



Aline Cristina Souza da Siva
(Organizadora)

O Conhecimento Científico
na Área de Geriatria
e Gerontologia

Atena
Editora

Ano 2020



Aline Cristina Souza da Siva
(Organizadora)

O Conhecimento Científico
na Área de Geriatria
e Gerontologia

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C749 O conhecimento científico na área de geriatria e gerontologia
[recurso eletrônico] / Organizadora Aline Cristina Souza da Silva.
– Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-955-4

DOI 10.22533/at.ed.554202301

1. Geriatria. 2. Gerontologia. I. Silva, Aline Cristina Souza da.

CDD 618.97

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

Falar de envelhecimento humano, atualmente, tornou-se bem atrativo para muitos profissionais de saúde, estudiosos e pessoas da comunidade em geral, pois o grande interesse a cerca desse assunto é justificado pelo aumento da população idosa que cresce a nível mundial. E acompanhado desse crescimento populacional tem-se proporcionalmente vários fatores sociais e fisiopatológicos associados e que merecem atenção especial. Diante de um assunto tão atual e cercado de descobertas a serem feitas, o e-book “O conhecimento Científico na Área de Geriatria e Gerontologia” tem como objetivo principal apresentar de forma clara e objetiva estudos que foram desenvolvidos em algumas instituições de ensino e pesquisa do país abordando temas envolvendo a geriatria e gerontologia.

Nele será abordado de forma interdisciplinar, pesquisas originais, relatos de experiência e/ou revisões abordando o eixo central, envelhecimento, mas também aprofundando em temas relacionados as alterações fisiopatológicas causadas por doenças infecciosas e/ou crônicas, sexualidade, problemas sociais relacionados a fragilidade e vulnerabilidade do idoso e o papel dos profissionais de saúde no cuidar, atender e viabilizar ações estratégicas para um envelhecimento saudável.

Os estudos aqui apresentados, foram desenvolvidos por acadêmicos e professores que tiveram a maestria em abordar pontos-chave de extrema relevância envolvendo o tema envelhecimento. Através dessa obra é possível a divulgação científica de temas relacionados a geriatria e gerontologia, despertando aos interessados, um olhar crítico e propor novas pesquisas na área.

Aline Cristina Souza da Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ANÁLISE DA INTENSIDADE E PADRÃO DA ESTEATOSE HEPÁTICA EM PACIENTES IDOSOS COM AIDS	
Aline Cristina Souza da Silva Lívia Alves Martins Maria Paula de Paula Nascimento Murilo Augusto Duarte Vieira Rosana Rosa Miranda Côrrea Camila Lourencini Cavellani	
DOI 10.22533/at.ed.5542023011	
CAPÍTULO 2	10
SENSO INTERNO DE COERÊNCIA DOS IDOSOS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	
Pollyana Thays Lameira da Costa Maria Izabel Penha de Oliveira Santos Milene de Andrade Gouvea Tyll	
DOI 10.22533/at.ed.5542023012	
CAPÍTULO 3	22
PERFIL DAS OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA IDOSOS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE	
Ana Maria Ribeiro dos Santos Regina Dulce da Silva Nolêto Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.5542023013	
CAPÍTULO 4	35
INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM GRUPO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE (CDR0.5)	
Doralice das Graças de Melo Calvo Yolanda Eliza Moreira Boechat	
DOI 10.22533/at.ed.5542023014	
CAPÍTULO 5	43
O RISCO DE QUEDA EM IDOSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Gabriel Vinícius Reis de Queiroz Lorena da Silva Silva Gabriel Coelho Fernandes Yasmim Caroline Borcem da Silva Karina Kelly da Silva Pereira Felipe Gomes Pereira Georgeane do Socorro Solano Vieira Everton Luís Freitas Wanzeler Talyta Kelly Barata Santos Neves Taíssa Teixeira de Souza Wanderson Renan Araújo Pinheiro Tatiane Bahia do Vale Silva	
DOI 10.22533/at.ed.5542023015	

CAPÍTULO 6	55
-------------------------	-----------

SEXUALIDADE EM IDOSOS

Giovanna Freitas Munaretto
Otávio Santiago Rocha
Ana Caroline Gois Sobral
Tiago Almeida Costa
Larissa de Araújo Correia Teixeira
Agláé Travassos Albuquerque
Hélder Santos Gonçalves
Isabele Dantas Silveira
Victoria Rezende de Brito
Felipe Silveira de Faria
Eugênio Fonseca da Silva Júnior
Márcia Valéria de Andrade Santana

DOI 10.22533/at.ed.5542023016

SOBRE A ORGANIZADORA	64
-----------------------------------	-----------

ÍNDICE REMISSIVO	65
-------------------------------	-----------

ANÁLISE DA INTENSIDADE E PADRÃO DA ESTEATOSE HEPÁTICA EM PACIENTES IDOSOS COM AIDS

Data de aceite: 17/01/2020

Aline Cristina Souza da Silva

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Disciplina de Patologia Geral
Uberaba-Minas Gerais

Lívia Alves Martins

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Disciplina de Patologia Geral
Uberaba-Minas Gerais

Maria Paula de Paula Nascimento

Santa Casa da Misericórdia de Franca
Franca- São Paulo

Murilo Augusto Duarte Vieira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Disciplina de Patologia Geral
Uberaba-Minas Gerais

Rosana Rosa Miranda Côrrea

Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
Disciplina de Patologia Geral
Uberaba-Minas Gerais

Camila Lourencini Cavellani

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso
de Graduação em Biomedicina
Uberaba-Minas Gerais

RESUMO: Introdução: O número de idosos infectados por HIV aumentou nos últimos anos e com isso houve maiores complicações hepáticas nesse grupo, dentre elas a doença

hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA).

Objetivo: Avaliar a intensidade e o padrão da esteatose hepática relacionando-os a cor e o gênero de pacientes idosos autopsiados com Aids. **Métodos:** Fragmentos de fígado de idosos autopsiados com Aids (n=14) e sem Aids (n=14) foram processados e as secções coradas com hematoxilina e eosina foram analisadas. Para a análise da intensidade da esteatose foram avaliados 60 campos de cada secção, obtendo-se a porcentagem de esteatose por campo. Para a avaliação do padrão da esteatose (macrovesicular ou microvesicular), toda a extensão da secção foi analisada. A intensidade e o padrão da esteatose foram analisados de acordo com o gênero e a cor. **Resultados:** Os idosos com Aids apresentaram significativamente maior porcentagem de esteatose (49,65 % x 41,80%), bem como predomínio do padrão microvesicular ($\chi^2= 0,19$). Em relação ao gênero, o grupo de mulheres idosas com Aids apresentaram significativamente maior porcentagem de esteatose hepática (53,23% x 48,45%). Já em relação a cor, idosos não brancos com Aids apresentaram significativamente maior porcentagem de esteatose (55,81% x 47,57%).

Conclusão: A Aids está relacionada com aumento da esteatose hepática em pacientes idosos, especialmente do padrão microvesicular. Processo patológico que também pode associar-

se a uma susceptibilidade racial, hormonal e/ou ambiental.

PALAVRAS-CHAVE: autópsia, envelhecimento, fígado gorduroso.

ANALYSIS OF HEPATIC STEATOSIS INTENSITY AND STANDARD IN ELDERLY PATIENTS WITH AIDS

ABSTRACT: Introduction: The number of elderly patients infected with HIV increased in the last years and thus major liver complications have appeared in this group, with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) one of these complications. **Aim:** To evaluate hepatic steatosis intensity and pattern of elderly autopsied patients with and without AIDS and the relationship of these data with race and gender. **Methods:** Liver fragments of elderly autopsied patients with (n=14) and without AIDS (n=14) were processed and sections stained with hematoxylin and eosin were analyzed. 60 fields of each section were analyzed for steatosis intensity results. Steatosis pattern (macro and microvesicular) was analyzed using the full length of the section. The influence of race and gender in steatosis percentage and pattern was also analyzed. **Results:** Elderly people with AIDS showed significantly higher percentage of hepatic steatosis (49.65 % x 41.80%) and macrovesicular pattern predominance ($\chi^2= 0.19$). Regarding influence of gender, elderly women with AIDS showed significantly higher steatosis percentage (53.23% x 48.45%). Regarding influence of race, elderly non-white elderly patients with AIDS showed higher steatosis percentage (55.81% x 47.57%). **Conclusion:** AIDS is related to hepatic steatosis increase in elderly patients, specially microvesicular pattern. Pathological process that may also be associated with racial, hormonal and / or environmental susceptibility.

KEYWORDS: autopsy, aging, fatty liver.

1 | INTRODUÇÃO

No contexto HIV/AIDS, consideram-se idosos os pacientes com idade igual ou superior a 50 anos (CDC, 1993; SOUSA, SUASSUANA E COSTA, 2009). Em 2016 foram registrados 2.217 de idosos acima de 60 anos com Aids no Brasil, confirmando o crescimento expressivo da população idosa no cenário HIV/Aids (CAMBRUZZI e LARA, 2012; BRASIL 2017). O crescimento observado dessa faixa etária entre os portadores de HIV pode ser justificado pelo aumento do uso de medicamentos para tratamento da disfunção erétil, pela dificuldade desse grupo em assimilar práticas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis e por não aderirem ao uso de preservativos (SILVA, 2013).

Os pacientes HIV positivos frequentemente possuem complicações hepáticas, pois apesar de não ser um órgão pelo o qual o vírus tenha predileção, ele sofre consequências importantes que estão relacionadas com a evolução da síndrome, infecções oportunistas, abuso de álcool e uso frequente de medicamentos (GALVAN

et al., 2002; GUARALDI et al., 2008). A própria terapia antirretroviral causa uma hepatotoxicidade grave, sendo relatada em pelo menos 10% dos pacientes em tratamento (CRUM-CIANFLONE et al., 2009).

Uma das complicações mais comuns no órgão é a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA). O acúmulo de gordura nesses pacientes pode ser ainda mais grave em indivíduos idosos, uma vez que com o processo de envelhecimento o órgão também sofre alterações morfofuncionais importantes como a coloração do órgão é alterada e o tamanho e fluxo sanguíneo diminuem (OLIVEIRA, TEIXEIRA e CONCHALO, 2004). No entanto, a literatura é escassa quanto as alterações que a síndrome provoca no fígado de pacientes idosos e portanto, o objetivo foi analisar, através de métodos morfológicos e morfométricos a intensidade e padrão da esteatose hepática em pacientes idosos com Aids relacionando essas alterações com o gênero e a cor.

2 | MATERIAS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa do presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo nº 2.555.429.

Em um estudo retrospectivo, foram revistos protocolos de autópsias realizadas pela Disciplina de Patologia Geral da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no período de 1996 a 2017. Foram selecionados 28 pacientes, os quais foram agrupados: pacientes idosos com Aids (n=14) e pacientes idosos sem Aids (n=14). Foram considerados idosos pacientes com idade igual ou superior a 50 anos (CDC, 2002).

As informações sobre à idade, o gênero, a cor (branca ou não branca), ao peso do fígado e ao índice de massa corpórea (IMC) foram obtidas dos laudos de autópsia. O estado nutricional foi considerado de acordo com o IMC, calculado pela relação entre o peso corporal (kg) e o quadrado da altura (m). Os pacientes idosos com o IMC abaixo de 22 kg/m² foram considerados subnutridos, e acima de 27 kg/m² com sobrepeso (LANDI et al., 1999; BRASIL 2017). A coloração de Hematoxilina e Eosina foi utilizada para determinação da intensidade e padrão de esteatose hepática macro e microvesicular. Para a análise da intensidade da esteatose foram avaliados 60 campos de cada lâmina através do sistema analisador de imagens Leica QWin Plus[®]15, sob luz comum com objetiva de 40x, sendo observados os vacúolos opticamente vazios.

Para a análise do padrão da esteatose, toda a extensão do corte foi analisada, sendo observada qual o padrão (macrovesicular ou microvesicular) predominou no corte histológico.

A análise estatística foi realizada pelo programa SigmaStat[®] 2.03. Para os resultados que apresentaram distribuição normal e variância homogênea foi utilizado

o teste “t” de Student para comparação de dois grupos, sendo os valores expressos em média \pm desvio padrão ($x \pm dp$). Caso contrário, a distribuição não normal, ou normal, mas com variâncias não semelhantes, foi utilizado o teste não paramétrico, Mann-Whitney (T). Neste tipo de distribuição os valores foram expressos em mediana e valores mínimos e máximos (Med – Min-Máx). Para análise de 3 ou mais grupos, foi usado Kruskal-Wallis (H), seguido pelo teste de Dunn quando necessário para variáveis de distribuição não normal. Na avaliação do padrão da esteatose foi utilizado o teste de frequência χ^2 (qui-quadrado).

3 | RESULTADOS

A média das idades dos idosos com Aids foi de aproximadamente 57 anos e dos idosos sem Aids foi de 68 anos, com predomínio do sexo masculino e da cor branca em ambos os grupos (Tabela 1). O IMC do grupo com Aids foi de 20,1 kg/m² e daqueles sem a doença foi 23,80 (Tabela 1); portanto o grupo com Aids apresentou um estado de subnutrição.

		Com Aids	Sem Aids
		(n=14)	(n=14)
Idade (anos) - ($x \pm dp$)		57,07 \pm 5,73 ¹	68,85 \pm 6,52 ¹
IMC (kg/m ²) - Med (Mín-Máx)		20,10 \pm 4,95 ²	23,80 \pm 7,08 ²
Sexo (%)	Masculino	11 (78,57)	10 (71,42)
	Feminino	3 (21,43)	4 (28,58)
Cor (%)	Branca	11 (78,57)	11 (78,57)
	Não Branca	3 (21,43)	3 (21,43)

¹t=-5,07; p<0,00; ²t= -1,5992; p<0,12

Tabela 1: Características constitucionais de 14 idosos com Aids e 14 idosos sem Aids autopsiados no HC-UFTM no período de 1996-2017.

O grupo com Aids apresentou maior peso hepático, porém sem diferença estatisticamente significativa (Tabela2). Em relação a intensidade da esteatose, o grupo com Aids apresentou estatisticamente maior porcentagem (Tabela 2). Já o padrão microvesicular foi predominante em ambos os grupos ($\chi^2=0,19$) (Figura 1).

Grupos	Peso do fígado (g)	Esteatose (%)
Com Aids (n=14)	1662,42 \pm 411,42 ¹	49,65 (80,48-20,69) ²
Sem Aids (n=14)	1378,07 \pm 366,62 ¹	41,80 (645,97-12,41) ²

¹t= 1,931, p=0,064; ²T=871951,500, p=0,001

Tabela 2: Características hepáticas dos 14 idosos com Aids e 14 idosos sem Aids autopsiados no HC-UFTM no período de 1996-2017.

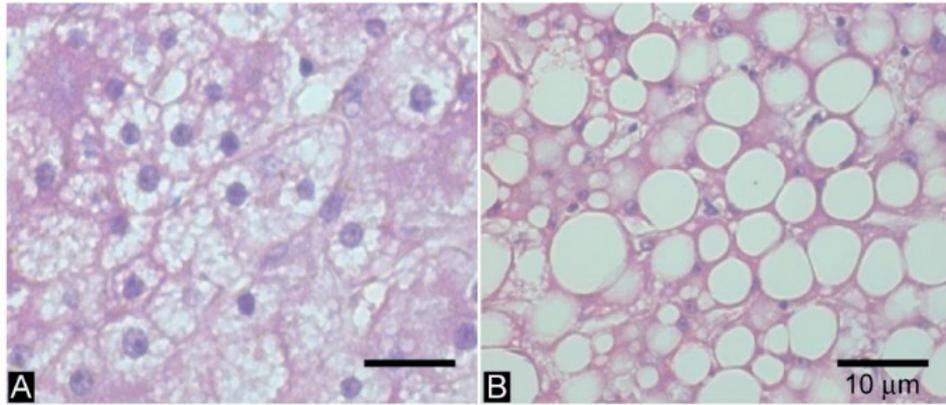


Figura 1: Padrão microvesicular predominante nos 28 pacientes com e sem Aids autopsiados no HC-UFTM no período de 1996-2017.

Em relação ao gênero e cor, em ambos os grupos, o gênero feminino e os não brancos apresentaram significativamente maior porcentagem de esteatose quando comparados ao gênero masculino e aos brancos do mesmo grupo (Figura 2 A-B).

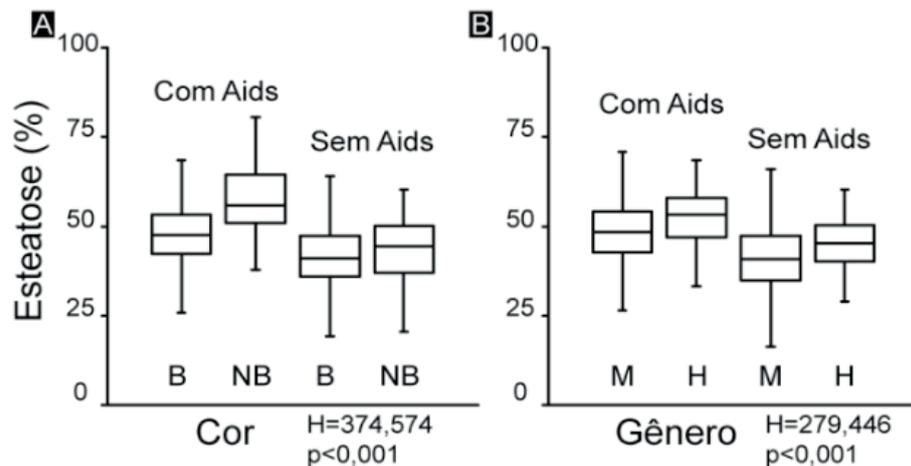


Figura 2: Análise da esteatose hepática de acordo com cor e gênero de 14 idosos com Aids e 14 idosos sem Aids autopsiados no HC-UFTM no período de 1996-2017.

4 | DISCUSSÃO

Nesse estudo houve predomínio do sexo masculino e cor branca entre os grupos estudados. Dados epidemiológicos mostram que nos últimos 10 anos houve prevalência de homens infectados, bem como ainda a cor branca (BRASIL, 2018). No Brasil, observa-se uma epidemia de HIV/Aids concentrada em alguns subgrupos populacionais, delineando uma tendência de pauperização, heterossexualização e envelhecimento da doença (ARAÚJO et al., 2012; BRASIL, 2018; GRANGEIRO, ESCUDER, CASTILHO, 2010).

O IMC dos pacientes idosos com Aids evidenciou um estado de subnutrição, enquanto os pacientes sem a doença encontravam-se dentro da normalidade. O estado nutricional tem grande importância na clínica e no tratamento dos idosos,

pois os indivíduos acima dos 65 anos passam por mudanças fisiológicas que alteram o IMC em decorrência do gasto energético e deficiência de utilização, absorção e transporte de nutrientes, além de doenças crônico-degenerativas e alterações do trato digestório que favorecem o estado de subnutrição (YAMATTO, 2007). E indivíduos com HIV frequentemente apresentam problemas nutricionais como perda progressiva de peso, alterações da composição corporal e deficiências de micronutrientes. A perda de peso é uma das manifestações clínicas mais precoces e evidentes da doença, podendo ocorrer em todas as fases da infecção pelo vírus (KOTLER, 1993; OCKENGA et al., 2006). Nesse estudo, podemos concluir que as alterações metabólicas ocorridas nos pacientes idosos com Aids foram acentuadas pela infecção viral.

Os dados científicos revelam que a maioria dos pacientes infectados pelo HIV apresentam esteatose hepática. E a justificativa para tal fato inclui a ação direta do próprio vírus, uso de medicamentos como a TARV, uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras doenças metabólicas associadas que acentuam esse processo (HENDERSHOT et al., 2009; WELZEN, et al., 2019). Durante o processo inflamatório ocorre a liberação de citocinas, como o fator de necrose tumoral e a Interleucina-1 (IL-1), que são capazes de modular o metabolismo lipídico, aumentando a síntese de gordura pelo fígado, contribuindo com o acúmulo de gordura no citoplasma dos hepatócitos (VENHOFF et al., 2007). Portanto, acreditamos que mesmo com o estado inflamatório crônico que naturalmente acontece durante o envelhecimento, a infecção viral é capaz de acentuar as alterações hepáticas.

Dados sobre o padrão da esteatose são escassos na literatura, no entanto, acredita-se que o padrão microvesicular seja predominante nos casos de esteato-hepatite não alcoólica (MINCIS e MINCIS, 2006). O ponto chave para o surgimento desse padrão é um comprometimento da β -oxidação mitocondrial podendo ser causada por fatores genéticos ou adquiridos, como aumento de espécies reativas de oxigênio que naturalmente tende a aumentar com o envelhecimento (FROMENTY e PESSAYRE, 1995; FROMENTY, BERSON e PESSAYRE, 1997). Portanto, acreditamos que o envelhecimento foi predominante para esse achado, uma vez que mais de 78% dos pacientes em ambos os grupos apresentaram padrão microvesicular da esteatose.

Existentes poucos e conflitantes estudos em relação às diferenças entre os gêneros na patogênese da esteatose no contexto HIV/Aids. O estudo de Neuschwander-Tetri e cols (2010) evidenciou maior intensidade de esteatose em mulheres quando comparadas aos homens (proporção 2:1). Tal dado pode estar refletindo maior incidência da doença em mulheres, ou ainda, o fato que o gênero feminino tende a procurar atendimento médico com maior frequência, facilitando a identificação de mais alterações orgânicas e de forma mais precoce. Além disso,

alguns estudos mostram que o efeito protetor do estrogênio na esteatose é perdido no pós-menopausa (VOLZKE, et al., 2007; GUITIERREZ-GROBE et al., 2010, YANG et al., 2014). Portanto, as alterações hormonais poderiam estar envolvidas nesse achado.

Já em relação a cor, um estudo revelou que entre os não brancos, os hispânicos mostram-se associados a um maior risco de esteatose devido à maior prevalência de obesidade e resistência insulínica, enquanto os negros apresentam menos esteatose que os brancos provavelmente devido a um melhor controle da homeostase lipídica (BROWNING et al., 2004).

Concluimos que os idosos com HIV/Aids possuem maior porcentagem de esteatose hepática, bem como as mulheres e os não brancos. A intensidade do processo patológico pode estar relacionada a uma susceptibilidade racial, hormonal e/ou ambiental. Já o padrão microvesicular da esteatose nos leva a pensar que o envelhecimento foi fator predominante e não a infecção. No entanto, são necessários mais estudos para avaliar qual é a verdadeira influência do HIV nas alterações hepáticas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; MONTEIRO, C. F. S.; MESQUITA, G. V.; ALVES, E. L. M.; CARVALHO, K. M.; MONTEIRO, R. M. **Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes**. Rev. Enferm. UERJ, v.20, n.2, p.242- 247, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do peso IMC na terceira idade, 2017**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40511-avaliacao-do-peso-imc-na-terceira-idade>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS-DST 2017**. Ano V, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaida-2017>>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaida-2018>>. Acesso em: 12 de dez. 2018.

BROWNING, J.; SZCZEPANIAK, L.; DOBBINS, R.; NUREMBERG, P.; HORTON, J.D.; COHEN, J.C; GRUNDY, S.M.; HOBBS, H.H. **Prevalence of Hepatic Steatosis in a Urban Population in the United States: Impact of Ethnicity**. Hepatology, v. 40, n.6, p.1387-1395, 2004.

CAMBRUZZI, C.; LARA, M. G. **HIV/AIDS em idosos brasileiros**. Revista Conhecimento Online. v.1, ano 4, 2012. Disponível em: <<http://www.feevale.br/site/files/documentos/pdf/58664.pdf>>. Acesso em: 09 de out. 2019.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults**. MMWR, v. 41, p.1-19, 1992. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>>. Acesso em 09 de out. 2019.

CRUM-CIANFLONE, N.; WEEKES, J., BAVARO, M. **Syphilitic hepatitis among HIV-infected**

patients. *Int J STD AIDS*, v.20, n.4, p.278-84, 2009.

FROMENTY, B.; PESSAYRE, D. **Inhibition of mitochondrial Beta-oxidation as a mechanism of hepatotoxicity.** *J. Reichen*, v.67, n.1, p.101-154, 1995.

FROMENTY, B.; BERSON, A.; PESSAYRE, D. **Microvesicular steatosis and steatohepatitis: role of mitochondrial dysfunction and lipid peroxidation.** *Journal of Hepatology*, v.26, (suppl.1), p.13-22, 1997.

GALVAN, F. H.; BING, E. G.; FLEISHMAN, J. A.; LONDON, A.S.; CAETANO, R.; BURNAM, M.A.; LONGSHORE, D.; MORTON, S.C.; ORLANDO, M. SHAPIRO, M. The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with in the United States: results from HIV Cost and Services Utilization Study. *J. Stud. Alcohol*, v.63, p.179-186, mar. 2002.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. *Cad. Saúde Pública*. v. 26, n.12, p. 2355-2367, dez. 2010.

GUARALDI, G.; SQUILLACE, N.; STENTARELLI, C., ORLANDO, G.; D'AMICO R, LIGABUE G.; FIOCCHI, F.; ZONA, S.; LORIA, P.; ESPOSITO, R.; PALELLA, F. **Nonalcoholic fatty liver disease in HIV-infected patients referred to a metabolic clinic: prevalence, characteristics, and predictors.** *Clin. Infect. Dis*, v.7, n.2, p. 250-7, jul. 2008.

GUTIERREZ-GROBE, Y.; PONCIANO-RODRIGUEZ, G.; RAMOS, M.H.; URIBE, M.; MENDEZ-SANCHEZ, N. **Prevalence of non alcoholic fatty liver disease in premenopausal, postmenopausal and polycystic ovary syndrome women.** The role of estrogens *Ann Hepatol*, v.9, n.4, p. 402–409, out-dez. 2010.

HENDERSHOT, C.S., STONER, S.A., PANTALONE, D.W., SIMONI, J.M. **Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis.** *J Acquir Immune Defic Syndr*, v.52, n.2, p.180-202, out. 2009.

KARDASHIAN, A.; MA, Y.; SCHERZER, R.; PRICE, J.C.; SARKAR, M.; KORN, N.; TILLINGHAST, K.; PETERS, M.G.; NOWOROLSKI, S.M.; TIEN, P.C. **Sex differences in the association of HIV infection with hepatic steatosis.** *AIDS*, v.31, n.3, p.365-373, jan.2017.

KOTLER, D. P. **Nutritional alterations associated with HIV infection.** *J. Acquir Immune Defic. Syndr Hagerstown*, v.25, n.1, p.81–7, out. 2000.

LANDI, F.; ZUCCALA, G.; GAMBASSI, G.; INCALZI, R.; MANIGRASSO, L.; PAGANO, F.; CARBONI, P.; BERNABEI, R. **Body mass index and mortality among older people living in the community.** *J Am Geriatr Soc*, v. 47, n.9, p. 1072-1076, set. 1999.

MINCIS, M., MINCIS, R. **Esteatose e esteato-hepatite não alcoólicas.** Moreira Jr Editora. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3467>. Acesso em 09 de out. 2019.

NEUSCHWANDER-TETRI, B.; CLARK, J.; BASS, N.; VAN NATTA, M.L.; UNALP-ARILDA, A.; TONASCIA, J.; ZEIN, C.O.; BRUNT, E.M; KLEINER, D.E.; McCULLOUGH, A.J.; SANYAL, A.J.; DIEHL, A.M.; LAVINE, J.E.; CHALASANI, N.; KOWDLEY, K.V.; **Clinical, Laboratory and Histological Associations in Adults with Nonalcoholic Fatty Liver Disease.** *Hepatology*, v.52, n.3, p.913-924, set. 2010.

OCKENGA, J.; GRIMBLE, R.; JONKERS-SCHUITEMA, C.; MACALLAN, D.; MELCHIOR, J.C.; SAUERWEIN, H. P. **ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Wasting in HIV and other chronic infectious diseases.** *Clin Nutr*, v.25, n.2, p.319-329, abr. 2006.

- OLIVEIRA, C. de.; TEIXEIRA, R.A.P.; CONCHALO, W. L. **Uma abordagem contextualizada da anatomia humana e comparada**. Disponível em:< file:///C:/ umabordagemcontextualizada%20(4). pdf>. Acesso em 11 de out. 2019.
- SILVA, R. A. R.; DUARTE, F. H. S.; NELSON, A. R. C.; HOLANDA, J. R. R. **A epidemia da AIDS no Brasil: Análise do Perfil Atual**. Rev Enferm UFPE on line, v.7, n.10, p.6039-46, 2013.
- SOUSA, A. C. A.; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L. **Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com AIDS**. DST- J Bras Doenças Sex Transm, v.21, n.1, p.22-6, 2009.
- VAN WELZEN, B.J.; MUDRIKOVA, T.; EL IDRISSEI, A. **A review of non-alcoholic fatty liver disease in HIV-infected patients: The next big thing?**. Infect Dis Ther, v.8, n.1, p.33-50, mar. 2019.
- VENHOFF, N.; SETZER, B.; MELKAOUI, K.; WALKER, U.A. **Mitochondrial toxicity of tenofovir, emtricitabine and abacavir alone and in combination with additional nucleoside reverse transcriptase inhibitors**. Antivir Ther, v.12, n.7, p.1075–1085, 2007.
- VOLZKE, H.; SCHWARZ, S.; BAUMEISTER, S.E.; WALLASCHOFSKI, H.; SCHWAHN, C.; GRABE, H.J.; KOHLMANN, T.; JOHN, U.; DOREN, M. **Menopausal status and hepatic steatosis in a general female population**. Gut, v.56, n.4, p.594–595, abr. 2007.
- YAMATTO, T. H. **Avaliação Nutricional**. In: Toniolo Neto J, Pintarelli VL, Yamatto TH. A Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na prática Hospitalar. Barueri: Manole; 2007. p.23.
- YANG, J.D.; ABDELMALEK, M.F.; PANG, H.; GUY, C.D.; SMITH, A.D.; DIEHL, A. M.; SUZUKI, A. **Gender and menopause impact severity of fibrosis among patients with nonalcoholic steatohepatitis**. Hepatology, v.59, n.4, p. 1406–1414, abr. 2014

SENSO INTERNO DE COERÊNCIA DOS IDOSOS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Data de aceite: 17/01/2020

Pollyana Thays Lameira da Costa

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém-PA

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém-Pará

Milene de Andrade Gouvea Tyll

Universidade da Amazônia (UNAMA)

Belém-PA

RESUMO: Objetivo: avaliar o Senso Interno de Coerência dos idosos no pré-operatório de revascularização do miocárdio. Método: Participaram do estudo 28 idosos internados em uma instituição pública de referência. Utilizou-se o questionário de avaliação do senso de coerência, validado no Brasil. Foram consideradas as seguintes pontuações: senso de coerência fraco entre 13 e 38 pontos, moderado entre 39 e 65, e forte entre 66 e 91. Os dados foram analisados pelo programa SPSS versão 24.0, utilizando-se a frequência simples, percentual, média, desvio padrão e o Teste T de Student. Resultados: Cerca de 75% dos idosos eram do sexo masculino, média de idade 68 anos, baixa escolaridade e com o valor médio do senso de coerência de 63 pontos. Conclusão: os idosos avaliados

apresentaram uma resposta moderada a forte aos estressores no pré-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio.

PALAVRAS-CHAVE: Senso de Coerência; Idoso; Revascularização Miocárdica; Enfermagem Geriátrica; Cuidados Pré-Operatórios

INTERNAL SENSE OF COHERENCE OF ELDERLY IN PRE-OPERATIVE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

ABSTRACT: Objective: to evaluate the Internal Sense of Coherence of the elderly in the preoperative period of myocardial revascularization. Method: The study included 28 elderly hospitalized in a public referral institution. The questionnaire was used to assess the sense of coherence, validated in Brazil (2007). The following scores were considered: weak sense of coherence between 13 and 38 points, moderate between 39 and 65, and strong between 66 and 91. The data were analyzed using the SPSS software version 24.0, with simple frequency, percentage, mean, standard deviation and Student's T Test. Results: About 75% of the elderly were males, mean age 68 years, low level education and mean value of the sense of coherence of 63 points. Conclusion: the evaluated elderly presented a moderate to strong response to stressors in the

preoperative period of myocardial revascularization surgery.

KEYWORDS: Sense of Coherence; Elderly Myocardial Revascularization; Geriatric Nursing; Preoperative Care

1 | INTRODUÇÃO

O Senso Interno de Coerência ou Sentido de Coerência de Aaron Antonovsky (SIC) é uma interessante ferramenta no cuidado dos pacientes com doenças cardiovasculares, na tentativa de investigar sobre a capacidade de enfrentamento ao estresse (ALSÉN; ERIKSON, 2016). É o elemento central da Salutogênese, entendida como a adoção de medidas internas (protetivas) pelo indivíduo para obter comportamentos saudáveis frente a uma situação estressante (ANTONOVSKY, 1987).

Acirurgia cardíaca é uma modalidade de tratamento para diferentes cardiopatias, na qual, biologicamente, o paciente está suscetível a sensações de dor, infecções, intervenções invasivas e risco de morte. No campo social, pelo tempo de internação hospitalar, há o afastamento temporário do convívio com os amigos e família, o que pode limitar sua autonomia e diminuir ou extinguir as atividades laborais (SANTANA et al., 2010).

O medo da possibilidade da morte, da anestesia, da antecipação da dor, bem como a falta de controle da situação, que pode incluir a perda de sentidos no procedimento, e seguidamente, a perda da autonomia e do poder de decisão, configura, portanto, a cirurgia como uma experiência que causa sofrimento psíquico (WOTTRICH et al., 2016). É comum o paciente expor sintomas de ansiedade, depressão e ter expectativas negativas sobre o futuro (SANTANA et al., 2010).

Os pacientes cardiopatas atribuem ao coração um valor incalculável, considerando-o órgão vital e centro de sentimentos, amor, paixão e afeto. Destarte, uma lesão no músculo cardíaco significa "um machucado no coração" e o adoecer de suas emoções (CAMPONOGARA et al., 2012).

Dessa forma, o profissional de saúde tem o importante papel diante do, e com o, idoso, em que caminhem juntos a relação empática e o cuidado terapêutico, por meio de uma dialética da solidariedade e do conhecimento do outro, tornando-se útil a compreensão dos modos de enfrentamento, adaptação ou desajustamento em relação ao processo de adoecer associado ao envelhecimento (FARIA; SANTOS; ALVES, 2016).

Alguns pontos têm sido levantados na discussão sobre o envelhecimento na atualidade, sobretudo em relação às experiências de saúde ou de doença. Assim, o SIC é um sentimento de confiança ou crença no indivíduo de que é capaz de gerenciar seus próprios problemas, ainda que na aparente desordem de sua vida pessoal, familiar, emocional, social e econômica (ANTONOVSKY, 1987).

O envelhecimento está relacionado ao aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares (DCV), naturalmente sustentada pelo maior período de exposição aos fatores de risco. A longevidade associada a alguma doença crônica tem se tornado uma das principais preocupações em saúde pública, sendo a morbidade por DCV considerada como a principal responsável por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em idosos e o fator de maior impacto no custo das internações hospitalares no país (MASSA, DUARTE, CHIAVEGATTO FILHO, 2019).

Neste contexto, a partir de experiências com idosos hospitalizados no pré-operatório de cirurgia cardíaca, considerou-se relevante explorar o tema ainda pouco discutido no cuidado a este grupo pela Enfermagem. Este estudo tem como objetivo avaliar o Senso Interno de Coerência dos idosos no pré-operatório de revascularização do miocárdio.

2 | MÉTODO

Para este estudo, cumpriram-se todos os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Protocolo de nº 1.539.185.

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, do tipo transversal, realizado com idosos cardiopatas internados na clínica cardiológica e cirúrgica de um hospital público de referência para o atendimento em várias especialidades clínicas, incluindo-se as doenças cardiovasculares. O estudo se deu no período de maio a novembro de 2016, nas enfermarias destinadas ao estudo, onde estavam os idosos em pré-operatório de cirurgia cardíaca, sendo nesta última clínica disponibilizados 16 leitos para este caso.

Com base na população de idosos (N=85) admitida no hospital com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (IAM), no período de janeiro a dezembro de 2015, e que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, realizou-se o cálculo amostral ($n = N \cdot no / N + no$, onde $no = 1/E^2$). A partir desse cálculo, considerando-se o erro de $\alpha = 5\%$, obteve-se a amostra inicial ($n = 70$) entre aqueles que atenderam aos critérios de inclusão no estudo, a amostra final constituiu-se de $n = 28$. Puderam participar do estudo idosos de ambos os sexos, com nível cognitivo que permitisse participar da pesquisa e com diagnóstico de IAM com indicação médica de cirurgia de revascularização do miocárdio.

As variáveis independentes foram as demográficas e sociais (idade, sexo, situação conjugal, ocupacional, nível de escolaridade, posição de provedor da família,

suporte familiar, tipo de moradia e procedência), clínico-epidemiológicas (tempo de internação, quantidade e tipo de comorbidades, diagnóstico de indicação da cirurgia e uso de psicofármacos). A variável desfecho foi o SIC dos idosos que estavam em preparo pré-operatório para cirurgia de revascularização do miocárdio.

Utilizou-se a entrevista face a face com os idosos, aplicada por uma das pesquisadoras. O instrumento de coleta de dados foi testado previamente com idosos que não entraram na amostra final do estudo, com o objetivo de observar se havia compreensão do que estava sendo perguntado a eles. O instrumento da pesquisa foi construído em duas partes. A primeira continha as variáveis demográficas e sociais e as relacionadas às condições clínico-epidemiológicas. A segunda parte trazia a avaliação do SIC, traduzido transculturalmente e validado no Brasil, conhecido como Questionário do Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) (DANTAS, 2007). O QSCA existe em duas versões, a de 29 itens e a de 13 itens, e pode ser usado na forma de entrevista ou de autopreenchimento. Para este estudo, optou-se pela versão simplificada, ou seja, de 13 itens, pela condição do idoso em ambiente hospitalar.

Esse questionário é formatado como uma escala do tipo Likert, com índice variando de 1 a 7. As pontuações do QSCA variam de 13 (menor pontuação) a 91 (maior pontuação), cujos resultados são categorizados em SIC fraco (de 13 a 38 pontos); SIC moderado (de 39 a 65 pontos); e SIC forte (de 66 a 91), de acordo com o estudo finlandês de 2006, realizado com pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio ou à angioplastia (KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006). O QSCA possui itens distribuídos segundo três dimensões: compreensão (itens 2, 6, 8, 9 e 11), manuseio ou maneabilidade (itens 3, 5, 10 e 13) e significado (itens 1, 4, 7 e 12). A primeira é a capacidade de compreender um evento; a segunda está relacionada ao potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo; e a terceira diz respeito à significância que se dá ao evento (BONANATO et al., 2008; DANTAS, 2007).

Para o tratamento estatístico e análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24.0), pelas medidas de dispersão (média e desvio padrão), percentual simples e Teste T de Student para as médias encontradas na pontuação do questionário. O valor de p adotado para este estudo foi de $p \leq 0,05$.

3 | RESULTADOS

Dos 28 participantes do estudo houve predominância do sexo masculino, com média de idade de 68 anos ($DP \pm 6$), casados, aposentados ou pensionistas, provedores de suas famílias, com baixo nível de escolaridade, que recebiam visitas, moravam em casa própria e eram provenientes do interior do estado.

Os dados encontrados apontam que os idosos apresentavam comorbidades, entre elas a hipertensão arterial (84,0%) e o diabetes mellitus (68,0%) como as mais prevalentes. O diagnóstico de internação (IAM) mostrou-se na mesma proporção tanto para aqueles com supradesnivelamento do segmento ST como para sem supradesnivelamento, e mais de 67,0% não faziam uso de psicofármacos.

Segundo a Tabela 1, os idosos que participaram do estudo, segundo resultado do QSCA, obtiveram média de 63 pontos e foram classificados com SIC moderado a forte.

Categorias de SIC	f	%
Média=63pontos (DP±11)		
Forte (66-91)	14	50,0
Moderado (39-65)	13	46,4
Fraco (13-38)	1	3,6
Total	28	100,0

Tabela 1- Senso Interno de Coerência dos idosos que participaram do estudo conforme as categorias, forte, moderado e fraco, Belém/PA, 2016 (n=28).

Fonte: Pesquisa de campo/2016.

Conforme resultados demonstrados na Tabela 2, a média do SIC de Antonovsky mostrou-se homogênea na amostra quando comparada com as variáveis demográficas e sociais, ou seja, não houve diferença dentro da amostra quanto a este aspecto.

Variáveis	Senso de Coerência	
	Média	P valor*
Sexo		
Masculino (n=21)	63,4	0,76
Feminino (n=7)	61,9	
Idade		
Acima de 68 anos (n=12)	64,4	
Até 68 anos (n=16)	62,0	0,59
Situação Conjugal		
Casado	65,6	0,12
Viúvo, Divorciado ou solteiro	58,5	
Condição Social		
Atividade remunerada ativa (n=3)	64,7	0,80
Aposentado/pensionista (n=25)	62,9	
Escolaridade		
Nível Fundamental (n=24)	63,1	0,96
Analfabeto, Nível Médio e Nível Superior (n=4)	62,7	

Provedor da Família		
Não (n=7)	64,7	0,66
Sim (n=21)	62,5	
Suporte Familiar: Recebia Visitas		
Não (n=3)	64,0	0,88
Sim (n=25)	62,9	
Moradia		
Própria (n=24)	63,7	0,48
Alugada (n=4)	59,2	
Procedência		
Interior do estado (n=15)	65,9	0,15
Capital (n=13)	59,7	
Comorbidades		
Até duas comorbidades (n=18)	64,1	0,51
Acima de duas comorbidades (n=10)	61,1	
Tempo de internação		
Acima de 23 dias (n=13)	65,8	0,24
Até 23 dias (n=15)	60,7	

Tabela 2 - Distribuição dos resultados comparativos das médias do Senso Interno de Coerência com as variáveis demográficas e sociais, comorbidades e tempo de internação, Belém/PA, 2016 (n=28).

Nota: Teste T de Student; * $\geq 0,05$

Fonte: Pesquisa de campo/2016.

4 | DISCUSSÃO

Entre os idosos que participaram do estudo, conforme os resultados encontrados, a prevalência foi do sexo masculino e a média da idade ficou em cerca de 70 anos ($DP \pm 6,0$). Essas características também foram observadas em outros estudos com idosos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009; JANSSEN et al., 2015). Ainda sobre esse aspecto, o sexo masculino e a faixa etária acima de 60 anos são os mais acometidos pela doença arterial coronariana (DAC), ratificando que a incidência de DAC aumenta conforme a idade avança (JANSSEN et al., 2015). Entretanto, outro estudo aponta que por volta de 80 anos existe uma tendência de os eventos de IAM ocorrerem mais em mulheres (LIBBY et al., 2010).

O estado civil dos participantes encontrado no estudo está em consonância com a realidade nacional e com estudos envolvendo idosos, inclusive na população local (IBGE, 2010; SANTOS; CHAVES; SARGES, 2014). Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais de 2015 (IBGE, 2015), a condição social dos idosos desta amostra manteve-se equiparada quanto à fonte de renda e ao nível de escolaridade, sendo a aposentadoria a principal fonte. Sobressaiu-se o nível fundamental de ensino, ou

seja, até oito anos de estudo (IBGE, 2010). Essa condição esteve presente, também, em estudos com cardiopatas brasileiros que participaram da avaliação do Senso de Coerência (DANTAS; SILVA; CIOL, 2012; FERREIRA et al., 2015; TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010).

Nesse sentido, considerando-se que 7,1% da amostra não tinham escolaridade, é importante ressaltar que a baixa escolaridade se constitui em uma condição social desfavorável para essa população, já que tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão de seu tratamento, do seu autocuidado e em outras questões. Ainda se destaca que essa situação reflete as diferenças regionais do país, em que os nortistas apresentaram, em média, três anos de estudo e os nordestinos, uma média ainda mais baixa, de 2,7 anos (IBGE, 2010; SANTOS; GRIEP, 2013).

Quanto à condição de moradia, os idosos relataram ter domicílio próprio, cuja condição de propriedade quitada é frequentemente desejada pelas famílias, por prover mais segurança quanto à permanência no domicílio e retirar o ônus dos gastos com aluguel ou prestação, e talvez menos uma preocupação durante a hospitalização (IBGE, 2015).

Mais de 50,0% idosos eram provenientes do interior do estado, isso talvez se explique pelo hospital ser de referência na especialidade e ficar localizado na capital, pois é possível que os hospitais das regiões mais afastadas não ofereçam esse tipo de procedimento especializado. Por outro ângulo, um estudo polonês que fez associação entre a procedência rural e urbana de pessoas acometidas por doenças crônicas e suas diferenças de estratégias de *coping*, mostrou que os participantes daquele estudo de áreas rurais foram caracterizados por baixo nível de depressão e melhor satisfação com a vida, sugerindo que as diferenças entre as táticas de *coping* utilizadas por pessoas de áreas urbanas e rurais podem ser associadas a diversidades ambientais (ZIARKO et al., 2015).

Observou-se neste estudo que os idosos apresentavam as comorbidades mais prevalentes nos idosos brasileiros, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus em mais de 60,0%. No Pará, até 2013, 39,8% dos idosos apresentavam a doença hipertensiva (SISAP, 2017). Em relação à hipertensão arterial, pode-se dizer que esta é uma das mais importantes causas modificáveis de morbimortalidade cardiovascular na população adulta mundial, além de também ser fator de risco independente para doenças cardiovasculares. É considerada a terceira causa mais importante de incapacidade no mundo e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares. O tratamento eficaz, seguro e focado em metas é imprescindível, levando a uma melhora do prognóstico dos hipertensos através da redução de eventos cardiovasculares (GUIMARÃES FILHO et al., 2015).

Sabe-se que o IAM é uma das principais complicações da doença hipertensiva,

entre outras. Nesse aspecto, destaca-se que a taxa de internação de idosos em 2015 com esse diagnóstico, representou 17,27% das internações. Essa taxa estima o risco de internação e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública (SISAP, 2017). É importante também destacar que o IAM, com ou sem desnivelamento do segmento da onda ST no eletrocardiograma, é um dos parâmetros diagnósticos que ajuda o médico a conduzir a conduta terapêutica. No caso dos participantes da amostra, as proporções com e sem supradesnivelamento desse segmento tiveram comportamentos iguais, ou seja, 50,0% para cada evento. Isso significa que metade dos idosos tinha lesão atual no miocárdio e outra metade, sugestão de isquemia. Sabe-se também que esse diagnóstico eletrocardiográfico é seguido de outros exames complementares que vão definir a indicação cirúrgica (AHA, 2015).

O uso de psicofármacos pelos participantes também foi uma variável importante no estudo devido às reações psicofarmacológicas que podem causar no idoso, podendo comprometer sua reação frente ao estresse e interferir no resultado da investigação. Nesse caso, 67,9% dos idosos não faziam uso dessa classe farmacológica, o que, talvez, tenha ido ao encontro dos resultados. Esse aspecto também foi utilizado por outro estudo com brasileiros (TORRATI; 2009; TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010).

Observou-se que, pelo resultado dos itens avaliados no QSCA, os idosos apresentaram de moderado a forte SC, com pontuação acima da média esperada nos valores. Isso significa, talvez, que sua experiência de vida os tenha ajudados no enfrentamento de sua condição de saúde. O mesmo resultado foi encontrado em outros estudos internacionais (ALSÉN; ERIKSON, 2016; KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006; SILAVORA et al., 2014). Similarmente, o resultado encontrado no estudo no qual foi utilizado o QSCA validado no Brasil apontou para um SIC de 55,7 (D.P.=13), o que seguiu o mesmo padrão de um dos autores europeus (DANTAS; SILVA; CIOL, 2012).

É importante frisar que altos valores para SIC têm sido associados a comportamentos relacionados à saúde, onde o forte SIC é tido como preditor para não tabagismo e cessação do consumo, além de menor consumo de álcool em pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (SILAVORA et al., 2014), embora estas questões não tenham sido abordadas na presente pesquisa.

A partir dos fundamentos da teoria Salutogênica (ANTONOVSKY, 1987), o SIC se desenvolve durante a infância e juventude e se consolida em torno dos 30 anos de idade, porém outros estudos sugerem mudanças maiores nas medidas de SIC entre os mais velhos (DANTAS, 2007; MÜLLER; HESS; HAGER, 2013).

Em estudo envolvendo idosos brasileiros, estes apresentaram média de SIC maior do que as pessoas em faixas etárias mais novas, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa, apesar desses achados terem sido análogos

a resultados encontrados por outros autores que observaram que o SIC tende a aumentar com a idade (TORRATI, 2009; TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010). Em países como a Suécia, essa diferença entre as idades também não foi comprovada estatisticamente (KATTAINEN; MERILÄINEN; SINTONEN, 2006). Observou-se neste estudo que, quando comparadas as pontuações médias encontradas no QSCA de acordo com variáveis demográficas e sociais, não houve diferença na amostra estudada, significando que o SIC dos idosos da amostra não foi influenciado por elas. Semelhante resultado também foi encontrado em outros estudos realizados no Brasil (DANTAS, 2007; FERREIRA et al., 2015), os quais argumentam que os semelhantes valores entre ambos os sexos podem evidenciar que homens e mulheres têm percepção similar para selecionar estratégias de enfrentamento diante de uma adversidade.

O nível de escolaridade dos idosos da amostra em relação ao SIC mostrou-se diferente quanto aos resultados de outros estudos (DANTAS, 2007; TORRATI, 2009), que observaram que, quanto maior a escolaridade, maior o SIC e menor nível de depressão; porém, observação também sem significância estatística, assim como os autores ressaltam que aqueles que possuíam o ensino superior completo ou mais tinham maiores valores para SIC.

O estudo realizado com 203 pacientes revelou que maiores valores de SIC foram advindos daqueles com três ou quatro comorbidades; porém, isto também não teve diferença estatística significativa nem confirmação da sua hipótese de associação com SIC (DANTAS, 2007). Neste estudo, encontrou-se divergência quanto ao número de comorbidades entre os idosos, ou seja, as maiores pontuações no SIC foram obtidas por aqueles com até duas comorbidades. Assim como, em estudo envolvendo pacientes cardíacos cirúrgicos, não foram comprovadas diferenças nas médias do construto segundo o estado civil e desempenho de atividades ocupacionais remuneradas, tal como no presente estudo (TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010).

Em relação ao tempo de internação, neste estudo a média foi de 23 dias (DP±17) e indicou que aqueles que tiveram maior permanência apresentaram tendência a maiores valores para SIC. Em relação a esse dado, quando comparado a outro estudo com brasileiros cardiopatas, houve maior tendência a ansiedade e maior nível de depressão entre o oitavo e décimo quarto dia de internação, e não foi encontrada diferença estatística significativa neste aspecto. Outros autores indicam que, quanto maior o tempo de espera, maior a ansiedade, porém sem significância e sem comparação com outros achados (TORRATI, 2009).

5 | CONCLUSÃO

Observou-se que os idosos participantes do estudo apresentaram o SIC de

moderado a forte para o enfrentamento das situações estressantes que compõem o preparo para uma cirurgia cardíaca. No que concerne à aplicação da tecnologia pelos enfermeiros, esta poderia ajudar no encorajamento dos idosos na condição de pré-operatório, o que se torna um grande desafio para tentar minimizar os comprometimentos resultantes de doenças incapacitantes, a partir de uma avaliação cuidadosa dos aspectos psicossociais. Nesse contexto, se poderia pensar em planos de ação que ofereçam uma rede de suporte social, que talvez contribua para elevar o sentido interno de coerência do idoso com as situações adversas que podem estar concorrentes ao envelhecimento. Ressalta-se também sobre a aplicação do questionário, que, muito embora já tenha sido testado em uma amostra maior por outros pesquisadores, neste estudo os idosos referiram dificuldade de compreensão de alguns termos nele contidos, o que pode ter sido influenciado pela escolaridade.

É importante frisar que, apesar das limitações encontradas no desenvolvimento do estudo, como uma amostra pequena, o que limita a generalização dos resultados, acredita-se que os resultados possam incentivar novas pesquisas na área da enfermagem gerontológica, e encorajar a tomada de decisões de forma interdisciplinar no cuidado aos idosos nessa condição.

REFERÊNCIAS

AHA – American Heart Association. **Os casos de SAVC: Síndromes Coronárias Agudas**. In: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual do Profissional. Ed. português. Mauá – SP, 2015.

ALSÉN, P.; ERIKSON, M. **Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction**. J Clin Nurs, Suécia, v.25, n.3-4, p.526-33, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818377>> Acesso em 03 out. 2019.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. Sao Francisco: Jossey-Bass. 1987.

BONANATO, K. et al. **Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte**. Rev. odonto ciênc, v.23, n.3, p. 251-255. 2008. Disponível em:< <https://core.ac.uk/download/pdf/25530842.pdf>>. Acesso em 05 Out. 2019.

CAMPONOGARA, S. et al. **Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca**. Rev Min Enferm, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 311-314, jul./set. 2012. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/541/v16n3a10.pdf>> Acesso em: 03 out. 2019.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R.A.S., SILVA, F.S., CIOL, M.A. **Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients**. J Clin Nurs, v. 23, n. 1-2, p. 156-65, 2012. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23742041>>. Acesso em 02 out. 2019.

FARIA, L., SANTOS, L.A.C; ALVES, W. Sense of Coherence: O sentido de coerência nos caminhos

do envelhecimento. In: FARIA, L.; ALVES, L.C. (Orgs.) **Envelhecimento - Um Olhar Interdisciplinar**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 19-42.

FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E.N. **Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem**. Rev Eletr Enf, v. 11, n. 4, p. 993-4, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>>. Acesso em 02 out. 2019.

FERREIRA, V. M. P. et al. **Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada**. Rev Esc Enferm USP, v. 49, n. 3, p. 388-394, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0388.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

GUIMARÃES FILHO, G. C. et al. **Evolução da Pressão Arterial e Desfechos Cardiovasculares de Hipertensos em um Centro de Referência**. Arq Bras Cardiol, v. 104, n. 4, p. 292-298, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n4/pt_0066-782X-abc-20150001.pdf>. Acesso em 03 out. 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse por Setores**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st>>. Acesso em: 09 set. 2019.

_____. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 35. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137. p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em 02 out. 2019.

JANSSEN, A.M.S. et al. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio**. Rev Pesq Saúde, v. 16, n. 1, p.29-33, jan-abr, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/4073/2155>>. Acesso em 03 out. 2019.

KATTAINEN, E.; MERILÄINEN, P., SINTONEN, H. **Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty**. Eur J Cardiovasc Nurs, v. 5, n. 1, p.21–30, 2006. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15950540>>. Acesso em 04 out. 2019.

LIBBY, P. et al. – Eugene Braunwald. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**, 8^a Ed. MIDÃO, A.M. et al (Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. P. **Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-114, jan. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100105&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2019.

MÜLLER, J; HESS, J.; HAGER, A. **Sense of coherence, rather than exercise capacity, is the stronger predictor to obtain health-related quality of life in adults with congenital heart disease**. European Journal of Preventive Cardiology, v. 21, n. 8, p.949-955, 2013. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460658>>. Acesso em 04 out. 2019.

SANTANA, J. J. R. A. et al. **Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico**. Estud. psicol (Campinas), Campinas, v. 27, n. 1, p. 31-39, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2019.

SANTOS, M.I.P.O., GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). Ciênc. saúde coletiva. Mar 2013; 18(3):753-761.

SANTOS, M.I.P.O., CHAVES, E.C., SARGES, N.A. **Impacto da hospitalização na independência funcional de idosos com doenças cardiovasculares.** J Nurs Health, v.4, n. 2, p. 110-22, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v4i2.4426>. Acesso em 12 set. 2019.

SILAVORA, B. et al. **Sense of coherence as a predictor of health-related behaviours among patients with coronary heart disease.** European Journal of Cardiovascular Nursing, v. 13, n. 4, p. 345-356, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23828020>>. Acesso em 02 out. 2019.

SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP Idoso). Condições de Saúde dos Idosos. **Morbidade:** Mortalidade de idosos por doença isquêmica do coração. Disponível em: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/consulta-por-municipio>>. Acesso em 01 out. 2019.

TORRATI, F. G. **Ansiedade, Depressão, Senso de Coerência e Estressores nos Períodos Pré e Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas** [dissertação de Mestrado]. 110 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

TORRATI, F. G.; GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. **Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência.** Rev Esc Enferm USP, v. 44, n. 3, p. 739-44, 2010. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300027&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 03 out. 2019.

WOTTRICH, S. H. et al. **Significados da Cirurgia Cardíaca para Pacientes Submetidos a Processo Cirúrgico.** Interação em Psicol, v. 20, n. 1, p. 20-29, 2016. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/29434>>. Acesso em 03 Out. 2019.

ZIARKO, M. et al. **Do urban and rural residents living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases?** Eur Rev Med Pharmacol Sci, v. 19, n. 22, p.4227-34, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26636507>>. Acesso em 05 out. 2019.

PERFIL DAS OCORRÊNCIAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA IDOSOS EM UMA CAPITAL DO NORDESTE

Data de aceite: 17/01/2020

Ana Maria Ribeiro dos Santos

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina – PI.

Regina Dulce da Silva Nolêto

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina – PI.

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto – SP.

RESUMO: Introdução: Dentre os tipos de violência contra o idoso, os abusos físicos constituem o tipo mais visível. **Objetivo:** Analisar os registros de violência física contra idosos na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de uma capital do Nordeste. **Método:** Estudo transversal retrospectivo cujos dados foram coletados em Boletins de Ocorrência, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. A amostra foi representada pelos Boletins referentes à violência física. A variável dependente foi a ocorrência de violência física e como variáveis independentes dados relativos ao idoso, ao agressor e a ocorrência da violência. Realizou-se análises descritivas com medidas de tendência central e dispersão. Na análise inferencial se aplicaram os testes

Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer 890.533. **Resultados:** Dentre os 555 idosos que sofreram violência, 113 casos foram de violência física, prevalência de 20,4%. O perfil dos idosos vitimados evidenciou faixa etária de 60 a 79 anos (80,5%), sexo feminino (66,4%), casadas (35,4%), com ensino fundamental (53,1%). O percentual de agressores familiares correspondeu a 84 % dos casos, maioria praticada pelos filhos dos idosos (54 %). As variáveis estudadas dos agressores mostraram significância estatística com a ocorrência de violência física. **Conclusão:** Devido à vulnerabilidade do idoso se faz necessário maior proteção legal e um olhar especial relacionado à saúde, com destaque para a atenção e cuidado do enfermeiro, principalmente na Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Violência. Enfermagem Geriátrica.

PROFILE OF PHYSICAL VIOLENCE OCCURRENCES AGAINST THE ELDERLY IN A NORTHEAST CAPITAL

ABSTRACT: Introduction: Among the types of violence against the elderly, physical abuse constitutes the most visible type. **Objective:**

To analyze the records of physical violence against the elderly at Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso of a Northeast capital. **Method:** Retrospective cross-sectional study whose data were collected from Police Reports, from January 2009 to December 2013. A sample was represented by Reports related to physical violence. The dependent variable was the occurrence of physical violence and the independent variables were data related to the elderly, to the aggressors and the occurrence of violence. Descriptive analyzes were performed with measures of central tendency and dispersion. In the inferential analysis, we applied Pearson's chi-square and Fisher's exact tests, with a significance level of 5%. Study approved by the Ethics and Research Committee of Universidade Federal do Piauí, under opinion 890.533. **Results:** Among the 555 elderly people who suffered violence, 113 cases were physical violence, with a prevalence of 20.4%. The profile of the victimized elderly showed age range from 60 to 79 years (80.5%), female (66.4%), married (35.4%), elementary school (53.1%). The percentage of family aggressors corresponds to 84% of cases, the majority practiced by the children of the elderly (54%). The variables studied by the aggressors are statistically significant with the occurrence of physical violence. **Conclusion:** The criterion of vulnerability of the elderly requires greater legal protection and a special aspect related to health, especially to the attention and care of nurses, mainly in Estratégia Saúde da Família.

KEYWORDS: Aged. Violence. Geriatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fato social inegável e decorre de melhorias no setor da saúde com a implementação de medidas de saúde pública, bem como, questões relacionadas à ampliação do acesso a previdência social, educação, assistência social e diversas oportunidades que têm levado o mundo a envelhecer (MANSO; BIFFI, 2015). Rocha *et al.* (2019) descrevem que o envelhecimento da população é caracterizado como dado progressivo e na atualidade considerado como desafio.

No envelhecimento, processo contínuo e dinâmico, o indivíduo vivencia diferentes estados de equilíbrio e desequilíbrio, caracterizados por dois extremos: saúde e doença. O corpo do idoso sofre alterações morfológicas e funcionais que mudam gradualmente sua aparência, as quais fazem parte do processo natural do envelhecimento. Desse modo, os órgãos tendem a reduzir a capacidade funcional e resultar em dificuldade para responder a estímulos, que podem acarretar vulnerabilidade e fragilidade (MANSO; BIFFI, 2015).

Nesse contexto, os idosos são mais vulneráveis a determinadas condições físicas e sociais, dentre elas, se encontram mais expostos a maior violência na sociedade.

A Organização Mundial de Saúde define a violência como um ato único ou

repetido ou a falta de medidas adequadas, que ocorrem dentro de qualquer relação em que existe a expectativa de confiança e causem dano ou sofrimento para as pessoas mais velhas. Classificam-se como abuso físico, psicológico, sexual, abandono, negligência e autonegligência. Também pode envolver abuso econômico ou financeiro, quando outras pessoas usam de forma inadequada recursos financeiros de idosos (WHO, 2011).

Dentre os tipos de violência contra o idoso, os abusos físicos constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões. Algumas vezes, o abuso físico resulta em lesões que levam à internação hospitalar ou produzem a morte da pessoa idosa (BRASIL, 2014).

Diante disso, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre a realidade da violência física contra os idosos. Com base nessa problemática e seus números crescentes, o presente estudo tem como objetivo analisar os registros de violência física contra idosos na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de uma capital do nordeste.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo análise documental, realizado com dados obtidos em Boletins de Ocorrência (BO) registrados na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de uma capital do Nordeste, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013.

A população do estudo constitui-se de todos os BOs registrados na referida Delegacia, no período citado acima. Fizeram parte da amostra deste estudo os BOs referentes à violência física contra o idoso no período em questão, sendo incluídos no estudo todos os BOs relativos a idosos vitimados por violência física, de ambos os sexos, residentes na capital em que foi realizado o estudo e foram excluídos aqueles referentes aos idosos vitimados por violência física, porém residentes em outras cidades do País.

O estudo teve como variável dependente a ocorrência de violência física e as variáveis independentes relativas ao idoso foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, condição do idoso no momento da apresentação na Delegacia; As relacionadas ao agressor constituíram-se de: sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, grau de parentesco com o idoso vitimado, condição registrada no histórico policial e ligadas à ocorrência da violência: data, local, o tipo de agente, instrumento ou meio usado para atingir o idoso e o CID-10 registrado nos laudos médicos anexos ao BOs.

Os dados foram coletados no ano de 2015, por meio de um formulário, a partir

dos citados BOs registrados na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso. As informações coletadas relacionaram-se à identificação da vítima, do agressor e caracterização das agressões físicas registradas.

Foram analisados os laudos de exame de corpo delito realizados pelo Instituto Médico Legal (IML), os quais são anexos aos BOs das vítimas de violência física para identificar a natureza do agente, instrumento ou meio que produziu a ofensa no idoso vitimado, assim como o CID-10 registrado no laudo. Entretanto, observou-se a ausência do CID-10 na maioria dos laudos do IML.

Os dados foram codificados em uma planilha em dupla digitação para verificação de erros e em seguida exportada para o software *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS 19.

Para os dados quantitativos do idoso e agressor foram realizadas análises descritivas como medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão). Na análise bivariada para verificar a relação das variáveis sociodemográficas do idoso e do agressor com a ocorrência da violência física foram aplicados o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher, com valores esperados menores que 0,05, adotando-se o nível de significância estatística de 5%.

Foi solicitada a autorização por escrito para o levantamento de dados à Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso, como também a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sendo autorizado pelo parecer número 890.533.

3 | RESULTADOS

Segue a análise dos 113 casos de violência física contra idosos ocorridos na capital em estudo e registrados na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso.

Dentre os 555 idosos que sofreram algum tipo de violência, 113 casos foram de violência física, o que corresponde a uma prevalência de 20,4%.

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos idosos vitimados por violência física, que evidenciou uma média de idade de 71,3 anos ($dp=8,6$), mediana de 70 anos, com variação entre 60 e 97 anos, a faixa etária de 60 a 79 anos apresentou maior percentual (80,5%), com predomínio do sexo feminino (66,4%). Referente ao estado civil a maior parte era casada (35,4%), mas os casos de idosos viúvos apresentou um percentual significativo (28,3%), a maioria com ensino fundamental (53,1%). Em relação à presença de acompanhante do idoso no momento de efetivação da denúncia na Delegacia, constatou-se que a maioria não se encontrava acompanhada (80,5%).

Variáveis	Média (Desvio Padrão)	Mediana	Variação Observada	Distribuição em categorias	
				n	%
Faixa etária					
60 a 79 anos	71,3(8,6)	70	[60; 97]	91	80,5
80 e mais anos				22	19,5
Sexo					
Masculino				38	33,6
Feminino				75	66,4
Estado civil					
Solteiro				12	10,6
Casado				40	35,4
Divorciado/separado/desquitado				12	10,6
Viúvo				32	28,3
Ignorado				17	15,1
Escolaridade					
Analfabeto				28	24,8
Ens. Fundamental				60	53,1
Ens. Médio				3	2,7
Ens. Superior				2	1,8
Ignorado				20	17,6
Acompanhado à Delegacia					
Sim				22	19,5
Não				91	80,5
Familiar que acompanhou a Delegacia					
Esposo/a				1	0,9
Filho/a				10	8,8
Sobrinho/a				1	0,9
Neto/a				2	1,8
Ignorado				0	0,0
Não se aplica				99	87,6
Não familiar que acompanhou a Delegacia					
Vizinho/a				4	3,5
Outro				2	1,8
Ignorado				0	0,0
Não se aplica				107	94,7
Total				113	100

Tabela 1. Distribuição dos idosos vitimados por violência física registrada na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso. Teresina, 2009 a 2013.

Quanto à caracterização dos agressores envolvidos na violência contra os idosos, verificou-se que a média de idade foi de 48,3 anos (dp=23,7), mediana de 39 anos, com variação entre 16 e 88 anos. Observou-se que a maior parte pertencia à faixa etária de 20 a 39 anos (48,7%), maioria do sexo masculino (79,6%), solteiros (54,0%), com ensino fundamental (57,5%). Constatou-se uma variedade de profissões, obtendo destaque pedreiro e do lar com 8,8 e 8,0%, respectivamente (Tabela 2).

Variáveis	Média (Desvio Padrão)	Mediana	Variação Observada	Distribuição categorias	
				n	%
Faixa etária					
Menos 20 anos	48,3(23,7)	39	[16; 88]	5	4,4
20 a 29 anos				19	16,8
30 a 39				36	31,9
40 a 49 anos				14	12,4
50 a 59				6	5,3
60 anos e mais				9	8,0
Ignorado				24	21,2
Sexo					
Masculino				90	79,6
Feminino				22	19,5
Ignorado				1	0,9
Estado civil					
Solteiro				61	54,0
Casado				31	27,4
Divorciado				8	7,1
Outro				2	1,8
Ignorado				11	9,7
Escolaridade					
Analfabeto				7	6,2
Ensino Fundamental				65	57,5
Ensino Médio				15	13,3
Ensino Superior				2	1,8
Ignorado				24	21,2
Profissão					
Pedreiro				10	8,8
Do lar				9	8,0
Serviços gerais				7	6,2
Aposentado				5	4,4
Autônomo				5	4,4
Servente pedreiro				4	3,4
Estudante				3	2,7
Aux. enfermagem				2	1,8
Frentista				2	1,8
Lavrador				2	1,8
Policial				2	1,8
Trabalhador braçal				2	1,8
Professor				1	0,9
Outro				15	13,3
Ignorado				44	38,9
Total				113	100

Tabela 2. Caracterização dos agressores envolvidos em violência física contra idosos registrada na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso. Teresina, 2009 a 2013.

A Tabela 3 mostra a caracterização das ocorrências de violência física contra os idosos e evidencia o elevado percentual de agressores familiares correspondendo a 84% dos casos, sendo que a maioria das violências é praticada pelos filhos dos idosos (54%). Quando o agressor é não familiar, a maior parte é cometida por vizinhos (6,2%). Em relação ao registro de suspeita de uso de álcool e outras drogas pelo agressor observou-se um percentual de 34,5% e 35,4% nos casos, respectivamente.

Variáveis	Distribuição em categorias	
	N	%
Grau parentesco do agressor		
Familiar	95	84,0
Não familiar	16	14,2
Ignorado	2	1,8
Agressor familiar		
Esposo/a	10	8,8
Filho/a	61	54,0
Neto/a	9	8,0
Genro/nora	3	2,7
Sobrinho/a	3	2,7
Irmão/irmã	2	1,8
Outro	5	4,4
Ignorado	4	3,4
Não se aplica	16	14,2
Agressor não familiar		
Vizinho/a	7	6,2
Amigo	1	0,9
Funcionário	2	1,8
Outro	6	5,3
Ignorado	2	1,8
Não se aplica	95	84,0
Suspeita uso álcool pelo agressor		
Sim	39	34,5
Não	74	65,5
Suspeita uso droga pelo agressor		
Sim	40	35,4
Não	72	63,7
Ignorado	1	0,9
Total	113	100

Tabela 3. Caracterização das ocorrências de violência física contra idosos registrada na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso. Teresina, 2009 a 2013.

A Tabela 4 apresenta o local de ocorrência e a natureza do agente causador da violência física, verificando-se a maioria dos casos ocorreu na própria residência dos idosos (91,2%), com destaque para força corporal e objeto contundente como causadores da agressão, correspondendo a 60,2% e 15%, respectivamente.

Agente causador	Local de ocorrência						Total	
	Público		Privado		Residência		n	%
	N	%	N	%	N	%		
Força corporal	4	3,4	-	-	68	60,2	72	63,6
Objeto perfurocortante	-	-	1	0,9	9	8,0	10	8,9
Objeto contundente	2	1,8	1	0,9	17	15,0	20	17,7
Arma de fogo	-	-	-	-	1	0,9	1	0,9
Enforcamento	1	0,9	-	-	-	-	1	0,9
Outro	1	0,9	-	-	6	5,3	7	6,2
Ignorado	-	-	-	-	2	1,8	2	1,8
Total	8	7,0	2	1,8	103	91,2	113	100

Tabela 4. Distribuição das ocorrências de violência física contra idosos registrada na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso conforme o local de ocorrência segundo o agente causador. Teresina, 2009 a 2013.

Para realizar os testes de associação foi utilizado o banco de dados com todos os tipos de violência praticada contra os idosos, registradas na Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso de Teresina. Porém, das variáveis estudadas, nenhuma variável sociodemográfica relacionada aos idosos apresentou associação estatisticamente significativa com a violência causada ao referido grupo populacional. Entretanto, observa-se na Tabela 5 que em relação às variáveis estudadas dos agressores, todas apresentaram associação estatisticamente significativa com a violência praticada contra os idosos, uma vez que o p-valor de todos os testes foi $<0,05$.

Variáveis	Violência Física ao idoso	Outro tipo de violência	p-valor
Estado civil do agressor			
Solteiro	61	235	
Casado	31	59	
separado/divorciado	8	15	
Viúvo	0	2	0,026
Agressor			
Familiar	95	291	
Outro	17	149	$<0,001$
Suspeita uso de álcool			
Sim	39	80	
Não	74	386	$<0,001$
Hist. Estelionato			
Sim	4	152	
Não	109	314	$<0,001$
Hist. Dívidas			

Sim	19	22	
Não	94	444	<0,001

Tabela 5. Associação entre as variáveis sociodemográficas dos agressores e a ocorrência de violência física contra idosos. Teresina, 2009 a 2013.

4 | DISCUSSÃO

Na presente pesquisa constatou-se que a prevalência de violência física foi de 20,4% em relação a todas as violências sofridas pelos idosos, considerado um percentual elevado comparado a estudo realizado por Paiva e Tavares (2015) em Uberaba-MG, cuja prevalência foi de 5,9%. Verifica-se assim que essa questão enfrentada pelo idoso em nossa realidade, é um importante problema social e de saúde pública.

Acerca das variáveis sociodemográficas, o perfil dos idosos vitimados em Teresina foi representado pela faixa etária de 60 a 79 anos com percentual de 80,5%, com predomínio do sexo feminino (66,4%), contrapondo-se a estudo de Correia *et al.* (2012), realizado na cidade de Recife-PE, em que apesar de prevalecer a faixa etária de 60 a 70 anos (72,2%), o sexo masculino (63%) apresentou maior percentual. Entretanto, é relevante mencionar que a pesquisa desenvolvida por Paiva e Tavares (2015), em Uberaba-MG também observou a predominância de idosos do sexo feminino (93,6%) entre os vitimados verificando-se que essa variável pode sofrer variações considerando o contexto regional estudado.

Um levantamento realizado no interior de São Paulo converge com o presente estudo em relação ao estado civil dos idosos vitimados, constatando-se ser a maioria casada ou viúva. No referido estudo essas duas variáveis se destacaram, correspondendo a 49,2% de viúvos e 27,3% de casados (PINTO; BARHAM; ALBUQUERQUE, 2013). Nesta pesquisa a maior parte dos idosos é casada (35,4%), e os viúvos corresponderam a 28,3%. Assim, constatou-se apenas inversão em relação às categorias do estado civil que apresentaram maior percentual.

Outro estudo descreveu os dados coletados de forma diferenciada, agrupando em categorias. Dessa forma, as categorias: casado, união estável e moram com o companheiro correspondeu a um percentual de 44,53% e o outro agrupamento formado por solteiro, viúvo, separado ou divorciado representou 55,47%. Desse modo, evidenciou que os idosos que atualmente não convivem com um companheiro (a), representaram a maioria das vítimas de violência (DUQUE *et al.*, 2012).

Mascarenhas *et al.* (2012), mostram nos dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – (Sinan Net), que no Brasil, em 2010, a maioria dos eventos de violência contra idosos foi causada por agressores do sexo masculino (66,4%). Assim, constata-se que em Teresina, conforme os dados

encontrados no presente estudo, o percentual de agressores do sexo masculino é elevado (79,6%), sendo que a maioria é de solteiros (54,0%), na faixa etária de 20 a 29 anos (48,7%) e as profissões que obtiveram destaque foram pedreiro (8,8%) e do lar (8,0%). Destaca-se que este percentual relativo à profissão não é tão expressivo, visto que se encontrou uma diversidade de profissões.

Quando se levantou a relação de parentesco entre o idoso e o agressor, observou-se um percentual elevado de filhos (54%), variável também observada nos estudos de Gil *et al.* (2015) e Pinto, Barham e Albuquerque (2013) que identificaram também uma maioria de agressores familiares em seu estudo.

De modo que o percentual acima descrito relacionado ao grau de parentesco do agressor pode justificar o fato de em 79,6% dos casos o idoso não ser acompanhado durante a denúncia, visto que se espera que o acompanhante seja um familiar e na maioria dos casos ele é o agressor. Na visão de Oliveira *et al.* (2012), o medo torna-se um empecilho para a denúncia de violência contra idosos quando o agressor é alguém próximo da vítima, pois ela e as testemunhas sentem-se ameaçadas e coagidas com a própria violência caso denunciem o agressor.

Na presente pesquisa o registro de suspeita de uso de álcool e outras drogas pelo agressor, nos BOs consultados, foram de 34,5% e 35,4% respectivamente. Correia *et al.* (2012), identificaram em seu estudo a existência de forte associação da violência física com o uso de álcool e drogas. Outro estudo revelou que a suspeita de uso de bebida alcoólica pelo agressor foi apontada por 40,4% das vítimas, sendo significativamente mais relatada pelas mulheres (44%) do que pelos homens (36,1%) (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

Entretanto, a ausência de registro da suspeita de uso de álcool e outras drogas não exclui a possibilidade de sua ocorrência, visto que se pode considerar que essa informação pode não ter sido relatada em alguns casos, até mesmo por receio das possíveis consequências.

As ocorrências de violência física na residência do idoso foram elevadas no presente estudo, correspondendo a 91,2%, dado registrado pela literatura, que observa que o lugar onde há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família. Esse dado demonstra que o idoso é muito vulnerável em sua própria residência, sendo importante ter uma intervenção da equipe de saúde, em especial, da Estratégia de Saúde da Família, por meio de visitas domiciliares pelos profissionais da área, como o enfermeiro. Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019), trazem a reflexão que no ambiente familiar há fatores que podem contribuir para um cenário favorável a ocorrência de violência ao idoso inserido naquele contexto, traz como exemplos: desgaste emocional e físico, além de possível sobrecarga de trabalho do familiar ou cuidador.

O abuso físico, algumas vezes, não deixa marcas, sendo praticamente invisível

e reconhecido apenas por pessoas que têm um olhar sensível e atento e por profissionais acostumados a diagnosticá-lo (BRASIL, 2014). Com isso, constata-se a ideia de que a violência contra o idoso é um problema de saúde pública (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Os dados coletados associados à natureza do agente causador tiveram como destaque a força corporal (60,2%) corroborando com achados do estudo de Mascarenhas *et al.* (2012), bem como, o segundo percentual maior foi representado pelos objetos de ação contundente (15%), convergindo com o estudo de Correia *et al.* (2012) que relatam serem os instrumentos de ação contundente, correspondendo a 29,1% os mais utilizados pelos agressores. Esse último estudo, mostra um dado relevante, também observado no presente estudo, que se refere a ausência de descrição dos objetos de ação contundente utilizados na agressão (41,8%).

A determinação do tipo de lesão sofrida pelo idoso, conforme o CID-10, foi uma limitação encontrada no estudo. Devido a ausência dessa informação nos laudos do IML, não foi possível descrever esse dado. Isso mostra que os profissionais responsáveis pela realização do exame e a posterior descrição nos laudos, não caracterizaram especificamente a lesão sofrida pelo idoso de acordo com o CID-10, apenas registraram o estado do idoso e a lesão sofrida por ele no ato da violência física de forma geral.

A análise dos dados demonstrou associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas dos agressores e a violência física cometida contra os idosos, que corrobora com o estudo de Torres (2015). Observou-se uma tendência para a prática de violência (física e outros tipos) quando o agressor é solteiro e pertencente ao núcleo familiar, em consonância com os achados de estudos realizados na Bolívia, Portugal e Espanha (TORRES, 2015).

Apesar da sua correlação positiva com a violência praticada contra o idoso as variáveis: suspeita de uso de álcool, histórico de estelionato e de dívidas não demonstraram prevalência no perfil do agressor, embora a literatura específica demonstre essa associação. É importante considerar que falhas e possíveis incorreções no preenchimento das informações dos inquéritos policiais podem ter interferido na real expressão dos dados acerca do perfil dos agressores.

A caracterização dos perfis desses agressores permitiu um melhor entendimento dos fatores compreendidos nesse processo, bem como requer o direcionamento de políticas públicas e medidas de prevenção à violência contra a pessoa idosa.

5 | CONCLUSÃO

Observou-se que o perfil sociodemográfico dos idosos vitimados por violência física em Teresina, evidenciou que a faixa etária de 60 a 79 anos apresentou maior

percentual, com predomínio do sexo feminino, casadas, com ensino fundamental. Com relação à presença de acompanhante da pessoa idosa no momento de efetivação da denúncia na Delegacia, constatou-se que a maioria não foi acompanhada.

Quanto à caracterização dos agressores envolvidos na violência contra os idosos, verificou-se que a maior parte pertence à faixa etária de 20 a 39 anos, sendo a maioria do sexo masculino, solteiros, possuindo ensino fundamental. Contatou-se uma variedade de profissões, obtendo destaque pedreiro e do lar.

Quando se levantou a relação de parentesco entre o idoso e o agressor, observou-se um percentual elevado de filhos praticantes da violência, verificando-se que a maioria dos casos de violência física ocorreu na própria residência dos idosos, com destaque para força corporal e objeto contundente como causadores da agressão.

A pesquisa expõe o quanto o idoso vítima de violência física é vulnerável, principalmente na sua própria residência, o que permite constatar que o período que comumente é conhecido por “melhor idade”, fica marcado por danos físicos que comprometem a integridade da saúde física e mental. Bem como, vale ressaltar que o tema qualidade de vida é muito presente na nossa realidade social, de modo que se faz necessário desenvolver atividades de sensibilização da sociedade para reconhecer a existência de violência contra o idoso e preparar-se para agir de forma a contribuir para a solução dessa questão enfrentada pela população idosa, visando a garantia da qualidade de vida.

Devido ao fato do idoso ser vulnerável, ele precisa de uma proteção legal maior, um olhar especial relacionado à sua saúde. Estudar a violência física contra idosos mostrou-se desafiador, no sentido de, ao ler os relatos das violências sofridas por esse grupo populacional, imaginar o quanto o ser humano pode tornar-se um estranho por suas atitudes desumanas. Como também verificar que estratégias precisam ser adotadas, destacando-se entre elas a atenção e cuidado do enfermeiro, principalmente na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014. 88p.

CORREIA, T. M. P. et al. A. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 539-536, 2012.

DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 2199-2208, 2012.

GIL, A. P. et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência.

Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1234-1246, 2015.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 17, n.9, p. 2331-41, 2012.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A. **Geriatría: Manual da LEPE – Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento.** São Paulo: Martinari, 2015.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-33, 2013.

OLIVEIRA, M. L. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 555-566, 2012.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.68, n. 6, p. 727-33, 2015.

PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J.; ALBUQUERQUE, P. P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1159-1181, 2013.

POLTRONIERI, B.C.; SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2859-2869, 2019.

ROCHA, M. L. C. et al. Qualidade de vida e cognição em idosos: uma revisão sistemática. **Estud. psicol.** Campinas, v. 36, e180100, 2019.

TORRES, J. M. C. **Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolívia (Santa Cruz de la Sierra).** Estudio comparativo [tese de Doutorado]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **European report on preventing Elder maltreatment.** Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011.86p.

INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM GRUPO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE (CDR0.5)

Data de aceite: 17/01/2020

Doralice das Graças de Melo Calvo

Terapeuta Ocupacional, Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – MPEA/EEAAC/UFF, Niterói (RJ), Brasil. E-mail: doracalvo@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4665-4670>.

Yolanda Eliza Moreira Boechat

Médica, Doutora em Medicina, Professora do Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina da UFF, Niterói RJ, Brasil. Email: Yolanda.boechat@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6301-9700>

RESUMO: Trata-se do relato de experiência de um grupo de intervenção cognitiva de terapia ocupacional com idosos com Comprometimento Cognitivo leve inseridos em um serviço de Geriatria de uma Universidade Federal. O mesmo vem sendo realizado desde 2015 e tem como objetivo estimular através de ocupações significativas, as habilidades cognitivas necessárias ao engajamento do indivíduo nas diversas áreas do seu desempenho ocupacional. Para a inserção no grupo, o indivíduo necessita ser idoso, ter Comprometimento Cognitivo Leve e avaliação neuropsicológica com CDR 0,5 (Escore Clínico de Demência). Inicialmente é realizada uma

avaliação cognitivo funcional para verificar como o desempenho ocupacional é influenciado pela cognição e quais as capacidades que podem ser otimizadas. Acontece semanalmente com duração de 1h e 30 minutos divididos em quatro momentos: a apresentação, atividade de atenção motora, atividade de estimulação cognitiva e o encerramento. Observa-se bons resultados com esta abordagem com ganhos importantes em novos aprendizados, melhora no desempenho ocupacional, na interação social e, portanto, na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, Comprometimento Cognitivo Leve, Idoso, Terapêutica, Qualidade de vida

OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION IN A MILD COGNITIVE IMPAIRMENT GROUP (CDR0.5)

ABSTRACT: This is the experience report of an occupational therapy cognitive intervention group with elderly people with mild cognitive impairment inserted in a Geriatrics service of a Federal University. It has been carried out since 2015 and aims to stimulate, through significant occupations, the cognitive skills necessary to engage the individual in various areas of their occupational performance. For insertion in the group, the individual needs to be elderly, have CCL and neuropsychological assessment with

CDR 0.5 (Clinical Dementia Score). Initially, a functional cognitive assessment is performed to see how occupational performance is influenced by cognition and which capabilities can be optimized. It happens weekly for 1h and 30 minutes divided into four moments: presentation, motor attention activity, cognitive stimulation activity and closure. Good results have been observed with this approach with significant gains in new learning, improved occupational performance, social interaction and therefore quality of life.

KEYWORDS: Occupational Therapy, Mild Cognitive Impairment, Aged, Therapeutics, Quality of Life

INTRODUÇÃO

O mundo todo vem observando uma grande tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela acontece tanto pelo aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil. (IBGE, 2012) A maioria das doenças crônicas torna-se mais prevalente com o aumento da expectativa de vida da população, mas as demências tem um grande impacto sobre o indivíduo acometido e sua família e as colocam entre as mais graves dentre as doenças crônicas e entre os maiores desafios para a ciência no século XXI. (BRUCKI et al, 2011)

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) representa um estado intermediário de déficits da função cognitiva entre as mudanças observadas no envelhecimento e as que atendem aos critérios de demência. (PETERSEN, 2011). No CCL, ocorre o declínio em um ou mais domínios cognitivos, o que pode levar a um pequeno prejuízo da capacidade de realização de atividades funcionais mais complexas sem que o indivíduo preencha os critérios diagnósticos para demência (RADANOVIC et al, 2015). O CCL pode ser amnésico, ou não amnésico. No amnésico o comprometimento da memória é significativo, mas não atende aos critérios de demência, outras capacidades como função executiva, uso da linguagem e habilidades visuoespaciais são mantidas e as atividades funcionais estão intactas, ou com leve prejuízo. (PETERSEN, 2011). No não amnésico ocorre um declínio sutil de funções não relacionadas a memória comprometendo a atenção, linguagem, ou habilidades visuoespaciais. Este último, pode ser o precursor de demências frontotemporal, degeneração lobar ou demência de Corpos de Lewy, enquanto que o amnésico pode levar a doença de Alzheimer. (PETERSEN, 2011)

Estudos mostram que pacientes com CCL apresentam alterações funcionais precoces nas atividades instrumentais complexas que exigem a integridade da memória e funções executivas. (PEREIRA et al, 2010).

Estudo relata uma relação das funções cognitivas com a capacidade de lidar

com finanças em pacientes com CCL. A atenção e as funções executivas estão envolvidas na resposta seletiva a estímulos, auto monitoramento, e integração temporária de informações essenciais para lidar com finanças. (Griffith, Ball e Marson, 2006. Apud PEREIRA, 2010).

Na literatura é consenso que abordagens de multicomponentes, articulando a terapia farmacológica com a terapia não farmacológica é que traz maiores ganhos para os pacientes com síndromes demenciais. (BRUCKI et al, 2011) Estudos apontam também a eficácia da terapia não farmacológica para o CCL. (BRUCKI et al, 2011)

O diagnóstico precoce do CCL, junto a uma intervenção terapêutica adequada, pode diminuir os níveis de estresse para os familiares, reduzir riscos de acidentes, manter a autonomia e, em alguns casos, evitar ou retardar o início do processo demencial (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2007 Apud EXNER, 2018). Dentre as terapias não farmacológicas, a Terapia Ocupacional desponta com um papel importante para os pacientes com síndromes demenciais assim como para os cuidadores em todas as fases da doença. (SMALLFIELD, 2017) Assim como para o CCL (IKEDA et al 2014).

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015) A terapia ocupacional é definida como o uso terapêutico de atividades diárias em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos contextos ambientais como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares.

A intervenção da terapia ocupacional é vista como um processo de utilização de uma grande variedade de estratégias centradas no cliente, que estimulam o indivíduo a desenvolver ou a usar os seus recursos internos de modo a obter um bom desempenho. (ABRISQUETA, 2012). O terapeuta ocupacional utiliza as capacidades da pessoa e os recursos de apoio oferecidos ambiente para estimular o desempenho ocupacional do indivíduo. (ABRISQUETA, 2012) Estudos mostram evidências de intervenções baseadas no uso de ocupações para melhorar o desempenho das atividades diárias apoiando também uso rotineiro de programas de exercícios físicos para melhorar o desempenho ocupacional e retardar o declínio funcional (SMALLFIELD, 2017). Apontam ainda a utilização de estratégias de aprendizagem sem erros, intervenções multissensoriais, modificações ambientais, uso de dispositivos de monitoramento para evitar quedas em casa e para a manutenção do desempenho das atividades da vida diária. Referem também que estas abordagens podem melhorar as questões comportamentais associadas a demência. (BRUCKI, 2011)

OBJETIVO

O objetivo deste relato é descrever a intervenção cognitiva em grupo realizada pela Terapia Ocupacional num grupo de idosos portadores de comprometimento Cognitivo Leve, CDR 0.5(Escore Clínico de Demência). Este grupo tem como objetivo estimular através de ocupações significativas, as habilidades cognitivas destes sujeitos potencializando suas capacidades, permitindo através de ocupações personalizadas, o engajamento dos mesmos nas diversas áreas do Desempenho Ocupacional. As atividades de vida diária se dividem em: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD).

Atividades básicas da Vida Diária (AVD)	Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)	Atividades Avançadas da Vida diária (AAVD)
Compreendem atividades para o autocuidado: Alimentar-se, banhar-se, uso de vaso sanitário, vestir-se e continência.	Compreendem atividades que integram a pessoa à sociedade: Cozinhar, fazer compras, cuidar das finanças, utilizar transporte público e gerenciar medicações.	Compreendem atividades mais complexas como as produtivas, sociais, físicas e de lazer que exigem a integridade de múltiplas funções físicas, psicológicas, sociais e cognitivas para sua realização(Dias, 2014, APUD IKEDA,2014)

Quadro 1: Classificação dos tipos de Atividade de Vida Diária (IKEDA, 2014)

As atividades da vida diária ou atividades básicas da vida diária compreendem as atividades de autocuidado ou automanutenção que permitem ao indivíduo a sobrevivência básica e o bem-estar social. As Atividades Instrumentais da vida diária englobam as atividades de apoio a vida diária, dentro da casa e na comunidade, que muitas vezes necessita de interações mais complexas que as AVDs. O lazer diz respeito a atividades prazerosas, não obrigatória de uso do tempo livre. A participação social envolve a inter-relação de ocupações para apoiar o envolvimento desejado em atividades comunitárias e familiares, bem como aquelas que envolvem pares e amigos (GILLEN E BOYT SCHELL, 2014, p 607.)¹ O envolvimento do ser humano em atividades cotidianas, básicas, instrumentais da vida diária e as avançadas da vida diária de forma equilibrada contribui para o desenvolvimento e manutenção do seu bem estar físico, mental e social. Manter o indivíduo mais ativo e independente possível, executando uma rotina de atividades adequada a sua capacidade é o foco da intervenção da Terapia ocupacional (BRUCKI et al,2011).

METODOLOGIA

Este é um grupo aberto, que acontece semanalmente, com duração de 1h e 30 min, com uma média de 16 participantes. O primeiro passo para o idoso

ser inserido no grupo é uma avaliação médica geriátrica ou neurológica e uma avaliação neuropsicológica, onde ele é avaliado de acordo com Escore Clínico das Demências (CDR). Após estas avaliações o idoso com Comprometimento Cognitivo Leve (CDR0.5) é encaminhado para o grupo de intervenção cognitiva da terapia ocupacional. Neste momento o idoso passa por uma avaliação cognitiva funcional na terapia ocupacional, onde é realizado uma pesquisa sobre o perfil ocupacional deste indivíduo e avaliado através de questionário estruturado como as habilidades cognitivas influenciam o seu desempenho ocupacional. No perfil ocupacional coletamos dados da história ocupacional deste idoso, quais as suas experiências, os padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades¹. Usando uma abordagem centrada no cliente, reunimos informações para entender o que é atualmente importante e significativo para o cliente (ou seja, o que ele ou ela quer e precisa fazer) e identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais(AOTA,2015). É um momento importante da avaliação pois proporciona uma compreensão de quem é este idoso, aspecto importante para a intervenção no grupo. Avaliamos o desempenho ocupacional através de questionário estruturado e também realizamos um teste de rastreio cognitivo. Somente após a avaliação cognitivo funcional, onde detectamos o status funcional deste indivíduo, o mesmo é inserido no grupo.

Dentro do escore do CCL (CDR0.5), ocorrem graus diferentes de comprometimento funcional. Durante o grupo, a intervenção acontece em quatro momentos:

No momento inicial ocorre a apresentação, onde os participantes sentam em roda e participam da apresentação de todos relatando o nome e uma característica pessoal para facilitar a memorização do nome dos colegas.

No segundo momento acontece uma atividade de mobilidade corporal com os idosos sentados em roda onde é estimulado a mobilidade corporal associada a funções cognitivas com foco na atenção, consciência corporal, ritmo, orientação espacial, agilidade e flexibilidade mental.

No terceiro momento ocorre a atividade de estimulação cognitiva onde ocorre a utilização das Atividades Avançadas da Vida Diária e das Atividades Instrumentais da vida diária como foco principal para estimular as funções cognitivas: consciência, atenção sustentada dividida e alternada, percepção, memória implícita e explícita, de curto e de longo prazo (de trabalho, semântica, episódica, prospectiva), linguagem, funções executivas e flexibilidade mental. Traz-se para o grupo atividades desafiadoras, que favoreçam a potencialização da interação do indivíduo com o ambiente e com a atividade(ocupação). Estas atividades prescritas são diversificadas, adaptadas e personalizadas de acordo com o desempenho de cada indivíduo. Foi enfatizado a consciência das habilidades e dificuldades encontradas, assim como, os recursos

(internos ou externos) que poderiam ser utilizados para minimizar e/ ou resolver estas dificuldades, e quando necessário utilizamos diversos níveis de mediação como facilitador para um desempenho adequado na atividade. Otimizou-se também interação social, orientações quanto à segurança e modificações ambientais.

No quarto momento acontece o encerramento do grupo onde em círculo de mãos dadas, reforça-se os conteúdos da atividade realizada, a consciência das habilidades e dificuldades encontradas e ao final realizamos um trabalho de respiração.

Durante todo o processo do grupo utilizamos vários recursos como estímulos variados, atividades que despertem motivação e interesse, atividades criativas, terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscência, terapia de validação, aprendizagem sem erro, pistas, ajudas externas, adaptação do ambiente, atenção focalizada, recursos mnemônicos e prática repetitiva, recuperação expandida.

DISCUSSÃO

Observamos boa adesão dos componentes do grupo às atividades propostas com ganhos importantes de interação social e de qualidade das relações no grupo. A atividade de mobilidade corporal tem se mostrado decisiva para a manutenção das habilidades motoras com manutenção da mobilidade articular e equilíbrio, prevenindo quedas. O fato de realiza-las junto a comandos cognitivos como acima abaixo direita e esquerda ajudam a manter o foco de atenção o que otimiza a fase posterior de estimulação. Dependendo do nível de atenção e atividade do grupo, se faz necessário uma atividade de relaxamento, para que a atenção possa ser otimizada e assim facilitar a etapa seguinte de estimulação.

Dentro do grupo identificamos diferentes níveis cultural e de funcionamento cognitivo ocupacional demandando do terapeuta ocupacional muitas vezes ações de mediação diferenciadas e personalizadas a cada idoso. É importante a avaliação inicial para detectar as capacidades e habilidades de cada indivíduo para identificar o nível de mediação necessária a intervenção. O foco da estimulação deve ser no potencial de habilidades e não nas limitações. A atividade de estimulação deve ser analisada em suas etapas para garantir a realização da mesma, prevenindo stress, minimizando erros e facilitando sua execução. É importante que a atividade proposta esteja ao nível das capacidades do grupo e que sejam significativas.

O uso de atividades relacionadas a atenção e ao funcionamento executivo, como a organização, planejamento, flexibilidade e autoconsciência, auto percepção e auto monitoramento devem ter uma atenção especial neste grupo.

As funções cognitivas são estimuladas através das atividades instrumentais da vida diária, e das atividades avançadas da vida diária. Através do grupo conseguimos boa resposta na manutenção das habilidades de desempenho com

maior participação nas áreas do desempenho ocupacional e melhora da qualidade de vida dos idosos e de seus familiares. O grupo tem um alto potencial de interação social, as atividades em grupo favorecem as trocas e a ajuda mútua, minimizando alterações de comportamento. Ressaltamos a importância da interação do indivíduo com o ambiente e a atividade (ocupação) para a manutenção da independência e autonomia.

Os participantes são reavaliados diariamente através das atividades e semestralmente através dos testes e questionários estruturados.

Observamos ótimos resultados com os participantes do grupo, evidenciados além das avaliações objetivas, pela aderência ao tratamento, melhora da interação social, da aquisição de novos aprendizados, no bom desempenho ocupacional e, portanto, na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A terapia ocupacional atua no desempenho das atividades do cotidiano, sendo de extrema relevância para o Comprometimento Cognitivo Leve na otimização das habilidades funcionais, manutenção do status funcional e prevenção de agravos. O foco da terapia ocupacional em grupo de intervenção cognitiva para CCL busca potencializar a capacidade funcional do indivíduo através do uso de atividades criteriosamente selecionadas para otimização das habilidades cognitivas nas atividades instrumentais da vida diária, e nas atividades avançadas da vida diária, em especial no lazer e na interação social. Atividades adequadamente prescritas são terapêuticas, reestruturam o cotidiano, potencializam habilidades, previnem agravos e mantem o desempenho ocupacional do indivíduo. Este tipo de abordagem não medicamentosa mostra ser eficaz minimizando os déficits e melhorando a qualidade de vida do indivíduo com CCL.

REFERÊNCIAS

- 1 – AOTA, Associação Americana de Terapia Ocupacional - **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed. Rev. Ter Ocup Univ. São Paulo; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49.** <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>
- 2- Abrisqueta J. e col. **Reabilitação Neuropsicológica- abordagem Interdisciplinar e Modelos Conceituais na Prática Clínica** - Ed Artmed-2012
- 3- BRUCKI S M D e col. **Demências Enfoque Multidisciplinar- Das Bases Fisiopatológicas ao Diagnóstico e Tratamento** - Atheneu 2011.
- 4- EXNER, C.; BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M. **Experiência de terapeutas ocupacionais na atuação com idosos com comprometimento cognitivo leve.** Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2018

5-IBGE: [agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias /2012 -agencia -de noticias /noticias /20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017](http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017) Acesso em 15/11/2018 as11: 50.

6-Ikeda, N.C.L.K., Lemos, N.D., & Besse, M. (2014, setembro). **A Terapia Ocupacional na reabilitação de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve**. Revista Kairós Gerontologia, 17(3), pp.165-182. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

7-Pereira FS, Yassuda MS, Oliveira AM, Diniz BS, Radanovic M, Talib LL et al. **Perfis de déficits funcionais no comprometimento cognitivo leve e demência: benefícios da medição objetiva**. J Int Neuropsychol Soc. 2010; 16 (2): 297-305. doi: 10.1017 / S1355617709991330

8-PETERSEN, R. C. (2011). **Mild Cognitive Impairment**. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227–2234. doi:10.1056/nejmcp0910237

9-PEREIRA, F. S., YASSUDA, M. S., OLIVEIRA, A. M., DINIZ, B. S., RADANOVIC, M., TALIB, L. L., FORLENZA, O. V. (2010). **Profiles of functional deficits in mild cognitive impairment and dementia: benefits from objective measurement**. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(02), 297. doi:10.1017/s1355617709991330

10-RADANOVIC M, STELLA F, FORLENZA OV. **Comprometimento cognitivo leve / Mild cognitive impairment**. *Rev Med (São Paulo)*. 2015 jul.- set.;94(3):162-8. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i3p162-168>

11- Smallfield, S. (2017). **Supporting adults with Alzheimer’s disease and related major neurocognitive disorders and their caregivers: Effective occupational therapy interventions**. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7105170010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.715002>

O RISCO DE QUEDA EM IDOSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 17/01/2020

Gabriel Vinícius Reis de Queiroz

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Lorena da Silva Silva

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Gabriel Coelho Fernandes

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Yasmim Caroline Borcem da Silva

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA Belém -Pará

Karina Kelly da Silva Pereira

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Felipe Gomes Pereira

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Georgeane do Socorro Solano Vieira

Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade da
Amazônia – UNAMA
Belém - Pará

Everton Luís Freitas Wanzeler

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade da
Amazônia - UNAMA

Talyta Kelly Barata Santos Neves

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário
Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ
Belém - Pará

Táissa Teixeira de Souza

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro Universitário
Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ
Belém - Pará

Wanderson Renan Araújo Pinheiro

Acadêmico de Enfermagem pelo Centro
Universitário Metropolitano da Amazônia –
UNIFAMAZ Belém -Pará

Tatiane Bahia do Vale Silva

Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela
FIOCRUZ
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

RESUMO: Introdução: O hospital é um lugar de atendimento a pacientes com diversas enfermidades e requer profissionais qualificados, além de ser um ambiente que gera muito estresse, pois lida com a morte e vida dos pacientes. É imprescindível que profissionais da saúde tenham consciência que prestar uma assistência mais humana e ter empatia ajudara no tratamento. **Objetivo:** identificar através da literatura a importância do cuidado do profissional da saúde, com ênfase

no enfermeiro no que se refere ao risco de queda em idosos nas unidades de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada nas bases de dados BIREME, PubMed, Scielo e Lilacs por dois revisores independentes. Para tal, foram contemplados artigos completos cujos temas abordassem a prevenção de acidentes em unidades de terapia intensiva, a segurança do paciente, a atuação do profissional de saúde na prevenção de quedas e a humanização em UTI, indexados entre 2008 e 2018. **Resultados:** Foram encontrados 9745 estudos. Após a análise dos títulos e resumos, e a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 10 artigos. Os estudos pesquisados mostram que quedas de pacientes são eventos frequentes nos hospitais, comprometendo a saúde física e mental do paciente. Constatou-se que as quedas são mais frequentes em unidades com concentração de pacientes maiores. **Conclusão:** por meio da revisão sistemática identificou-se a importância de todos os profissionais da saúde internalizarem os fatores de risco tanto intrínsecos quanto extrínsecos das quedas em idosos nas UTI's para que possam promover melhores estratégias na prevenção do risco e por sua vez uma diminuição na sua incidência.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção de Acidentes; Idosos; Segurança do paciente; Unidade de Terapia Intensiva.

RISK OF FALL IN ELDERLY IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The hospital is a place of care for patients with various diseases and requires qualified professionals, besides being an environment that generates a lot of stress, as it deals with the death and life of patients. It is essential for health professionals to be aware that providing more humane care and empathy will help in treatment. **Objective:** To identify through the literature the importance of the care of health professionals, with emphasis on nurses regarding the risk of falling in the elderly in intensive care units. **Method:** This is a systematic review performed on the BIREME, PubMed, Scielo and Lilacs databases by two independent reviewers. To this end, full articles were addressed whose themes dealt with the prevention of accidents in intensive care units, patient safety, health professionals' performance in preventing falls and humanization in ICU, indexed between 2008 and 2018. **Results:** found 9745 studies. After analyzing the titles and abstracts, and applying the established inclusion criteria, 10 articles were selected. Studies have shown that patient falls are frequent events in hospitals, compromising the patient's physical and mental health. Falls were found to be more frequent in units with larger patient concentrations. **Conclusion:** Through the systematic review, it was identified the importance of all health professionals to internalize both intrinsic and extrinsic risk factors of falls in the elderly in ICUs so that they can promote better strategies for risk prevention and, in turn, a decrease in risk. its incidence.

KEYWORDS: Accidents prevention; Seniors; Patient safety; Intensive care unit.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão nobre, íntegra e tem como objetivo promover, prevenir e restaurar a saúde. Pautando-se na ética desses profissionais não somente a eles competem ações técnicas e especializadas, mas também a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível respeitando sua individualidade. A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de produzir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, assim, redefinir fazeres e saberes que incorporem a subjetividade e a singularidade à produção em saúde (BACKES, 2012).

A unidade de terapia intensiva surgiu da necessidade de proporcionar um suporte avançado de vida a pacientes que tenham instabilidade clínica, potencial de gravidade e chances de sobreviver. A equipe atuante é multidisciplinar constituída por diversos profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva.

O Risco de queda nas unidades de terapia intensiva são de grande preocupação dos profissionais da saúde. Queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade (OLIVEIRA, 2012).

Esta pesquisa justifica-se por perceber que durante o processo de envelhecimento o risco de queda aumenta de forma considerável. O aumento fica ainda mais significativo quando o idoso está acamado. Fatores de risco são caracterizados pelas causas da queda e assim sendo as medidas de prevenção são necessárias evitando a exposição ao risco de traumas. Neste sentido questiona-se até que ponto o trabalho do enfermeiro é importante para a prevenção do risco de quedas de idosos nas unidades de terapia intensiva?

Sabemos que quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal (CORREA, 2012). Para os idosos o risco é ainda maior, por falta de dificuldade de mobilidade diversa e perda da coordenação motora e lateralidade. O serviço humanizado é de suma importância com os idosos e na prevenção do risco da queda. Os fatores ambientais determinam de forma plena na humanização. O paciente espera que o hospital seja um ambiente silencioso,

discreto e acolhedor, pois o mesmo está com a estabilidade emocional abalada. Em sua maioria o paciente transmite seu sofrimento, medo, angústia, incerteza e tensão emocional por meio de condutas dominantes como agressividade e dependência total alternando entre si, logo convertidos em impotência e sensação de fragilidade.

2 | OBJETIVO

Identificar através da literatura a importância do cuidado do profissional da saúde, com ênfase no enfermeiro no que se refere ao risco de queda em idosos nas unidades de terapia intensiva.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, tendo sua coleta realizada no período de maio a setembro de 2019. O relato da revisão foi construído conforme as recomendações PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis). A análise literária foi realizada através das seguintes bases de dados: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME); Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed com os seguintes descritores utilizados no processo de revisão, feita através da consulta ao Decs (Descritores em Ciência da Saúde). Estes foram utilizados de formas distintas, adaptando-se a cada base de dados, como: prevenção de acidentes, enfermagem, segurança do paciente e humanização. As obras idênticas, repetidas em bases virtuais diferentes foram eliminadas, considerou-se seu primeiro registro. Foram selecionados para este estudo somente artigos que na leitura demonstrasse semelhanças, como o risco de queda nas UTIs utilizando como fonte de dados, periódicos da área da saúde.

Primeiramente as obras foram armazenadas em computador, para que em seguida fosse realizada uma pré-seleção com a leitura dos resumos. Nesta fase buscou-se a relação entre conteúdo, título, resumo e se atendiam ao objeto do presente estudo. Na fase de seleção as obras foram lidas na íntegra. Realizado a triagem das obras foi obtido 61 artigos. Na fase da interpretação as obras foram lidas e analisadas. A seleção dos artigos se deu através dos seguintes critérios de inclusão: Estudos que continham os descritores supracitados. Com período de publicação: 2008 a 2018. Foram excluídos artigos em que suas amostras não tinham idosos como público alvo.

O quadro 01 exemplifica os passos da estratégia de PICO no auxílio da formulação da pergunta clínica. O presente artigo objetivou responder a pergunta clínica estreitada através da revisão de artigos contidos nas bases científicas.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou diagnóstico de enfermagem de alta complexidade.	Risco de queda diante do paciente adulto/idoso internado em UTI.
I	Prescrição de Enfermagem	Realizar avaliação de risco na admissão/ identificar pacientes de alto risco com placa beira leito, monitorar diariamente a segurança e a integridade física de pacientes internados na UTI
C	Controle ou comparação	Restrição mecânica
O	Resultado	Manter supervisão das ações seguras da integridade física dos pacientes.

Quadro 1. Estratégia PICO, Belém, 2019.

4 | RESULTADOS

O fluxograma que demonstra o processo de identificação e seleção dos estudos encontra-se na Figura 1. Com a busca nas bases de dados supramencionadas, foram coletados 9745 artigos. Contudo, a partir da leitura e análise dos títulos e resumos, e baseado nos critérios de inclusão previamente estabelecidos, 10 estudos foram incluídos como amostra para este estudo.

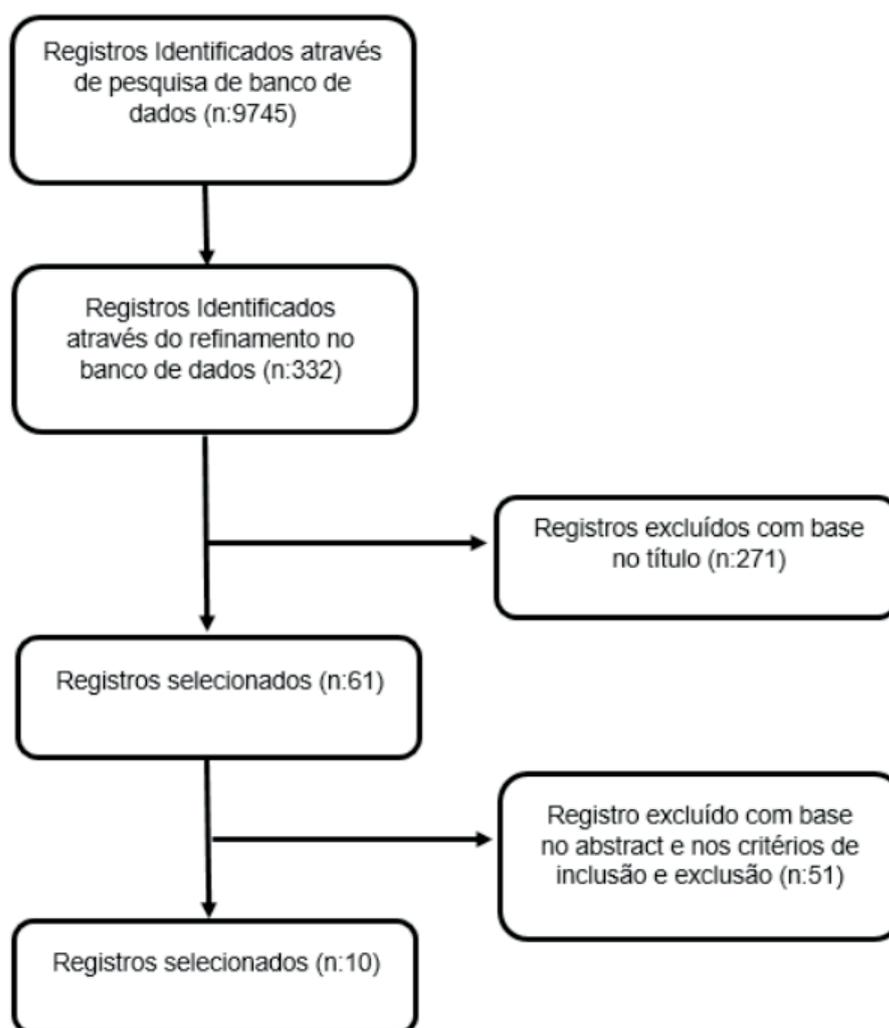


Figura 1. Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados.

Bases	Decs 1 Segurança do Paciente	Decs 2 Enfermagem	Decs 3 Prevenção de Acidentes	Decs 4 Humanização
BIREME / Lilacs	22	218	47	15
PubMed	24	2675	1	6
Scielo	0	6118	607	12
TOTAL	46	9011	655	33

Tabela 1. Número de artigos encontrados após o cruzamento dos Decs nas respectivas bases de dados.

AUTOR	ANO	LOCAL DA PUBLICAÇÃO	FORÇA DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES DO (S) AUTOR (ES)
Backes; et al.	2012	BRASIL	2 C	O cuidado na UTI requer não só um cuidado técnico, voltado apenas para a dimensão biológica, mas um cuidado integral com os pacientes, tratando-os como seres humanos, com respeito, afetividade e dedicação.	Foi percebido que torna-se necessário olhar para cada paciente como um ser singular e multidimensional, com problemas e necessidades, e ter mais carinho e atenção com eles, chamando-os pelo nome e importando-se com eles, a partir da adoção de novos referenciais que vão além do modelo biomédico vigente.
Oliveira; et al.	2017	BRASIL	2 C	Constatou-se que 53,13% eram do sexo feminino; idade entre 60 e 95 anos; média de internação de 24 dias, e a incidência de queda durante a internação dos 96 idosos foi de 13,54%. Após o ajuste final do modelo, os fatores associados à ocorrência de quedas na amostra estudada foram: apresentar déficit cognitivo, ter diagnóstico de depressão e utilizar algum tipo de órtese.	As quedas estão ligadas diretamente aos indicadores de segurança do paciente, sendo necessária uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, avaliando os fatores de risco a que os idosos hospitalizados estão expostos para que sejam adotadas estratégias preventivas para a manutenção da saúde.

Correa; et al.	2012	BRASIL	1 B	Os fatores de risco incluídos no formulário de notificação de eventos foram aqueles apontados na literatura de maior relevância. Entre os casos avaliados, os fatores de risco mais prevalentes e o maior índice de quedas corresponderam ao uso de medicamentos que alteram o sistema nervoso central, idade superior a 60 anos e distúrbios da marcha.	A elaboração do protocolo, baseada em revisão de literatura e trabalho multidisciplinar, permitiu o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes e cientificamente fundamentadas.
Neto; et al.	2015	BRASIL	1 A	Vários estudos têm demonstrado que medicamentos com ação sobre o sistema nervoso central têm maior risco de queda de pacientes, principalmente benzodiazepínicos e antipsicóticos	O conhecimento sobre os fatores de risco associados aos medicamentos pode contribuir para a prevenção e diminuição de quedas, sobretudo quando regimes terapêuticos não podem ser modificados.
Alves; Souza.	2018	BRASIL	2 B	Os fatores riscos podem ser intrínsecos - relacionados ao processo envelhecimento, e as limitações, associados as múltiplas patologias e uso de polifarmácia - ou extrínsecos - relacionado ao ambiente, e estrutura hospitalar como: mobília inadequado, piso molhado, falta barra de apoio, calçados inadequados para uso, ambiente com pouca iluminação, piso sem antiderrapante.	A ocorrência deste evento adverso traz graves consequências ao idoso, causando lesões graves e podendo leva ao óbito. Por meio dos estudos analisados, pode-se observar que os profissionais da saúde são capazes atenuarem a exposição a estes riscos através de ações voltadas para sua prevenção.

Medeiros; et al.	2016	BRASIL	2 B	A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de produzir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, assim, redefinir fazeres e saberes que incorporem a subjetividade e a singularidade à produção em saúde	Considera-se que na gestão do cuidado de enfermagem todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade e da humanização e possuir forte potencial para a transformação das práticas em saúde.
Alves; et al.	2017	BRASIL	2 C	Avaliar o risco para quedas é um componente essencial de qualquer programa de prevenção, tendo como finalidade identificar os pacientes em risco a fim de corrigir a situação e, finalmente, evitar a ocorrência de quedas.	A validação do m a p e a m e n t o mostrou que as ações contidas no protocolo prevenção de quedas foram c o n s i d e r a d a s mais específicas e detalhadas, contudo a NIC contempla maior número de intervenções, o que possibilita concluir que o protocolo é passível de ampliação de novas intervenções com vistas à redução do risco de quedas
Morsch; Myskiw; Myskiw.	2016	BRASIL	2 B	A prevenção está intimamente atrelada a fatores de riscos, isto é, a elementos que podem promover ou associar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, e não raramente grave, mesmo não sendo necessariamente o fator causa	A conscientização da queda como um risco à saúde não depende apenas de um evento ou informação. Sendo assim, para uma eficaz participação em atividades de prevenção, torna-se relevante cercar os idosos de informações advindas de distintas fontes, considerando os múltiplos fatores envolvidos.

<p>Ferreira; Yoshitowe.</p>	<p>2012</p>	<p>BRASIL</p>	<p>2 B</p>	<p>O atendimento adequado à saúde do idoso deve ser voltado para a prevenção e identificação de sinais e sintomas característicos do envelhecimento com fragilidade, um contínuo e complexo processo envolvendo a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, culminando num estado favorável à ocorrência de condições geradoras de dependência e institucionalização, como alterações cognitivas, incontinência urinária, instabilidade da marcha e quedas</p>	<p>Notou-se que quedas em idosos são fatos comuns, inclusive dentro de instituições de longa permanência, com consequências significantes à saúde física, psicológica e social. É importante uma avaliação constante dos profissionais de saúde sobre os idosos caidores e não-caidores, no sentido de identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para implementar estratégias de prevenção que comprem a reabilitação da força muscular, equilíbrio e capacidade funcional, redução da polifarmácia, educação para o autocuidado e aumento da supervisão de enfermagem nos períodos e locais de maior incidência de quedas, melhorando desta forma a qualidade de vida dos seus residentes.</p>
<p>Carvalho; et al.</p>	<p>2015</p>	<p>BRASIL</p>	<p>2 C</p>	<p>O monitoramento sistemático da cultura de segurança pode contribuir para promover o trabalho em equipe e o cuidado seguro durante toda a permanência do paciente no serviço.</p>	<p>Os resultados deste estudo demonstram, na perspectiva dos profissionais, fragilidade nos valores, atitudes, habilidades, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em uma organização de saúde.</p>

Quadro 2. Quadro sinóptico dos estudos selecionados para a amostra.

5 | DISCUSSÃO

A queda é um risco assistencial multifatorial que pode ocorrer em decorrência tanto de condições prévias do paciente, ou seja, presentes na admissão hospitalar, quanto da assistência prestada durante a internação (NETO, 2015). A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente (BRASIL, 2013).

Fatores de risco para queda: a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos. b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade. c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; tontura; convulsão; síncope; dor intensa; baixo índice de massa corpórea; anemia; insônia; incontinência ou urgência miccional; incontinência ou urgência para evacuação; artrite; osteoporose; alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia) (BRASIL, 2013). Os estudos selecionados mostram o risco de queda em hospitais e em específico nas unidades de terapia intensiva. Mostram também a importância do papel do enfermeiro no cuidado humanizado para prevenção da queda ou em ações pós queda. As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas (NETO, 2015).

Na unidade de terapia intensiva é possível observar uma auto-organização estrutural dessas unidades, resultante da inter-relação do espaço físico, recursos materiais e equipamentos, como também de seus recursos humanos, formados por equipes multiprofissionais especializadas, que, integradas aos avanços tecnológicos, são capazes de se adequar à demanda e melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada (MEDEIROS, 2016).

Por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a fim de colaborar na qualificação do cuidado na saúde. No PNSP foram descritos seis protocolos, dentre eles o protocolo de prevenção de quedas cujo conteúdo contempla diversas ações com o intuito de fortalecer as estratégias de prevenção de quedas. Em um dos artigos pesquisados foram identificadas 51 ações no protocolo prevenção de quedas do Ministério da Saúde, organizadas em três categorias temáticas: práticas diretas para prevenção de quedas (n=23); orientações para paciente/família (n=14); avaliação e monitoramento (n=14) (ALVES, 2017). Nos estudos em geral foi percebido que a maioria ressalta que o enfermeiro precisa conhecer os protocolos e saber realizar as intervenções preventivas. No contexto de segurança do paciente, sabe-se que a enfermagem é indispensável na implementação de práticas seguras, uma vez que, por meio de intervenções preventivas, o enfermeiro possui habilidades para tomar decisões relativas ao cuidado a fim de possibilitar uma assistência adequada

e livre de danos (ALVES, 2017). Vários estudos têm demonstrado que o enfermeiro precisa não só compreender e auxiliar no tratamento, mas buscar desenvolver uma prática humanizada, em que possa continuamente refletir sobre o sentido de suas ações, reações e atitudes dos pacientes. Políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas (BRASIL, 2013).

Um dos artigos estudados entrevistou 20 idosos da cidade de Porto Alegre-RS, cadeirantes com mais de 60 anos que apresentam um maior fator de risco de queda. Cinco desses idosos num primeiro momento negou ter caído alguma vez quando esteve internado, mas depois mudaram suas respostas. Todos entrevistados disseram ter medo de cair em algum momento quer seja dentro de hospitais ou no cotidiano. O envelhecimento populacional é um processo mundial que ocorre de forma mais acentuada, atualmente, nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil. No Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem a cada ano e este percentual aumenta para 50% entre aqueles com idade acima de 80 anos (MORSCH; MYSKIW e MYSKIW, 2016).

Os fatores de risco intrínsecos incluem as características relacionadas ao próprio idoso, tais como a idade, a capacidade funcional, a presença de doenças crônicas e de distúrbios da marcha. Os fatores de risco extrínsecos são aqueles relacionados ao ambiente no qual o idoso se encontra, e incluem superfícies irregulares, pisos escorregadios, iluminação inadequada, tapetes soltos e escadas sem corrimão. Os fatores de risco comportamentais se referem ao uso e à percepção do espaço em relação à demanda imposta pelo ambiente e a capacidade funcional do idoso (FERREIRA, 2010). Nesse sentido, conhecer a cultura de segurança do meio ambiente, no qual se pretende operar, é um aspecto essencial para efetuar melhorias (CARVALHO, 2015).

Observou-se nos estudos incluídos nesse trabalho que atividades de prevenção são ressaltadas para evitar o risco de queda de idosos nas UTIs. Também é enfatizado que os enfermeiros devem ter um olhar mais sensível para tal prevenção e seguir os protocolos de prevenção de quedas de acordo com a ANVISA.

6 | CONCLUSÃO

Apesar do estudo em questão ter sido de caráter descritivo e não ter tido como objetivo realizar inferências de causa e efeito entre diversos fatores de risco de queda, foi possível perceber que é necessário uma avaliação de todos os profissionais da saúde sobre os fatores de risco tanto intrínsecos quanto extrínsecos para que possam promover melhores estratégias na prevenção do risco de queda e por sua

vez uma diminuição na sua incidência.

A maioria das pesquisas relacionadas ao tema limita-se a estudos observacionais e preventivos. Acredita-se que a partir do conhecimento maior dos profissionais da saúde em específico dos enfermeiros do protocolo de prevenção de quedas e a consciência de que o cuidado com o paciente precisa ser humanizado haverá uma maior qualidade a segurança e na assistência à saúde. O cuidado com os pacientes idosos é feito pelo capital humano e são os enfermeiros que precisam internalizar que a humanização é essencial para que junto com a técnica tenham uma internação digna e um tratamento adequado e humanizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.; SOUZA, S. J. P. **Risco de queda em pacientes idosos hospitalizados: uma revisão integrativa.** Rev. Gestão & Saúde, 19(1): 89-103, 2018.

ALVES, V. C.; et al. **Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 25. e2986, 2017.

BACKES, M. T. S.; et al. **O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva.** Esc. Anna Nery, 16(4): 689-696, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ. **Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 1 – Protocolo de prevenção de quedas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, P. A.; et al. **Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 23(6): 1041-1048, 2015.

CORREA, A. D.; et al. **A implementação do protocolo de gerenciamento de quedas de um hospital: resultados de um acompanhamento de quatro anos.** Rev. Esc. Enferm USP, 46(1): 67-74, 2012.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOWE, A. Y. **Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados.** Rev. Bras. Enferm. 63(6): 991-997, 2010.

MEDEIROS, A. C.; et al. **Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Esc. Enferm USP, 50 (5): 817-823, 2016.

MORSCH, P.; MYSKIW, M.; MYSKIW, J. C. **A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 21 (11): 3565-3574, 2016.

NETO, C. J. B. F.; et al. **Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário.** Rev. Bras. Enferm, 68 (2): 305-310, 2015.

OLIVEIRA, D. U.; et al. **Avaliação de quedas em idosos hospitalizados.** Rev. Enferm UFPE, 11(11): 4589-97, 2017.

OLIVEIRA, N. E. S. **Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros.** Goiás, 2012.

CAPÍTULO 6

SEXUALIDADE EM IDOSOS

Data de aceite: 17/01/2020

Data de Submissão: 11 /11/2019

Giovanna Freitas Munaretto

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3363589852903709>

Otávio Santiago Rocha

Graduando da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9247894784090348>

Ana Caroline Gois Sobral

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7806910178434420>

Tiago Almeida Costa

Graduando da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2891228127532633>

Larissa de Araújo Correia Teixeira

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4005043681400359>

Aglaé Travassos Albuquerque

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9456994265425730>

Hélder Santos Gonçalves

Graduando da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4134686304475030>

Isabele Dantas Silveira

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7637027319450781>

Victoria Rezende de Brito

Graduanda da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7858389203272314>

Felipe Silveira de Faria

Graduando da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9388413010752636>

Eugênio Fonseca da Silva Júnior

Graduando da Universidade Tiradentes
(UNIT), Aracaju/SE, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4734759261644741>

Márcia Valéria de Andrade Santana

Graduada pela Universidade Federal de Sergipe
(UFS). Residência em Clínica Médica pelo Hospital
de Heliópolis em São Paulo. Residência em Geriatria
pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).
Especialização em cuidados Paliativos pela Casa
do Cuidar – São Paulo. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0227932397581143>

RESUMO: A sexualidade em idosos ainda se constitui um tabu para a sociedade atual, associando com eles uma ideia de falsa assexualidade. A sexualidade traz para a população idosa o aumento da autoestima, a prática de exercícios físicos, a melhora do sono, a maior atividade cerebral, a liberação

de hormônios que previnem a depressão e o bom humor. Ademais, ao tratar desse assunto deve-se ter uma abordagem vários aspectos, levando em conta o gênero e a orientação sexual dos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: sexo; idosos; preconceito; satisfação.

SEXUALITY IN THE ELDERLY

ABSTRACT: Sexuality in the elderly can still be a taboo for today's society, associating them with an idea of an false asexuality. Sexuality brings with it to the elderly population an increased self-esteem, physical exercises, improved sleep, increased brain activity, the release of hormones that prevent depression and good mood. Moreover, this issue should take a multi-faceted approach, taking into account the gender and sexual orientation of individuals.

KEYWORDS: sex; elderly; prejudice; satisfaction.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso em países subdesenvolvidos aquele com mais de 60 anos, não considerando o estado físico e psicológico de cada indivíduo. Entretanto, o processo de envelhecimento vai muito além do que é definido por números. Este processo deve ser caracterizado como progressivo, no qual ocorrem alterações biológicas, funcionais e psicológicas que com o passar do tempo tendem a determinar uma acentuada perda da capacidade que o indivíduo possui de se adaptar ao meio ambiente, resultando em uma maior fragilidade.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil já apresenta um perfil de país de idosos, pois, em menos de vinte anos, boa parte da população será de pessoas idosas. Em 2005 existiam 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, a estimativa é que em 2025 esse número passará para 32 milhões, representando 15% da população total (RIBEIRO; PIRES, 2011).

Por muitos anos a sexualidade esteve estreitamente associada à reprodução. Com o passar do tempo, foi percebido que se trata de um assunto muito mais complexo, e esta começou a ser entendida como uma forma de buscar prazer pessoal. Apesar do notável avanço sociocultural, ainda hoje a sexualidade em idosos é cercada de tabus, preconceitos, distorções e repressões. Dessa forma, ao se associar essa imagem errônea a todos os idosos, é criado um paradigma de falsa assexualidade.

A sexualidade só pode ser compreendida se abordarmos a anatomofisiologia, a psicologia sexual, a cultura e a religião de cada indivíduo (SIQUEIRA, 2007). É um aspeto fulcral da vida do ser humano que compreende o sexo, identidade, gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A vivência e expressão

da sexualidade é subjetiva e traduz-se em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos. De acordo com a OMS, os fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, religiosos, espirituais, estilos de vida e experiências individuais, influenciam o modo como a sexualidade é vivenciada.

Diante do crescente aumento da população idosa, tornam-se necessários cuidados que promovam qualidade de vida, sendo mister estudos na área do envelhecimento que abranjam não somente o surgimento e evolução das doenças, como também o idoso com sua própria identidade, incluindo a sua sexualidade. Fatores que influenciam na sexualidade dos idosos devem ser alvo de estudos, deixando de lado tabus e preconceitos, estimulando assim o campo científico e os espaços sociais. O processo educativo deve ser iniciado ainda no consultório durante a consulta geriátrica, libertando os próprios pacientes de ideias errôneas pré-concebidas.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Este estudo procurou analisar qual o perfil dos idosos que são sexualmente ativos, levando em conta o gênero e a orientação sexual.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Investigar se existe uma prevalência de perfil quanto a atividade sexual em idade geriátrica;
- ✓ Discutir como os profissionais de saúde poderiam adotar uma conduta de apoio a continuidade da atividade sexual;
- ✓ Enunciar os benefícios do sexo para o idoso em âmbito biopsicossocial;
- ✓ Contrastar a diferença de atividade sexual e as peculiaridades da consulta médica em idosos heterossexuais e idosos homossexuais;
- ✓ Comparar a prevalência da atividade sexual em homens e mulheres.

3 | METODOLOGIA

3.1 Desenho Do Estudo

Nessa revisão de literatura, foi realizada busca de artigos transversais, longitudinais e de revisão, pelas bases de dados *Scielo* e *Google Scholar*, com os seguintes descritores: “sexualidade em idosos, orientação sexual em idosos, sexualidade e qualidade de vida em idosos, sexualidade em idosos lgbt”, sobre a

correlação existente entre os mesmos, no período de 2009 a 2019, obtendo-se o total de 128.921 artigos encontrados. Após a análise dos resumos destes artigos, foram utilizados 27 para a leitura na íntegra, sendo 11 deles selecionados para a confecção da pesquisa, usando como critério de inclusão:

- a) se o estudo trata da relação de sexualidade e idosos
- b) se o estudo aborda de forma biopsicossocial
- c) se o estudo abrange questões de gênero e/ou orientação sexual.

Além disso, foi feita uma revisão literária sobre a sexualidade em idosos através de fundamentos da geriatria, gerontologia e da sexologia.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Com o surgimento de novas tecnologias e o avanço das ciências, a tendência da população global é viver cada vez mais anos. Por outro lado, apesar desse avanço em vários âmbitos, a sociedade, incluindo os próprios idosos, ainda apresentam uma ideia ultrapassada quanto a sexualidade nestes. A repressão da sexualidade na velhice vem principalmente da família, religião e sociedade, com os idosos reprimidos e tendo que se contentar com um futuro tedioso para se adequar ao modo de vida que a sociedade lhes impõe (SOUZA, 2015). As pessoas foram inconscientemente condicionadas a acreditar que não deveriam ou não precisam continuar exercendo sua sexualidade na velhice, no entanto, sua suspensão ou abandono pode acelerar o processo de envelhecimento, com consequentes efeitos negativos à saúde dos idosos (SILVA, 2012).

Assim como na vida adulta, a sexualidade trás consigo também durante a idade geriátrica o aumento da autoestima, a prática de exercícios físicos, melhora o sono, maior atividade cerebral e bom humor, além da liberação de hormônios que previnem a depressão. Já existem estudos que comprovam que durante o orgasmo há um aumento impressionante do fluxo de sangue e de oxigênio na cabeça, ambos nutrientes muito benéficos para o cérebro.

Além disso, em estudo publicado pela Universidade de Harvard em 2017, foi comparado indivíduos que ejaculavam pelo menos 21 vezes a cada quatro semanas àqueles que ejaculavam até sete vezes no mesmo período. Segundo esse estudo, a liberação do esperma ajuda o organismo a se livrar de glândulas que causam tumores e infecções. A ejaculação também ajuda a cessar prostatites, que podem induzir o câncer. Os resultados mostraram que comparados aos homens que relataram 4-7 ejaculações por mês durante toda a vida, homens que ejacularam 21 ou mais vezes por mês tiveram um risco 31% menor de câncer de próstata. E os resultados foram submetidos a rigorosa avaliação estatística, mesmo após outros fatores de estilo de vida e a frequência dos testes de PSA serem levados em consideração.

Não só isso, mas o sexo também pode ajudar a regular o sono nos idosos, visto que um baixo nível de stress, associado ao sentimento de intimidade, provocado pela ocitocina, e de euforia, causado pela libertação de endorfinas, tem um efeito calmante que induz o sono. Em um estudo, realizado com 460 adultos com idade entre 18 e 70 anos, pela Universidade Central de Queensland, na Austrália, foi concluído que a maioria das pessoas têm muita dificuldade em ‘desligar’ antes de dormir. Por outro lado, 64% dos participantes relataram dormir melhor após fazerem sexo com um parceiro e chegarem ao orgasmo.

De acordo com estudo observacional, transversal e descritivo realizado na cidade de Porto, em Portugal, observou-se os dados descritos na tabela 1.

Variável	Género		Subtotal (%)
	Feminino (%)	Masculino (%)	
Importância atribuída à vida sexual	n= 126	n= 87	
Não importante	26,2	5,7	17,8
Pouco importante	21,4	6,9	15,5
Importante	36,5	57,5	45,1
Muito importante	15,9	29,9	21,6
Vida sexual ativa	n= 126	n=87	
Sim	36,5	70,1	50,2
Não	63,5	29,9	49,8
Frequência da vida sexual	n=46	n=61	n=107
Pelo menos 1 vez por ano	4,3	0	1,9
Pelo menos 1 vez a cada 6 meses	19,6	11,5	15,0
Pelo menos 1 vez por mês	32,6	37,7	35,5
Pelo menos 1 vez por semana	43,5	39,3	41,1
Mais do que 1 vez por semana	0	11,5	6,5
Parceiro sexual	n=46	n=61	n=107
Namorado(a)	6,5	6,6	6,5
Esposo(a)	91,3	86,9	88,8
Ocasional	0	6,6	3,7
Profissional	0	1,6	0,9
Masturbação	6,5	21,3	15,0
Outro	0	1,6	0,9
Satisfação com a vida sexual	n=46	n=61	n=107
Satisfeito	78,3	72,1	74,8
Insatisfeito	21,7	27,9	25,2
Preferência sexual	n= 126	n=87	n=113
Género oposto	100	100	100

Tabela 1. Caracterização da amostra: variáveis relativas à sexualidade

Ao analisar a tabela, foi observado que o estado civil influencia diretamente na atividade sexual. Os idosos casados apresentaram uma significativa maior importância à vida sexual ativa que os solteiros. Já quanto a frequência de atividade sexual, a maioria dos participantes tinham relações sexuais “pelo menos uma vez por semana” ou “pelo menos uma vez por mês”. Os homens tinham uma maior frequência de atividade sexual do que as mulheres. Os idosos que referiram

apresentar uma maior frequência de atividade sexual também atribuíram uma maior importância à vida sexual. Quando avaliada a associação entre escolaridade e importância atribuída à vida sexual, percebeu-se que os idosos que possuíam maior escolaridade conferiam maior importância à vida sexual. Constatou-se uma situação análoga relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar: as remunerações mais elevadas associaram-se à atribuição de uma maior importância à vida sexual (CAMBÃO, 2019).

Dessa forma, pode-se inferir que processo de envelhecimento se caracteriza por alterações hormonais que promovem uma lentificação da resposta sexual e a uma diminuição da intensidade do prazer sexual. Nos homens é observada uma diminuição da testosterona livre, o que contribui para eventuais problemas de disfunção erétil. Há, porém, estudos que sugerem um aumento do interesse nas relações sexuais pelos homens idosos, (LINDAU, 2010) provavelmente devido à existência de fármacos eficazes e publicitados para a disfunção erétil (inibidores da fosfodiesterase-5). Nas mulheres, a diminuição dos níveis de estrogênios após a menopausa condiciona atrofia vaginal com conseqüente dispáreunia e diminuição da intensidade do orgasmo (LATIF, 2013).

No ano de 2016 foi publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia um estudo que abordava acerca da percepção dos idosos em relação à disfunção sexual (tabela 2).

Variáveis	Total n (%)
Considera normal ter alguma disfunção?	
sim	63 (31,50)
Não	137 (68,50)
Você tem alguma disfunção?	
sim	57 (28,50)
Não	143 (71,50)
Procurou orientação profissional de saúde ¹	
sim	27 (47,37)
Não	30 (52,63)
Quão preparados são os profissionais de saúde?	
De modo nenhum	18 (9)
Um pouco	16 (8)
Um pouco	50 (25)
Razoavelmente	59 (29,50)
Muito	57 (28,50)
Fontes de informação ²	
Família	61 (30,50)
Amigos	51 (25,50)
profissionais de saúde	35 (17,50)
Igreja	49 (24,50)
Televisão	115 (57,50)
Revistas	39 (19,50)
Internet	12 (6)
Outras	22 (11)

Tabela 2. Percepção dos idosos em relação à disfunção sexual na terceira idade (n = 200) Belém, Pará, 2014.

Fonte: UCHÔA (2019)

*Sendo ¹ Somente aqueles que responderam sim à pergunta anterior e ² para essa variável, mais de uma resposta pôde ser obtida.

De acordo com o autor da obra, foi possível inferir que:

A maioria dos idosos que referiram sofrer de alguma disfunção sexual não procurou aconselhamento de um profissional de saúde, sugerindo que ainda existem alguns profissionais que não estão preparados para discutir essas questões com seus pacientes. Como a relação terapeuta-paciente é de natureza recíproca, cabe aos profissionais de saúde investigar a história sexual de seus pacientes. Portanto, parece haver alguma negligência nessa área de atenção à saúde, com atenção concentrada apenas na queixa ou na doença do indivíduo, e não na sua saúde em sua totalidade (UCHÔA, 2016).

Dessa forma, é notável a necessidade da realização de capacitações oferecidas pelo Ministério da Saúde para atingir e qualificar a maior quantidade de profissionais possível, visando tratar o idoso em todos os seus aspectos, já que de acordo com a OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.

Outro aspecto a ser analisado quanto a sexualidade em idosos é com relação a orientação sexual. De acordo com Facchini e França (2009) o termo LGBT refere-se às lésbicas, gays, bissexuais, intersexuais, onde o T, além de representar a presença de travestis e transexuais, em alguns locais no Brasil, diz respeito também à transgêneros, isto é, pessoas que não se identificam com o comportamento ou papel esperado do seu sexo biológico determinado pelo nascimento, a exemplo: *crossdressers*, *drag queens*, transformistas e outros.

Em termos gerais, ao tomarmos a gerontologia *mainstream* como campo abrangente, assim como os seus diálogos e aproximações com os estudos sexológicos contemporâneos, seria possível afirmar que ainda paira sobre tal campo e diálogo uma espécie de *panorama heteronormativo sobre o envelhecimento e a velhice* (HENNING, 2014). Em consonância com a sociedade moderna, ao passo que aumenta o número de pessoas que afirmam fazer parte da comunidade LGBT, tem-se aumentado também o número de idosos que fazem parte desta comunidade.

Apesar do recente aumento em número dos idosos LGBT, os profissionais de saúde ainda não sabem realizar uma anamnese que enquadre todas as peculiaridades referentes ao sexo entre bissexuais e os homossexuais. Culturalmente, independente da orientação sexual, os idosos tendem a se mostrarem resistentes quanto ao uso do preservativo. A respeito do conhecimento sobre o uso de preservativos, muitos acham que servem somente para prevenir a gravidez. Dessa forma, os idosos heterossexuais ou bissexuais que antes usavam, deixaram de usar quando se alcançou a menopausa ou a idade geriátrica. Por outro lado, existem também os idosos homossexuais que afirmam nunca ter usado preservativos, sendo ainda mais resistentes à inserção deste na idade geriátrica.

Destarte, durante o atendimento médico, deve ser realizado uma explicação do que são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e conscientizar o idoso

dos riscos e complicações de adquirir uma IST caso seja realizado o sexo sem preservativo.

Cabe enfatizar que todos os dispositivos atualmente disponíveis para prevenção de DST são focados no sexo com pênis. Por outro lado, a indústria ainda não produziu nenhum material específico para o sexo lésbico. Todos os materiais disponíveis são materiais adaptados de um sexo *heteronormativo*. Ademais, outro ponto a ser discutido é a questão do sexo oral. É um tema de difícil debate inclusive com os casais heterossexuais. O uso de proteção em sexo oral é de extremo déficit. Segundo Almeida (2009, p. 313) o sexo oral entre mulheres, é comum se usar um dispositivo de barreira, ao cortar um preservativo masculino com um corte específico. Para o sexo manual, alguns materiais estão disponíveis, como o uso de luva ou uma dedeira de látex, usada como se fosse um preservativo de dedo. Também é orientado que as mulheres que se relacionam com outras mulheres cortem as unhas, já que deixar a unha comprida pode machucar a parceira durante o sexo e isso gera exposição a sangue, que é a maior fonte de transmissão de IST. Assim, o médico deve previamente ter esse conhecimento para orientar corretamente e tentar fazer com que a idosa lésbica sexualmente ativa some a sua rotina esses métodos de prevenção.

5 | CONCLUSÃO

A partir deste estudo foi possível concluir que os homens tendem apresentar uma vida sexual ativa por mais tempo, decorrente de questões fisiológicas, e principalmente sociais. Entretanto, quando analisado acerca da satisfação sexual em homens e mulheres de idade geriátrica sexualmente ativos, a diferença não apresentou significância. Devido ao déficit de pesquisas relacionadas a saúde acerca da sexualidade em idosos homossexuais, não foi possível comparar corretamente a prevalência em anos do ato sexual em idosos heterossexuais e homossexuais. Ademais, foi discutido também acerca dos benefícios trazidos pelo sexo para os idosos: o aumento da autoestima, a prática de exercícios físicos, a melhora do sono, a maior atividade cerebral e bom humor e a liberação de hormônios que previnem a depressão. Não só isso, mas foi comentado também acerca da falta de capacitação médica para tratar o idoso de forma holística, levando em consideração seus prazeres pessoais, não apenas as suas patologias. Além da falta de capacitação para lidar com a sexualidade em idosos, esse problema se agrava quando relacionado à comunidade LGBT. A somar com os aprendizados sobre sexualidade em idosos, os médicos devem se capacitarem também para o atendimento do idoso pertencente à comunidade LGBT, sabendo aconselhar sobre o uso de preservativos de maneira correta.

REFERÊNCIAS

Aguiar Trevia Salgado AG, Fernandes de Araújo L, De Oliveira Santos JV, Alves de Jesus L, Da Silva Fonseca LK, Da Silva Sampaio D. **Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros.** *CienciasPsi.* 2017 Nov 9;155.

Fachini R, Lins França sadora. **De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro.** *Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2009;(3):54–81.

Henning CE, Universidade Federal de Goiás, Brasil. **Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT.”** *Horiz antropol.* 2017 Apr;23(47):283–323.

Henning CE. **Is old age always already heterosexual (and cisgender)? The LGBT Gerontology and the formation of the “LGBT elders.”** *Vibrant, Virtual Braz Anthr.* 2016 Jun;13(1):132–54.

Henning CE. **Paizões, Tiozões, Tias e Cacuras: envelhecimento, meia idade, velhice e homoerotismo masculino na cidade de São Paulo.** Campinas; 2014.

Naiara Albuquerque:Jornal Nexo [Internet]. São Paulo: 2017 updated 2017 Aug 28; cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2017/08/28/Quais-cuidados-devem-ser-tomados-em-relações-sexuais-entre-mulheres/>.

Paul KN, Turek FW, Kryger MH. **Influence of Sex on Sleep Regulatory Mechanisms.** *Journal of Women’s Health.* 2008 Sep;17(7):1201–8

Sara Vieira, Hassamo V, Branco V, Vilelas J. **A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro.** *Salutis Scientia [Internet].* 6. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Vilelas/publication/271852653_The_experience_of_healthy_sexuality_in_the_elderly_The_nurse_contribution/links/54d525490cf246475807014e.pdf

Uchôa Y da S, Costa DCA da, Silva Junior IAP da, Silva S de TSE de, Freitas WMT de M, Soares SC da S, et al. **Sexuality through the eyes of the elderly.** *Rev bras geriatr gerontol.* 2016 Dec;19(6):939–49.

USF Ramalde, Cambão M, Sousa L, USF Ramalde, Santos M, USF Ramalde, et al. **QualiSex: estudo da associação entre a qualidade de vida e a sexualidade nos idosos numa população do Porto.** *RPMGF.* 2019 Jan 1;35(1):12–20

SOBRE A ORGANIZADORA

Aline Cristina Souza da Silva - Possui graduação em Biomedicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) (2012), Mestrado (2015) e Doutorado (2019) em Ciências da Saúde pela UFTM. Atua como orientadora à distância do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da UFTM. Atualmente é Professora Substituta da Disciplina de Patologia Geral da UFTM e colaboradora da Disciplina eletiva “Processos Patológicos Gerais” oferecidos aos alunos da graduação do curso de Medicina da UFTM. Tem experiência em Ciências da Saúde atuando nos seguintes temas: autópsia, aspectos clínicos e morfológicos do envelhecimento, imuno-histoquímica, morfometria, Infecções Sexualmente Transmissíveis com ênfase em HIV/Aids e doenças infecto-parasitárias. Participa de projetos de pesquisa com apoio financeiro da FAPEMIG, CNPq, CAPES e FUNEPU.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Agressor 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 33

AIDS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 64

Alterações hormonais 7, 60

Assistência 23, 43, 45, 52, 54

Atividade sexual 57, 59, 60

Autópsia 2, 3, 64

C

Cirurgia 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 21

Comorbidades 13, 14, 15, 16, 18

Comprometimento cognitivo leve 35, 36, 39, 41, 42

Comprometimento funcional 39

D

Doença arterial coronariana 15

Doença hepática gordurosa não alcoólica 1, 3

Doenças cardiovasculares 11, 12, 16, 20, 21

E

Enfermeiro 22, 31, 33, 44, 45, 46, 52, 53, 63

Envelhecimento 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 19, 20, 23, 34, 36, 45, 49, 51, 53, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64

Esteatose hepática 1, 3, 5, 6, 7

Estratégia saúde da família 22, 23, 33

F

Fatores de risco 7, 12, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 53, 54

Fígado 1, 2, 3, 6

H

HIV 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 64

I

Idade geriátrica 57, 58, 61, 62

Idoso 10, 11, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 45, 47, 49, 51, 53, 56, 57, 61, 62

Idoso vitimado 24, 25

Instituto médico legal 25

Internação 11, 13, 14, 15, 17, 18, 24, 48, 52, 54

Intervenções preventivas 52

M

Mobilidade corporal 39, 40

O

Orientação sexual 56, 57, 58, 61

P

Padrão microvesicular 1, 4, 5, 6, 7

Preconceito 56

Pré-operatório 10, 12, 13, 19

Prevenção de acidentes 44, 46, 48

Q

Qualidade de vida 33, 34, 35, 41, 51, 57, 63

R

Revascularização do miocárdio 10, 12, 13, 15, 17, 20

Risco de queda 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 54

S

Saúde pública 8, 12, 17, 23, 30, 32, 34, 43

Segurança do paciente 44, 46, 48, 52, 54

Senso de coerência 10, 13, 16, 19, 20, 21

Sexo 4, 5, 10, 12, 13, 15, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 48, 56, 57, 59, 61, 62

Sexualidade 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63

T

Tabu 55

Terapêutica 17, 35, 37

Terapia de validação 40

Terapia ocupacional 35, 37, 38, 39, 41, 42

U

Unidade de terapia intensiva 43, 44, 45, 52, 54

V

Variáveis sociodemográficas 25, 30

Violência 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Vulnerabilidade 22, 23

 **Atena**
Editora

2 0 2 0