complementar a oferta de aminoácidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

As vitaminas e minerais distribuem-se pelos vários alimentos e são indispensáveis para o pleno aproveitamento dos nutrientes e funcionamento do organismo. Em diabéticos, a sua deficiência é frequente e as principais causas são as perdas na urina, a diminuição na capacidade de absorção intestinal, além da baixa ingestão dietética (CHEHADE, 2009). Para que as necessidades diárias de vitaminas e minerais sejam atendidas, o plano alimentar deve ser variado, com o consumo mínimo de duas a quatro porções de frutas ao dia, sendo pelo menos uma rica em vitamina C e de três a cinco porções de hortaliças cruas e cozidas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

A recomendação de sódio é a mesma da população em geral, sendo limitada a 2.400mg/dia, o que equivale a 5 g de sal de cozinha. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o consumo acima dessa meta é causa importante de hipertensão arterial. Produtos alimentícios ricos em ingredientes fontes de sódio devem ser evitados, como os embutidos, conservas, enlatados, defumados, salgados de pacote, macarrão instantâneo, temperos

em cubos e molhos prontos. Torna-se relevante realizar escolhas conscientes, incluindo na alimentação temperos naturais, frutas, vegetais e processados com menor teor de sódio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Com relação ao consumo de álcool, as diretrizes recomendam que a ingestão seja de uma dose ou menos para mulheres e duas doses ou menos para homens (1 dose, 150 ml, de vinho ou 360 ml de cerveja ou 45 ml de destilados, medida equivalente em média a 15 g de etanol). Recomenda-se, ainda, a ingestão de carboidrato antes e/ou durante o uso da bebida, sendo necessário em alguns casos, ajuste na dose da insulina (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Diante deste contexto, as estratégias para o tratamento nutricional no diabetes, devem dar ênfase à disciplina na ingestão de nutrientes adequados e no fracionamento alimentar, minimizando, assim, as oscilações glicêmicas e refletindo em uma melhor qualidade de vida.

ADESÃO AO CUIDADO NUTRICIONAL NO DIABETES MELLITUS

São várias as razões que contribuem para muitas pessoas acreditarem que a terapia nutricional é o componente mais difícil e desafiador no tratamento do DM. Entre os fatores preponderantes para a adesão insatisfatória às recomendações nutricionais do diabético, está a limitação econômica para aquisição de alimentos adequados, a não personalização do plano alimentar, influência da família no consumo alimentar, a falta de motivação e de clareza na análise da relação custo/benefício entre adesão às orientações e os fatores de risco associados às descompensações glicêmicas (MARQUES; SOUSA; DOMINGOS, 2012).

Estima-se que o percentual de diabéticos que não segue plenamente a dieta recomendada varia de 40% a 60% (GROFF et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2014).

Diversos estudos têm apontado uma associação positiva entre limitação econômica e pior capacidade para o gerenciamento da

saúde, de forma especial no DM. Gucciardi et al. (2014), em uma revisão sistemática, observam que a insegurança alimentar é prevalente entre famílias onde ao menos uma pessoa convive com diabetes e, da mesma forma, o diabetes é, também, mais frequente em domicílios onde há insegurança alimentar. Os autores destacam que muitos diabéticos apresentam acesso limitado a alimentos em quantidade e qualidade, pois parte do orçamento financeiro é destinado à aquisição de medicamentos, insumos, tratamentos médicos, além de despesas com moradia. Isso agrava a insegurança e exerce influência na compra e consumo de uma dieta de baixo custo, densa em calorias e pobre em nutrientes.

O estudo realizado por Ramos et al. (2014) demonstrou que a não adesão às orientações alimentares ocorre, principalmente, pela dificuldade em recriar hábitos alimentares, devido à não aceitação das restrições recebidas. Peres et al. (2006), em sua pesquisa, também identificaram que os diabéticos não seguiam as orientações devido à percepção negativa quanto ao tratamento dietético, associando-o com a condenação de se privar de prazeres. Desse modo, o paciente se nega a seguir o tratamento, com consequente piora do estado de saúde.

A saúde e a alimentação do diabético também são influenciadas pelos hábitos de vida da família. Santos et al. (2012) destacam que, dentre aqueles que apresentam dificuldade em seguir a dieta, muitos apontam a falta de apoio familiar como responsável pela manutenção do plano alimentar. Assim, a abordagem familiar é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento (COSTA et al., 2011).

A possibilidade de ser saudável em diabetes se dá com a realização correta do tratamento e também pelo convívio consciente do paciente com a sua condição de saúde. Nesse sentido, o aconselhamento nutricional bem aplicado, realizado pelo profissional nutricionista, viabiliza melhor adesão, evitando-se modificações traumáticas de estilo de vida, principalmente quanto ao amplo aspecto do ato de comer (MARQUES; SOUSA; DOMINGOS, 2012).

Além do cuidado nutricional, torna-se essencial inserir-se ao contexto sociocultural do paciente. O abandono do sedentarismo

requer prática de exercícios físicos diários e automonitorização da glicemia e o uso adequado de medicamentos, fatores que juntos proporcionam o adequado gerenciamento do DM tipo 2. Considerando que mudanças a longo prazo no comportamento são difíceis de serem alcançadas, a assistência multiprofissional aos pacientes diabéticos é fundamental para que sejam identificadas e trabalhadas estratégias que motivem o autocuidado, com contribuições no controle da doença e no cuidado de forma integral (MECHANICK et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes *mellitus* vem crescendo de forma epidêmica, reflexo de um estilo de vida sedentário e de hábitos alimentares inadequados. O tratamento desta patologia implica grande responsabilidade pelo paciente ao longo da vida. A adesão às recomendações nutricionais, apesar de ser desafiante no cuidado do diabetes, é um componente essencial para o controle metabólico e qualidade de vida. Dessa forma, são fundamentais estratégias de promoção da saúde que possam levar à mudança nos hábitos de vida para participação ativa e efetiva do paciente no curso da sua doença.

REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, v. 37, n. 1, p. 14-80, 2014.
- ANJOS, E. M. et al. Evaluation of muscular performance in not sedentary elderly before and after the application of an exercise program for balance. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 459-467, 2012.
- Apóstolo, J. L. A. et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 1-9, 2007.

AVERY, L. et al. Changing physical activity behavior in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care*, v. 35, p. 2681-9, 2012.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.

BARBIERI, A. F. S. *Estimativa do tamanho da porção alimentar de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 utilizando álbum fotográfico*. 2009. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BORGES, V. C.; CORREIA, M. I T.; ALVAREZ-LEITE, J. Terapia nutricional no diabetes mellitus. In: *Projeto diretrizes*. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 9, p. 237-244, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Indicadores de fatores de risco e de proteção, prevalência de diabetes melito em 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel-Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2014.

Chegade, J. M. The role of micronutrients in managing diabetes. *Diabetes Spectrum*, v. 21, n. 22, p. 214-218, 2009.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

Eskinazi, F. M. V. et al. Envelhecimento e a epidemia da obesidade. *UNOPAR. Cient. Ciênc. Biol. Saúde*, v. 13, p. 295-8, 2011.

FERREIRA, S. R. G. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Ciência Cultura*, v. 62, n. 4, p. 31-33, 2010.

GRILO, M. R. M.; SOUSA, C. D.; MCINTYRE, T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *RBPS*, v. 21, n. 4, p. 281-289, 2008.

Groff, D. P.; Simões, P. W. T. A.; Fagundes, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metrópol de Criciúma. *ACM Arq. Catarin. Med*, v. 40, n. 3, p. 67-80, 2011.

Gucciardi, E. et al. A intersecção entre insegurança alimentar e diabetes: uma revisão. *Nutrição Atual Relatórios*, v. 3, n. 4, p. 324-332, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF. *Diabetes atlas update 2013: regional & country factsheets*. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2013-regional-country-factsheets>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

MARQUES, H.S.; SOUSA, L.P.; DOMINGOS, N.A.M. Diabetes tipo II: qualidade de vida e aspectos psicológicos. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 19, n. 2, p. 16-22, 2012

Mechanick, J. I. et al. Diabetes-specific nutrition algorithm: a trans-cultural program to optimize diabetes and prediabetes care. *Curr. Diab. Rep.*, v. 12, n. 2, p. 180-94, 2012.

OLIVEIRA, M. S. S. et al. Avaliação da adesão terapêutica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enferm. UFPE*, Recife, v. 8, n. 6, p. 1692-701, 2014.

PERES, D. S.; Franco, L. J.; Antônio, S. M. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 310-7, 2006.

Raben, A.; Richelsen, B. Artificial sweeteners: a place in the field of functional foods? *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Cuidado*, v. 15, n. 6, p. 597-604, 2012.

RAMOS, C. I.; KLUG, J. C.; PRETTO, A. D. B. Adesão às recomendações alimentares de usuários portadores de diabetes tipo 2. *Demetra*, v. 9, n. 2, p. 561-575, 2014.

SANTOS, R. H. *Efeito do programa de atividade física do Conviver nos níveis de obesidade dos idosos participantes*. Monografia (Licenciatura em Educação Física) Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Coromandel - MG, 2012.

SANTOS, H. et al. Motivação do diabético tipo 2 para o tratamento não farmacológico. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, v. 17, n. 6, p. 89 -94, 2012.

SCHAAN, B. D.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Revista de Saúde Pública*, v, 38, n. 4, p. 529-36, 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Rev. Lance*, v. 9, p. 61-74, 2011.

SEUS, T. et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 17, n. 6, p. 1-13, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E METABOLOGIA. *Manual de Nutrição – Profissional da Saúde*, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*, p. 1-4, 2013-2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*, p. 18-33, 2013-2014.

SORENSEN, L. B. et al. Sucrose compared with artificial sweeteners: a clinical intervention study of effects on energy intake, appetite, and energy expenditure after 10 wk of supplementation in overweight subjects. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 100, n. 1, p. 36-45, 2014.

VILLAS BOAS, L.C.G. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

ELESTROESTIMULAÇÃO POR MICROCORRENTE NO CUIDADO AO IDOSO COM ÚLCERA DE PRESSÃO

Lauana D'Avila Eidelwein
Helenice de Moura Scortegagna

INTRODUÇÃO

A essência do cuidado faz parte da vida do ser humano, sendo entendida como uma maneira de ser, pois engloba atos como carinho, compaixão, afeto, atenção. Cuidar é saber se colocar no lugar do outro, ou seja, ser humanista, benevolente e altruísta. O desenvolvimento do cuidado é capaz de resgatar o lado humanístico do homem, que surge quando alguém, ao ajudar, torna-se importante para outrem, formando laços e sentimento de desvelo. O cuidado está na constituição do ser humano, sem ele deixaríamos de existir. Podemos até considerá-lo uma atitude que precisa estar presente em tudo que dizemos e fizemos (FONSECA et al., 2010; WALDOW, 2011; BOFF, 2004).

Com a acelerada transição demográfica brasileira, o aumento da população idosa é cada vez maior, o que requer novas políticas públicas para atender com equidade aos idosos que acabam necessitando de cuidados especiais. Assim, configura-se o desafio de atenção à saúde. Perante essa realidade, porém, há uma preocupação devido à escassez de serviços públicos e privados voltados a essa faixa etária, sendo necessário um aumento de profissionais qualificados na prática do cuidado ao idoso de forma humanizada (BERLEZI et al., 2011).

O aumento da população longeva ratificou a necessidade da criação de estratégias à saúde do idoso, aumentando o número de profissionais capacitados, maior infraestrutura, aporte tecnológico e programas de atenção ao idoso visando ao cuidado integral. Envelhecer bem não depende exclusivamente dos fatores fisiológicos, mas também do contexto social, limitações. As doenças fazem parte do processo de envelhecimento, ressaltando a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde para um envelhecer ativo e de qualidade. A vulnerabilidade, bem como a prevalência de doenças crônicas, na senescência, podem acarretar a diminuição da capacidade funcional e a dependência do idoso, aumentando as chances de acamamento (CONCEIÇÃO, 2010; FIGUEIREDO et al., 2008).

A úlcera de pressão é um problema que se destaca durante a senescência, principalmente na população idosa com baixa mobilidade. Seu desenvolvimento é rápido e pode resultar em graves complicações que comprometem a saúde do idoso (SAATKAMP, 2012).

De acordo com Neiva et al. (2014, p. 305),

a úlcera por pressão (UP) é um grave problema de saúde em todo o mundo. No Brasil, poucos são os estudos referentes à incidência e à prevalência de úlceras, contudo, o problema é semelhante ao encontrado em outros países, apresentando incidência de 2 a 29,5% na população em geral.

Uma das alternativas para o tratamento das úlceras de pressão é a microcorrente, considerada um recurso eletroterápico com finalidade de restabelecer a bioeletrecidade tecidual (KORELO, 2012).

O presente estudo constitui-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, através da revisão com base em artigos nacionais e internacionais e livros. Foi realizada leitura e seleção dos tópicos de interesse da pesquisa em pauta, com a finalidade de conhecer as contribuições em nível científico da microcorrente em idosos com úlceras de pressão.

O objetivo deste trabalho é investigar as contribuições da eletroestimulação por microcorrente na úlcera de pressão para a melhoria da assistência ao cuidado do idoso. Observa-se a importância dos cuidados com portadores de úlceras de pressão, destacando e enfatizando a população idosa que possui peculiaridades do envelhecimento, o que propicia o acometimento dessas lesões, bem como as dificuldades de cicatrização tecidual.

A PELE DO IDOSO E AS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Considerada o maior órgão do corpo humano, a pele possui diversas funções importantes indispensáveis à vida. No decorrer do processo de envelhecimento, suas estruturas sofrem alterações devido a fatores intrínsecos e extrínsecos, resultando em um efeito deletério à saúde, requerendo cuidados especiais indispensáveis. Modificações no tecido cutâneo são comuns na senescência, entre elas a diminuição da síntese de colágeno e elastina feita pelos fibroblastos, que possuem papel importante na manutenção da integridade dos tecidos. A espessura da pele diminui drasticamente, bem como a elasticidade e a hidratação, deixando-a alópica, frágil e propícia ao rompimento. Ocorre também diminuição da vascularização e fragilidade dos vasos sanguíneos, favorecendo o aparecimento de lesões cutâneas, termorregulação desequilibrada, diminuição das glândulas sudoríparas, menor sensibilidade devido à redução dos receptores sensoriais, e resposta inflamatória deficiente, devido à menor produção de histamina e cisalhamento (FREITAS et al., 2010; RESENDE et al., 2006).

A pele, conhecida também como tegumento, pode ser um meio indicador de alterações no organismo ou da saúde geral de um indivíduo, com função de proteger o corpo humano de fatores extrínsecos como microorganismos e radiação ultravioleta, regular a temperatura corpórea, armazenar e sintetizar a vitamina D, conter as substâncias vitais e as estruturas do corpo. Essas funções passam por vicissitudes quando há feridas incapacitantes que dificultam o processo de cicatrização tecidual, sendo indis-

pensáveis cuidados para diminuir o risco de complicações e gastos com a saúde (PANATO, 2014).

Durante a senescência, a pele passa por modificações relacionadas à genética, idade, radiação solar, tabagismo e agentes químicos. Esses fatores acabam tornando-a desidratada, enrugada, flácida e com neoplasias benignas. Conseqüentemente aumenta o risco à formação de lesões cutâneas (CREUTZBERG et al., 2011).

Juntamente ao processo de envelhecimento, há risco de doenças crônicas. Entre elas, destacam-se as cardiovasculares, metabólicas e respiratórias, que podem subsidiar o aparecimento de feridas como as úlceras de pressão. Essas feridas podem intensificar as incapacidades funcionas e cognitivas do indivíduo idoso, aumentando o número de internações hospitalares e diminuindo a sua qualidade de vida (CAVALCANTE et al., 2010).

Alterações na estrutura da pele do idoso são comuns com o avanço da idade, aumentando a vulnerabilidade a doenças e lesões, entre elas as lesões teciduais como a úlcera por pressão (UP), que tende a aparecer nos indivíduos em momentos de restrição de mobilidade e fragilidade. As úlceras por pressão são necroses cutâneas que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido por um longo período com determinada intensidade e pressão, como por fatores intrínsecos e extrínsecos, onde há diminuição ou interrupção de irrigação sanguínea, e podem ser superficiais ou profundas. A UP acomete 23% dos pacientes acamados em cuidados domiciliares e 9% dos hospitalizados, enfatizando a importância do acompanhamento e da assistência profissional para minimizar os efeitos deletérios e acelerar a cura da lesão (FREITAS et al., 2011).

A fisiopatologia da UP deve-se à imobilidade do paciente por um longo período, juntamente à pressão externa aplicada sobre as proeminências ósseas, podendo ocasionar hipóxia local prolongada e conseqüentemente a necrose tecidual. A tolerância variável dos tecidos à isquemia é individual, pois seu período crítico é variável entre as pessoas. A etiologia da úlcera de pressão é multifatorial, envolvendo fatores intrínsecos (idade, perfusão tecidual, estado nutricional, uso de alguns medicamentos, doenças crônicas entre outros) e extrínsecos (umidade da pele, fricção, pressão e cisalha-

mento), sendo que a pressão exercida sobre os tecidos é o principal fator causador da patologia (SANTOS, 2011).

As úlceras de pressão são diagnosticadas através da inspeção, sendo relevante envolver e considerar história, estado nutricional, exame físico, estado psicológico, tal como ocorrência de distúrbios que levam o retardo das lesões. No tocante à úlcera, é importante avaliar e levar em consideração diversos fatores como sua localização, estadiamento, dimensão, processo infeccioso local, presença de fístulas, dor, odor e condições da pele adjacente (FERNANDES et al., 2012).

Denominadas também como “escaras de decúbito”, as úlceras de pressão podem ser classificadas em estágios originais de I a IV, sendo que sua causa pode estar associada a diversos fatores (COÊLHO, 2013).

As UPs, geralmente localizadas em áreas de proeminências ósseas, dividem-se em quatro graus: Grau I, pele íntegra, mas pode apresentar dor, calor/frio, rubor e edema; Grau II, pele com isquemia, afetando epiderme e derme; Grau III, perda total da espessura da pele, há necrose ou lesão tecidual; Grau IV, ocorrência de lesões nos ossos e músculos (PANATO, 2014).

Em média, 70% da população geriátrica desenvolve úlceras de pressão. Fatores como diminuição da hidratação corporal, menor resistência à tração, integridade da pele, perda do tecido subcutâneo, menor estabilidade e vascularização tendem a colaborar para o aparecimento das lesões que ocorrem principalmente sobre proeminências ósseas. Existem três fatores que sempre devem ser abordados e considerados no tratamento de uma ferida crônica para que ocorra a cura: equilíbrio bacteriano, tecido necrosado e equilíbrio da umidade tecidual. Potenciais intervenções para a prevenção das úlceras de pressão (UPs) são de extrema importância, como o reposicionamento do acamado, nutrição adequada, hidratação da pele seca, diminuição da umidade da pele, proteção da pele contra efluentes (como urina e fezes), uso de superfícies de apoio para reduzir a pressão sobre o tecido subcutâneo. Apesar de necessária a prevenção, nem sempre evita o surgimento das lesões, que, quando em estágio avançado, necessitam de inter-

venção cirúrgica, levando muitas vezes à amputação do membro lesado (GIST et al., 2009).

A úlcera de pressão gera complicações físicas, emocionais e sociais, diminuindo a qualidade de vida, principalmente de idosos sem mobilidade, acamados em leitos hospitalares ou domésticos. Sua etiologia é multidimensional. Fatores como etilismo, tabagismo, fricção, nutrição, idade, cisalhamento, hipertemia, umidade da pele, imobilidade e menor sensibilidade afetam os tecidos, diminuindo a resistência à pressão (ALMEIDA et al., 2012).

O processo cicatricial de um ferimento consiste em fases sobrepostas e interdependentes, dentre elas a *regenerativa*, que é subdividida em proliferação, produção e remodelamento. Quando ocorre uma agressão tecidual, cargas elétricas endógenas, geradas pelo próprio organismo, enviam sinais ao corpo de que há algo errado, estimulando, assim, a autorreparação, no entanto, em feridas já consideradas crônicas acontece uma “interrupção” elétrica que gera resistência ao fluxo elétrico, dificultando a cura da lesão (SANTOS et al., 2009).

ELETOESTIMULAÇÃO POR MICROCORRENTE

A estimulação elétrica neuromuscular por microcorrente é uma corrente polarizada, aplicada com baixa intensidade em microampères (μA), com modalidades contínuas ou alternadas. É um método não invasivo, indolor, de fácil aplicação e baixo custo, com poucas contra-indicações (irritação à corrente elétrica, eixo do marca-passo e sobre útero gravídico). Possui compatibilidade com o campo eletromagnético do corpo humano, sintonizando com os níveis elétricos das trocas iônicas que ocorrem em nível celular, normalizando a bioeletrecidade tecidual e estimulando o crescimento celular fisiologicamente. Entre os efeitos fisiológicos e terapêuticos estão: aumento da síntese de ATP e de proteínas, aumento do transporte através da membrana, aceleração do processo de cicatrização e estimulação dos fibroblastos (CRUZ et al., 2011; KORELO et al., 2012; MENDONÇA et al., 2009).

Imitando os impulsos elétricos produzidos pelo organismo, a microcorrente é considerada uma corrente homeostática e fisiológica capaz de diminuir a resistência dos tecidos, favorecendo sua regeneração e condutância (KUPLICH et al., 2013).

A microcorrente é uma técnica de eletroestimulação de baixa intensidade com correntes de baixa frequência, estímulos pulsados e contínuos. Entre seus efeitos, o que ganha destaque na literatura é a capacidade de restabelecer a bioeletricidade dos tecidos (RODRIGUES et al., 2009).

O uso da eletroestimulação da microcorrente é considerado compatível com as correntes endógenas que agem em nível celular no organismo, contribuindo para a aceleração cicatricial em feridas.

O estímulo elétrico sobre uma lesão tem como objetivo acelerar o reparar tecidual. Um estudo realizado com suínos utilizou duas modalidades de corrente (contínua e alternada) sobre úlceras de pressão, resultando na rápida diminuição das áreas afetadas, quando expostas a estímulos contínuos, e na minimização do volume das feridas, quando expostas a estímulos alternados. Observou-se, também, que houve orientação das fibras colágenas nos ferimentos. Noutro estudo feito com suínos que receberam aplicação de corrente elétrica contínua, com intensidade de 50 a 300 (μA), o processo cicatricial resultou no aumento da produção de colágeno entre o 5º e 7º dia de tratamento, o que indica que estímulos elétricos influenciam na proliferação e migração de células epiteliais e de tecido conjuntivo que fazem parte da regeneração e reparação de lesões (CRUZ, 2007).

Aplicações de micricorrente em úlceras de pressão em humanos, com intensidade entre 200 a 800 (μA), resultaram na diminuição do desconforto do tecido lesado, em comparação ao grupo controle que não obteve melhoras (CRUZ, 2007).

Para avaliar os efeitos da aplicação em gel do ativo Aloe Vera, combinado ou não com a microcorrente no reparo de lesões cirurgicamente conduzidas, ratos machos com 120 dias foram divididos em quatro grupos experimentais: grupo controle, animais tratados com gel de Aloe Vera, animais tratados com microcorrente e animais tratados com Aloe Vera e microcorrente. As cobaias foram

submetidas à tricotomia dorsal e, 24h depois do procedimento, iniciaram as aplicações que tiveram duração de 10 dias. Após o período de intervenção, os animais foram sacrificados para análise morfológica e estrutural, que identificou fase proliferativa precoce nos animais submetidos à aplicação de Aloe Vera (AV) mais microcorrente (MC), havendo ação sinérgica entre o AV e a MC, sendo essa associação uma boa escolha nos tratamentos de feridas abertas (MENDONÇA et al., 2009).

Um trabalho experimental avaliou os efeitos da microcorrente em queimaduras de terceiro grau, induzidas em 100 ratos que foram divididos em dois grupos, contendo 50 ratos no grupo de intervenção e 50 no grupo controle. Os animais foram submetidos à tricotomia na região dorso-lombar e em seguida à queimadura por uma placa metálica em alta temperatura. As cobaias correspondentes ao grupo de intervenção receberam, após a lesão por queimadura, a aplicação de 15 sessões de microcorrente no período de 21 dias, contribuindo para o fechamento da úlcera. O grupo controle apresentou complicações que mantiveram a lesão aberta, alto processo inflamatório e infecção bacteriana.

O uso de corrente elétrica por microcorrente em lesões na pele de coelhos, no período de 8h por três dias consecutivos, resultou no aumento de hidroxiprolina e, conseqüentemente, da síntese de colágeno (CRUZ, 2007).

Cruz (2007) realizou um estudo para quantificar os efeitos da microcorrente (MC) sobre a densidade do colágeno tipo I e III nas fases de cicatrização tecidual pós-operatória. Foram submetidos ao estudo 30 ratos machos que receberam dois cortes na região dorsal. Posteriormente suturados, os animais foram divididos em três grupos de dez, conforme a iniciação da aplicação da MC. Foram utilizadas intensidades entre 0 a 500 microampéres e frequência de 2 a 500 Hz, sendo que somente um dos cortes (superior) de cada rato recebeu o estímulo, sendo o outro corte (inferior) considerado controle. O estudo resultou no aumento significativo do colágeno no 14º dia nas regiões profundas e central da lesão que foi submetida ao tratamento com microcorrente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou a importância do cuidado aos idosos, com a integridade da pele prejudicada, e salientou os riscos que as úlceras de pressão podem causar à saúde, bem como à diminuição da qualidade de vida da população idosa. Nesse sentido, a microcorrente possui uma corrente elétrica, tal como aqui demonstramos, compatível com as correntes endógenas do corpo humano, sendo capaz de restabelecer a bioeletrecidade dos tecidos. Bem por isso é vista como uma alternativa benéfica que possibilita a cicatrização de lesões cutâneas, favorecendo o reparo tecidual de forma não invasiva e sem efeitos colaterais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. *Revista Ciência e Saúde*, Porto Alegre, v. 5, p. 125-131, 2012.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

CAVALCANTE, A.M.R.Z. et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na estratégia de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 727-735, dez. 2010.

COÊLHO, A.D.A. *Intervenções de enfermagem para tratamento de úlcera por pressão em pacientes acamados: revisão integrativa da literatura*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev Med Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 81-91, 2010.

CREUTZBERG, M. et al. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos de unidade de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 2, p. 133-136, 2011.

CRUZ, A. N. N. *Estimulação elétrica neuromuscular por microcorrente, na cicatrização cutânea pós-operatória. Análise do colágeno em ratos.* Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) – Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, 2007.

CRUZ, Y. F. et al. Efeito da estimulação elétrica com microcorrentes sobre o trofismo de músculos contundidos. *Anhanguera Educacional*, v. 14, n. 25, p., 2011.

FIGUEIREDO, I. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 61, p., 2008.

FERNANDES, M. DAS G. M et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 56-60, 2012.

FONSECA, A. et al. Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. *Ciência e Saúde*, v. 3, p. 2-8, 2010.

FREITAS, L.D.O. de. *O processo de envelhecimento natural da pele do idoso: diagnósticos e intervenções de enfermagem.* Trabalho de conclusão (Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

FREITAS, M.C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 143-150, 2011.

GIST, S.; TIO-MATOS, I. Wound care in the geriatric client. *Clinical Interventions in Aging*, USA, v., p. 269-287, 2009.

JUNIOR, J.R.P. et al. Application of jatropha curcas L. seed oil (euphorbiaceae) and microcurrent on the healing of experimental wounds in wistar rat. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 27, n. 7, p. 441-447, 2012.

KORELO, R.I.G. et al. Aplicação da microcorrente como recurso para tratamento de úlceras venosas : um estudo piloto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 4, p., 2012.

KUPLICH, M.D.; SOARES, N.; NUNES, F. Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de telangiectasias faciais. *RIES*, v. 2, n. 2, p. 79-92, 2013.

MENDONÇA, F.A.S. et al. Effects of the application of aloe vera (L.) and microcurrent on the healing of wounds surgically induced in wistar rats. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 24, n. 2, p. 150-155, 2009.

- NEIVA, G. P et al. Alterações dos parâmetros hematológicos em pacientes portadores de úlcera por pressão em um hospital de longa permanência. *Einstein*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 304-309, set. 2014.
- PANATO, B. P. *Caracterização clínica de pacientes com o diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- RESENDE, D. DE. M.; BACHION, M. M. ARAÚJO, A. DE. O. Integridade da pele prejudicada em idosos : estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.*, v. 19, n. 2, p. 168-173, 2006.
- RODRIGUES, M. L. G.; QUINTILIANO, N. A. *Efeitos da estimulação elétrica por microcorrente sobre a hipotrofia muscular de ratos idosos resistentes à insulina*. Trabalho apresentado no 9º Congresso Nacional de Iniciação Científica, p. 39-46, 2011.
- SANTOS, C. T. DOS. *Indicador de qualidade assistencial e processo de enfermagem como ferramentas de qualificação para o cuidado ao paciente com úlcera por pressão*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- SAATKAMP, F. *Cuidados de enfermagem na prevenção às úlceras por pressão (up's) em pacientes hospitalizados*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Univates, Lajeado, 2012.
- SANTOS, R.P.; NASCIMENTO, C.A.; ANDRADE, E.N. de. Uso da eletroestimulação na cicatrização de úlceras venosas. *Fisoter Mov*, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 615-623, 2009.
- WALDOW, V. R. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.*, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

TREINAMENTO COM JOGOS DE REALIDADE VIRTUAL PARA DIMINUIR O DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS

Fhaira Petter da Silva
Pablo Pasqualotti
Adriano Pasqualotti

INTRODUÇÃO

Importantes mudanças transparecem nas diversas dimensões da sociedade cada vez mais informatizada. As novas gerações entram em contato com tecnologias inovadoras desde o nascimento, desenvolvendo ampla desenvoltura e intimidade com a operacionalização dos meios eletrônicos (MOREIRA; KRAMER, 2007). Contudo, alguns setores sociais ficam à margem desse processo. Grande parte da população idosa convive, ainda, de forma conflituosa com as rápidas e complexas alterações tecnológicas. Nem sempre manipular novos eletrodomésticos, celulares, caixas eletrônicos e, principalmente, o computador, são consideradas tarefas fáceis por quem tem mais de 60 anos. Porém, esse perfil do idoso excluído da interação com a tecnologia está mudando. Dados atuais mostram que a maioria dos novos usuários de internet são idosos, o que faz muitos pesquisadores questionarem se essa aquisição tecnológica e a consequente aprendizagem de uma nova linguagem são capazes de trazer melhorias ao estilo de vida dessa população (MINCACHE et al., 2011).

Ultimamente, as pesquisas que aliam o uso das tecnologias à questão da qualidade de vida vêm demonstrando que essa articulação pode produzir grande impacto ao bem-estar individual, além de ressonância junto à população em geral. No entanto, para subsidiar a adaptação de uma tecnologia e a formatação de um conteúdo de relevância ao cotidiano dos idosos, faz-se necessário realizar primeiro um diagnóstico situacional com foco nas necessidades e expectativas autorreferidas pelo segmento de usuários (MIRANDA; FARIAS, 2009). Alguns aspectos psicossociais negativos, comuns na velhice (como solidão, isolamento social, alienação), podem ser minimizados com o devido uso da internet e de aparelhos eletrônicos. A criação de uma nova rede de amigos, buscando informações sobre assuntos de interesse pessoal e sobre o que acontece ao seu redor e no mundo são atitudes que reinserem o idoso no meio social em que vive (KARAVIDAS; LIM; KATSIKAS, 2005).

Por isso, o objetivo deste capítulo é demonstrar como os avanços da tecnologia vêm despertando a importância da manutenção da cognição através dos efeitos positivos das atividades ligadas a jogos interativos de vídeo, tornando-se um meio de treinamento para melhorar estados de saúde. Sendo assim, estruturamos o capítulo em torno de jogos de vídeo, envelhecimento humano e pessoas idosas e cognição.

JOGOS DE VÍDEO

A maioria das pessoas pensa em jogos de vídeo como entretenimento, mas, pelo contrário, há um crescente interesse nessa atividade como um meio de treinamento para melhorar estados de saúde (DURKIN, 2010). Os efeitos positivos de se engajar em jogos de vídeo destinados aos cuidados de saúde estão nas finalidades inovadoras de usá-los para aperfeiçoamento ou treinamento cirúrgico, ou ajudando pacientes a serem mais aderentes aos regimes de tratamento (KATO, 2010). Aparelhos de consoles, tais como Nintendo Wii, Wii Balance Board, X-Box com Kinect e Playstation Move, foram testados para treinamento em pacientes

de forma lucrativa em comparação com equipamentos caros de realidade virtual (SIN; LEE, 2013).

Essas tecnologias de vídeo têm aplicações importantes que vão além do entretenimento, podendo mudar comportamentos de saúde e o bem-estar das pessoas. Por mais que muitas mídias tenham apontado vários efeitos negativos dos jogos de vídeo, desde a obesidade até a agressividade, várias pesquisas, como as de Spence, Feng (2010) e Kato (2010), revelam que alguns jogos podem, desde outro ponto de vista, fazer bem à saúde psíquica e funcional. Relativamente, pouca atenção havia sido dada aos efeitos positivos de se engajar nessa atividade, mas hoje esta área está em alta. Jogos de vídeo, na área da saúde, proporcionam amplos exemplos de formas inovadoras de usar jogos comerciais existentes para a melhoria da saúde (KATO, 2010).

A realidade virtual (RV) é uma tecnologia emergente que proporciona uma sensação de realidade através de respostas auditivas e visuais. Qualquer limitação na formação temporal e espacial pode ser praticamente superada usando este tipo de tecnologia. A RV tem sido empregada para treinamentos complexos, arriscados e até para algumas tarefas dispendiosas, como atividades esportivas, simulação de voos, mesmo manobras cirúrgicas (KIM et al., 2013). A tecnologia vem demonstrando eficácia inclusive como ferramenta de reabilitação para pessoas com diversas doenças. Terapias baseadas em RV para pacientes com AVC e paralisia cerebral ganharam atenção, porque os exercícios convencionais em centros de reabilitação sempre demandam tempo, espaço, recursos humanos e custos elevados (BATENI, 2012). Uma variedade de dispositivos de consoles baseados em jogos para uso doméstico foi desenvolvida com viabilidade e acessibilidade aos ambientes comunitários. Dispositivos como Nintendo Wii, Wii Balance Board, X-Box com Kinect e Playstation Move foram testados para treinar os pacientes de forma econômica, em comparação com equipamentos caros de realidade virtual (SIN; LEE, 2013). Um programa de exercícios baseado em RV é capaz de melhorar a força muscular do quadril e o controle de equilíbrio dinâmico em adultos mais velhos. Pode, portanto, ser uma ferramenta útil para melhorar a funcionalidade física diminuída em pessoas ido-

sas, além de que estas podem realizar os exercícios no conforto da própria casa (KIM et al., 2013).

O uso de jogos de vídeo como ferramenta para desenvolvimento cognitivo é comprovado por diversos estudos (ANGUERA et al., 2013; CLARK et al., 2010) que realçam a plasticidade robusta do sistema de controle cognitivo pré-frontal no cérebro durante o envelhecimento, e fornecem a primeira evidência, a nosso conhecimento, de como um videogame de design personalizado pode ser usado para avaliar as habilidades cognitivas em toda a vida. Avaliam também os mecanismos neurais subjacentes e servem como uma poderosa ferramenta para a melhoria cognitiva (KARAVIDAS; LIM; KATSIKAS, 2005). O comprometimento cognitivo traz consequências que podem ir desde dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária do idoso até as de convívio social (OLCHIK et al., 2012).

ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que tem gerado reflexão e discussão no meio acadêmico, nos serviços de saúde, nas instâncias governamentais e não governamentais. Esse acontecimento revela uma questão demográfica, que exige reflexão, planejamento e conhecimento do cuidado com o idoso, requerendo transformações nas ações de planejamento e prática de cuidado, para, assim, oportunizar qualidade de vida aos idosos. Os hábitos de vida e os efeitos acumulativos da exposição a riscos socioeconômicos e biológicos ao longo da existência estão diretamente relacionados com a maneira como envelhecemos. Atualmente, há uma discussão se o aumento da esperança de vida traz como consequências limitações funcionais e cognitivas, além de incapacidades. Os estudos recentes (KAARE et al., 2009; OWEN et al., 2010) mostram que a resposta está em aberto, mas já se tem conhecimento de que os processos de envelhecimento são modificáveis e que as pessoas estão vivendo mais tempo sem incapacidade grave. Esta descoberta ocorre em tempos de grandes avanços tecnológicos, seja no aumento da capacidade de processar

e armazenar, assim como no desenvolvimento de equipamentos cada vez mais sofisticados, o que tem permitido à medicina e à área da saúde, de uma forma geral, avançar no campo da pesquisa e de descobertas de novas formas e possibilidades de diagnósticos, prevenção e cura diante dos desafios do envelhecimento populacional.

Uma proporção cada vez maior de pessoas, em países de alta renda, está sobrevivendo em sua décima década. Um estudo realizado na Dinamarca (KAARE et al., 2013) apontou que a chance de sobreviver, desde o nascimento até os 93 anos, é 28% maior naqueles que nasceram em 1915 do que em 1905 e a possibilidade de atingir 95 anos foi 32% maior nessa mesma população. Aqueles nascidos em 1915 marcaram significativamente melhor no teste mini-mental do que os de 1905, com uma proporção substancialmente maior de participantes que obtiveram pontuação máxima. Da mesma forma, a pontuação cognitiva composta foi significativamente melhor em 1915 do que em 1905. As populações não diferiram de forma consistente nos testes de desempenho físico. Os resultados obtidos mostraram que o grupo dinamarquês nascido em 1915 teve mais sobrevida e marcou significativamente bem em ambos testes cognitivos e teve melhor resultado nas atividades da vida diária do que o grupo nascido em 1905, apesar de ser dois anos mais velho, no momento da avaliação. Este achado sugere que mais pessoas estão vivendo as idades avançadas com melhor funcionamento global. Se isso continuar, os futuros problemas funcionais e a necessidade de cuidados de pessoas muito idosas podem ser menores do que se imagina. Em países desenvolvidos, as pessoas estão vivendo mais e com menores limitações e incapacidades, tanto físicas quanto cognitivas. Possivelmente, esses achados tenham uma relação muito íntima com o avanço médico e tecnológico presente na atualidade (BATENI, 2012).

PESSOAS IDOSAS E COGNIÇÃO

Com o envelhecimento humano, algumas habilidades se alteram, em particular, as de memória episódica e de memória

ocupacional que possuem um declínio significativo (YASSUDA et al., 2005). A independência e a autonomia do idoso estão ligadas à manutenção da cognição que pode ser potencialmente modificada (RAMOS, 2003).

Controle cognitivo é definido como um conjunto de processos neurais que nos permitem interagir com o nosso ambiente complexo de forma dirigida a objetivos. Os seres humanos desafiam regularmente esses processos de controle ao tentar realizar simultaneamente vários objetivos (multitarefa), gerando interferências como resultado de limitações fundamentais de processamento de informações. É claro que o comportamento multitarefa tornou-se onipresente no mundo tecnologicamente denso de hoje, e evidências substanciais têm indicado as dificuldades de multitarefa e déficits de controle cognitivo em nosso envelhecimento populacional.

Um estudo analisou a melhora no controle cognitivo em idosos que jogaram uma versão adaptativa de um videogame, no modo multitarefa, em relação a um grupo de controle que não o jogou. O treinamento resultou em benefícios que se estenderam em habilidades de controle cognitivo, atenção sustentada e memória de trabalho, tendo um aumento no poder tetrafrontal mediano, prevendo o aumento induzido por treinamento em atenção sustentada e preservação de melhoria multitarefa 6 meses mais tarde. Com isso, foi observado que videogames personalizados podem ser usados para avaliar as habilidades cognitivas ao longo da vida, os mecanismos neurais e servir como uma ferramenta poderosa para a melhoria cognitiva (ANGUERA et al., 2013).

A neurociência cognitiva começou a explorar a possibilidade de melhorar a memória de trabalho. Para tal comprovação, tem se usado treinamentos baseados em jogos de videogames. Esses podem ter um impacto positivo sobre o desempenho de tarefas não treinadas (VAN MUIJDEN; BAND; HOMMEL, 2012).

Outro estudo, realizado pelo Programa de Neurociências da Universidade de Illinois – EUA, publicado recentemente, investigou a relação entre as diferenças individuais de alterações induzidas pelo treinamento na atividade cerebral, onde foram examinadas as mudanças ocorridas após um treinamento de 30 horas em mulheres adultas. Foi utilizado um jogo de vídeo que

envolvia o uso da memória de trabalho, raciocínio lógico, controle motor e atenção. Os resultados sugeriram que aquelas que obtiveram o maior benefício do treinamento com o jogo, também foram as em que o treinamento teve o maior impacto neural (NIKOLAIDIS et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento causa diversos tipos de perdas, dentre as principais, encontram-se a cognição e a funcionalidade. Nas perdas funcionais, destacam-se o centro de gravidade e a força de contração muscular. Na perda cognitiva, observa-se diminuição da memória, atenção e tempo de reação. Devido a esses e outros fatores associados, os idosos apresentam, por exemplo, risco de quedas maior do que a população em geral. Por causa de suas fragilidades, tais quedas podem proporcionar lesões sérias e incapacitantes (GONÇALVES et al., 2008). Apresentam, também, afastamento e isolamento, devido às perdas cognitivas e à falta de intimidade tecnológica.

É justamente nesse cenário que entram os jogos de vídeo, ou *videogames* interativos, como, por exemplo o Wii Fitnes e o XBox com Kinect, mostrando-se tão eficazes quanto os tratamentos fisioterápicos tradicionais na melhora do equilíbrio e da marcha de pessoas idosas, no desenvolvimento neuromotor, além de introduzir o idoso no meio social moderno (BATENI, 2012).

REFERÊNCIAS

- ANGUERA, J. A. et al. Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*, v. 501, n. 7465, p. 97-101, set. 2013.
- BATENI, H. Changes in balance in older adults based on use of physical therapy vs the Wii Fit gaming system: a preliminary study. *Physiotherapy*, v. 98, n. 3, p. 211-6, set. 2012.
- CLARK, R. A et al. Validity and reliability of the Nintendo Wii Balance Board for assessment of standing balance. *Gait & posture*, v. 31, n. 3, p. 307-10, mar. 2010.

DURKIN, K. Videogames and young people with developmental disorders. *Review of General Psychology*, v. 14, n. 2, p. 122-140, 2010.

GONÇALVES, L. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS Prevalence of falls in institutionalized elderly in Rio. *Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 938-945, 2008.

KAARE, C. et al. Ageing populations : the challenges ahead. *Lancet*, v. 374, n. 9696, p. 1196-1208, 2009.

KAARE, C. et al. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two danish cohorts born 10 years apart. *Lancet*, v. 382, n. 9903, p. 1-15, 2013.

KARAVIDAS, M.; LIM, N. K.; KATSIKAS, S. L. The effects of computers on older adult users. *Computers in Human Behavior*, v. 21, n. 5, p. 697-711, set. 2005.

KATO, P. M. Video games in health care: Closing the gap. *Review of General Psychology*, v. 14, n. 2, p. 113-121, 2010.

KIM, J. et al. Unsupervised virtual reality-based exercise program improves hip muscle strength and balance control in older adults: a pilot study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 94, n. 5, p. 937-943, maio 2013.

MINCACHE, G. B. et al. Aliando tecnologia da aprendizagem à qualidade de vida dos idosos. *Redes.com*, v. 1, n. 6, p. 291-299, 2011.

MIRANDA, L. M. DE; FARIAS, S. F. As contribuições da internet para o idoso : uma revisão de literatura. *Comunicação, saúde, educação*, v. 13, n. 29, p. 383-394, 2009.

MOREIRA, A. F. B.; KRAMER, S. Contemporaneidade, educação e tecnologia. *Educação Social*, v. 28, n. 100, p. 1037-1057, 2007.

NIKOLAIDIS, A. et al. Parietal plasticity after training with a complex video game is associated with individual differences in improvements in an untrained working memory task. *Frontiers in human neuroscience*, v. 8, p. 169, jan. 2014.

OLCHIK, M. R. et al. Revisão: efeitos do treino de memória em idosos normais e em idosos com comprometimento cognitivo leve Review : effects of memory training in normal elderly and elderly with mild cognitive impairment Revisión : efecto del entrenamiento de memoria entre a. *Temas em Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 235-245, 2012.

OWEN, A. M. et al. Putting brain training to the test. *Nature*, v. 465, n. 7299, p. 775-779, jun. 2010.

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

SIN, H.; LEE, G. Additional virtual reality training using xbox kinect in stroke survivors with hemiplegia. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 92, n. 10, p. 871-880, out. 2013.

SPENCE, I.; FENG, J. Video games and spatial cognition. *Review of General Psychology*, v. 14, n. 2, p. 92-104, 2010.

VAN MUIJDEN, J.; BAND, G. P. H.; HOMMEL, B. Online games training aging brains: limited transfer to cognitive control functions. *Frontiers in human neuroscience*, v. 6, n. 4, p. 221, jan. 2012.

YASSUDA, M. S. et al. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 78-90, 2005.

O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA

Luana Ferrão
Jaqueline Stürmer
Luiz Antonio Bettinelli

INTRODUÇÃO

O envelhecer populacional é um desafio à sociedade e aos profissionais da saúde. Junto com o envelhecimento, as pessoas são acometidas por doenças crônicas, dentre elas o câncer. O câncer de próstata é um exemplo onde o fator de risco importante é a idade. Sua incidência e mortalidade aumentam após os 50 anos, e cresce principalmente se o pai e o irmão tiveram câncer de próstata antes dos 60 anos. Muitos homens sofrem com o diagnóstico de câncer de próstata, temendo a mutilação do seu corpo pelo tratamento. Isso compromete seu bem-estar físico e emocional, afetando a qualidade de sua vida pessoal, familiar, profissional e social. O cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar vai além da execução de técnicas, envolve o suporte emocional ao paciente e aos familiares para o enfrentamento desse processo que traz muita angústia, medo e insegurança.

O câncer é um dos mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo, provocando repercussões e impactos diversos no cotidiano dos pacientes e de seus familiares. É ocasionado pelo crescimento desordenado de células anormais em tecidos e órgãos, representando mais de 100 doenças diferentes. As causas podem estar relacionadas ao meio ambiente, a hábitos de vida e herança

genética. Por exemplo, a exposição a fatores de risco por tempo prolongado, junto ao envelhecimento, faz com que as células sofram mudanças tornando-se suscetíveis a alterações malignas.

O câncer é um dos diagnósticos que mais amedronta as pessoas, pois, mesmo havendo a possibilidade de cura, ainda está associado ao sofrimento, à incurabilidade e à morte. A dinâmica envolvida na interpretação da enfermidade está diretamente ligada ao contexto em que a pessoa está inserida, sendo que a doença representa uma grande ameaça à vida. O impacto do diagnóstico de câncer de próstata e o tratamento provocam uma série de reações e sentimentos distintos em cada indivíduo, pois cada ser humano é único e singular.

Assim, o objetivo deste capítulo é refletir sobre o cuidado necessário ao paciente com câncer de próstata. Para isso, o texto procura explicar esta doença, o diagnóstico, os impactos na vida cotidiana, os desafios e, por fim, os cuidados ao paciente oncológico.

CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata tem como característica a multiplicação e o crescimento desordenado e descontrolado das células da glândula prostática. Este pode ser um processo lento, assintomático e sem ocasionar problemas, ou acelerado, necessitando de medidas de tratamento para evitar ou adiar a progressão da doença para outros órgãos (BRASIL, 2009).

O câncer de próstata constitui-se em um problema de saúde pública, pois sua incidência tem aumentado de forma bastante significativa, sendo a causa de morte de 12% da população mundial. No mundo, é o sexto tipo mais comum e o mais prevalente entre os homens. Dos casos diagnosticados, 70% ocorrem em países desenvolvidos. Este tipo de câncer representa 10% de todos os tipos de cânceres no mundo. Cerca de três quartos dos casos acomete homens a partir dos 65 anos de idade, sendo considerado um câncer da terceira idade. Por sua vez, no Brasil, o número estimado de casos novos de câncer de próstata para o ano de 2010

foi de 52.350, significando um risco de 54 casos novos para cada 100 mil homens.

O câncer de próstata, sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o mais comum entre a população masculina brasileira, em todas as regiões do país (INCA, 2014), seguido das neoplasias de pulmão, estômago, cólon e reto. Com o aumento da expectativa de vida e da elevação do número de idosos, o câncer de próstata constitui uma preocupação de saúde quando se considera o significativo aumento da expectativa de vida da população (BRASIL, 2009).

Conforme estimativas da incidência do câncer no Brasil (INCA, 2014), a estimativa mundial aponta o câncer de próstata como o segundo tipo mais frequente em homens, sendo que, 1,1 milhão de casos novos aconteceram em 2012. E, com o crescimento da expectativa de vida em nível mundial, o aumento de novos casos será de 60% para o ano de 2015.

O Rio Grande do Sul tem o maior número de casos novos. A estimativa para 2014 foi de 91,24 para cada 100 mil habitantes. Este é o tipo de câncer que mais mata nesse estado, onde o número de mortes pode estar associado a questões de gênero e cultura do povo gaúcho. O traço forte do machismo, por exemplo, gera preconceito à prevenção do câncer de próstata, principalmente ao diagnóstico da doença.

O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata se desenvolve silenciosa e assintomaticamente em seus estágios iniciais. No entanto, alguns sintomas sugerem o aparecimento da doença, como a dificuldade para urinar, urinar pouco e com frequência, principalmente durante a noite, dor ou sensação de ardor ao urinar, presença de sangue na urina ou sêmen e ejaculação dolorosa. A doença, numa fase avançada, promove os sintomas urinários, dor óssea e, em estados mais graves, pode causar infecção generalizada e/ou insuficiência renal (INCA, 2014).

O diagnóstico sugestivo para câncer de próstata pode ser obtido através de achados clínicos (toque retal), exames de sangue para dosagem do antígeno prostático específico (PSA), ultrassonografia (US) pélvica e/ou retal, com biópsia prostática transretal, para o estudo histopatológico do tecido. O resultado do anatomopatológico busca definir a graduação histológica do sistema de Gleason, o que indica a provável taxa de crescimento do tumor e a possibilidade de disseminação, sendo imprescindível para a escolha do tratamento para o paciente (INCA, 2014).

No entanto, o diagnóstico torna-se comprometido pela pouca procura dos homens aos serviços de saúde. Isso porque mitos e aspectos culturais da masculinidade e sexualidade fazem os homens adiar ou mesmo recusar a busca pela promoção de sua saúde. É uma questão de gênero vivida culturalmente, onde a doença reflete a fragilidade do ser masculino. Para as mulheres, é uma responsabilidade para o desempenho do cuidado desde muito cedo. Isso ajuda a entender porque os homens são mais vulneráveis a doenças crônicas e degenerativas, morrem mais, pois se cuidam menos e não buscam serviços de saúde (GOMES, 2003; BRASIL, 2009; CAMPOS et al., 2011).

O CÂNCER DE PRÓSTATA NA VIDA DO HOMEM E OS DESAFIOS IMPOSTOS

A representação social da doença oncológica é distinta das demais patologias, pois amedronta, trazendo consigo a perspectiva da finitude da vida. O ser humano é único e reage individualmente frente ao diagnóstico de câncer, vivenciando as mais diversas sensações e emoções, entre elas, a ansiedade, o desespero, o medo e a esperança. É um momento onde a realidade vem à tona, pois, além de a doença ser associada à incurabilidade e à morte, as pessoas defrontam-se com sua autoimagem debilitada, de possível mutilação, pelo tratamento, além do transtorno que invade a vida profissional, familiar e social (GONÇALVES, 2010).

O diagnóstico do câncer tem usualmente um efeito devastador. Ele ainda traz a ideia de morte, embora atualmente ocorram muitos casos de cura. Traz o medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das muitas perdas provocadas pela doença (CARVALHO, 2002, p. 164).

É importante mencionar que,

o impacto do câncer é significativo, tanto no paciente como em sua família e equipe de saúde envolvida no tratamento. Frente ao diagnóstico de câncer, o homem possivelmente terá sua vida alterada em vários aspectos: social, familiar, profissional e pessoal (VIEIRA, 2010, p. 6).

O valor da cultura masculina idealiza noções de invulnerabilidade, comportamento de risco e de uma sexualidade instintiva e incontrolável. É um modelo da masculinidade hegemônica que associa a verbalização das necessidades de saúde como uma demonstração de fraqueza e de feminilização perante os outros (LEITE, 2010).

O viver com o câncer amedronta, indo além de uma ameaça. São repercussões em diversos âmbitos e com interrupções no projeto de vida.

As repercussões do câncer vão além da esfera pessoal. Pela abrangência de sua ocorrência, é uma doença que traz impactos sociais e econômicos importantes. Há que se considerar, ainda, que, na maioria dos casos, é uma doença crônica de prognóstico nem sempre favorável, exigindo tratamentos demorados e difíceis de serem tolerados pelo doente (SILVA, 2005, p. 16).

O câncer de próstata é o mais comum entre os homens, no entanto, é aquele que apresenta maior dificuldade ao ser abordado, impossibilitando o cuidado. O exame do toque retal, importante para a detecção desta patologia, ainda sofre preconceitos por estereótipos de gênero, o que dificulta a promoção da saúde (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Em termos de diagnóstico precoce do câncer de próstata, “costuma-se recomendar o exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico”, conhecido por PSA, sigla inglesa da expressão *prostatic specific antigen* (GOMES, 2008, p. 1976; INCA, 2002, p. 11-12).

Todavia, o toque retal “é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção” (GOMES, 2003, p. 828). Contudo, conforme o INCA (2002, p. 10), “o toque retal é o teste mais utilizado, apesar de suas limitações,” é indolor e pouco incomoda o homem, a não ser quando o indivíduo apresenta tendências machistas e pode se considerar molestado em seu brio masculino por este procedimento (FREIRE, 2003; GOMES et al., 2008).

Ante esta realidade, há que trabalhar bastante na sensibilização dos homens com informações sobre as limitações, os benefícios e os riscos da detecção precoce do câncer de próstata.

Apenas deparar-se com o diagnóstico desta doença já é motivo para alterações físicas, psíquicas e sociais na maioria dos homens. O impacto inicial consiste em choque, medo, tristeza e raiva. São sentimentos e preocupações quanto à realização de um tratamento adequado e os efeitos desta terapêutica nas suas funções e imagem corporal. O câncer de próstata “propicia a emergência de conflitos sexuais, constitui-se em ameaça à integridade egoica e identidade masculina” (VIEIRA, 2010, p. 3).

Nesse sentido, o câncer é um evento estressor, causado pela comunicação do diagnóstico, muitas vezes resultando em medo da possível mutilação do seu corpo pelo tratamento. Fato que compromete não somente o bem-estar físico e psicológico, mas que reflete, também, na qualidade de vida pessoal, familiar, profissional e social.

É comum que o paciente sinta-se estigmatizado uma vez que, no imaginário coletivo, a doença é frequentemente associada à morte. Além disso, o câncer de próstata afeta especificamente uma localização anatômica responsável pelas funções sexuais do

homem e tem o potencial de desencadear uma série de conflitos ligados à sua sexualidade (MOSCHETA; SANTOS, 2012, p. 1226).

O momento do diagnóstico e a possibilidade de realizar um tratamento para o câncer gera uma situação estressante e angustiante na vida do paciente e das pessoas envolvidas. No entanto, cada um reage de forma diferente, alguns melhor e outros pior, tudo depende de fatores pré-existentes e do contexto em que está inserido (CHAMBERS; BAADE; PINNOCK, 2010).

O diagnóstico de câncer de próstata e o tratamento provocam profundas modificações na vida do homem. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e/ou condições médicas, como o CaP, afetam a sexualidade masculina e o desempenho sexual, o corpo é sentido como estranho. Há um desempenho entre a força do desejo e a impossibilidade desse corpo funcionar como instrumento de satisfação desse desejo (VIEIRA, 2010, p. 2).

A fase entre o diagnóstico e o tratamento gera uma apreensão maior no paciente devido à repercussão que terá na sua família, no seu trabalho e nas suas atividades diárias. Portanto, o sentimento de impotência surge por talvez não cumprir o papel do homem provedor dos recursos financeiros e pela frustração de sua masculinidade.

Para os homens que têm relação estável, a esposa se torna a principal cuidadora. Aliado a isto, há uma melhor aceitação do homem em relação ao processo que está vivenciando, já que este tem interferência na intimidade do casal e com grande impacto emocional e afetivo (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

A alteração da função e imagem corporal remete ao homem a fantasia de perda da virilidade. A sexualidade é uma das características inseridas socioculturalmente e imposta aos homens, onde a sua responsabilidade era de satisfazer a sua parceira. E, neste contexto, confunde-se masculinidade com desempenho sexual (GIANINI, 2004).

A disfunção erétil e a incontinência urinária são os efeitos que podem ocorrer pelo tratamento e ambos atingem a essência

da masculinidade. Estas reações remetem à inutilidade do homem e parceiro, com o sentimento do ser impotente. A perda de identidade e o isolamento social geram o aborrecimento, a frustração e o constrangimento do ser masculino (GIANINI, 2004).

A vivência do adoecer por câncer modifica toda uma existência, visto que atinge o corpo tanto de forma objetiva como subjetiva, além de aflorar uma série de angústias pela nova condição imposta neste existir. São alterações que envolvem os hábitos de vida, os efeitos secundários ao tratamento, a perda da autonomia, a sensação de impotência e o isolamento (SOARES, 2010).

Por sua vez, o enfrentamento do câncer relaciona-se com as características pessoais de saúde e energia de cada um, com o sistema de crenças, metas de vida, autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas sociais. Devendo-se considerar as particularidades socioculturais dos envolvidos paciente/família (PEDROLO; ZAGO, 2002; SILVA, 2005).

Quando surge uma situação estressante, como é o diagnóstico de câncer, utilizam-se estratégias para se adaptar à nova situação. E o enfrentamento surge para a adequação desta circunstância psicológica do indivíduo e da sua família (SILVA, 2005).

A família é uma rede de apoio muito importante para auxiliar na estratégia de enfrentamento. Nesse momento, tem como função amparar o paciente nas possíveis modificações de sua vida num todo, minimizando ou evitando os fatores estressores (PEDROLO; ZAGO, 2002).

O TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA E SUAS IMPLICAÇÕES

O tratamento do câncer de próstata é individualizado e pode ser curativo ou paliativo. A partir do diagnóstico, considera-se a doença como localizada, que afeta somente a próstata, e localmente avançado ou avançado, caso em que o câncer já se moveu para além dos limites da próstata avançada (INCA, 2002).

Existem diferentes tipos de tratamento para o câncer de próstata, tal como mostra o quadro a seguir:

Tipo de tratamento	Indicação	Repercussões	Autor
Observação vigilante (PSA e toque retal)	Pacientes idosos ou com problemas de saúde. CaP assintomático, crescimento lento e restrito na próstata.		INCA, 2002; Camargo, 2014.
Cirurgia (prostatectomia radical)	CaP localizado. TU contido dentro da glândula prostática. Visa à cura.	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária • Disfunção erétil • Estenose de uretra ou colovesical • Lesão de reto 	INCA, 2002; Camargo, 2014.
Radioterapia (RTX)	Pacientes com doença localizada ou que tenham contra-indicação de cirurgia. E para diminuir o tumor e aliviar a dor na doença de estágio avançado.	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração gastrointestinal • Micção frequente, ardor ao urinar, sangue na urina ou sensação constante de que a bexiga está cheia • Impotência 	INCA, 2002; Camargo, 2014.
Braquiterapia	Pacientes com bom prognóstico e complementar à RXT externa para casos de pior prognóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária • Disfunção erétil • Estenose de uretra ou colovesical 	INCA, 2002; Camargo, 2014.

Tipo	Indicação	Repercussões	Autor
<p>Hormonioterapia ou privação androgênica:</p> <p>Orquiectomia (castração cirúrgica)</p> <p>Terapia com análogo de LHRH (castração química)</p> <p>Antiandrogênicos</p>	<p>Pacientes onde a cura é improvável.</p> <p>Usada antes da cirurgia ou radioterapia, e também quando estas não são boas opções, onde o câncer se alastrou ou voltou após um primeiro tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ondas de calor crescimento das mamas osteoporose <ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza • Perda de massa muscular <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Cansaço • Depressão • Aumento do peso <ul style="list-style-type: none"> • Diarreia • Perda definitiva do desejo sexual 	<p>INCA, 2002.</p>
<p>Quimioterapia</p>	<p>Utilizada quando a doença não está mais restrita à próstata e não tem mais resultados com a hormonioterapia. Não cura o câncer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de apetite - Náuseas e vômitos - Queda de cabelos - Queda das células de defesa: susceptível a infecção, sangramento, hematoma e cansaço. 	<p>INCA, 2002.</p>

O paciente e o seu médico irão decidir qual será o tipo de tratamento mais adequado à individualidade do primeiro, com a definição de riscos e benefícios. Esse depende de alguns fatores como o estadiamento da doença, a idade, o estado geral de saúde, a chance de cura de cada tratamento, bem como os sentimentos do paciente em relação aos efeitos colaterais e as consequências na sua vida. Os tipos de terapêutica mais comuns envolvem: cirurgia, radioterapia, terapia hormonal e quimioterapia (INCA, 2002).

CUIDADOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

A radioterapia é um tratamento realizado a partir de feixe de radiações ionizantes, ou seja, raios de alta energia (como raios-X) e partículas (como elétrons e prótons). Para destruir as células tumorais, aplica-se uma dose pré-calculada de radiação, por um determinado tempo e a um volume de tecido que engloba o tumor (INCA, 2014).

Os efeitos colaterais da radioterapia alteram a qualidade de vida do paciente, mas tendem a desaparecer em algumas semanas após o término do tratamento. No entanto, outros podem atrapalhar por muitos anos. É uma terapêutica que provoca reações debilitantes ao homem, interferindo de forma significativa no seu modo de viver.

A próstata está localizada logo abaixo da bexiga e à frente do reto e, no tratamento com radioterapia, o feixe de radiação atinge toda esta área. Por isso as reações provocadas envolvem estes órgãos. Os efeitos aparecem na terceira semana de aplicação, e os mais expressivos incluem: cansaço, perda de apetite, reações da pele, diarreia, sangramento retal, sintomas urinários como micções frequentes, urgência e queimação. Outra implicação é a impotência, onde os nervos que controlam a ereção são danificados pela radiação, levando meses ou anos para se instalar, mas que pode ser temporária (INCA, 2002; ONCOGUIA, 2014; CAMARGO, 2014).

Alguns cuidados preventivos são importantes durante o tratamento radioterápico (INCA, 2014):

Repouso: o organismo gasta muita energia na reparação das estruturas irradiadas, causando cansaço e fadiga. É importante que o paciente possa reconhecer seus limites e os respeite com horários de descanso no decorrer do dia.

Dieta: a perda de peso deve ser evitada, sendo necessário manter uma dieta balanceada e com ingestão hídrica suficiente para uma boa hidratação. Os efeitos colaterais como falta de apetite, sintomas urinários e diarreia necessitam ser corrigidos imediatamente com uma abordagem multidisciplinar.

Pele: a radiação pode provocar, na região tratada, vermelhidão, irritação, ressecamento e assadura. No entanto, a pele reage de maneira diferente para cada pessoa. E algumas orientações preventivas devem ser repassadas ao paciente para evitar ou minimizar a radiodermite:

- Lavar a pele irradiada sempre com sabonete de glicerina e água morna;
- Não aplicar pomadas ou cremes sobre a pele sem aprovação do serviço de radioterapia;
- Usar roupas folgadas;
- Não esfregar nem coçar a região tratada;
- Não aplicar nenhum tipo de adesivo sobre a área;
- Proteger a pele dos raios solares, se possível, cobrindo a região com roupas claras;
- Aplicar compressas com chá de camomila sobre a pele para a prevenção de radiodermite.

A quimioterapia é outro tratamento realizado para o câncer de próstata. Utiliza medicamentos para destruir as células malignas, através de via intravenosa ou oral. As drogas quimioterápicas atuam nas células cancerosas que se dividem rapidamente. No entanto, ao mesmo tempo, afetam outras células do corpo, como as da medula óssea, as do revestimento da boca e dos intestinos, e os folículos pilosos, que também se dividem rapidamente, trazendo alguns efeitos colaterais indesejáveis, tais como alopecia (perda de cabelo), inflamações na boca, perda de apetite, náuseas, vômitos, diarreia, infecções, fadiga, reações alérgicas. Esses

efeitos podem ser leves, intensos e/ou de curto prazo. Dependem do tipo de medicamento, da dose, do período de tratamento e do próprio paciente. Desaparecem com o término do tratamento (INCA, 2014).

Os cuidados preventivos durante a quimioterapia envolvem uma abordagem multidisciplinar. Algumas orientações devem ser repassadas aos pacientes (INCA, 2013):

- Realizar pequenas refeições ao longo do dia;
- Não ingerir comidas gordurosas ou frituras e condimentados;
- Ingerir bastante líquido, porém não próximo dos horários das refeições;
- Não ingerir bebidas gasosas;
- Evitar a exposição a cheiros fortes;
- Vestir roupas folgadas, evitando comprimir o abdômen;
- Manter o domicílio sempre limpo e arejado;
- Evitar ambientes fechados, sem ventilação e com aglomeração de pessoas;
- Tomar os medicamentos prescritos conforme orientações;
- Comunicar a equipe multidisciplinar, se persistirem os efeitos colaterais ou apresentarem qualquer alteração;
- Medir a temperatura sempre que perceber qualquer alteração. Febre é sempre sinal de urgência;
- Procurar o hospital em caso de febre igual ou superior a 37,8°C, pintas ou manchas avermelhadas na pele, sangramentos e palidez ou cansaço aos pequenos esforços.

Os efeitos colaterais do tratamento radio e quimioterápico podem ser minimizados a partir de uma estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente, com informação plena do que esperar e com a sua detecção precoce. O acompanhamento multidisciplinar é de suma importância para atender às expectativas deste paciente na sua integralidade. Além disso, o apoio familiar durante o processo é fundamental.

A família é uma unidade de cuidado do ser doente, participante ativa no processo saúde-doença, e merece uma atenção especial pelos profissionais, pois é primordial na recuperação e manutenção da saúde do paciente. O cuidar da família envolve a atenção através da conversa, do abraço, atitudes que possibilitam consolo para o sofrimento vivenciado (SOUZA; SANTO, 2008; SILVA et al., 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico e o tratamento do câncer geram uma mescla de sentimentos para o paciente e para a família. Esta por sua vez, é uma rede de apoio importante no processo de diagnóstico, tratamento, cura e recuperação do paciente.

O atendimento multidisciplinar tem como propósito auxiliar o paciente e sua família no enfrentamento da doença e tratamento proposto. A assistência deve contemplar orientações específicas do tratamento, reforçando os seus efeitos colaterais, bem como os cuidados a serem seguidos. O diálogo constante entre os profissionais e os pacientes é uma estratégia importante para o enfrentamento da doença, pois, nestes momentos, os pacientes podem expressar seus sentimentos, dificuldades, medos e preocupações. A equipe, portanto, precisa tornar-se a referência dos pacientes e da família, fornecendo informações/orientações a respeito da doença e do tratamento.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.

CAMARGO, A. C. *Pacientes e tudo sobre o câncer: próstata*. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/prostata/32/>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do homem. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, H. L. et al. Aspectos culturais que envolvem o paciente com diagnóstico de neoplasia de próstata: um estudo na comunidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 151 - 66, 2002.

CHAMBERS, S. K; BAADE, P; PINNOCK, C. Supportive care intervention in prostate cancer: recent advances and future challenges. *CancerForum*, v. 34, n. 1, March 2010.

FREIRE, G. C. *Conheça a sua próstata*. São Paulo: Bioética, 2003.

GIANINI, M. M. S. *Câncer e gênero: enfrentamento da doença*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, nov./dez. 2008.

GOMES, R. et al. A prevenção de câncer de próstata: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 235-246, 2008.

GONÇALVES, A. C. R. *A revelação do diagnóstico de Cancro e as repercussões no quotidiano da pessoa: contributos para a intervenção de enfermagem*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Quimioterapia*. Orientações aos pacientes. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata*: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Próstata*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>> Acesso em: 13 abr. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Radioterapia*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100>. Acesso em: 24 ago. 2014.

INSTITUTO ONCOGUIA. *Tratamento radioterápico do câncer de próstata*. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-radioterapico-do-cancer-de-prostata/1209/290/>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

LEITE, D. F. et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 50 - 56, 2010.

MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, 2012.

PEDROLO, F.T.; ZAGO, M. M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 1, p. 49-56, 2002.

SILVA, L. C. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. *Revista Psicologia Hospitalar*, v. 3, n. 1, p. 45-49, jul. 2005.

SILVA, M. E. D. C. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 2, n. 5, p. 345-355, dez. 2013.

SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOARES, L. C. *O significado da vivência do câncer para os idosos*. 2010. Dissertação (Mestre em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 1, p, 31-41, 2008.

VIEIRA, A. C. O. A. *O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida*. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista Científica do ITPAC*, v. 5, n. 1, pub. 3, p. 34-39, janeiro 2012.

USO DE ERVAS MEDICINAIS NO CUIDADO AO IDOSO: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Sinara Guzzo Chioquetta
Helenice de Moura Scortegagna
Barbara Leticia Dudel Mayer

INTRODUÇÃO

As plantas produzem substâncias químicas que podem agir benéficamente ou de forma tóxica sobre o organismo humano. O uso de ervas para fins medicinais exige cuidado e segurança; engloba pesquisas químicas, farmacológicas e toxicológicas (RITTER et al., 2002).

O uso e consumo de plantas medicinais está presente na tradição familiar e tornou-se prática generalizada na medicina popular. Muitos as consideram terapia complementar ou alternativa para a promoção da saúde (LOYA et al., 2009). A sabedoria popular acerca do uso de plantas está presente no imaginário dos idosos, especialmente para morbidades de pouca gravidade (DERGAL et al., 2002; VEIGA, 2008; FEIJÓ et al., 2012; LIMA et al., 2012; OLIVEIRA; MENINI; NETO, 2012).

Pesquisas apontam que as plantas medicinais têm valor terapêutico e possuem algumas propriedades reconhecidas de cura, prevenção, diagnóstico ou tratamento de sintomas de doenças. O uso das mesmas é benéfico e recomendado em muitos casos (ARNOUS et al., 2005; CUNHA et al., 2010; GUEDES et al., 2012). Entretanto, outros estudos mostram que muitas dessas

plantas possuem substâncias malélicas e, por essa razão, devem ser utilizadas com cautela, respeitando seus riscos toxicológicos (RODRIGUES et al., 2013, p. 62).

O modelo de saúde hegemônio – vigente na sociedade ocidental contemporânea – centra-se no cuidado direto da doença, ou seja, na especialidade de partes do corpo humano e no tratamento alopático. Isso ignora outras dimensões de saber, onde o cuidado segue a lógica da saúde, não se restringindo ao corpo humano, mas à família, à natureza, concretizada pela terra, pelo trabalho e pela seleção e produção.

Segundo Albuquerque e Andrade (2002), todas as ciências que se ocupam de investigar a relação entre pessoas e plantas estão preocupadas em registrar e conhecer as estratégias e conhecimentos de povos ancestrais, procurando também usar essa informação em benefício das pessoas na contemporaneidade.

Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa é identificar produções científicas acerca da temática do uso de plantas medicinais no cuidado à saúde, com ênfase no cuidado ao idoso.

CONTEXTO E ESTUDOS

Este capítulo compreende um estudo qualitativo sob o método de revisão narrativa da literatura. A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um constructo científico (MINAYO, 2011).

A revisão narrativa compreende publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Assim, constituem-se basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas para interpretação e análise crítica (CORDEIRO, 2007).

Desse modo, foram consultados artigos científicos, publicados a partir do ano de 2010, em língua portuguesa.

A busca foi realizada de 01 a 07 de outubro de 2014, em duas bases, e compreendeu diferentes estratégias. Na base Scielo, foram utilizadas 4 delas com os seguintes descritores: “plantas medicinais”, “cuidado com o idoso”, “envelhecimento”, sendo estes encontrados em: “Medicamento fitoterápicos AND idoso”, “Plantas medicinais AND Idoso”, “Plantas medicinais AND Envelhecimento” e, “Assistência domiciliar AND Plantas medicinais”. Estas estratégias resultaram em 3 artigos, sendo que 2 não estavam disponíveis.

Na base Lilacs, foram 3 estratégias de busca: “Medicamentos fitoterápicos AND Idoso”, “Plantas medicinais AND Idoso” e, “Plantas medicinais AND Envelhecimento”, que resultaram em 37 artigos, dos quais 16 foram excluídos por estarem em idioma inglês, 2 não estavam disponíveis, 5 estavam repetidos e 2 foram excluídos por serem do ano de 2008.

Desse modo, o *corpus* do estudo compreendeu 13 artigos, apresentados mais adiante, no subtítulo *Resultados comparativos*, onde se identificam a metodologia do estudo, os resultados da pesquisa e a sua referência bibliográfica.

A autoria dos artigos provém de enfermeiros (7 artigos), farmacêuticos (6 artigos) e biólogos (1 artigo). Suas pesquisas foram desenvolvidas nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil.

Começaremos apresentando os resultados da pesquisa de Ceolin et al. (2012), que teve por objetivo investigar o processo de transmissão do conhecimento relacionado a plantas medicinais entre as gerações familiares, no contexto de agricultores de base ecológica do sul do Rio Grande do Sul. Os agricultores reconheceram 196 plantas medicinais entre nativas e exóticas nesse estado brasileiro. Referem ter adquirido o conhecimento sobre plantas medicinais, em maior frequência, com a família. A maioria dos sujeitos informou primeiro realizar o tratamento com as plantas medicinais para, em seguida, buscar o serviço formal de saúde. A construção do conhecimento relacionado às plantas medicinais pelas famílias é predominantemente oral, realizada através do convívio diário entre seus membros e compartilhada com os demais membros da comunidade na qual estão inseridos.

Já na outra ponta do país, Roque, Rocha e Loiola (2014) buscaram investigar a forma de uso de plantas medicinais nativas do bioma caatinga, em uma comunidade rural no município de Caicó, Rio Grande do Norte. Os especialistas locais citaram 62 espécies nativas do Nordeste, com potencial medicinal, na tentativa de entender a inter-relação da população com as plantas nativas, visto que as mesmas estão ligadas somente às crenças locais.

Albuquerque e Andrade (2002) demonstram a importância de se desenvolver estudos sistemáticos com as plantas nativas de uma região, podendo estes identificar problemas ocasionados pelo mau uso dos recursos vegetais disponíveis, uma vez que, a partir dessas informações, pode-se oferecer alternativas eficazes que diminuam o impacto da coleta sobre o desenvolvimento da planta e manutenção das espécies nativas.

A pesquisa de Badke et al. (2011) buscou conhecer o cotidiano popular dos moradores da comunidade assistida por uma Unidade de Saúde da Família, num município do Rio Grande do Sul, e também o emprego terapêutico de plantas medicinais no cuidado à saúde. Constatou-se que o uso de chá caseiro era comum entre os sujeitos da pesquisa e que a maioria das plantas medicinais utilizadas pelos entrevistados tem suas indicações terapêuticas populares semelhantes às encontradas na literatura científica. Os autores evidenciam que pesquisas voltadas ao uso de ervas medicinais são relevantes à sociedade, visto que compreendem necessária aproximação entre o saber popular e o científico, bem como para a criação de projetos que trabalhem com essa temática.

Por sua vez, Feijó et al. (2014) buscaram investigar como as plantas medicinais atuam de maneira complementar no tratamento de sintomas do diabetes mellitus (DM), quando utilizadas por idosos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas, no Rio Grande do Sul. Foram citadas 20 plantas medicinais como terapia complementar no tratamento do DM. Os participantes relataram que seu uso para esta finalidade foi indicado por médico, familiares, amigos e pessoas acometidas pela doença e que tiveram efeito positivo com a mesma utilização. Inclusive, algumas não necessitaram medicação posterior. Os pesquisadores

destacaram, também, que há necessidade de cuidados ao utilizar uma planta medicinal, pois nem todas têm o efeito esperado por quem as utiliza. Isso pode ocorrer devido à forma inadequada de preparo ou ao fato de a planta não possuir o princípio ativo para a ação desejada.

Marinho, Silva e Andrade (2014) realizaram um levantamento das plantas medicinais utilizadas no município de São José de Espinharas, Paraíba, no Nordeste Brasileiro, caracterizando o uso dessas plantas pela população local. As informações obtidas dessa pesquisa referiam-se às indicações terapêuticas e às formas de utilização mais frequentes dessas espécies. A idade dos informantes variou de 30 a 60 anos, com 50% acima de 50 anos, mostrando a importância dessa faixa etária no domínio desse tipo de conhecimento. Ainda, o maior número de entrevistados pertenceu ao sexo feminino (70%), com tempo de residência local entre 10 e 66 anos. Segundo Amorozo (1996), o tempo durante o qual uma determinada sociedade ocupa um ambiente é muito importante para estabelecer o nível de precisão e profundidade do conhecimento das plantas medicinais com propriedades terapêuticas.

Araújo e Galato (2012) buscaram conhecer o risco de fragilização (repetidas internações hospitalares) e o perfil de utilização de medicamentos em idosos vinculados ao Serviço de Assistência Integral à Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, localizado na cidade de Tubarão. Em se tratando da avaliação da utilização de medicamentos de uso contínuo, 117 responderam afirmativamente, referindo utilizar entre 1 e 13 medicamentos, conferindo uma média de 3,5 medicamentos por idoso. Destes, 29 foram classificados como polimedicados, ou seja, utilizavam cinco ou mais medicamentos simultaneamente.

Avaliando-se o uso de medicamentos por automedicação, 70,8% dos idosos afirmaram adotar esta prática e 64,4% referiram utilizar plantas medicinais. Analisando-se os fatores relacionados ao risco de fragilização, o fator que mostrou-se associado foi o de polimedicação. Porém, o sexo, a idade, o uso de medicamentos inapropriados, a prática da automedicação, a ocorrência de quedas e o uso de plantas medicinais não se mostraram associados.

A pesquisa de Costa e Mayworm (2014), junto à comunidade do bairro dos Tenentes (Extrema, Minas Gerais), verificou como é feito o tratamento de doenças a partir do uso de plantas medicinais, bem como, identificou e relacionou as plantas utilizadas com a literatura científica. Foram coletadas 239 espécimes de plantas utilizadas naquela comunidade. Observou-se que o conhecimento medicinal das plantas, vinha sendo adquirido e transmitido de geração a geração por familiares (58%), amigos e vizinhos (38%) e através da literatura e meios de comunicação (4%). A utilização das plantas medicinais pela maioria dos entrevistados foi relacionada à precariedade do sistema de saúde da cidade, ou à distância para buscar atendimento médico.

Já em Pernambuco, Junior et al. (2014) buscaram avaliar o conhecimento e uso tradicional de plantas medicinais por idosos de alguns bairros do município de Petrolina, e, ao mesmo tempo, levar informações a esta determinada faixa etária da população, orientando quanto ao uso correto de plantas medicinais como uma terapêutica complementar às já existentes, direcionando sua utilização de forma racional e, consolidando, desta forma, essa prática como integrativa frente aos serviços de saúde. A maioria dos idosos afirmou utilizar frequentemente remédios caseiros preparados à base de plantas. 72% relataram fazer uso de plantas medicinais há mais de 10 anos. 26% dos entrevistados disseram fazer uso de chás três vezes ao dia. Vale lembrar que isso aumenta os riscos de intoxicação, tendo em vista que, a depender da dose, os constituintes químicos da planta deixam de promover efeito terapêutico e passam a desencadear reações adversas aos seus usuários. Os idosos relataram em algum momento terem feito uso de chás e medicamentos simultaneamente e cerca de 65% afirmaram terem substituído o medicamento por algum produto natural.

Sobre o tratamento da hipertensão, Lopes et al. (2014) tiveram por objetivo investigar o uso espontâneo de plantas medicinais, por pacientes voluntários e hipertensos, frequentadores de um centro de saúde, que utilizavam ou utilizaram plantas medicinais neste tratamento. Os pesquisadores também buscaram descobrir quais eram essas plantas. A faixa etária dos entrevistados variou entre 50 e 70 anos. Das entrevistas realizadas, 44% foram com

pacientes do sexo masculino e 55,6% com os do sexo feminino. 67,5% eram hipertensos e 37% utilizavam ou utilizaram plantas medicinais como auxiliares no tratamento. Quanto às plantas utilizadas pelos pacientes no tratamento de hipertensão, foram citadas algumas que podem ser utilizadas com finalidades terapêuticas, no caso, a prevenção ou controle da elevação da pressão sanguínea arterial.

Noutra pesquisa, Oliveira e Moreira (2010) tiveram o intuito de descrever o tratamento anti-hipertensivo não-farmacológico seguido por um grupo de idosos portadores de hipertensão, na tentativa de subsidiar o cuidado de enfermagem, assim como, chamar a atenção dos enfermeiros para a importância de se conhecer os domínios que envolvem o cuidado global do idoso. A partir dos critérios de inclusão, foram investigados alguns aspectos importantes do tratamento anti-hipertensivo não-medicamentoso de 54 idosos, de ambos os sexos, frequentadores ativos das reuniões do salão do idoso. Houve prevalência do sexo feminino, na faixa etária de 70 a 79 anos, quanto ao uso de algum tipo de planta medicinal ou fitomedicamento para auxílio no controle pressórico. Dos 54 participantes da pesquisa, pouco mais da metade relatou essa prática, alguns por indicação de profissionais da saúde, conhecimento prévio da planta ou indicação de amigos e familiares. Apesar de poucos estudos afirmando a eficácia de determinadas plantas no combate aos níveis pressóricos elevados, nota-se que muitas pessoas recorrem a esse tipo de tratamento.

No Tocantins, Ribeiro, Gonçalves e Bessa (2014) buscaram verificar o uso de plantas medicinais e a conduta terapêutica utilizada pelos idosos da Unidade Básica de saúde (UBS) do município de Gurupi-Tosão, seus benefícios ou riscos à saúde. Verificaram a conduta dos idosos diante de terapias medicamentosas e suas associações, a utilização das plantas medicinais como medicamentos convencionais e a comunicação dessa alteração ao médico ou a outro profissional da saúde. Dos idosos participantes do grupo estudado, 9 possuíam de 58 a 69 anos e 11 deles tinham de 70 a 90 anos.

Constataram, pelos depoimentos, que as plantas medicinais são uma opção terapêutica de grande relevância para a comuni-

dade, pois fazem parte de um tratamento de fácil acesso. Um dos maiores problemas encontrados quanto à conduta do idoso foi a substituição de um medicamento alopático pela planta medicinal. Isso revela um problema de saúde pública, pois muitos idosos portadores de doenças crônicas podem não controlar seus problemas hemodinâmicos devido a uma substituição inadequada.

Balbinot, Velasquez e Dusman (2014), por sua vez, em sua pesquisa, tiveram por objetivo valorizar o saber popular por meio da obtenção de informações sobre as plantas medicinais utilizadas pelos idosos do município de Marmeleiro, no Paraná. Dos idosos entrevistados, 94,3% utilizavam plantas medicinais para tratar suas enfermidades, sendo que somente 5,7% não faziam este uso. Inclusive, 71,4% utilizavam plantas medicinais frequentemente/diariamente, e somente 22,9%, raramente, enquanto 5,7% nunca as empregavam. Das plantas medicinais apresentadas aos idosos, todos (100%) conheciam a babosa, a camomila, a erva-cidreira, entre as principais lembradas.

Rodrigues et al. (2013), em Santa Catarina, buscaram identificar as plantas medicinais utilizadas no tratamento da hipertensão em pacientes do grupo HIPERDIA, de uma Unidade Estratégia Saúde Família, de um bairro do município de Crisciúma. Depois, confrontaram as informações obtidas com a literatura preconizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para avaliação e segurança de fitoterápicos. Foram entrevistados 34 participantes, entre 34 a 88 anos, sendo que 50% deles tinham entre 61 e 70 anos. De todos eles, 10 pessoas não faziam uso e não conheciam plantas medicinais para o tratamento da hipertensão, justificando que não gostavam e/ou não tinham o hábito de ingerir chás, pois, na opinião desses pacientes, o tratamento convencional era satisfatório. Os outros 24 pacientes afirmaram conhecer alguma planta medicinal utilizada no tratamento da hipertensão arterial. Quando questionados sobre como adquiriram tal conhecimento, os vizinhos, amigos e familiares foram os mais citados, seguidos de pais e avós, cursos da pastoral da saúde e consultas médicas.

RESULTADOS COMPARATIVOS

Nº	Metodologia	Resultados
1	Qualitativa, com oito famílias de agricultores do município de Pelotas - RS.	Os agricultores conheceram 196 plantas medicinais, entre nativas e exóticas do Rio Grande do Sul. Referiram ter adquirido o conhecimento sobre plantas medicinais, em maior frequência, com a família.
<p>Referência: CEOLIN, T. et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. <i>Rev. Esc. Rnferm.</i>, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080>. Acesso em: 07/10/2014.</p>		
2	Qualitativa, com observação do participante, pesquisas estruturadas e semi-estruturadas.	Os especialistas locais citaram 62 espécies nativas do Nordeste, com potencial medicinal, porém, em trabalhos de plantas medicinais realizados neste bioma, onde foram consideradas tanto espécies nativas quanto introduzidas, o número de espécies nativas é relativamente baixo.
<p>Referência: ROQUE, A. A.; ROCHA, R. M.; LOIOLA, M. I. B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caiacó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). <i>Rev. Bras. Plantas Med.</i>, Botucatu, v. 12, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbpm/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em: 07/10/2014.</p>		
3	Qualitativa, com coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada e observação dos participante.	O uso de chá caseiro era comum entre os participantes. Das 17 plantas medicinais citadas e utilizadas pelos entrevistados, 15 delas apresentavam indicações terapêuticas populares semelhantes às encontradas na literatura científica.
<p>BADKE, M. R. et al. <i>Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular</i>. Esc Anna Nery (impr.), p. 132-139, jan./mar. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414...>. Acesso em: 07/10/2014.</p>		

Nº	Metodologia	Resultados
4	Qualitativa, com caráter descritivo, no município de Pelotas - RS.	Os participantes citaram 20 plantas medicinais usadas como terapia complementar no tratamento do diabetes mellitus (hipoglicemiantes).

FEIJÓ, A. M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbpm/v14n1/v14n1a08.pdf>. Acesso em: 07/10/2014,

5	Entrevistas semi-estruturadas, com coletas botânicas e entrevistas mensais. Para obter os dados etnobotânicos, foram distribuídos 20 questionários, sendo, nove para os informantes da área urbana e onze da rural.	Os entrevistados, em sua totalidade, afirmaram que desde criança iniciaram a observação do uso de plantas medicinais. A comunidade estudada utilizava a fitoterapia como forma de curar muitas doenças e usava as plantas medicinais tanto para prevenção como por costume.
---	---	--

MARINHO, M. G. V; SILVA, C. C; ANDRADE, L. H. C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Botucatu, v. 13, n. 2, p. 170-182, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n2/v13n2a08.pdf>. Acesso em: 07/10/2014.

6	Entrevistas em ambiente domiciliar e os resultados apresentados por estatística descritiva.	Avaliando-se o uso de medicamentos por automedicação, 70,8% dos idosos afirmaram adotar esta prática e 64,4% referiram utilizar plantas medicinais.
---	---	---

ARAÚJO, P. L.; GALATO, D. Riscos de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100013&script=sci...>](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000100013&script=sci...). Acesso em: 08/10/2014.

Nº	Metodologia	Resultados
7	Qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas e estruturadas em 50 entrevistados e coletas de plantas utilizadas na medicina popular local, as quais, após processo de herborização e identificação, foram comparadas com informações de literatura especializada.	Foram coletadas 239 espécimes de plantas utilizadas pela comunidade pesquisada.

COSTA, V. P.; MAYWORM, M. A. S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes- Município de Extrema, MG, Brasil. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 13, n. 3, 2011. Disponível em: <www.sbpmed.org.br/download/issn_11_3/v13_3_06.pdf> • Arquivo PDF>. Acesso em 08/10/2014.

8	Qualitativa, com entrevistas estruturadas e um questionário pré-estabelecido.	A maioria dos idosos afirmou utilizar remédios caseiros preparados à base de plantas frequentemente, 72% relatou que faz uso de plantas medicinais há mais de 10 anos.
---	---	--

JUNIOR, R. G. O. et al. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. *REF-ISSN 1808-0804*, Vol. IX(3), 16-28, 2012. Disponível em: <[revistas.ufg.br/Capa/v.9,n.3\(2012\)/Junior](http://revistas.ufg.br/Capa/v.9,n.3(2012)/Junior)>. Acesso em: 09/10/2014.

9	Qualitativa, com questionário e um roteiro de entrevista semiestruturado.	67,5% dos entrevistados eram hipertensos e 37% utilizavam ou utilizaram plantas medicinais como auxiliares no tratamento. Quanto às plantas utilizadas pelos pacientes no tratamento de hipertensão, foram citadas a beringela, erva cidreira, erva doce, boldo, pata de vaca e camomila.
---	---	--

LOPES, G. A. L. et al. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). *Rev. Ciênc. Ext.*, v. 6, n. 2, p. 143, 2010. Disponível em: <ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/377>. Acesso em: 09/10/2014.

Nº	Metodologia	Resultados
10	Descritiva, transversal, com natureza quantitativa.	Foram investigados idosos de ambos os sexos. Dos 54 participantes da pesquisa, pouco mais da metade relatou a prática do uso de plantas medicinais.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene.*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br> Capa > v. 11, n. 1 (2010) > Oliveira>. Acesso em: 09/10/2014.

11	Exploratória, de abordagem qualitativa, com entrevista semiestruturada.	As plantas medicinais eram uma opção terapêutica de grande relevância para a comunidade, pois fazem parte de um tratamento de fácil acesso.
----	---	---

RIBEIRO, U. L.; GONÇALVES, G. R.; BESSA, N. G. F. Plantas medicinais e conduta terapêutica de idosos atendidos em unidade básica de saúde do município de Gurupi-Tocantins. *Rev. Bras. de Ciências da Saúde*, ano 11, n. 37, jul./set. 2013. Disponível em: <seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/.../1894/1460>. Acesso em: 09/10/2014.

12	Qualitativa, com entrevista de grupo local. Foram apresentados aos idosos, amostras de 20 espécies de plantas medicinais in vivo, coletadas na região urbana do município, escolhidas após levantamento bibliográfico e devido ao seu reconhecido uso pela população do município.	Dos idosos entrevistados, 94,3% utilizavam plantas medicinais para tratar suas enfermidades, sendo que somente 5,7% não faziam este uso. Das plantas medicinais apresentadas aos idosos, todos (100%) conheciam a babosa, a camomila, a erva-cidreira, entre as principais lembradas.
----	--	--

BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P. G.; DUSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais por idosos no Município de Marmeleiro-Paraná. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas, v. 15, n. 4, supl. 1, p. 632-638, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516>. Acesso em: 09/10/2014.

Nº	Metodologia	Resultados
13	<p>Quantitativa, transversal, prospectiva, por meio de formulário individual estruturado com perguntas abertas e fechadas.</p> <p>Solicitou-se a cada entrevistado a coleta de uma amostra das plantas medicinais citadas, para a correta identificação botânica.</p>	<p>Foram entrevistados 34 participantes do grupo HIPERDIA. Dos quais 10 não faziam uso e não conheciam plantas medicinais para o tratamento da hipertensão.</p> <p>Os outros 24 pacientes afirmaram conhecer alguma planta medicinal utilizada no tratamento da hipertensão arterial.</p>

RODRIGUES, D.T. et al. Avaliação do uso de plantas medicinais por um grupo de hipertensos em uma unidade ESF de um bairro no município de Criciúma. *Rev. Inova Saúde*, Criciúma, v. 2, n. 1, jul. 2013. Disponível em: <periodicos.unesc.net/index.php/Inovasaude/article/view/1203>. Acesso em: 09/10/2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostram a importância de se obter maiores informações sobre o uso indiscriminado de plantas medicinais, principalmente pelos idosos, que, com pouca informação, buscam um complemento à medicação convencional alopática ou, em muitas vezes, utilizam-nas como única forma de tratamento. Isso pode levar a sérios riscos à saúde.

Evidenciou-se uma abordagem maior sobre a forma de transmissão do conhecimento do uso das plantas, passado de geração em geração por familiares, amigos, vizinhos, sendo a mulher a maior fonte do referido conhecimento.

Os idosos possuem, portanto, uma capacidade maior de identificar as plantas, por sua vivência numa época em que não tinham alcance ao atendimento primário, mas sim acesso a plantas como cura para muitas enfermidades.

Nesse contexto, ficou evidenciada a relação do cuidado com o uso de plantas medicinais, principalmente pela população idosa, visto que a tradição no uso das mesmas se sobrepõe às condições econômicas, sociais e culturais de conhecimento e acesso ao tratamento convencional alopático.

Faz-se necessário estudos que ofereçam à população em geral orientações claras sobre o uso racional das plantas, seus efeitos colaterais, interações medicamentosas, formas de cultivo, preparo e armazenamento, assim como seus benefícios e efeitos terapêuticos comprovados sem sobreposição ao uso da terapia alopática ou tratamento convencional pré-estabelecido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE U. P.; ANDRADE L.H.L. Conhecimento botânico tradicional e conservação em uma área de caatinga no estado do Pernambuco. *Acta Botânica Brasileira*, v. 16, n.3, p. 273-285, 2002.

ARAÚJO, P. L.; GALATO, D. Riscos de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 136-148, 2012.

CEOLIN, T. et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 890-900, Mar. 2011.

ROQUE, A. A.; ROCHA, R. M.; LOIOLA, M. I. B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caiacó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 12, n. 1, p. 78 - 88, jan./mar. 2010.

BADKE, M. R. et al. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. *Esc Anna Nery* (impr.), v. 03, n. 01, p. 132-139, 2011.

FEIJÓ, A. M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 14, n. 1, p. 579 - 589, 2012.

MARINHO, M. G. V.; SILVA, C. C.; ANDRADE, L. H. C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 13, n. 2, p. 170-182, 2011.

COSTA, V. P. ; MAYWORM, M. A. S. Plantas medicinais utilizadas pela comunidade do bairro dos Tenentes - município de Extrema, MG, Brasil. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 13, n. 3, 2011.

JUNIOR, R. G. O. et al. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. *Rev. Bras. Plantas Med.*, Botucatu, v. 9, n. 3, p. 16-28, 2012.

LOPES, G. A. L. et al. Plantas medicinais: indicação popular de uso no tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). *Rev. Ciênc. Ext.*, v. 6, n. 2, p. 143 - 149, 2010.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

RIBEIRO, U. L.; GONÇALVES, G. R.; BESSA, N. G. F. Plantas medicinais e conduta terapêutica de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde do município de Gurupi-Tocantins. *Rev. Bras. de Ciências da saúde*, ano 11, n. 37, jul./set. 2013.

BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P. G.; DUSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais por idosos no município de Marmeleiro-Paraná. *Rev. Bras. PI. Med.*, Campinas, v. 15, n. 4, supl. I, p. 632-638, 2013.

RODRIGUES, D. T. et al. Avaliação do uso de plantas medicinais por um grupo de hipertensos em uma unidade ESF de um bairro no município de Criciúma. *Rev. Inova Saúde*, Criciúma, v. 2, n. 1, p. 56-66, jul. 2013.

SOBRE OS AUTORES

Adriano Pasqualotti. Licenciado em Matemática pela Universidade de Passo Fundo (UPF), mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutor em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio do Sul (UFRGS). Pós-Doutor em Sociedade, Comunicação e Cultura pela Universidade de Lisboa (UL), Lisboa, Portugal. Docente do programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – UPF.

Alisson Padilha de Lima. Educador físico, graduado pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Especialista em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/MS). Pesquisador do Laboratório de Temas Filosóficos em Conhecimento Aplicado LABFILC, Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF/RS), Bolsista pesquisador PROSUP/CAPES.

Ana Carolina Bertoletti De Marchi. Bacharel em Informática pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente nos cursos de Ciência da Computação e Sistemas para Internet, Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano e Programa de Pós-Graduação em Computação Aplicada na Universidade de Passo Fundo (UPF).

Ana Luisa Sant’Anna Alves. Nutricionista, graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Mestre em Ciências da Saúde - Área de Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente na Universidade de Passo Fundo (UPF).

Ana Maria Belloni Migott. Enfermeira e psicóloga, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Clínica Médica Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – UPF.

Barbara Letícia Dudel Mayer. Enfermeira. Graduada pela Universidade de Ijuí (UNIJUI). Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade de Ijuí (UNIJUI). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Coordenadora do Núcleo em Enfermagem e Preceptoria de Enfermagem em Cardiologia pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital da Cidade de Passo Fundo (HC) e Universidade de Passo Fundo (UPF).
Camila Pereira Leguisamo. Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas). Mestre e doutora em Ciências da Saúde - Cardiologia pela Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre. Docente na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia e no programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Claudia Daiane Trentin Lampert. Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Formação em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Pequeno Príncipe/APTO. Especialista em Psicologia da Saúde pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Pós-graduanda em Avaliação e Diagnóstico Psicológico

pelo Instituto de Ensino Meridional (IMED), Passo Fundo/RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Bolsista Taxa/Capes.

Cleide Fátima Moretto. Economista. Graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Teoria Econômica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente nos cursos de Ciências Econômicas e no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Cristina Ribas Teixeira. Psicóloga graduada em Ciências Contábeis pela Universidade de Passo Fundo (UPF) e especialista em Psicopedagogia pela mesma instituição. Especialista em Libras- Tradução/ Interpretação pela Universidade Tuiuti. Assistente pedagógico (psicóloga) na Universidade de Passo Fundo, tradutora intérprete de Libras- TILS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

Daniel Lima Varela. Médico. Graduado pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Neurologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em convênio com o Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre. Especialista em Doenças Neuromusculares e Neurofisiologia Clínica pela Santa Casa. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Débora D´Agostini Jorge Lisboa. Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Fisioterapia com ênfase em Terapia Intensiva e Especialista em Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital Moinhos de Vento de Porto

Alegre. Mestranda do programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

Debora Falk Lopez Boscatto. Médica. Graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Medicina Estética pela Faculdade Souza Marques (FIESM). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Médica no Pronto-atendimento Pediátrico em Passo Fundo/RS. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Desirê Neuwald Pauletti Hagen. Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Pós-Graduada em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade de São Paulo (USP). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: desinp@gmail.com.

Eduarda Brum Guedes Salcher. Enfermeira, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Participante do grupo de pesquisa Vivencer UPF/CNPq. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Eliane Lucia Colussi. Historiadora, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre e doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Fhaira Petter da Silva. Nutricionista, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Bolsista Capes/Fapergs

Franciele Gianchini Esmerio. Enfermeira, graduada pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia. Especialista em Cardiologia.

Gerson Luis Urnau. Médico. Graduado pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Cardiologia e em Medicina Interna pelo Hospital São Vicente de Paulo. Docente da Universidade de Passo Fundo. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Helenice de Moura Scortegagna. Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-SBGG. Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Jaqueline Stürmer. Nutricionista, graduada pela Universidade de Cruz Alta (Unicruz). Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS. Mestranda do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Bolsista Taxa/Capes.

Julia Pancotte. Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Bolsista Prosup/Capes.

Jocasta Gabriela Gehlen. Nutricionista, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Lauana D'Avila Eidelwein. Esteticista e cosmetóloga, graduada pelo Centro Universitário Univates. Especialista em Estética pela Universidade Estácio de Sá. Mestranda do Programa de Pós-

-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Lia Mara Wibeling. Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Cruz Alta. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. Mestre e doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente colaboradora do Programa de Pós Graduação de Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Lili Wilke Klaesener. Enfermeira, graduada pela Universidade Regional Integrada de Erechim (URI). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Luana Ferrão. Enfermeira, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Enfermeira no Serviço de radioterapia do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

Luciano Luis Alt. Médico, graduado pela Universidade Federal de Rio Grande (FURG). Especialista em Medicina Interna pela Santa Casa de Rio Grande/RS. Especialista em Oncologia Clínica pelo Hospital Erasto Gartner/PR. Docente da Universidade de Passo Fundo. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Luiz Antonio Bettinelli. Enfermeiro, graduado pela Universidade de Caxias do Sul. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Federal de Santa Catarina. Pós-doutor em Enfermagem pela Universidade de Federal de Santa Catarina. Docente do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Luma Zanatta de Oliveira. Fisioterapeuta, graduada pela Universidade de Passo Fundo. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Bolsista-pesquisadora PROSUP/CAPES.

Maria Cristina Zanchim. Nutricionista, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Nutrição Clínica, Metabolismo, Prática e Terapia Nutricional pela Universidade Gama Filho (RJ). Nutricionista Clínica, preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, membro da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Bolsista Taxa/Capes.

Marilene Rodrigues Portella. Enfermeira, graduada pela Universidade de Passo Fundo. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do programa da Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

Marcelo Biazus. Fisioterapeuta, graduado pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Formação em Pilates pelo Instituto Korpus. Mestrando em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Passo Fundo. Bolsista Taxa/Capes.

Marlene Doring. Enfermeira, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade São Paulo. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Márcia Mello. Graduada em Estética Capilar pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Pós-Graduada em Estética e Cosmetologia pelo Instituto Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão – ISEPE.

Nadir Antonio Pichler. Filósofo, graduado pela Fundação Educacional de Brusque. Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Doutor em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano da UPF.

Pablo Pasqualotti. Bacharel em Quiropraxia pela Universidade Feevale (FEEVALE). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Bolsista Capes/Fapergs

Patrícia De Carli Tonial. Nutricionista, graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Pós-graduada em Nutrição Clínica- Fundamentos Metabólicos e Nutricionais - pela Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

Régis Brum Nunes. Fisioterapeuta, graduado pelo Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo - IESA. Pós-graduado em Terapia Manual pelo Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo- IESA. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo-RS (UPF).

Silvana Alba Scortegagna. Psicóloga, graduada pela Universidade de Passo Fundo (UPF-RS). Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco (USF-SP). Mestre em Educação

(UPF-RS). Especialista em Diagnóstico Psicológico (PUC-RS). Docente do Curso de Psicologia (UPF-RS), do Programa de Pós-graduação Mestrado em Envelhecimento Humano (UPF-RS) e do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Administração (UPF-RS). Líder do Grupo de Pesquisa em Ciências Humanas e da Saúde UPF/CNPq. Membro do GT de Métodos Projetivos nos Contextos da Avaliação Psicológica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia ANPEPP.

Sinara Guzzo Chioquetta. Farmaceutica, graduada pela Universidade Católica de Pelotas. Especialista em Gestão de Laboratórios Clínicos pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Responsável técnica e diretora do laboratório do Hospital da Cidade Passo Fundo, Passo Fundo/RS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital da Cidade de Passo Fundo. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Susan Vargas Parizzi. Educadora física, graduada pela Universidade de Passo Fundo e pós-graduada em Fisiologia do Exercício - Prescrição do Exercício pela Universidade Gama Filho. Sócia e proprietária da Corpus Sanus Academia, Passo Fundo.

Tânia Rosane Bertoldo Benedetti. Educadora física, graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestrado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e pós doutorado pela University of Illinois at Urbana-Champaign EUA (2011). Docente associada da Universidade Federal de Santa Catarina.

Vanderléia Menegali Moojen Berti. Educadora física, graduada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Especialista em Atividade Física Adaptada e Saúde pela UGF-RJ. Especialidade em Dança nas modalidades de Ballet Clássico, Jazz e Street Dance. Sócia-proprietária da Academia Léia Berti Arte e Saúde,

de Veranópolis - RS. Integrante do grupo de pesquisa no projeto Veranópolis Estudos da Longevidade.

Vandressa Bristot. Nutricionista, graduada pela Universidade de Passo Fundo - UPE. Nutricionista da Fundação Beneficente Lucas Araujo Passo Fundo/RS. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo, bolsista Taxa/Capes.

Vanessa Ramos Kirsten. Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS). Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Maria (CESNORS - Palmeira das Missões).

O cuidado é capaz de moldar o ser-humano. Assim, quanto mais empatia e atenção, mais bem-estar subjetivo é possível dispensar dignamente às pessoas mais necessitadas, principalmente na velhice.

Este livro traz breves pesquisas em torno da bioética, filosofia, educação física, enfermagem, estética, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, informática, dentre outras, que procuram refletir sobre o caráter ontológico do cuidado, já que este se encontra na raiz profunda do ser humano.

A empatia, por sua vez, tão necessária, se entendida e trabalhada, pode fazer conexões, gerar felicidade e sensação de amparo.

Assuntos como envelhecimento ativo, cuidados de longa duração, síndrome da fragilidade e do imobilismo, estética corporal, saúde mental, cardiopatia, diabetes, câncer de próstata, hipertensão, realidade virtual e ervas medicinais são apresentados nesta obra com fortes laços de cuidado e empatia.

Boa leitura!

ISBN 978-85-8200-045-8



www.meritos.com.br