

Cadernos de Extensão 2014

Organizadores

Wellington Pinheiro dos Santos
Jowania Rosas de Melo
Maria Christina de Medeiros Nunes
Edilson Fernandes de Souza

Saúde



Reitor: Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado
Vice-Reitor: Prof. Sílvio Romero de Barros Marques
Pró-Reitor de Extensão: Prof. Edilson Fernandes de Souza
Diretora de Extensão Acadêmica: Maria Christina de Medeiros Nunes
Diretor de Extensão Cultural: Prof. Marcos Galindo
Coordenador de Gestão da Extensão: Demócrito José Rodrigues da Silva
Coordenador de Gestão da Informação: Prof. Wellington Pinheiro dos Santos
Coordenadora de Gestão Organizacional: Eliane Aguiar
Coordenadora de Gestão da Produção Multimídia e Audiovisual: Jowania Rosas de Melo

Diagramação:
Priscila Vitalino

Capa:
Priscila Vitalino

Coordenação Geral:
Prof. Wellington Pinheiro dos Santos

Revisão:
Os textos são de responsabilidade dos autores.

Impresso nas oficinas gráficas da Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, Av. Acadêmico Hélio Ramos, 20, Cidade Universitária, em 2013.
Diretora da Editora: Profa. Maria José de Matos Luna.

Catálogo na fonte:
Bibliotecária Kalina Lígia França da Silva, CRB4-1408

S255 Saúde / organizadores: Wellington Pinheiro dos Santos... [et al.]. – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2014.
147 p. : il. color. – (Série Cadernos de extensão).

Vários autores.
Inclui referências bibliográficas.
ISBN 978-85-415-0422-5 (broch.)

1. Saúde – Coletânea 2. Saúde pública. 3. Nutrição. 4. Terapia ocupacional. 5. Fonoaudiologia. I. Santos, Wellington Pinheiro dos (Org.).

610 CDD (23.ed.) UFPE (BC2014-013)

Apresentação 7

Grupo de apoio ao paciente obeso- uma experiência multidisciplinar | Josemberg Marins Campos, Marília Agostinho de Lima Gomes, Maíra Danielle Gomes de Souza, Eduardo Pachu Raia dos Santos, Joana Cristina da Silva, Álvaro Antonio Bandeira Ferraz | 8

Grupo hiperdia/UFPE na praça: concepção, desenvolvimento e resultados preliminares | Diego Rafael Ferreira de Oliveira, Vanessa Karla Santos de Souza, Silvana Gonçalves Brito de Arruda, Marina de Moraes Vasconcelos Petribú, Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho, Cíntia Virgínia Pereira da Cruz | 14

Hortas medicinais: o uso de fitoterápicos para uma saúde sustentável | Bárbara Ramos, Leilane Moraes, Jéssica de Andrade, Bruna Costa, Daniel Araújo, Alexandre Silva, Clóvis Macedo, Sarah Romini, Cibele Silva, Marcia Vanusa, Maria Teresa | 26

Im(plantando) ações de cuidado na atenção básica: experiências da Terapia Ocupacional no território | Vera Lucia Dutra Facundes, Ana Karina Pessoa da S. Cabral, Caroline Barbosa Matos, Etiene Cerutti Louzada, Ivo de Andrade Lima Filho, Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino, Keise Bastos G. Nóbrega, Luíse de Cássia Tszesniosk, Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão, Marcela Paula C. Andrade, Priscylla Emanuella Cavalcanti Pereira, Thatiele Pereira de Sant'Ana | 32

Impacto da desvantagem vocal em idosos com presbifonia | Tércio Gomes de Andrade Oliveira, Ana Nery Araújo, Adriana de Oliveira Camargo Gomes, Zulina Souza de Lira, Jonia Alves Lucena | 46

Implantação e primeiras ações do comitê técnico de plantas medicinais e fitoterapia no Estado de Pernambuco | Cláudia Sampaio de Andrade Lima¹, Queila C. Cristal de Oliveira¹, Ruth Pereira Rodrigues, Maria Eliane Barreto da Silva, Wellington Pinheiro dos Santos, Beate Saegesser Santos, Luíz Alberto L. Soares, José de Arimatéa Rocha Filho, Ricardo Yara | 56

O envelhecimento ativo através de exercícios físicos | Bruno Rodrigo da Silva Lippo, Juliana da Costa Neves, Giselli Gomes | 74

O papel e a prática do promotor de municípios saudáveis como agente da intersetorialidade local | Ronice Maria Pereira Franco de Sá, Rosane Paula de Senna Salles, Maria do Socorro Machado Freire

O processo de envelhecimento e o exercício físico em dança: contribuições do projeto “envelhecer com qualidade” em um grupo de idosas | Diego Santos de Araújo, Marcelo Pereira Coelho Filho, Marcílio Rodrigues Ribeiro, Rayane Maria do Socorro Ramo, Flávio Campos de Moraes | 90

Oficina de sexualidade da pessoa idosa | Fábيا Alexandra Pottes Alves, Renata Livia Alves de Souza Melo, Eduardo Tavares Gomes | 100

Orientação ao cuidador familiar do paciente idoso portador de Alzheimer: relato de atividade extensionista | Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Maria Eduarda Morais, Marina Burégio Lemos da Cunha, Silvia Carréra Austregésilo, Camila Moura Dantas Carréra, Sandra Carolina de Farias Oliveira, Mario Roberto Agostinho da Silva, Demócrito José Rodrigues da Silva, Maria de Fátima de Paula Silva Campos, Josineide Batista Soares | 112

Orientações nutricionais para o diabetes em grupos operativos de educação em saúde | Soraya Silva Nóbrega, Ana Paula de Oliveira Marques, Márcia Carréra Campos Leal, Anna Karla de Oliveira Tito Borba, Roberta de Souza Pereira da Silva Ramos | 122

Perfil sócio-sanitário-demográfico de uma microárea adscrita a uma unidade básica de saúde de Vitória de Santo Antão - PE | Mariane de Mores Alves, Flávia Karina Wanderley dos Reis, Simara Lopes Cruz, Ana Wlândia Silva de Lima | 130

Ponto de leitura mais/HC: divertindo, cuidando e informando | Leniée Campos Maia, Maria de Fátima G. Pinheiro, Lourival Pereira Pinto, Abel Neto, Dayse Negrão Cordeiro e Silva, Patrícia Pereira Vasconcelos, Rayssa Helena da Silva Aguiar, Hoton Esteves Matias da Silva, Juliete Isabele Alves Calazans, Allini Pauline Nascimento Silva, Ísis Cortez Corcino, Patrícia Lafayette Góis, Mízia V. L. P. Barreto Tavares, Adiclecia Ramos Lira Pereira, Carla Izabel Matos Lins | 144

Apresentação

A Extensão Universitária é definida pela interação dialógica entre Universidade e Sociedade, interação com o objetivo de transformar realidades locais na Sociedade e, também, transformar a própria Universidade, por meio da construção de novos conhecimentos em um movimento inverso àquele da educação superior formal, de graduação e pós-graduação, onde a espiral de construção de conhecimento se dá a partir da Universidade. Nos encontros proporcionados pelas atividades de extensão, o movimento começa no sentido da Sociedade para a Universidade.

Com a diversificação e melhoramento qualitativo e quantitativo das ações de extensão, aliados à compreensão da necessidade de formalizar, registrar e divulgar o conhecimento construído, a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco resolveu retomar os Cadernos de Extensão, sob a forma de compêndios de artigos organizados na forma de volumes de livros, de acordo com as áreas temáticas da Extensão, a saber: Comunicação, Cultura, Direitos Humanos, Educação, Meio-Ambiente, Saúde, Tecnologia e Trabalho. Os textos consistem em relatos de experiência de ações extensionistas, artigos de pesquisa-ação, e textos de divulgação científica e extensionista.

Boa leitura!

Edilson Fernandes de Souza
Pró-Reitor de Extensão

GRUPO DE APOIO AO PACIENTE OBESO- UMA EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

Joseberg Marins Campos¹,
Marília Agostinho de Lima Gomes²,
Maíra Danielle Gomes de Souza³,
Eduardo Pachu Raia dos Santos⁴,
Joana Cristina da Silva⁵,
Álvaro Antonio Bandeira Ferraz⁶

¹Introdução

A obesidade é uma das doenças nutricionais que mais cresce atualmente, principalmente nos países industrializados e em desenvolvimento. No mundo, cerca de um bilhão de pessoas vivem com sobrepeso e 300 milhões com obesidade, sendo atualmente considerada uma pandemia. Sua prevalência crescente representa um dos principais desafios da saúde pública na sociedade moderna¹⁻⁵.

Essa doença é definida como um excesso de gordura corporal relacionada à massa magra, e pode ser diagnosticada através do Índice de Massa Corpórea (IMC) associado à medida da circunferência abdominal. Valores elevados de IMC e/ou de gordura central são associados ao maior risco de morbimortalidade⁹⁻¹².

A pessoa obesa está sujeita ao aparecimento e agravamento de muitas doenças crônicas associadas, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, neoplasias e outras alterações cardiovasculares, articulares e psiquiátricas, além disso, pesquisas indicam que pessoas com excesso de peso aos 40 anos de idade têm uma redução de pelo menos três anos na expectativa de vida, se comparadas à pessoas sem excesso⁵.

Inicialmente, o tratamento é realizado pela mudança dos hábitos de vida, como alimentação saudável e atividades físicas, havendo também várias opções medicamentosas, ou a já consolidada cirurgia bariátrica, para casos graves ou caso não ocorra melhora⁹⁻¹².

O aumento dessa morbidade em diferentes populações, tanto em países industrializados, como em desenvolvimento, levanta a questão de quais fatores estariam determinando esta pandemia. Acredita-se que as mudanças no comportamento alimentar e o sedentarismo atuando nos genes de susceptibilidade sejam os principais determinantes do aumento da obesidade mundial⁹⁻¹². No Brasil, entre 1974 e 2009, o excesso ponderal entre os adultos praticamente triplicou, resultando em 49% de indivíduos com sobrepeso e 14,6% com obesidade¹².

Quando não há remissão da doença utiliza-se terapia medicamentosa, em última instância, a cirurgia bariátrica é indicada quando o IMC for maior que 40 kg/m² ou maior que 35 kg/m², na presença de comorbidade. A eficácia do procedimento cirúrgico está consolidada e sua prática cada vez mais disseminada, sendo considerado padrão ouro no tratamento da obesidade mórbida¹³.

1. Professor Adjunto da UFPE, Cirurgião, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, josebergcampos@gmail.com;
2. Graduanda de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, marilialimagomes@gmail.com;
3. Enfermeira, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, maira.dgomesgomes@gmail.com;
4. Mestrando de Cirurgia, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, eduardopachu350@hotmail.com;
5. Psicóloga, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, joanacristina.rec@gmail.com;
6. Professor Associado da UFPE, Cirurgião, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Cirurgia, aabf@truenet.com.br.



Fig. 1 - Reunião do Grupo com os pacientes obesos, no Hospital das Clínicas – UFPE.

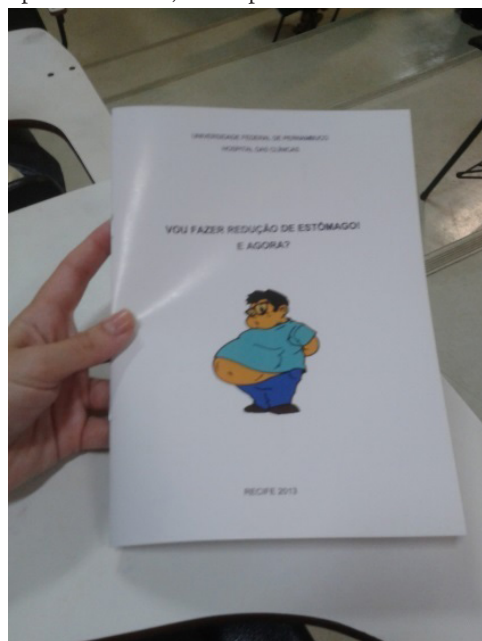


Fig. 2- Livreto distribuído nas reuniões Bimestrais do Grupo de Apoio ao Paciente Obeso Luiz Gonzaga da Silva

Em estudo realizado com 1580 adultos do estado de Pernambuco, foram apontados com excesso de peso 51,1% destes¹⁴. Tais dados, além de ressaltarem prevalência maior que a metade da população, indica ainda uma clara tendência à obesidade.

Para que os pacientes submetidos a cirurgia bariátrica mantenham seu peso estável, com qualidade de vida e conhecimento acerca da sua saúde, reuniões de grupos de apoio são parte integrante do acompanhamento pré-operatório, aumentando o sucesso após a cirurgia. Os grupos têm a capacidade de ajudar pacientes com a nova dieta e mudanças de estilo de vida que acompanham a cirurgia bariátrica.

Estudos em pacientes submetidos a *bypass* gástrico mostraram que aqueles que participaram de terapia de grupo apresentaram perda de peso maior do que os que não participaram, sugerindo que a assiduidade em grupo de apoio durante os primeiros 12 meses após a cirurgia pode ser importante para a manutenção de comportamentos saudáveis em longo prazo.

Programa de Obesidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco

O “Programa de Obesidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco” foi criado em 2007, sendo um dos pioneiros na realização da Cirurgia Bariátrica no Norte e Nordeste. É regido pela Portaria nº 1569 de 28 de junho de 2007 que – institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as três esferas de gestão e pela portaria nº 492, de 31 de agosto do mesmo ano – que normatiza o atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave em unidade de assistência de média e alta complexidade.

Nesse tipo de programa é fundamental o acompanhamento pré e pós-operatório do paciente bariátrico, garantindo a promoção de saúde e conscientização de seu estado pela equipe multiprofissional, através de trabalho focado na visão holística do indivíduo. Este projeto visa dar suporte e orientar esses pacientes em relação as suas atividades nutricionais, físicas e sociais seja antes de cirurgia ou depois, através de reuniões periódicas. Técnicas, riscos, benefícios e mudanças no cotidiano desses pacientes são esclarecidos nas reuniões.

Além dos benefícios aos pacientes, tal projeto objetiva também incluir os estudantes de diversas áreas do conhecimento no convívio e aprendizado com os obesos, visando enriquecer as experiências profissionais e pessoais, colaborando para uma maior compreensão do processo anterior e posterior à cirurgia bariátrica, cada vez mais reconhecida como uma alternativa segura e eficaz para o tratamento da obesidade.

Grupo de Apoio ao Paciente Obeso

Este grupo realiza reuniões bimestrais que são realizadas no anfiteatro do Hospital das Clínicas, por equipe multidisciplinar, com participação de alunos de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, fig. 1. Os encontros acontecem na segunda quarta-feira do mês, a cada dois meses, com presença média de 100 pessoas, entre pacientes e familiares, com entrega de material de informação (livretos) para extensão do encontro até seus

domicílios, visando à discussão entre sua família, amigos, pessoas próximas ou em situação semelhante.

As reuniões abordam temas relacionados à obesidade, sua origem, complicações, tratamento clínico, tipos de cirurgias, expectativas de qualidade de vida no pós-operatório. Sendo a obesidade uma doença multifatorial, os membros da equipe são convidados a abordar os aspectos de sua especialidade (cirurgião, nutricionista, psicóloga, enfermeira, assistente social, dentista).

Em seguida, a plateia é convidada a interagir, fazendo perguntas à equipe multidisciplinar para que as dúvidas sejam esclarecidas. As experiências são compartilhadas e pacientes operados de cirurgia bariátrica expõem seus relatos, com as melhorias obtidas e os desafios encontrados, respondendo dúvidas levantadas pelo público.

A elaboração do material educativo foi realizada pela equipe de saúde, o livreto, possui a finalidade de esclarecimento do conteúdo abordado nas reuniões, além de facilitar o acesso as informações para a posterior consulta bariátrica. Os conteúdos privilegiam os diversos ramos multiprofissionais na abordagem da obesidade e além de esclarecimentos, trazendo dicas em como conseguir uma melhora na qualidade de vida.

É objetivo do grupo também desenvolver campanhas de esclarecimentos sobre obesidade e suas comorbidades, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, visando alertar a população sobre os fatores predisponentes, riscos associados à doença e orientar cuidados e prevenção.

Elaboração de Material

Foi elaborado um livreto para uso nas reuniões e possibilitar que os pacientes possam disseminar informações, ao levar para suas residências. Nesse material há informações a fim de orientar o paciente e seus familiares sobre a cirurgia da obesidade, situações pré e pós-operatórias, visando retirar as dúvidas, fig. 2.

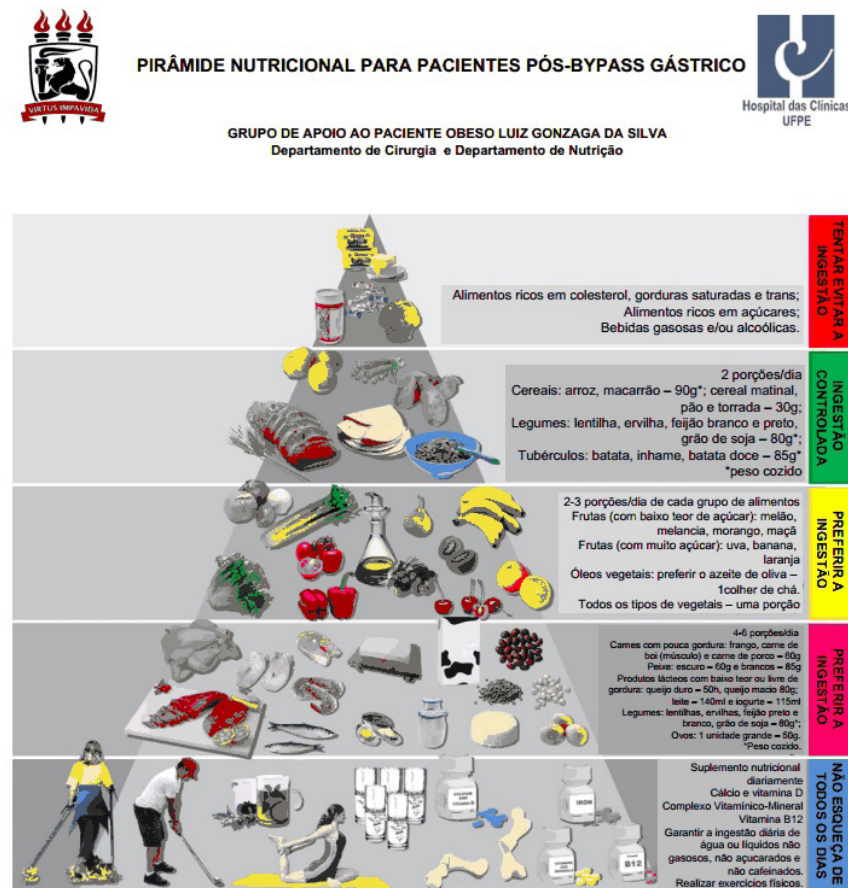
Ele contou com a colaboração de profissionais e estudantes de medicina, educação física, enfermagem, nutrição, odontologia e psicologia. Traz informações sobre os riscos da obesidade, como é a cirurgia, obstáculos que serão encontrados e orientações de como comer, se exercitar e manter a mente saudável. Tal diversidade permitiu um livreto com informações multiprofissionais mostrando ao paciente que ele será bem assistido durante a caminhada, além de buscar estabelecer uma ponte entre os pacientes e tais profissionais.

Além do livreto, foi elaborado banners a fim de ilustrar as informações oriundas dos profissionais de saúde, tornando as explicações mais didáticas. Tais como a pirâmide nutricional específica para o paciente submetido a cirurgia bariátrica e ilustrações dos tipos de cirurgia, fig. 3 e fig. 4.

Participação dos estudantes

Ao vivenciar esses encontros os estudantes das diversas áreas como medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, educação física, psicologia e assistência social tem a oportunidade de interagir com os pacientes e familiares, percebendo suas necessidades, angústias, alegrias e realizações. Além disso, o contato com a prática interdisciplinar desde o início da graduação induz a formação de profissionais cada vez mais habilitados para lidar com o público em geral.

Na sua formação acadêmica, os estudantes praticam conhecimentos teóricos, consolidando o aprendizado. Aprendem a elaborar material didático como banners e livreto, que serão prática comum



Referência: Moizé VL, Pi Sunyer-X, Mochari H, Vidal J. Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. *Obes Surg.* 2010; 20 (8) : 1133-41. Nutritional Pyramid for Post-gastric Bypass Patients, adaptado.

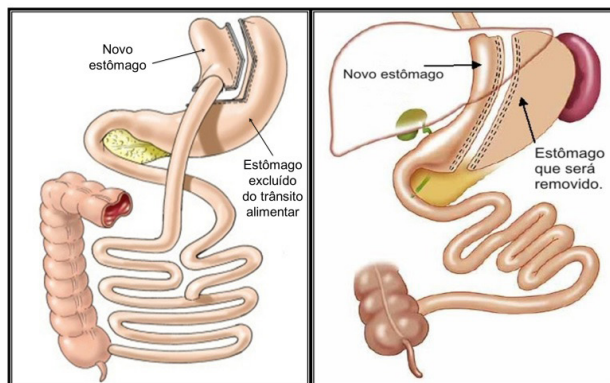
Apoio: **PROEXT**
PROEXT

Fig. 3- Banner da pirâmide nutricional para paciente pós cirurgia bariátrica.



TIPOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

GRUPO DE APOIO AO PACIENTE OBESO LUIZ GONZAGA DA SILVA
Departamento de Cirurgia



GASTROPLASTIA em Y de Roux
(FOBI-CAPELLA)

GASTRECTOMIA VERTICAL
(SLEEVE)

Apoio: **PROEXT**

em suas vidas profissionais.

A participação dos estudantes consta também de desenvolvimento de pesquisa científica em cirurgia bariátrica e tratamento de suas complicações, em conjunto com a Pós-Graduação em Cirurgia da UFPE.

Conclusão

O grupo de apoio ao obeso permite o acompanhamento pré e pós-operatório dos pacientes que serão submetidos à cirurgia bariátrica. Os encontros permitem troca de experiências entre eles e familiares. Recebem assistência de forma ampla e multiprofissional, atendendo as suas necessidades. Além disso, permite a prática interdisciplinar entre alunos e profissionais vinculados ao Hospital das Clínicas- UFPE, tornando o serviço ainda mais eficaz.

Fig. 4- Banner ilustrativo mostrando os tipos de cirurgia

Referências

- Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global. In: Relatório da consultoria da OMS 894. São Paulo: Editora Roca; 2004.
- Anjos LA. Obesidade e Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(6):1495-500.
- Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev Nutr*. 2004; 17(4):523-33.
- Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr*. 2001; 131(3):871S-873S.
- Campos JM, Neto MPG, Moura EGH, Silva CEJ. Epidemia Mundial da Obesidade. In: Campos et al. *Endoscopia em Cirurgia da obesidade*. Inded. São Paulo: Santos; 2008. P.4-10.
- Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr*. 2000; 13(1):17-28.
- Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003. p.27-34.
- Velásquez-Meléndez G, Pimenta AM, Kac G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Ver Panam Salud Publica*. 2004;16(5):308-14.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO convention, Geneva, 1999. WHO technical report series 894, Geneva 2000.
- Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 1998; 6 Suppl 2:51S.
- Gray, DS, Fujioka, K. Use of relative weight and body mass index for the determination of adiposity. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:545.
- Deurenberg, P, Weststrate, JA, Seidell, JC. Body mass index as a measure of body fatness: age- and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr* 1991; 65:105.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- Pories WJ. Yes, Virginia, Bariatric Surgery Works, and It Is Safe. *N C Med J*. 2006 Jul-Aug;67(4):296-300.
- PINHO, Claudia Porto Sabino et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil:magnitude e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, Dec. 2011

GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA: concepção, desenvolvimento e resultados preliminares

Diego Rafael Ferreira de Oliveira,
Acadêmico do Curso de
Bacharelado em Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão;
E-mail: bio_diegorafael@hotmail.com;

Vanessa Karla Santos de Souza,
Acadêmica do Curso de
Bacharelado em Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão;
E-mail: vanessa2010karla@hotmail.com;

Silvana Gonçalves Brito de Arruda,
professora Doutora do
Núcleo de Nutrição–UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão;
E-mail: silgbrito@hotmail.com;

Marina de Moraes Vasconcelos Petribú,
professora Doutora do
Núcleo de Nutrição – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão;
E-mail: mpetribu@hotmail.com;

Marclineide Nóbrega de Andrade Ramalho,
professora Mestra do
Núcleo de Enfermagem – UFPE/CAV/Vitória de Santo Antão;
E-mail: marclineide@ig.com.br;

Cíntia Virgínia Pereira da Cruz, Enfermeira da UBS
– Vitória de Santo Antão, E-mail: cintia_virginia@hotmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho foi relatar a criação e execução das atividades do HIPERDIA, cujo foco principal é integrar serviços de saúde às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde Loteamento Conceição, localizado em Vitória de Santo Antão e realizar atividades educativas relacionadas à promoção da saúde. Participaram do grupo 39 pessoas, e foi estabelecida uma sequência de etapas constituídas por: apresentação inicial da equipe, explanação do projeto, incluindo sensibilização para adesão do grupo; preenchimento de instrumento para coleta de dados, constituído de questionário semiaberto contendo dados socioeconômicos, atividade física habitual, dados clínicos dos usuários. A ação proporcionou resultados positivos e avanços

no cuidado a pessoas com DM e HAS, possibilitando a vivência e a construção de novas habilidades no cuidado de doenças crônicas não transmissíveis. As ações com o GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA proporcionaram a construção de saberes mútuos, entre docentes /discentes/comunidade/universidade.

Palavras-Chave: diabetes mellitus, hipertensão, promoção da saúde.

Abstract

The aim of this study was to report the creation and execution of the HIPERDIA activities, whose primary focus is to integrate health services to people with Diabetes Mellitus (DM) and/or Hypertension (HTN) in the Basic Health Unit in Allotment Conceição, located in Vitória de Santo Antão and conduct educational activities related to health promotion. 39 people participated in the group. We established a sequence of steps consisting of; initial presentation team / explanation of the project, including awareness of membership of the group; filling instrument for data collection, consisting of semi-open questionnaire containing socio-economic data, physical activity, clinical data of users. The action brought positive results and advances in the care of people with diabetes and hypertension, enabling the construction of new experiences and skills in the care of chronic diseases. Actions with the group HIPERDIA / UFPE NA PRAÇA provided building mutual knowledge between teachers / students / community / university.

Keywords: diabetes mellitus – hypertension – health promotion

Introdução e Objetivos

O Brasil atravessa um longo período de transição epidemiológica, no qual coexistem problemas de saúde relacionados à desnutrição e doenças infecto parasitárias e, paralelamente, doenças crônico-degenerativas, tais como patologias cardiovasculares, câncer, até mesmo o estresse. Vale ressaltar que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes mellitus (DM), câncer, hipertensão arterial (HAS) e doenças cardiovasculares têm se destacado no perfil de morbi-mortalidade de populações latino americanas (MARIATH et al., 2007).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008, demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas (MENDES, 2012).

Conforme descrito por Campos, Barros e Castro (2004), a intersetorialidade na promoção da saúde tem como objetivo estabelecer parcerias intersetoriais, inter-institucionais e com entidades não-governamentais e da sociedade civil, visando fortalecer processos de co-responsabilização na produção da saúde.

Ações de saúde realizadas pelo então projeto e agora programa de extensão 'UFPE na praça: promovendo a saúde em Vitória de Santo Antão' (UFPE/CAV) evidenciaram uma resposta positiva da população. Apesar dos resultados alcançados apontarem para uma resposta positiva do público, após avaliação do projeto, a equipe constatou que ações realizadas em um território delimitado seria mais efetiva.

Além disso, verificou-se um interesse relevante dos discentes em participar do programa, neste novo formato que incluía não apenas atendimentos pontuais, mas um trabalho de acompanhamento semanal e contínuo, possibilitando a realização de trabalhos de pesquisa.

Merece destaque a importância da construção de programas de saúde e o conjunto de ações voltadas ao processo de cuidado, visando o bem-estar da população com a oferta de serviços e/ou ações de saúde no enfrentamento dos desafios da saúde pública contemporânea, relacionado às DCNT, ou seja, formar profissionais de saúde conscientes do seu papel na sociedade. Além disso, a parceria existente entre a UFPE/CAV e a Prefeitura Municipal favorece a execução das ações propostas, além do apoio relevante da PROEXT/UFPE na execução do programa.

Mediante o exposto, os objetivos deste trabalho foram relatar a criação e execução das atividades do grupo HIPERDIA, cujo foco principal é integrar os serviços de saúde às pessoas portadoras de DM e/ou HAS na Unidade Básica de Saúde do Loteamento Conceição, localizado no Município da Vitória de Santo Antão e realizar atividades educativas relacionadas à promoção da saúde.

Marco Teórico

O conceito de promoção da saúde preconizado na Carta de Ottawa indica que promover a saúde significa fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre a mesma (BRASIL, 2002).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa no ano de 1986 destacou o termo Promoção da Saúde, em resposta a um movimento que buscava renovar a concepção mundial de Saúde Pública, a qual era baseada até então no modelo biomédico, focado na doença e com uma idéia negativa da saúde (BRASIL, 2002). Significa que as ações devem ser realizadas sobre os condicionantes e determinantes sociais com a intenção de provocar impactos que qualifiquem a vida das pessoas, e que além das ações inter e intra-setoriais ainda se caracteriza por práticas coletivas que ampliem sua consciência sanitária, os seus direitos civis, sociais e políticos, ou seja, ampliação do poder de cidadania.

Verificou-se a necessidade de reformular o conceito de saúde e propor um novo enfoque para a saúde pública, resultando numa conotação positiva de saúde, considerando na sua definição a imprescindível articulação entre os diversos fatores socioambientais, ou seja, estilos de vida considerados saudáveis e não-saudáveis (SOUZA et al., 2005).

A composição demográfica da população mundial passou por mudanças intensas com o aumento na expectativa de vida e na população de idosos acima de 80 anos, resultando no aumento das doenças não transmissíveis (LESSA, 1998; SICHIERI, 1998). Em 2050 um quinto da população mundial será idosa (FIBGE, 2002). Considerando que esta realidade também se aplica ao Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde através da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006.

As DCNT constituem uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo. Entre essas patologias estão o DM e a HAS. Caracterizam-se principalmente por uma etiologia multifatorial que envolve o estilo de vida sedentário, alimentação desequilibrada, consumo de cigarro e ingestão de álcool. Tem-se observado que a remoção ou redução da exposição a estes fatores de risco diminuem os índices de mortalidade e/ou no aparecimento mais tardio das doenças em estudo (MENDES, 2012).

De acordo com Pinheiro, Freitas e Corso (2004) o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

podem ser caracterizados por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.

O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Considerando-se esse aumento das doenças não transmissíveis, a promoção da saúde envolve a participação dos diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar soluções para os problemas da comunidade. Porém, isso só se torna possível a partir de uma combinação de estratégias que incluem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e dos sistemas de saúde (BUSS, 2000).

Nesse sentido, alguns eixos temáticos e de atuação na promoção da saúde vêm sendo construídos a fim de intensificar um modo mais proativo de operar a promoção da saúde (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004). Um dos eixos temáticos diz respeito ao estilo de vida ou “modos de viver”, o qual tem como uma das áreas de trabalho prioritárias a “alimentação e nutrição” com “eixo de atuação” na intersetorialidade.

Por outro lado, as ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio. No campo da promoção da alimentação saudável e da atividade física as medidas de incentivo estão associadas a informação e promoção de práticas educativas e motivação dos indivíduos para adoção de práticas saudáveis. As medidas de apoio por sua vez facilitam a adesão a práticas saudáveis. Contudo as medidas de proteção estão associadas a impedir que indivíduos e coletividades fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis (BRASIL, 2006).

A promoção da alimentação saudável é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, estando inserida nas estratégias citadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, no eixo “promoção de hábitos saudáveis, com ênfase à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo”. Também é considerada um item essencial na construção da Segurança Alimentar e Nutricional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

No atual contexto de aumento de consumo de produtos industrializados e diminuição de consumo de alimentos in natura a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) recomenda as seguintes condutas para prevenção da obesidade e de outras doenças associadas à alimentação:

buscar o balanço energético e o peso saudável; limitar o consumo de gorduras; aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.); limitar o consumo de açúcares livres; limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado.

Acompanhar a saúde de pessoas com DCNT são ações que devem ser trabalhadas de forma multi e interdisciplinar, considerando-se o relevante papel do enfermeiro, do médico, do nutricionista, do educador físico, entre outros profissionais. Neste sentido, sistematizar a assistência do cuidado para as pessoas com DM e HAS assume indispensável relevância, considerando as inúmeras complicações que podem ocorrer em decorrência dessas doenças.

Metodologia

Foram desenvolvidas ações conjuntas envolvendo docentes, discentes e residentes da UFPE-CAV e profissionais da saúde: enfermeira e agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Loteamento Conceição, localizada no Município da Vitória de Santo Antão – PE.

Em princípio foi realizada uma visita de campo em setembro/2012 a UBS para identificar suas necessidades e da comunidade. Segundo informações colhidas existia um grupo de hipertensos e diabéticos, mas que acabou sendo desfeito por falta de propostas que os estimulassem a participar do grupo. Ficou decidido que a ação seria voltada para criar um novo grupo formado por usuários que já participavam do grupo anterior e novos integrantes e tentar mantê-los motivados a permanecer nas atividades semanais realizadas. Foi elaborado um convite e encaminhado com ajuda dos ACS aos portadores de DM e HAS.

Foi estabelecida uma sequência de etapas constituídas por: apresentação inicial da equipe e explanação do projeto, incluindo a sensibilização para adesão do grupo; preenchimento de instrumento para coleta de dados, constituído de um questionário semiaberto contendo dados socioeconômicos, atividade física habitual, dados clínicos dos usuários e desenvolvimento das atividades programadas.

Os dados parciais coletados nesta pesquisa correspondem ao período de outubro a dezembro de 2012, resultado das ações realizadas durante as quartas-feiras no período da manhã. Uma vez por semana os alunos e professores se reuniam na universidade propondo as ações para a semana seguinte, elaborando relatórios, dando prosseguimento e continuidade ao projeto. Os temas abordados durante as ações envolveram: consequências da HAS e do DM, tratamento medicamentoso, alimentação saudável, plantas medicinais, exercícios físicos, consequências do tabagismo e do alcoolismo para hipertensos e diabéticos. A metodologia utilizada foi rodas de conversas, jogo de perguntas e respostas, teatro, promoção do consumo adequado de frutas com degustação e discussão acerca da importância das frutas na alimentação, cartilhas autoexplicativas sobre DM e HAS, alongamento e práticas de exercícios físicos.

Resultados e discussão

O primeiro dia da ação iniciou-se com a explanação do projeto ao grupo recém-estruturado. Neste momento foi possível sensibilizá-los quanto à importância do projeto e da participação destes para o controle do DM e HAS, promovendo uma melhoria na qualidade de vida. No decorrer da ação foi preenchido um instrumento de cadastro semiaberto para cada usuário, apresentando seus dados socioeconômicos, atividade física habitual e dados clínicos (Tabelas 1 e 2).

Participaram do grupo 39 pessoas, sendo 7 homens (17,9%), destes: 3 diabéticos, 3 hipertensos, 1 diabético/hipertenso; 32 mulheres (82,1%), destas: 2 diabéticas, 25 hipertensas, 5 diabéticas/hipertensas. A idade média para homens foi de 59,71 anos ($\pm 18,09$) e mulheres de 55,78 anos ($\pm 12,79$). O grupo apresentou uma renda familiar média de R\$ 737,66 ($\pm 600,82$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Sexo, idade e renda dos(as) usuários(as) do GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA, Vitória de Santo Antão, 2012.

Variáveis	N %	
Sexo (quantidade)		
Masculino	7	17,9
Feminino	32	82,1
Idade (anos)		
Homens	60	
Mulheres	56	
Renda Familiar (reais)	737,66 ($\pm 600,82$)	

A maior parte dos usuários apresentou 1º grau incompleto (43,6%). A co-morbidade mais referida foi a HAS (71,80%). Quanto as variáveis comportamentais, 51,3% dos usuários atualmente não fumam, 51,3% nunca ingeriu bebidas alcoólicas e 71,80% eram sedentários no momento em que ingressaram no programa (Tabela 2).

Tabela 2 – Características socioeconômicas, clínicas e comportamentais do GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA, Vitória de Santo Antão, 2012.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	16	41
1º Grau Incompleto	17	43,6
2º Grau Incompleto	4	10,3
2º Grau Completo	2	5,1



Figuras 1: Cartilhas elaboradas e distribuídas para os integrantes do GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA

Co-morbidades		
DM	5	12,82
HA	28	71,80
DM/HA	6	15,38
Tabagismo		
Nunca Fumei	14	35,9
Fumei Anteriormente	20	51,3
Fumo Diariamente	5	12,8
Etilismo		
Nunca Bebi	20	51,3
Deixei de Beber	5	12,9
Bebo Raramente	12	30,8
Bebo (1-6 vezes por semana)	2	5
Atividade Física		
Sedentário	28	71,8
Pratico Exercício Físico	11	28,2

Foram elaboradas duas cartilhas relacionadas à DM e HAS e distribuídas aos participantes no intuito de consolidar o conhecimento compartilhado nas ações (Figuras 1 e 2). As estratégias utilizadas consistiram na informação e sensibilização da clientela assistida pelo grupo. As ações propostas foram desenvolvidas com enfoque na promoção à saúde e prevenção dos agravos advindo das DCNT. Outro ponto a ser ressaltado foi o desenvolvimento de atividades multidisciplinares em educação em saúde.

A ação trouxe resultados positivos e avanços no cuidado a pessoas com DM e HAS, possibilitando a vivência e a construção de novas habilidades no cuidado de DCNT. O grupo aceitou bem a nova metodologia de trabalho e a média de participação ficou em torno de 28,28 ($\pm 3,95$) pessoas por atividade (Figuras 3 e 4). A utilização de ideias inovadoras, o lúdico educativo culminado com a promoção da saúde foi essencial para a participação e adesão ao tratamento do grupo (Figuras 5, 6 e 7).

Desta forma o projeto abarca os seguintes pilares teóricos: a promoção de atividades que buscam a educação popular em saúde, tendo em vista a educação problematizadora de Paulo Freire (1996) e a visão planetária sobre a educação de Edgar Morin (2000).

Considerações finais

As atividades realizadas com o grupo focaram o desenvolvimento de atividades multidisciplinares em educação em saúde. Observou-se que o grupo compreendeu a importância da participação nas ações, o debate abriu espaço para os integrantes tirarem suas dúvidas e levantarem questões interessantes acerca dos temas.

Esse tipo de intervenção é uma oportunidade ímpar de se começar a vivenciar as políticas atuais de saúde pública, integrando o serviço de saúde às pessoas portadoras de DCNT atendendo as necessidades dos sujeitos da forma mais completa possível. Esse fato pode ser amplamente vivenciado na Estratégia Saúde da Família, provavelmente futuro ambiente de trabalho para esses acadêmicos e futuros profissionais da saúde.



Figuras 1 e 2: Cartilhas elaboradas e distribuídas para os integrantes do GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA



Figuras 3 e 4: Integrantes do GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA participando de atividades de alongamento.

As ações com o GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA proporcionaram a construção de saberes mútuos, entre docentes/discentes/comunidade/universidade. Toda extensão tem sua relevância social e acadêmica, devendo ser pautada no novo paradigma da produção social em saúde, propiciando a reflexão e o desenvolvimento de atitudes que levam a uma melhoria na qualidade de vida e fortalecendo o enfoque da Enfermagem, Nutrição e Educação Física, valorizando assim a interdisciplinaridade e o desenvolvimento teórico/crítico dos discentes para seu futuro exercício em suas respectivas profissões.



Figuras 5, 6 e 7: Atividades Lúdicas: rodas de conversas, jogo de pergunta e resposta, teatro integrando o GRUPO HIPERDIA/UFPE NA PRAÇA

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde. Brasília (DF); 2002. 56 p. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicações/cartas_promocao.pdf>. Acessado em: 25 junho 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2., 2004, Olinda. A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Olinda: [s.n.], 2004.
- FIBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios. Rio de Janeiro, 2002.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. - São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- LESSA, I. *Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis: o adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. São Paulo: Abrasco, 1998.
- MARIATH, A. B.; GRILLO, L. P.; SILVA, R. O.; SCHMITZ, P.; CAMPOS, I. C.; MEDINA, J. R. P.; KRUGER, R. M. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.4, pp. 897-905.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MORIN, E. *Sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2000.
- PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 4, out./dez., 2004.
- REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão, vol. 17, nº 1, Jan./mar., 2010.

SICHERI, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SOUZA AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) ago; v. 26, n.2, p.147-53, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, n. 916).

HORTAS MEDICINAIS: O USO DE FITOTERÁPICOS PARA UMA SAÚDE SUSTENTÁVEL

Bárbara Ramos,

Estudante de Biomedicina, Bolsista de Extensão, barbara.a.ramos@hotmail.com

Leilane Moraes,

Estudante de Ciências Biológicas/Ambientais, leilane.marina@hotmail.com

Jéssica de Andrade,

Estudante de Biomedicina, jessica_andrade.gs@hotmail.com

Bruna Costa,

Estudante de Ciências Biológicas/Ambientais, brunamirely18@gmail.com

Daniel Araújo,

Mestrando em Ciências Biológicas, danielrodrigo7@yahoo.com.br

Alexandre Silva,

Laboratório de Produtos Naturais/Departamento de Bioquímica/Centro de Ciências Biológicas/UFPE

Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas/UFPE, agsilva@live.com

Clóvis Macedo,

Mestrando do Dpt° de Bioquímica e Fisiologia, clovisfilho@gmail.com

Sarah Romini,

Mestranda do Dpt° de Bioquímica e Fisiologia, sarahbasto@hotmail.com

Cibele Silva,

Mestranda do Dpt° de Bioquímica e Fisiologia, cibealves2@gmail.com

Marcia Vanusa,

Professora do Departamento de Bioquímica/CCB/UFPE, marcia.vanusa@ufpe.br

Maria Teresa,

Professora do Departamento de Bioquímica/CCB/UFPE, mtscorreia@gmail.com

Resumo

Plantas medicinais são definidas pela OMS como sendo “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos” (Bulletin of the World Organization). Para que a utilização das plantas medicinais seja segura é necessário obter um conhecimento básico sobre o assunto. Deste modo o desenvolvimento do presente projeto foi de grande importância uma vez que o público alvo teve aproximação com tais conhecimentos, promovendo uma maior facilidade para lidar de maneira correta com os produtos fitoterápicos. Este presente trabalho teve como objetivos resgatar o conhecimento sobre plantas medicinais através de uma pesquisa executada com os próprios alunos da escola, realizar

palestras para ensinar e sensibilizar o uso correto dos fitoterápicos, implementar uma horta medicinal vertical promovendo assim um contato maior com a saúde e o meio ambiente.

Abstract

The medicinal plants are defined by WHO as “any plant that has, in one or more organs, substances that can be used for therapeutic purposes or are precursors of semi-synthetic drugs” For the use of medicinal plants happen safely is necessary to obtain a basic knowledge on the subject, thus the development of this project was of great significance since the audience had closer ties with such knowledge, promoting a greater ability to deal correctly with the herbal products. This present study aimed to rescue the knowledge of medicinal plants through a survey made with the students of the school, hold lectures to teach and raise awareness on the correct use of herbal, medicinal garden implement a vertical thereby promoting greater contact with health and the environment.

Introdução

As plantas medicinais são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursores de fármacos semi-sintéticos” (Bulletin of the World Organization). Durante os últimos anos, vários fatores contribuíram para o aumento no uso de plantas medicinais: o alto custo de remédios sintéticos; o fácil cultivo e acesso a plantas medicinais; entre outros, mas para que a utilização das plantas medicinais aconteça com segurança é necessário um conhecimento prévio. O presente trabalho foi de grande importância, uma vez que o público alvo teve aproximação com tais conhecimentos, promovendo uma maior facilidade para lidar de maneira correta com os produtos fitoterápicos no dia a dia, que vai desde o cultivo dessas plantas até a produção dos mesmos. Os objetivos foram resgatar o conhecimento sobre plantas medicinais através de uma pesquisa, realizar palestras para ensinar e sensibilizar o uso correto dos fitoterápicos e implementar uma horta medicinal na escola, promovendo assim um contato maior com a saúde e o meio ambiente.

Marco Teórico

O uso de plantas no tratamento e na cura de enfermidades é tão antigo quanto a espécie humana (Maciel et al. 2002) porém aqui no Brasil, tem sua origem na cultura dos diversos grupos indígenas que habitavam o país (Simões et al. 1998), misturada, ainda, com as tradições de uso dos europeus e africanos que chegaram posteriormente e constituiu a atual farmacopéia local, despertando grandes interesses nacionais e internacionais pelo potencial terapêutico e econômico que representam (Berg, 1980). A Fitoterapia constitui uma forma de terapia medicinal que vem aumentando notadamente nestes últimos anos, ao ponto que o mercado mundial de fitoterápicos gira em torno de 22 bilhões de dólares (Veiga et al. 2001). No Brasil, milhões de pessoas não têm como comprar os medicamentos em farmácias (CALLEGARI, 2000) e as únicas alternativas são os medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estes produtos naturais podem ser tão eficientes quanto os produzidos pela síntese química, contudo deve ser usado de forma correta para não causar danos prejudiciais à saúde do paciente.

Metodologia

Pesquisa em campo

Foi feita uma entrevista com os alunos dos 6º e 7º anos do turno da manhã e 7ª série do turno da tarde, da Escola Estadual Leal de Barros, localizada no Bairro do Engenho do Meio, para resgatar o conhecimento prévio dos alunos, sobre plantas medicinais e fitoterápicos, sendo a pergunta chave para desenvolvimento do projeto as plantas mais conhecidas.

Ensino através de palestras

Foram ministradas pelas alunas da Universidade Federal de Pernambuco, dos cursos de Biomedicina e Ciências Biológicas com ênfase em Ambientais as palestras: As Plantas; Como Identificar uma Planta; Plantas Medicinais; Fitoterápicos e; Como Fazer uma Horta Vertical; para que os alunos tivessem um conhecimento melhor desta fonte de produtos ativos potentes.

Implementação da Horta vertical

Após os alunos terem obtido o conhecimento básico sobre o assunto foi implementada no pátio da escola uma horta vertical, assim esses poderão utilizar as plantas colhidas de sua própria horta, ficando na escola uma fonte que poderá ser usada quando precisarem, alcançando uma melhoria na qualidade de vida dessa população por meio do incentivo ao uso de plantas medicinais.

Resultados e Discussão

A pesquisa em campo, executada com 192 alunos, foi analisada de duas formas: uma na qual foi levada em conta a primeira planta que esses citavam, sendo assim considerada a mais conhecida, onde: 23% citaram boldo, 28,5% hortelã, 4% capim-santo, 2,5% erva-cidreira e 42% não citaram nenhuma (Figura 1). E a outra forma foi contabilizada todas as plantas medicinais citadas: 80 alunos não citaram nenhuma, 57 alunos citaram boldo, 55 hortelã, 19 capim-santo, 16 erva-doce, 14 erva-cidreira, 4 aroeira e 3 babosa (Figura 2). Podemos assim observar que as plantas mais conhecidas são também mais citadas.

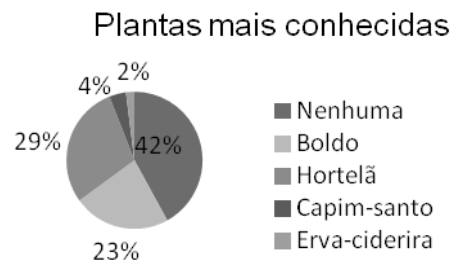


Figura 1: Primeiras plantas citadas pelos alunos.

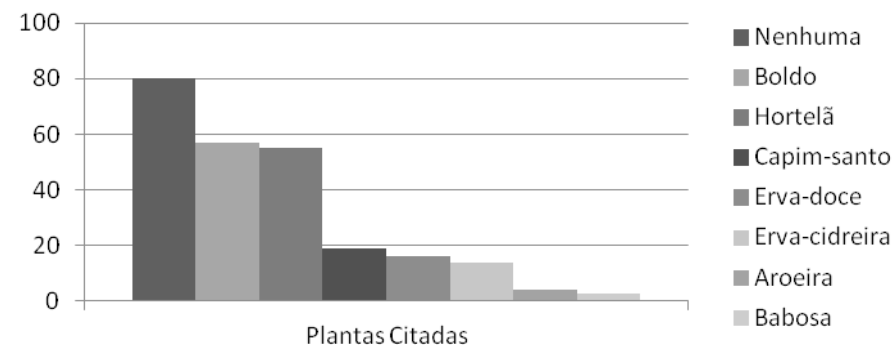


Figura 2: Todas as plantas citadas e quantas vezes se repetem.

Através das palestras todos os alunos obtiveram orientações quanto ao uso correto da planta medicinal; a preparação apropriada, sabendo diferenciar os métodos de preparação delas e seu manejo correto. Com a implementação da horta vertical, poderão utilizar as plantas colhidas de sua própria horta, tendo também um contato maior com o conhecimento e importância ambiental.

Considerações Finais

Com o levantamento desses dados e o convívio com os alunos foi constatado que é necessário que seja implementado normas para uma boa manutenção da horta, e também ampliar o conhecimento em relação aos fitoterápicos, podendo ser ensinado a elaboração desses de forma prática, aumentando assim a segurança ao uso desses produtos ativos.

Referências

- Bulletin of the World Health Organization. (2001). <http://www.who.int/bulletin/en/>
- Maciel, M. A. (2002). PLANTAS MEDICINAIS: A NECESSIDADE DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES. *Química Nova*, 429-438.
- Berg, M. E. Van Den. (1980) CONTRIBUIÇÃO À FLORA MEDICINAL DO ESTADO DE MATO GROSSO. VI SIMPÓSIO DE PLANTAS MEDICINAIS. Suplemento Ciência e Cultura, 33:163-170. 2003.
- Callegari, L. (2000) ANÁLISE SETORIAL – A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA – PANORAMA SETORIAL – Gazeta Mercantil.
- Simões CMO, Mentz LA, Schenkel EP, Irgang BR, Stehmann JR 1998. *Plantas da Medicina Popular do Rio Grande do Sul*. 5ª Edição, Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS
- Veiga Jr., V. F.; Pinto, A. C.; Patitucci, M. L.; Zanino, L.; Calixto, J. B.; Phytother. Res. 2001.

Im(plantando) ações de cuidado na atenção básica: experiências da Terapia Ocupacional no território

Vera Lucia Dutra Facundes - professora adjunta do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81-99789957. Email: verafacundes@yahoo.com.br

Ana Karina Pessoa da S. Cabral – professora assistente do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81- 2126 8931 Email: anakarinapessoa@yahoo.com.br

Caroline Barbosa Matos - terapeuta ocupacional formada pela UFPE. Rua Sertão, Conjunto Praia do Sol, quadra 24-A, bloco B 11, apto 303, Barra de Jangada, Jaboatão dos Guararapes - PE. CEP: 54470-290 . Tel: 81-9242-8984. Email: lolimatos@msn.com

Etiene Cerutti Louzada – terapeuta ocupacional formada pela UFPE. Rua Luiz de Camões, 38. Apt. 301. Encruzilhada, Recife - PE. CEP: 52041-640. Tel: 81-92999377. Email: etiene@outlook.com

Ivo de Andrade Lima Filho - professor adjunto do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81-99789960 Email: ivoalf@bol.com.br

Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino - professora assistente do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81- 9113-1396 Email: julifons@yahoo.com.br

Keise Bastos G. Nóbrega - professora assistente do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81-9181-1560 Email: kbgn@ig.com.br

Luíse de Cássia Tszesniosk - terapeuta ocupacional formada pela UFPE. Rua Amaro Henrique Teixeira, 45. Casa C. Cohab, Cabo de Santo Agostinho - PE. CEP: 54515-120. Tel: 81- 87136896. Email: ise.tszesniosk@gmail.com

Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão - professora assistente do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81- 9615-0949 Email: luzianamaranhao@yahoo.com.br

Marcela Paula C. Andrade - acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81-8651-7071 Email: marcelaandrade_2011@hotmail.com

Priscylla Emanuella Cavalcanti Pereira - acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da UFPE. Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Tel: 81- 94453654. Email: pri.cavalcanti.to@gmail.com

Thatiele Pereira de Sant'Ana - terapeuta ocupacional formada pela UFPE. Rua Padre Nóbrega, 227-A, Barro, Recife - PE. CEP: 50900-130. Tel: 81-9874-0652. Email: thatielesantana@hotmail.com

Resumo

O projeto ‘Terapia Ocupacional na Atenção Básica’ foi desenvolvido por docentes e estudantes do curso de Terapia ocupacional da UFPE articulando ensino, pesquisa e extensão. Objetivou conhecer os aspectos sócio-demográficos, história clínica e o desempenho ocupacional de pessoas com problemas psicossociais e com deficiência a partir de uma intervenção territorial. As ações foram realizadas com usuários e profissionais das equipes da USF-Sítio Wanderley, do Distrito Sanitário IV, Recife-PE e desenvolveram-se em dois momentos complementares: Clínico: Identificação das pessoas com deficiência e com transtornos mentais, a partir dos relatórios da USF e da busca ativa no território visando conhecer a clientela e suas necessidades sociais e de saúde com vistas à elaboração de um plano de cuidado; Territorial: Execução de Grupos: educativos, oficinas e de articulação comunitária (lideranças, usuários e grupos organizados); Interlocação com serviços de atenção a grupos vulneráveis na perspectiva de construção de uma prática do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde. Os cuidados à população em situação de vulnerabilidade no nível da atenção básica ainda são incipientes, embora a cobertura pelo PSF e equipes de apoio, como o NASF, esteja se ampliando. As observações dos docentes e estudantes de Terapia Ocupacional revelaram várias necessidades, como barreiras no acesso e continuidade de assistência dos serviços de reabilitação e a falta de articulação da rede de saúde e intersetorial. As atividades contribuíram para ampliar a visão acerca do processo saúde-doença e a metodologia da pesquisa-ação permitiu a integralidade entre extensão-ensino-pesquisa favorecendo o processo de ensino-aprendizagem na graduação.

Descritores: atenção primária a saúde, terapia ocupacional, saúde mental, saúde da pessoa com deficiência.

Introdução

Atualmente, a Atenção Básica vive um processo de valorização da promoção e proteção da saúde, exige serviços de alta qualidade e resolutividade. É compreendida, ainda, como parte fundamental de um sistema integrado por meio de redes de atenção, sendo considerado um tipo de atenção que não é apenas “porta de entrada”, mas ponto preferencial de contato entre a população e o serviço público de saúde. Por isso é orientada pelos mesmos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, continuidade, acessibilidade, adscrição, responsabilização, coordenação, longitudinalidade, vínculo, acolhimento e humanização (STARFIELD, 1999; BRASIL, 2006b).

A reorganização da Atenção Básica necessária à consolidação do Sistema Único de Saúde exige mudanças de paradigmas, das concepções reducionistas e de enfoques meramente biológicos tanto na compreensão do processo saúde-doença quanto no desenvolvimento de intervenções individuais e coletivas, numa visão mais abrangente, incluindo o aspecto psicossocial nos diversos contextos (COUTINHO; PEREIRA, VULCZAK, 2005; CANÍGLIA, 2005).

Nessas mudanças da compreensão da historicidade do homem e do seu meio, altera-se também a visão limitada dos atores profissionais nessa área, expandindo a atuação na Atenção Básica para uma abordagem interdisciplinar, entendendo que todas as profissões da área da saúde devem ter sua ação extensiva aos três níveis de atenção acompanhando todo o percurso do desenvolvimento humano (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde foram discutidos entraves e possibilidades para ampliar a efetividade da Atenção Básica, onde se compreendeu a necessidade de expansão da equipe multiprofissional incluindo o Programa de Saúde da Família. Nesse momento, a portaria GM/MS nº 154/2008 cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A inclusão dos terapeutas ocupacionais na Atenção Básica se respalda na concepção ampliada de saúde, não mais restrita às ações na área da reabilitação no nível terciário. A Portaria que normatiza o NASF além de enfatizar um novo conceito de reabilitação como um processo de desenvolvimento de habilidades, recursos pessoais e comunitários, inclui áreas direcionadas às Práticas Integrativas Complementares, Atividade Física - práticas corporais, Ações de alimentação e nutrição, Reabilitação, Saúde da criança, Saúde da mulher e Saúde mental e ações sociais. Essas ações facilitam a independência e a participação social das pessoas frente à diversidade de condições e as necessidades presentes no cotidiano.

Baseado, ainda, nas novas diretrizes curriculares, nos conteúdos programáticos teóricos e práticos existentes nos cursos de Terapia Ocupacional e nas experiências profissionais apresentadas em diversos fóruns sobre políticas de saúde, descrevemos algumas ações pertinentes aos terapeutas ocupacionais inseridos na Atenção Básica (ALVES, 2008; BRASIL, 2006a; GALHEIGO, 2007; ROCHA, 2008; FACUNDES et al, 2010):

1º) Educação em saúde – atividade comum a todo profissional integrado na atenção básica que compreende sua responsabilidade social num processo com dimensões biológicas e psicossociais. O repasse de conhecimentos, sensibilização e conscientização do indivíduo, da família e da sociedade são tarefas complexas e que exigem manejo, competência e habilidade por parte do profissional.

2ª) Avaliação do desempenho ocupacional – avaliação do desempenho ocupacional nas atividades da vida diária, laborais, sociais, práticas e de lazer. Através da avaliação, o Terapeuta Ocupacional poderá indicar a forma de atendimento: domiciliar ou referenciado para uma unidade de saúde de média complexidade.

3ª) Atendimento domiciliar - o atendimento domiciliar deve ser realizado quando os recursos terapêuticos utilizados pelo profissional e os adaptados do seu próprio ambiente domiciliar e da comunidade podem atender às necessidades do indivíduo. De acordo com a área a ser trabalhada, seja neurologia, traumatologia-ortopedia, reumatologia, saúde mental, geriatria, senso-percepção, hanseníase, saúde do trabalhador, dentre outras, o Terapeuta Ocupacional poderá avaliar a possibilidade de atendimento domiciliar. Incluem-se, também, nesse programa os usuários que já foram atendidos na média complexidade, atingindo o máximo da sua capacidade de recuperação em nível ambulatorial, mas que necessitam de assistência para manutenção do quadro evitando a regressão dos progressos obtidos.

4ª) Educação Permanente – ação junto aos profissionais que atuam na atenção básica para despertar o interesse e a sensibilidade para identificar indivíduos e grupos com necessidade de informações para prevenção de agravos e de assistência terapêutica ocupacional. A capacitação de agentes comunitários de saúde para a busca ativa de população de risco e de usuários em potencial para a Terapia Ocupacional é um exemplo dessa ação. Além das discussões de caso com a Equipe de Saúde da Família, o Apoio Matricial e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, propostos na Política Nacional de Humanização, são dispositivos importantes para realização de ações significativas de formação em serviço.

5ª) Ações Integradas Coletivas - além das ações específicas, o Terapeuta Ocupacional deve estar integrado as ações coletivas, programadas de acordo com as demandas da comunidade assistida para

um trabalho conjunto, seja nas ações de promoção, seja nas de proteção à saúde. A ação no NASF deve ser integrada ao Programa de Saúde da Família. Dessa forma, as ações em escolas, creches, grupos populares, igrejas e outros equipamentos sociais da comunidade são imprescindíveis.

Facundes et al (2010), ao relatarem a participação de docentes e estudantes do curso de Terapia Ocupacional no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSÁUDE) da UFPE, demonstram que a experiência tem favorecido uma série de observações acerca das demandas da população (idosos, hipertensos, diabéticos, pacientes psiquiátricos, pacientes com seqüelas graves em decorrência de Paralisia Cerebral), e mobilizado a discussão de possibilidades de intervenção terapêutica ocupacional nesse contexto.

A precarização das condições de vida da grande maioria da população nas cidades brasileiras favorece a ocorrência de vários agravos à saúde. Nesse cenário, dificuldades no acesso a serviços de saúde para a mulher, particularmente, no acompanhamento pré-natal, a falta de assistência e de acesso a diagnóstico precoce para crianças em situação de risco ao nascer. A ausência de condições mínimas de moradia, higiene, alimentação, serviços básicos de saúde, educação e exclusão do mercado de trabalho têm sido apontadas como causas mais freqüentes de problemas relacionados às pessoas com deficiência.

No Brasil, as pessoas com deficiência representam, aproximadamente, 14,5% da população, isto é, 24.600.000 pessoas. Na região Nordeste, esses índices chegam a 16,7%, provavelmente pelas precárias condições sócio-econômicas, sanitárias e educacionais existentes (IBGE, 2002). Apenas cerca de 4%, em todo território nacional, está inserida em atividades profissionais, apesar do extenso arcabouço jurídico em prol dessa questão (IERS, 2006).

Algumas causas de deficiência, que emergem atualmente, estão ligadas a fatores externos, tais como acidentes de trânsito, violências que quando não matam, deixam seqüelas, particularmente para jovens. Doenças crônico-degenerativas para citar as de maior prevalência no cenário nacional e mundial: hipertensão e diabetes têm apresentado índices alarmantes (BRASIL, 2003; NERI, SOARES, 2004).

Acrescenta-se ainda que, segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos devido a transtornos mentais severos e persistentes, e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisa de atendimento eventual, em decorrência de transtornos menos graves. Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2004).

Mari (2008) nos alerta ainda que no Brasil, os transtornos mentais são responsáveis por 18% da sobrecarga global de doenças no país e contam apenas com 2,5% do orçamento da saúde. Diante do exposto, percebe-se a necessidade da inserção do terapeuta ocupacional na Atenção Básica, sob uma concepção ampliada de saúde, visando o desenvolvimento de habilidades, recursos pessoais e comunitários, promovendo o engajamento em atividades significativas, de modo a facilitar a participação social das pessoas frente à diversidade de condições e as necessidades presentes no cotidiano.

A universidade tem um compromisso social no sentido de entender a realidade onde ela está inserida e participar dos processos de transformação necessários ao seu desenvolvimento e isso só será possível se os estudantes forem orientados para o exercício de novas práticas sociais, reconhecendo os sujeitos como seres ativos, possuidores de potenciais e direito à cidadania. Nesse sentido foi desenvolvido o projeto “Terapia Ocupacional na Atenção Básica” em resposta ao edital PROEXT/PROACAD/PROPEQ/

nº 01/2010 - Apoio Financeiro e Bolsas a Projetos de Pesquisa-Ação, que propôs a ampliação de ações do curso de Terapia Ocupacional no campo da Atenção Básica, no intuito de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, com a participação integrada de docentes e discentes.

O curso de Terapia Ocupacional já vinha impulsionando um trabalho de investigação, bem como de formação de alunos da graduação através de aulas práticas desenvolvidas na rede SUS, participação de alunos no PET SAÚDE, criação do Grupo de Pesquisa do CNPq “Fundamentos e Práticas da Terapia Ocupacional”, com a linha de pesquisa “Saúde, Educação, Trabalho e Inclusão Social”, entre outras iniciativas. Com a implantação do novo Projeto Pedagógico, a partir de 2011.1, as ações desse projeto serviram como campo de práticas das disciplinas Terapia Ocupacional em Psiquiatria e Terapia Ocupacional na Saúde Mental 1, com previsão de contemplar também as disciplinas Terapia Ocupacional na Saúde Mental 2, Terapia Ocupacional na Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional na Adolescência, visando o desenvolvimento e a consolidação do campo de prática na atenção básica e a integralidade das ações de saúde e social. Como proposta, respaldados pelo conhecimento de práticas e investigações que se realizaram, tivemos ainda a abertura de campo de estágio curricular de Terapia Ocupacional na Atenção Básica, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs). Além disso, buscou-se a integração com os programas de reorientação da formação profissional (PROSAÚDE, PETAÚDE) e também à residência multiprofissional em Saúde da Família.

Ressalta-se que as ações de extensão serviram de campo para a realização de pesquisa científica, inicialmente, exploratória e descritiva acerca da situação de vida da população, riscos e agravos aos quais estão expostos. A partir disso, foram propostas ações educativas e de promoção à saúde, com capacitação das equipes e discussão de casos clínicos, na perspectiva do projeto terapêutico singular.

Esse projeto “guarda-chuva” foi executado a partir de sub-projetos, construídos em resposta a editais de iniciação científica da UFPE e trabalhos de conclusão de curso de Terapia Ocupacional.

Neste sentido, articulando atividades de ensino, pesquisa e extensão, o projeto visou conhecer e intervir sob a situação de vida e saúde das pessoas residentes na área de cobertura da Unidade Saúde da Família de Sítio Wanderley, situada em Brasilit, Distrito Sanitário IV do Recife-PE.

Objetivos

Geral

Conhecer aspectos sócio-demográficos, história clínica e o desempenho ocupacional de pessoas com problemas psicossociais e com deficiência a partir de uma intervenção territorial.

Específicos

- Identificar as pessoas com deficiência, transtorno mental;
- Descrever aspectos da história de vida e história clínica da população estudada;
- Desenvolver e aplicar instrumental metodológico para monitorar e avaliar as ações de intervenção clínica a partir do território fomentando o uso dos equipamentos de saúde, educação e político-sociais;
- Identificar as demandas de capacitação técnica dos profissionais da unidade de saúde e os resultados obtidos com essa ação;

Sujeitos e método

Considerando a necessidade de articular extensão e pesquisa foi conduzido um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, baseado no desenho da pesquisa-ação. A pesquisa-ação se constitui pela dialética entre a teoria e a prática, intervém numa situação real produzindo conhecimento útil e relevante. Thiollent (2009) define a pesquisa-ação como um tipo de investigação social com base empírica, que consiste essencialmente em relacionar pesquisa e ação em um processo no qual os atores e pesquisadores se envolvem, participando de modo cooperativo na elucidação da realidade em que estão inseridos, não só identificando os problemas coletivos como também buscando e experimentando soluções em situação real. A dimensão ativa do método manifesta-se no planejamento de ações e na avaliação de seus resultados.

Foi realizado com usuários e profissionais das equipes da USF-Sítio Wanderley, na Comunidade de Brasilit-Bairro da Várzea, localizada no Distrito Sanitário IV, pertencente a cidade do Recife, no estado de Pernambuco.

A USF tem cerca de 3.397 famílias cadastradas, e estima-se que a população adscrita seja de aproximadamente de 12.212 habitantes. Os participantes do estudo (pessoas com deficiência, transtorno mental, uso abusivo de álcool e outras drogas e vítimas de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho) compuseram amostras intencionais que foram identificadas a partir de um estudo exploratório para levantamento dos casos na área.

A USF Sítio Wanderley é formada por três equipes de saúde da família (ESF) com 29 profissionais envolvidos, distribuídos da seguinte forma: 10 -3 médicos; 3 enfermeiras, 2 dentistas, 3 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de odontologia, 16 agentes comunitários de saúde.

O projeto se desenvolveu em dois momentos, não necessariamente distintos, mas complementares. Foram eles:

Clínico: Identificação das pessoas com deficiência e com transtornos mentais, a partir dos próprios relatórios existentes na USF e da busca ativa no território; Atendimento domiciliar; Atendimento na Unidade de Saúde da Família – equipe de saúde. Este primeiro momento visou conhecer a clientela e suas necessidades sociais e de saúde com vistas à elaboração de um plano de cuidado;

Territorial: Elaboração e Execução de Grupos: educativos, oficinas e de articulação comunitária (lideranças, usuários e grupos organizados); Organização de espaços de discussão, lazer e culturais a partir das possibilidades do bairro e uso dos recursos da cidade; Interlocação com organismos e serviços de atenção a grupos vulneráveis na perspectiva de construção de uma prática do terapeuta ocupacional na atenção básica em saúde.

Essas atividades se desenvolveram no contexto de ensino, através de aulas práticas de disciplinas da graduação; de extensão, com estudantes bolsistas e voluntários do projeto de extensão; e de pesquisa, com estudantes bolsistas e voluntários do projeto de pesquisa-ação. Foram realizadas reuniões quinzenais com os participantes no Departamento de Terapia Ocupacional/UFPE; Reuniões com as equipes da USF e com técnicos do NASF, e Visitas domiciliares junto com os ACS. As reuniões com a equipe da USF serviram de espaço de planejamento e articulação entre as ações da pesquisa/extensão e às desenvolvidas pela equipe do serviço.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da

UFPE, com registro nº 441/10.

Resultados

Caracterização da população alvo e Desenvolvimento de ações de intervenção clínica a partir do domicílio, com fomento ao uso dos equipamentos de saúde, educação e político-sociais: **Pessoas com problemas psicossociais (adultos)**.

Foram identificados 29 indivíduos, dos quais 22 foram avaliados a partir de visita domiciliar. A maioria deles se caracterizou como do sexo feminino (61,9%), com idade entre 36 e 51 anos (38,1%) e solteiros (61,9%), de religião católica (38%), com 1º grau incompleto (47,62%), história de vida produtiva (71%) e a renda advém da aposentadoria, principalmente por invalidez (57%). Outro dado importante é que 71,43% dos usuários não participam de grupos comunitários. Em relação à História Clínica e Ocupacional dos usuários a principal demanda por cuidado em saúde mental foi à alteração de comportamento (52,38%), seguida das alterações de humor (38,10%), principalmente depressão e a maioria também desenvolveu atividades administrativas no passado (38,10%). Quanto às alterações no desempenho ocupacional foi observado que 52,38% têm dificuldades de socialização.

Sobre a relação desses sujeitos com os equipamentos sociais da comunidade, os equipamentos mais conhecidos e frequentados são instituições religiosas e serviço de saúde, demonstrando redes sociais diminuídas, restritas aos familiares e aos profissionais de saúde.

Esses achados corroboram com os encontrados por Muramoto e Mângia (2011) quando apontam que pessoas com transtorno mental apresentam redes sociais empobrecidas, poucas relações significativas e rede social composta, em média, por 70% de familiares que coabitam com os mesmos. Isso reflete a dificuldade dos mesmos serem considerados como produtivos na sociedade.

As dificuldades de participação social dos usuários foram abordadas durante os momentos de entrevista no sentido de discutir possibilidades de enfrentamento para as mesmas. Foram realizados estímulos para que os usuários participassem de atividades grupais no intuito de desenvolver habilidades pessoais, ampliar as relações sociais e a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Nesse sentido foi proposto um grupo de convivência e atividades que ocorreu semanalmente no salão da igreja Anglicana da comunidade. O objetivo desses grupos foi gerar e estimular a autonomia, a consciência e a disciplina quanto às ações de cuidados gerais e de saúde mental. Esses espaços ofereciam acolhimento, oportunidade de expressão e de escuta, através de atividades e troca de vivências, pois segundo Benevides et al (2010), o indivíduo em sofrimento psíquico necessita de espaços de convivência e criação onde possa expressar opiniões e escolhas.

Nos grupos, os usuários tinham a possibilidade do **fazer** através de atividades expressivas, lúdicas e artesanais, mantinham diálogos sobre Atividades de Vida Diária (AVD) e lazer, possibilidade de retorno às atividades produtivas, de capacitação profissional e recuperação da autoestima. O intuito era transformar a relação entre a loucura e a sociedade, rescindindo o estigma de **ser doente mental** para os próprios usuários, estendendo essa nova percepção para sua rede de convivência.

A análise dos diários de campo originados das observações dessas atividades revelou que as temáticas mais abordadas foram: socialização, autoestima, atividade produtiva, organização do pensamento e autocuidado. Constatou-se que as atividades contribuíram para desenvolver habilidades pessoais no sentido de resgatar o fazer cotidiano inserido no contexto social e cultural

desses sujeitos, bem como a prevenção de agravos à saúde. Observou-se também a necessidade de maior parceria com os profissionais da USF e com os familiares dos usuários como incentivo para a prática de ações de promoção de saúde. Essa intervenção foi e continua sendo campo de aulas práticas da graduação, assim como de atividades de extensão, de forma que essa experiência tem permitido instrumentalizar o estudante para o uso dos recursos grupais (educativos, oficinas e cooperativas) objetivando uma atenção coletiva para as pessoas com problemas psicossociais.

Pessoas com problemas psicossociais (crianças)

Um total de sete crianças participaram do estudo/intervenção, cuja maioria foi do sexo masculino, estavam na faixa etária de 1 a 5 ou de 6 a 9 anos, possuíam renda familiar de 1 salário mínimo, o nível de escolaridade dos pais é o ensino fundamental, vivem em estrutura monoparental e moram em casas com 2 a 4 pessoas.

Estudos indicam que viver em condições sociais e econômicas desfavoráveis, ter pais com baixa escolaridade e viver em famílias monoparentais ou constituídas pela presença de padrasto/madrasta (ou com a presença de outras pessoas) são fatores que podem induzir ao aparecimento de problemas de comportamento em crianças (RUTTER, 1981; NAJMAN et al, 2004). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (2001) reconhece que o tipo de configuração sociodemográfica influencia o contexto social, podendo colocar o indivíduo em desvantagem na utilização de equipamentos disponíveis no meio.

Essas crianças foram visitadas no domicílio e nas escolas onde estudavam e as intervenções envolveram a participação de familiares, professores e coordenadores. A observação das crianças nesses ambientes demonstrou que as crianças apresentavam problemas na estrutura familiar, rede social restrita, ausência de momentos e espaços de lazer, dificuldades com o processo de aprendizagem e de inclusão escolar. O trabalho no domicílio enfocou o fortalecimento das relações intrafamiliares, adequação ambiental para melhorar a oferta de estímulos e a sensibilização de vizinhos para contribuir com a interação social. Diante da complexidade do desenvolvimento infantil, observamos a necessidade de articulação intersetorial e ações interdisciplinares na área de educação, saúde, assistência social, entre outras. Foram realizadas articulações com a equipe escolar visando contribuir com o papel educacional das crianças. No início do projeto, duas das crianças estavam fora da escola e após as intervenções foram inseridas nesses espaços. Além disso, algumas mães foram encaminhadas para escolas profissionalizantes, estimulando-se o resgate do sentimento de produtividade e melhoria da auto-estima. Algumas crianças foram encaminhadas para serviços especializados para um atendimento mais sistemático das suas demandas. Houve a articulação com a equipe do NASF na discussão e condução de casos e encaminhamentos. Os ACS também participam desse processo de intervenção, receberam orientações e assistiram os atendimentos, tornando-se agentes multiplicadores, através do conhecimento adquirido a partir dessas vivências. Este espaço também foi campo de prática de disciplina da graduação, proporcionando ao aluno o contato com a comunidade e experiências contextualizadas no exercício da profissão.

Pessoas com deficiências (adultos e idosos)

Foram identificados 33 indivíduos com deficiência física (adultos e idosos), dos quais 12 foram

avaliados em visita domiciliar. Nos casos em que identificamos prejuízos no desempenho de atividades de vida diária, trabalho ou lazer, foram realizadas intervenções clínicas, com a participação das ACS e familiares, sendo fornecidas orientações quanto a estratégias para melhoria ou manutenção das habilidades sensório-motoras, cognitivas e psicossociais, bem como eliminação de barreiras ambientais e adaptação de atividades.

As intervenções se deram através de avaliação, seguida de orientações e estratégias educacionais, reforçadas com cartilhas informativas, desenvolvidas de acordo com a realidade individual. Puderam ser acompanhados casos com enfoques diversos, dentre eles: orientações sobre alongamentos, melhoria da sensibilidade tátil, transferências, adaptação domiciliar e uso de tecnologia assistiva para favorecer a mobilidade funcional e aumentar a segurança durante o desempenho das atividades cotidianas; sobre a realização de massagens, posicionamentos e mudanças de decúbito, a fim de evitar a formação de úlceras de pressão e, conseqüentemente, facilitar o cuidado familiar; além de orientações de educação preventivas, voltadas para afetações crônicas e agudas, como diabetes e amputações.

As ações do Projeto foram realizadas em concordância com as estratégias utilizadas pela equipe do NASF, englobando a política de matriciamento. Os objetivos traçados foram alcançados, sendo percebido através do discurso dos usuários e da ACS sobre a importância deste para a melhoria do desempenho e qualidade de vida dos mesmos. Concomitantemente, foi percebida uma evolução quanto a conduta da ACS, relacionada aos conhecimentos adquiridos acerca da problemática das pessoas com deficiência física durante o acompanhamento das intervenções.

Pessoas com deficiências (crianças)

No levantamento de casos de crianças com deficiência, foi encontrado um registro pobre, ou até mesmo ausência de registro referente ao tipo de deficiência das crianças nos prontuários da Unidade. Algumas crianças não foram encontradas em seus domicílios, segundo a ACS, por estarem na escola ou em instituições de reabilitação. Foram realizadas visitas domiciliares a uma criança com doença degenerativa do Sistema Nervoso Central, que resultou em um estudo de caso apresentado como trabalho de conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, no formato de artigo científico. A abordagem terapêutica ocupacional, acompanhada pela Agente Comunitária de Saúde foi realizada à criança e seu(s) responsável(is), em sete encontros, quando ocorreu avaliação, orientações à família, entrega dos recursos confeccionados para a criança e avaliação da repercussão das ações no ambiente familiar. Os objetivos da intervenção visaram, quanto à família, facilitar sua rotina em relação aos cuidados com a criança, que já estava totalmente dependente, nas atividades de vida diária; e quanto à criança, promover seu posicionamento adequado para prevenir deformidades, propiciar seu conforto e facilitar a interação social, bem como estimular o brincar. Como atividades externas, para fornecer suporte a esta abordagem, foram realizadas, com as duas alunas participantes, discussões sobre o caso, planejamento das ações subseqüentes e confecção de dispositivos assistivos e brinquedos, além dos grupos de estudo.

Capacitação das Equipes de Saúde da Família para o trabalho com a população alvo:

Destacamos como protagonistas do processo de implantação de ações de cuidado no território, os agentes comunitários de saúde, cuja função e papel desenvolvido na atenção básica são de grande complexidade: de um lado eles são convocados a realizar diferentes ações de cuidado na comunidade, tornando-se referência para uma área adscrita e se responsabilizando por diferentes demandas; por

outro lado, esses mesmos agentes, por habitarem o mesmo espaço geográfico da comunidade a qual são responsáveis, tendem a sofrer dos mesmos tipos de queixas dos usuários. Observam-se, muitas vezes, os agentes comunitários de saúde sofrendo tanto pelos excessos de demandas do seu trabalho, como também pelos sofrimentos decorrentes da própria situação em vivem os demais sujeitos do território.

Nesse sentido, sendo o agente comunitário de saúde o personagem que mais está mergulhado na comunidade por habitar nela, e que vivencia as demandas excessivas de sofrimento é necessário refletir sobre as estratégias de cuidados destinados aos próprios agentes comunitários de saúde- agentes de cuidado. Foi a partir dessa observação que se constatou a necessidade de realizar ações de cuidado para os agentes de saúde.

Dessa forma, ocorreu, semanalmente, um espaço de reflexão com os ACS da unidade, coordenado por um docente com a participação de um estudante da extensão. O grupo teve por objetivo discutir dificuldades e potencialidades que influenciam a prática dos ACS, além de possibilitar a troca de informações necessárias ao aperfeiçoamento das ações por eles desenvolvidas. Os encontros foram registrados e todo material discursivo foi objeto de pesquisa e reflexão para os professores e alunos vinculados ao Projeto, além de estar sendo usado para alimentar relatórios e trabalhos científicos. Além disso, durante as visitas domiciliares, foi possível capacitar e orientar os ACS em relação aos procedimentos específicos a serem adotados mediante os problemas de saúde e ocupacionais vivenciados pelas pessoas com deficiências e com distúrbios psicossociais, de forma a se tornarem multiplicadores em sua área de abrangência.

Monitoramento e avaliação das ações

Docente e estudantes envolvidos no projeto reuniram-se quinzenalmente para estudar, discutir e analisar as ações desenvolvidas (visitas domiciliares, intervenções junto aos usuários e/ou familiares, estudos de caso, protocolos de avaliação e planos de cuidado).

Os estudos foram direcionados para os princípios e diretrizes da Atenção Básica e temas correlatos (Saúde Mental, Atenção à pessoa com deficiência) e sobre o método de pesquisa-ação (estratégias de pesquisas qualitativas e quantitativas, técnicas de coleta, etc.). Essas atividades se desenvolveram em grupo, com a participação de docentes e estudantes envolvidos no projeto objetivando um pensar crítico e reflexivo sobre a atenção a saúde de grupos vulneráveis a partir do território de abrangência.

As discussões sobre as ações inseriram-se no campo da avaliação do projeto e colaboraram para a análise sobre o impacto das intervenções. As questões de pesquisa constituíram 5 Trabalhos de Conclusão de Curso e 2 projetos de iniciação científica - PIBIC.

A implantação das ações extensionistas foi pactuada com a equipe da USF. As avaliações de caráter formativo ocorreram quinzenalmente ao longo da implantação do projeto quando foram colocadas em análise as dificuldades e os resultados alcançados com a intervenção.

Considerações Finais

Os cuidados à população em situação de vulnerabilidade no nível da atenção básica ainda são incipientes, embora a cobertura pelo PSF e equipes de apoio, como o NASF, esteja se ampliando.

As observações dos docentes e estudantes de Terapia Ocupacional revelaram uma gama de necessidades, como barreiras no acesso e continuidade de assistência dos serviços de reabilitação e a falta de articulação da rede de saúde e intersetorial, e estão se criando algumas possibilidades para o enfrentamento das mesmas. As atividades contribuíram para ampliar a visão acerca do processo saúde-doença, com a compreensão dos diversos fatores envolvidos nos processos de adoecimento mental e físico.

No plano da assistência buscou-se articular as ações do projeto com às da unidade de saúde, como uma forma de garantir que as mesmas permaneçam integradas a USF ou equipes de apoio. Nas reuniões com a equipe da USF verificou-se a boa aceitação quanto ao projeto em questão. As atividades de intervenção junto à população, assim como às desenvolvidas junto à equipe da USF e entre docentes e estudantes tiveram como base a mudança da relação verticalizada de cuidado, quando se tenta construir um processo de co-responsabilização pelas ações.

Nesse sentido, a metodologia da pesquisa-ação foi fundamental para garantir que o processo acontecesse, pois permitiu a integralidade entre extensão-ensino-pesquisa, o que favoreceu também o processo de ensino-aprendizagem na graduação.

Referências

- ALVES, C. K. A. Uma experiência do curso de Terapia Ocupacional no apoio as ESF. **III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. IV Seminário Internacional de Atenção Primária / Saúde da Família**, 2008.
- BENEVIDES, D. S.; PINTO, A. G. A.; CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, São Paulo. v. 14, n. 32, jan/mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica - o vínculo e o diálogo necessários**. nº 01/03. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b (Série Pactos pela Saúde, v. 4).
- BRASIL. PREVIDÊNCIA SOCIAL. Acidentes de Trabalho Segundo a CID. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2008. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em abril de 2013.
- CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2005. 2005).
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: Avanços e Desafios/ CONASS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COUTINHO, S. S., PEREIRA, M. J. B., VULCZAK, A. Promoção da Saúde: a percepção dos Secretários Municipais de Saúde. **Revista Saúde em Debate v. 29, n. 70, p. 148-156, maio/ago, 2005**.
- FACUNDES et al. Desafios na formação do terapeuta ocupacional para atuação na atenção básica. In: SILVA, H. J. (Org.). **Atenção Básica em saúde na UFPE: experiências multidisciplinares**. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2010.
- GALHEIGO, S. M., LOPES, R. E., BARROS, D.D. Novos Espaços, Novos Sujeitos: a Terapia Ocupacional no Trabalho Territorial e Comunitário. In: Cavalcanti A, Galvão C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabulação Avançada do Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- IERS - Instituto Ethos de Responsabilidade Social. Disponível em: <www.ethos.org.br>. 2006. Acesso em março de 2013.
- MARI, J. J. Não há Saúde sem Saúde Mental. **Psiquiatria Hoje. Jornal da Associação Brasileira**

de Psiquiatria, Rio de Janeiro, ano XXX, n. 5, p. 4-5, 2008.

-MURAMOTO, M. T., MÂNGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil) **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16, n.4, Rio de Janeiro, abr. 2011.

-NAJMAN, J. M., et al. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. **Soc Sci Med**, v. 58, n. 6, p. 1147-58, 2004.

-NÉRI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira**. Campinas. V. 21, n. 2, p. 303-321. Jul/dez 2004.

-ROCHA, E. F. Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Universidade São Paulo. Ações de Reabilitação na Estratégia da Saúde da Família Sapopemba/Vila Prudente / SP. **III MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. IV Seminário Internacional de Atenção Primária / Saúde da Família**, 2008.

-RUTTER, M. 1981. Stress, coping and development: some issues and some questions. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 323-56.

-STARFIELD, B. **Atenção Primária- equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1999. Disponível em <<http://unesdooc.unesco.org/images/001308/130805por.pdf>> Acesso em março de 2013.

-THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2009.

-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra. 2001. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso em março de 2013.

IMPACTO DA DESVANTAGEM VOCAL EM IDOSOS COM PRESBIFONIA

Tércio Gomes de Andrade Oliveira –
Graduando do curso de Fonoaudiologia da UFPE.
Departamento de Fonoaudiologia/CCS,
e-mail: tercio_tgao@hotmail.com.

Ana Nery Araújo

– Doutora em Educação.

Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia/CCS-UFPE,
e-mail: anaaraujovoz@gmail.com.

Adriana de Oliveira Camargo Gomes –

Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora Adjunta do

Departamento de Fonoaudiologia/CCS-UFPE,

e-mail: acamargogomes@gmail.com

Zulina Souza de Lira –

Doutora em Linguística.

Professora Adjunta do Departamento de

Fonoaudiologia/CCS-UFPE,

e-mail: zulinalira@gmail.com.

Jonia Alves Lucena –

Doutora em Psicologia Cognitiva.

Professora Adjunta do Departamento de

Fonoaudiologia/CCS-UFPE,

e-mail: jonialucena@gmail.com.

Resumo

A presbifonia consiste no envelhecimento natural da voz e envolve queixas, tais como rouquidão, cansaço ao falar e dificuldades para cantar e falar em forte intensidade. O presente estudo teve como objetivo investigar o impacto da presbifonia na qualidade de vida de idosos. A pesquisa tem caráter descritivo e transversal. Participaram 28 indivíduos de ambos os sexos, com idades acima de 60 anos, com presbifonia, cadastrados no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco. Para a coleta dos dados, utilizou-se o protocolo Índice de Desvantagem Vocal (IDV). A desvantagem vocal média entre os participantes foi igual a 35,5%. O âmbito orgânico foi o de maior pontuação,

correspondendo a 16,2% do percentual total. A presbifonia interfere negativamente na qualidade de vida dos idosos. Ressalta-se a importância de programas de intervenção junto a esta população, em busca de um padrão vocal mais eficiente e adaptado.

Descritores: envelhecimento, qualidade de vida, voz.

Abstract

The presbyphonia is the natural voice aging involving complaints such as hoarseness, vocal fatigue, and difficulties to sing and talk intensive. This study The present study aimed to investigate the impact of presbyphonia in quality of life in elderly. This research is descriptive and cross-sectional. Participated 28 subjects of both sexes, aged over 60, with presbyphonia, registered at the Center for the Elderly (NAI) of the Federal University of Pernambuco. To collect the data we used the protocol Voice Handicap Index (VHI). The voice handicap average among participants was 35.5%. The organic part was the highest score, corresponding to 16.2% of the total percentage. Presbyphonia impairs the quality of life in elderly. We emphasize the importance of intervening with this population in search of a vocal pattern more efficient and adapted.

Keywords: aging - quality of life - voice

Introdução e Objetivos

Sabe-se que a população idosa do Brasil vem crescendo bastante ao longo dos anos. Atualmente, estima-se que existam no país 21 milhões de pessoas com idades acima de 60 anos (IBGE, 2009). Com o aumento da expectativa de vida dos indivíduos, aumenta também o surgimento de doenças ou queixas relacionadas ao próprio processo de envelhecimento.

Os problemas de voz são relativamente comuns na população idosa. Segundo Roy et al (2007), entre indivíduos acima de 65 anos pertencentes a instituições, o percentual de pessoas que apresentam problemas vocais já atinge 29%.

O envelhecimento natural da voz consiste na presbifonia, que tem início e desenvolvimento que dependem da saúde física, psíquica e da história de vida do indivíduo, bem como de fatores constitucionais, raciais, hereditários, alimentares, sociais e ambientais (BEHLAU, 2005). Consiste em uma alteração vocal que envolve queixas como rouquidão, cansaço ao falar, dificuldades para cantar e falar em forte intensidade.

Acredita-se que a deterioração vocal inerente à idade interfira de forma negativa na qualidade de vida dos idosos. Um problema vocal poderá trazer prejuízos não só de ordem orgânica, mas também consequências nas relações sociais. Os cuidados com a qualidade de vida dos pacientes é uma preocupação antiga na área de saúde, sendo um tema ainda muito recente na Fonoaudiologia, principalmente quando se trata da qualidade de vida de pacientes com problemas vocais (BEHLAU et al, 2005).

Faz-se necessário compreender os problemas vocais inerentes ao envelhecimento nesta população, buscando analisar em que medida a deterioração vocal poderá prejudicar a qualidade de vida do idoso nos âmbitos funcional, orgânico e emocional. A partir deste entendimento, torna-se possível a adoção de medidas em busca de uma voz saudável.

O presente estudo objetiva analisar o impacto da desvantagem vocal na qualidade de vida de idosos saudáveis com queixas vocais. Busca-se compreender melhor as consequências da presbifonia, auxiliando

o fonoaudiólogo na elaboração de programas de reabilitação vocal da população idosa para a obtenção de uma voz saudável, com melhoria na qualidade de vida.

Marco teórico

Considerada uma alteração vocal decorrente do processo de envelhecimento, a presbifonia pode variar em relação ao seu início, desenvolvimento e o grau da deterioração vocal. Essas três variáveis têm relação com o falante e com as compensações que desenvolve inconscientemente devido à perda da eficiência vocal (BEHLAU et al, 2005).

Uma alteração vocal pode causar consideráveis restrições emocionais, sociais e funcionais, devido ao comprometimento da comunicação, acarretando dificuldades psicológicas, emocionais, como também a queixa vocal em si, afetando a qualidade de vida (PARK; BEHLAU, 2009).

Segundo Behlau et al, (2005), as presbifonias podem estar relacionadas a alterações hormonais, ineficiência muscular da laringe, redução da capacidade respiratória e modificações na utilização das cavidades de ressonância. Estas alterações prejudicam a comunicação oral, pois dificultam a utilização da voz. Considerando-se os parâmetros de fala conjuntamente com os aspectos dentários, observa-se que a falta de dentes afeta a inteligibilidade, a articulação e a precisão articulatória, mesmo que de modo discreto (MENEZES; VICENTE, 2007).

Especificamente, uma série de parâmetros relacionados ao aparelho fonador pode estar alterada com o avanço da idade. Segundo revisão sistemática realizada por Behlau et al, (2005) foram encontrados: calcificação e ossificação gradual do esqueleto cartilágneo; presença de fenda glótica ou arqueamento das pregas vocais à fonação; atrofia dos músculos das pregas vocais; presença de constrição supraglótica, alterações estruturais histológicas da lâmina própria da prega vocal. Pontes et al. (2005) também citam algumas dessas alterações - arqueamento das pregas vocais, saliência dos processos vocais e a fenda fusiforme membranácea.

Quanto às modificações vocais nos casos de presbifonia, as principais queixas referem-se à diminuição da intensidade vocal, dificuldade para se comunicar e redução da inteligibilidade da fala (BEHLAU et al, 2005). A autora ainda observa duas situações vocais diferentes – voz mais aguda para o sexo masculino e voz mais grave para o sexo feminino. Para alguns autores (Stathopoulos et al., 2011), a voz mais fraca, resultante do decréscimo da intensidade vocal é um indicador perceptivo importante na idade do sujeito.

No entanto, observa-se que idosos fisicamente ativos, indivíduos com vozes treinadas, e cantores clássicos e populares com longas carreiras apresentam bons resultados vocais na velhice (SIRACUSA et al., 2011). Outros autores também observaram que a prática de atividade física na terceira idade está relacionada à uma qualidade vocal com menos desvios (GAMPEL et al., 2008).

O treinamento vocal tem sido eficaz no tratamento das presbifonias, propiciando a redução dos efeitos do envelhecimento na voz, melhorando a qualidade vocal e a dinâmica fonoarticulatória (Behlau et al., 2005). Ainda segundo estes autores, o tratamento indicado para os casos de presbifonia é a reabilitação vocal com ênfase na redução da compensação hiperfuncional supraglótica, com estimulação simultânea do ataque vocal, e o desenvolvimento de um melhor suporte respiratório para a fala.

No que se refere à qualidade de vida, Roy et al. (2007) referem que os problemas de voz podem desencadear esforço e desconforto à emissão, além de ansiedade e frustração. Desta forma, pesquisadores

têm se dedicado ao desenvolvimento de instrumentos que visam investigar a percepção do paciente sobre o impacto causado pela disfonia em sua qualidade de vida (SPINA et al, 2009).

A autoavaliação vocal tem sido utilizada para captar a percepção do paciente com relação a sua voz. Essa medida subjetiva de avaliação da qualidade vocal pode sofrer influência da personalidade e de fatores psicológicos (KASAMA; BRASOLOTTO, 2007).

Considerando que limitações, dificuldades e impedimentos de natureza física, emocional, social e profissional são referidos pelos indivíduos que apresentam problemas vocais, chama-se a atenção para o uso de instrumentos que possam mensurar o impacto de um problema de voz na qualidade de vida dos indivíduos. Para tal, existem alguns protocolos que avaliam a interferência de uma alteração vocal na qualidade de vida, entre eles o IDV – Índice de Desvantagem Vocal e o QVV – Qualidade de Vida e Voz. A aplicação desses protocolos fornece dados relevantes sobre o problema de voz, relevante tanto na avaliação vocal como no decorrer do tratamento. Além disso, é de fundamental importância para a conscientização dos efeitos de um problema de voz e para verificar a efetividade de um tratamento realizado (BEHLAU et al., 2001).

Metodologia

O presente estudo tem caráter descritivo e transversal. A amostra da população do estudo foi composta por 28 indivíduos saudáveis, com idades acima de 65 anos, de ambos os sexos e que iniciaram terapia vocal em grupo no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). O grupo inclui apenas indivíduos com presbifonia, diagnosticada segundo avaliação fonoaudiológica e médica. Todos os participantes da pesquisa apresentavam uma ou mais queixas vocais, tais como rouquidão, soprosidade, diminuição de intensidade vocal, alteração de frequência, entre outros. Foram excluídos portadores de patologias que possam acometer o aparelho fonador, como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson e sequelas de cirurgias de cabeça e pescoço.

O NAI foi criado em dezembro de 1999 estando regulamentado por Portaria Normativa nº 04 de 31 de março de 2004, (NAI, 2009). O Núcleo oferece atendimentos individuais e em grupos por meio de oficinas temáticas à população acima de 60 anos.

A coleta dos dados foi realizada por meio da autoavaliação vocal, através da utilização do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV), versão traduzida e adaptada por Santos et al. (2007). Todos os participantes preencheram o protocolo antes de iniciar terapia vocal em grupo, proposta do projeto de extensão “Saúde Vocal do Idoso”. Para sua aplicação, cada participante foi orientado a marcar em uma escala de cinco pontos o número correspondente à descrição do impacto da voz alterada no dia-a-dia. Na escala, quanto maior a pontuação, pior a desvantagem vocal. Posteriormente, os dados foram codificados para serem digitados no banco de dados. Os resultados foram apresentados em forma de quadro e tabelas, utilizando o *Microsoft* Excel e o Word.

Os dados obtidos segundo a utilização do protocolo foram submetidos a uma análise descritiva e percentual, a partir da utilização do programa estatístico SPSS para Windows, versão 13.0. As variáveis estudadas foram: o impacto total produzido por uma alteração vocal; o impacto orgânico produzido por uma alteração vocal; o impacto emocional produzido por uma alteração vocal; e o impacto funcional produzido por uma alteração vocal.

O presente trabalho se caracteriza como subprojeto vinculado a um projeto de extensão intitulado

“Saúde Vocal do Idoso” submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, sob número de protocolo 133/10.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. O risco oferecido por esta pesquisa foi o possível constrangimento aos participantes no momento do preenchimento do protocolo. Os sujeitos participantes foram beneficiados por meio da inclusão no projeto extensionista denominado “Saúde Vocal do Idoso”, proposta de terapia vocal em grupo para idosos com presbifonia.

Resultados e discussão

No que se refere à pontuação total da desvantagem vocal, observa-se, na tabela 1, que os idosos apresentaram níveis diversos de desvantagem. Foi possível observar que dos 28 indivíduos participantes, 39,3% (11 sujeitos) apresentaram pontuação total entre 0 e 30 pontos de um total de 120 pontos e 1 indivíduo (3,6%) obteve pontuação superior a 90 pontos. Ou seja, um considerável número de indivíduos apresentou um impacto de grau leve a moderado e apenas um indivíduo apresentou impedimento vocal alto em relação aos demais participantes.

Tabela 1. Pontuação do questionário IDV (n=28)

Pontuação	Nº de sujeitos	Porcentagem
0 – 30	11	39,3%
30 – 60	9	32,1%
60 – 90	7	25%
90 – 120	1	3,6%
TOTAL	28	100%

Fonte: autor

Na literatura, pode-se observar que a população idosa, em comparação a outras faixas etárias, apresenta maior comprometimento na qualidade de vida devido a um problema de voz (PUTNOKI et al., 2010; ROY et al, 2007; GOLUB et al, 2006). Disfonias podem, de fato, causar decréscimo na qualidade de vida, ansiedade, perda de emprego, depressão e retraimento social (GOLUB et al, 2006). De acordo com Roy et al (2007), o esforço e desconforto relacionados à voz combinados com ansiedade e frustração aumentadas e necessidade de repetir o que fala são aspectos que afetam negativamente a qualidade de vida.

Com relação às subescalas avaliadas no protocolo, observa-se, na tabela 2, que o âmbito orgânico foi o que obteve maior pontuação, com média de 19,4 pontos (16,2%). As subescalas emocional e funcional tiveram médias semelhantes, com 11,4 pontos (9,5%) e 11,8 pontos (9,8%), respectivamente.

Tabela 2. Média dos valores totais obtidos (n=28)

Emocional		Funcional		Orgânico		TOTAL	
N	%	N	%	N	%	N	%
11,4	9,5	11,8	9,8	19,4	16,2	42,6	35,5

Fonte: autor

O estudo realizado por Spina et al (2009) observou também que o escore físico do QVV - equivalente ao orgânico do IDV - foi mais facilmente reconhecido por sujeitos disfônicos do que o escore emocional. Possivelmente este resultado correlaciona-se com o fato das questões do escore físico serem mais facilmente observadas e assim identificadas pelo paciente, pois são sensações físicas, mais objetivas, enquanto que o escore emocional pode variar ou mesmo ser difícil mensurar quando a sensação não está presente no momento da avaliação.

Em relação aos itens do protocolo, observa-se, no quadro 1, aqueles mais pontuados. Tais itens dizem respeito aos aspectos orgânicos do IDV e estão relacionadas aos principais sintomas referidos por indivíduos presbifônicos. Dentre elas, têm destaque: “as pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos” com 62 pontos, “minha voz varia ao longo do dia” com 76 pontos, “minha voz parece rouca e seca” com 72 pontos, “tento mudar minha voz para que ela saia diferente” com 73 pontos, “meu problema de voz me chateia” com 60 pontos e “minha voz falha no meio da fala” com 64 pontos.

O item “as pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos” está relacionado à diminuição da intensidade vocal e foi também referida em outras pesquisas por indivíduos com alterações vocais (TUTYA et al, 2011; KASAMA; BRASOLOTTTO, 2007).

O item “minha voz varia ao longo do dia” reflete a variabilidade da qualidade vocal ao longo do dia, aspecto evidenciado também nos estudos de Kasama e Brasolotto (2007). Os autores observaram maior pontuação deste item em professores disfônicos.

Quadro 1. Pontuação total das questões do Protocolo Índice de Desvantagem Vocal referida por idosos com queixas vocais (n=28).

Itens do Protocolo Índice de Desvantagem Vocal	N
F1. As pessoas têm dificuldade em me ouvir por causa da minha voz	48
O2. Fico sem ar quando falo	37
F3. As pessoas têm dificuldade de me entender em lugares barulhentos	62
O4. Minha voz varia ao longo do dia	76
F5. Minha família tem dificuldade em me ouvir quando os chamo de um outro cômodo da casa	44
F6. Uso menos o telefone do que eu gostaria	30

E7. Fico tenso quando falo com os outros por causa da minha voz	55
F8. Tenho tendência a evitar grupos de pessoas por causa da minha voz	29
E9. As pessoas parecem se irritar com a minha voz	21
O10. As pessoas perguntam: “O que você tem na voz?”	33
F11. Falo menos com amigos, vizinhos e parentes por causa da minha voz	23
F12. As pessoas pedem para eu repetir o que falo quando conversamos pessoalmente	42
O13. Minha voz parece rouca e seca	72
O14. Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair	50
E15. Acho que as pessoas não entendem o meu problema de voz	21
F16. Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal	31
O17. Não consigo prever quando minha voz vai sair clara	39
O18. Tento mudar minha voz para que ela saia diferente	73
F19. Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz	15
O20. Faço muito esforço para falar	43
O21. Minha voz é pior no final do dia	45
F22. Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos	5
E23. Meu problema de voz me chateia	60
E24. Fiquei menos expansivo por causa do meu problema de voz	34
E25. Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem	30
O26. Minha voz falha no meio da fala	64
E27. Fico irritado quando as pessoas me pedem para repetir o que falei	21
E28. Fico constrangido quando as pessoas me pedem para repetir o que falei	33
E29. Minha voz me faz sentir incompetente	26
E30. Tenho vergonha do meu problema de voz	20

Considerações finais

A investigação do impacto da disfonia na qualidade de vida de idosos com presbifonia permitiu concluir que grande parte dos idosos apresenta desvantagem na qualidade de vida em graus variados. As limitações orgânicas, consequentes dos problemas vocais, são mais percebidas por indivíduos presbifônicos do que as dificuldades emocionais e funcionais. Cabe ao fonoaudiólogo e a outros profissionais que se interessam pelo estudo do envelhecimento humano desenvolver estratégias que minimizem os impactos das alterações vocais no envelhecimento, melhorando o desempenho comunicativo dos idosos que apresentam queixas vocais, com consequente melhoria na qualidade de vida. Chama-se a atenção para a importância da realização de programas de intervenção vocal voltados para a população idosa, a exemplo do grupo de Saúde Vocal do NAI da Universidade Federal de Pernambuco.

Referências

- BEHLAU et al. **Avaliação de voz**. In: BEHLAU, M. Voz: o livro do especialista. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 85-176.
- BEHLAU et al. **Aperfeiçoamento vocal e tratamento fonoaudiológico das disfonias**. BEHLAU, M. Voz: o livro do especialista. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p.409-525.
- BEHLAU et al. **Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica**. In: BEHLAU, M. Voz: o livro do especialista. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 287-407.
- BEHLAU et al. **Aperfeiçoamento vocal e tratamento fonoaudiológico das disfonias**. In: BEHLAU, M. Voz: o livro do especialista. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p.409-519.
- COSTA, H.O.; MATIAS, C. O impacto da voz na qualidade da vida da mulher idosa. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.71, n.2, p.172-178, 2005
- GAMA et al. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v.21, n.2, p.125-130, 2009.
- GAMPEL et al. Envelhecimento, voz e atividade física de professores e não professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.13, n.3, p.218-225, 2008.
- GOLUB, J.S.; CHEN, P.H.; OTTO, K.J.; HAPNER, E.; JOHN, M.M. Prevalence of perceived dysphonia in a geriatric population. **The American Geriatrics Society**. Vol. 54, 2006, p. 1736-9.
- IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009 [online]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009. Acesso em: 31 de dez. de 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
- KASAMA, S.T.; BRASOLOTTO, A.G. Percepção vocal e qualidade de vida. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v.19, n.1, p.19-28, 2007.
- MENEZES, L.N.; VICENTE, L.C.C. Envelhecimento vocal em idosos Institucionalizados. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.9, n.1, p.90-98, 2007.
- NAI.2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=134>. Acesso em: 29 de jun. de 2011.
- PARK, K.; BEHLAU, M. Perda da voz em professores e não professores. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.14, n.4, p.463-469, 2009.
- PONTES et al. Glottic characteristics and voice complaint in the elderly. **Journal of Voice**, New York, v.19, n.1, p.84-94, 2005.
- PUTNOKI, et al. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.4, p.485-490, 2010.
- ROY et al. Epidemiology of voice disorders in the elderly: preliminary findings. **Laryngoscope**, v. 117, p.628-33, 2007.
- SANTOS et al. **Validação do protocolo do Índice de Desvantagem Vocal (IDV) no Brasil** (monografia). São Paulo. Centro de Estudos da Voz, 2007.

SIRACUSA et al. Efeito imediato do exercício de sopro sonorizado na voz do idoso. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.23, n.1, p.27-31, 2011.

SPINA et al. Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.75, n.2, p.275-279, 2009.

STATHOPOULOS et al. Changes in Acoustic Characteristics of the Voice Across the Life Span: Measures From Individuals 4–93 Years of Age. **Journal of Speech Language, and Hearing Research**, New York, v.54, n.4, p.1011-1021, 2011.

TUTYA et al. Comparação dos escores dos protocolos QVV, IDV e PPAV em professores. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v.16, n.3, p. 273-281, 2011.

IMPLANTAÇÃO E PRIMEIRAS AÇÕES DO COMITÊ TÉCNICO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Cláudia Sampaio de Andrade Lima^{1*}, Queila C. Cristal de Oliveira¹,
Ruth Pereira Rodrigues¹, Maria Eliane Barreto da Silva²,
Wellington Pinheiro dos Santos³, Beate Saegesser Santos⁴,
Luíz Alberto L. Soares⁵, José de Arimatéa Rocha Filho⁶, Ricardo Yara³.
Universidade Federal de Pernambuco –
Departamento de Biofísica e Radiobiologia CCB-UFPE,
Associação de Manipuladores de Remédios
Fitoterápicos Tradicionais, Semi Artesanal do estado de Pernambuco,
Departamento de Engenharia Biomédica CTG-UFPE,
Departamento de Ciências Farmacêuticas CCS- UFPE,
Superintendência de Assistência Farmacêutica da
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.
*e-mail de correspondência: claudia.salima@gmail.com

Resumo

O CTFITO- PE realizou um estudo com as secretarias municipais de saúde para descobrir se os municípios do Estado tinham interesse em integrar o Programa de Farmácias Vivas. 34 cidades declararam interesse pela implementação do programa e ações de criação e manutenção de hortas medicinais já estão em andamento no Estado. Através da realização do I Fórum do CTFITO – PE, obteve-se o mapeamento das comunidades já em produção e os desafios a serem superados, diagnosticando a situação da produção de plantas medicinais em Pernambuco. Através de questionários aplicados durante o evento, foram constatadas lacunas na divulgação dos programas municipais de fitoterapia. Entretanto, as orientações sobre o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos são realizadas em sua grande maioria por profissionais da saúde, apesar do uso ser baseado no conhecimento empírico. Constatou-se também que esses profissionais recebem raras ou escassas orientações sobre os efeitos colaterais das plantas medicinais e fitoterápicos.

Palavras-chave: CTFITO-PE, Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Abstract

The CTFITO-PE conducted a study with local health departments of 11 microregions of the Pernambuco State to find out if the cities had an interest in joining the program of Living Pharmacies established by the Federal Government. From 34 cities declared to have interest in the implementation of this program and actions about medicinal. Through the realization of I CTFITO Forum - PE, we obtained the mapping communities already in production and the challenges to be overcome, diagnosing the situation of production of medicinal plants in Pernambuco. Through questionnaires during the event, it was observed that is a great need of scientific information and also about some municipal programs phytotherapy in Brazil. However, guidelines for the rational use of medicinal plants are held mostly by health professionals, despite the use be based on empirical knowledge. It was also found that these professionals receive guidance on scarce or rare information of medicinal plants.

Key – words: CTFITO-PE, Medicinal Plants and Phytotherapy.

Introdução e Objetivos

Diante da iniciativa do Ministério da Saúde, e da Superintendência da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SAF-PE); foram reunidos diversos profissionais como professores/doutores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), membros da Superintendência de Assistência Farmacêutica SAF/PE da Secretaria Estadual de Saúde SES/PE, Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP), Associação de Manipuladores de Remédios Fitoterápicos Semi-artesanais (AMARFITSA) reuniram-se para propôr a criação do Comitê Técnico de Plantas Medicinais e Fitoterapia (CTFITO)-PE a fim de articular ações para o desenvolvimento de uma política de Estado voltadas para o progresso e fortalecimento de iniciativas relacionadas com a produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterapia no estado de Pernambuco, através das seguintes diretrizes:

- Levantamento das espécies vegetais empregadas como medicinais no Estado de Pernambuco (considerando as especificidades das cinco macro regiões);
- Elaboração de lista de espécies regionais promissoras, considerando critérios de eficácia e segurança, além de ambientais e de viabilidade econômica;
- Elaboração do Memento Terapêutico Fitoterápico de Pernambuco;
- Apoiar projetos de produção de matérias-primas vegetais de interesse terapêutico, priorizando a inclusão da agricultura familiar na cadeia produtiva e estabelecimento de novos arranjos produtivos;
- Formação técnico-científica dos atores envolvidos na produção de plantas medicinais e fitoterápicos;
- Promover as boas práticas de cultivo e manejo de plantas medicinais;
- Estimular a produção industrial pública e privada de fitoterápicos.

Desta forma o CTFITO-PE iniciou algumas ações através de reuniões e consultas públicas a partir de 16/09/2009, sendo insituído oficialmente em 02/01/2012 através da Portaria N°001/2012 da Secretaria

Estadual de Saúde de Pernambuco, e tem como principais diretrizes, elaborar ações promover o uso racional de plantas medicinais, incluir a agricultura familiar nas cadeias produtivas e arranjos produtivos locais a fim de fortalecê-los de forma sustentável, orientar e apoiar iniciativas da comunidade utilizando plantas medicinais e Fitoterapia, apoiando a inserção desta última na atenção básica, pois a utilização de plantas medicinais nos programas de atenção primária à saúde pode se constituir numa alternativa terapêutica muito útil devido a sua eficácia aliada a um baixo custo operacional, a relativa facilidade para aquisição das plantas e a compatibilidade cultural do programa com a população atendida (Matos, 1994); promover as boas práticas de manipulação e fabricação de fitoterápicos, capacitando as equipes de saúde e os representantes comunitários já inseridos em programas municipais, além de promover o desenvolvimento de novas tecnologias de produção e controle de qualidade. Para efetivar estas ações, como apoio do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE-PE), nos dias 05 e 06 de agosto de 2011, no auditório Jorge Lobo, do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, em Recife - PE, aconteceu o I Fórum de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do CTFITO-PE. Pretendeu-se com este evento, diagnosticar a situação do uso de plantas medicinais e fitoterápicos em Pernambuco, onde se estabeleceu subsídios concretos para alcançar estes objetivos. Com o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência de Alma Ata em 1978, o aproveitamento das plantas medicinais foi ressaltado como parte do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 recomendando-se, inclusive a realização de mais estudos e a propagação do uso das plantas medicinais regionais como uma maneira de diminuir custos dos programas de saúde pública (Yamada, 1998); - Articular políticas estaduais de financiamento à pesquisa, desenvolvimento, inovação e validação de tecnologias direcionadas à produção e controle de qualidade de plantas medicinais e fitoterápicos e Apoiar projetos de implantação de plataformas tecnológicas relacionadas ao cultivo de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos.

Marco Teórico

A utilização das Plantas como recurso terapêutico, se confunde com a própria História da Humanidade. São referidas algumas Plantas como medicamento desde a Idade da Pedra, onde os homens pintavam nas cavernas, alusões à práticas curativas utilizando alguns vegetais. Eram atribuídas às plantas algumas ações baseadas na observação de animais ou na forma que estas apresentavam. As sociedades primitivas vem utilizando certas plantas associadas ou não à rituais religiosos. Entretanto, após a Segunda Guerra Mundial, as Plantas medicinais perderam o seu destaque, devido à necessidade de tratamento imediato para algumas afecções. A Revolução Industrial medicinais consagrou a utilização dos medicamentos sintéticos. Somente após o incidente da Talidomida em 1950, quando foram descritas as primeiras mal formações em fetos devido ao uso deste medicamento, o que gerou enorme inquietação na população em geral, que começou a questionar a utilização exagerada de medicamentos sintéticos e reapareceu a necessidade de que houvesse a retomada de uma vida mais saudável, utilizando recursos naturais. Atualmente, a Comunidade Europeia, utiliza mais de 50% de toda a produção mundial de Fitoterápicos, inclusive com matérias primas provenientes de Países em desenvolvimento como é o caso da China, Índia e Brasil.

Apesar das Plantas serem amplamente utilizadas como medicamento no território brasileiro, principalmente de forma tradicional. Pode-se referir que na Primeira farmacopeia Brasileira, lançada em

1929, constavam várias monografias, com as devidas análises de algumas formas farmacêuticas contendo plantas medicinais. Em 1978, a OMS (Organização Mundial de Saúde) reconheceu formalmente que as Plantas Medicinais eram, de fato, um recurso terapêutico. No ano de 2007, o Governo brasileiro lançou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos linhas prioritárias da Política Nacional estabelece ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras, e ao fortalecimento das cadeias produtivas, relacionadas ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e a promoção da Saúde da população. Outro marco importante aconteceu em 2011, quando foi lançada oficialmente, a Primeira Edição do Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira Nacional, Brasileira, denominado FFFB 1, sendo este, parte integrante da Quinta edição da Farmacopeia Brasileira, estabelecendo algumas análises que referenciam a qualidade dos produtos fitoterápicos produzidos e reconhecidos a nível nacional. Em 2013, foi lançada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 18 em 03 de abril de 2013, que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos

No início do ano de 2011, o CTFITO-PE elaborou um questionário semi-estruturado, com o objetivo de constatar a intenção de cada município em participar de uma Rede Estadual que agregaria todos os atores dos municípios pernabucanos, em um Grande Projeto que fortaleceria a Cadeia produtiva de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no Estado. A pesquisa foi enviada para 185 secretarias municipais de saúde do estado de Pernambuco, dividido em 11 micro-regiões de acordo com suas características geográficas e climáticas.

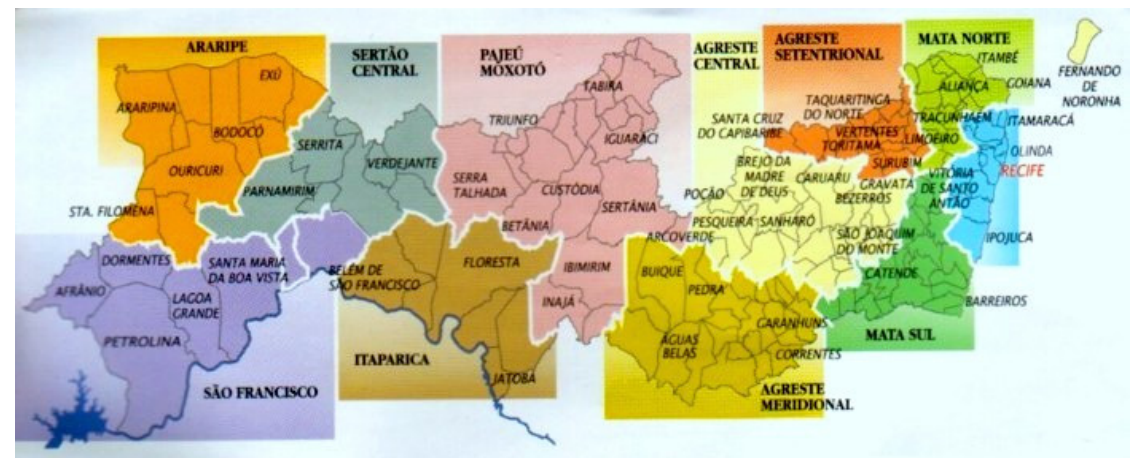


Figura 1: O Estado de Pernambuco e suas 11 micro-regiões.

Durante a realização do I Fórum do CTFITO-PE, foi aplicado um questionário semi estruturado afim de analisar: - A relação dos entrevistados com as Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Figura 1); - Se existem programas de uso e/ou distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios de Pernambuco e se tais programas fazem parceria com instituições universitárias ou órgãos públicos (Figuras 2 e 3); - Quais os profissionais que realizam orientação sobre o uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios (Figura 4); - Se existe integração entre os trabalhos das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Fitoterapia (Figura 5); - Se os entrevistados tem conhecimento da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos estabelecida pelo SUS (Figura 6); - Se nos municípios existem trabalhos educativos sobre o uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos e se nos postos de saúde existe alguma orientação aos pacientes quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, se sim que tipo de orientação é passada (Figuras 7, 8 e 9); - De que forma o entrevistado aprendeu a usar as plantas medicinais e fitoterápicos e como são definidas suas doses e posologia (Figuras 10 e 11); - Se existe cultivo de plantas medicinais no município do entrevistado (Figura 12) e espera-se ainda averiguar o desenvolvimento ou não da agricultura familiar destes produtos naturais nos municípios de Pernambuco (Figura 13).

Foram coletados dados a partir das respostas de vinte e três (23) estudantes, dezessete (17) profissionais da área de saúde, cinco (5) professores/pesquisadores, seis (6) auxiliares de manipulação de plantas medicinais e fitoterápicos e nove (9) pessoas de áreas afins, com um total de setenta (70) entrevistados. Os resultados foram dispostos em Figuras como barras e pizzas.

Resultados e Discussões

Após publicação da Portaria 001/2012, os membros do CTFITO-PE elaboraram um questionário semi-estruturado para mapear quais municípios do Estado de Pernambuco, que teriam interesse em participar de um Programa para Implementação de uma Rede Estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. A Superintendência de Assistência Farmacêutica encaminhou os questionários para os 185 municípios de Pernambuco, que na época estavam localizados em 11 microrregiões do Estado (atualmente existem 12 microrregiões, devido à implantação do Pólo Industrial na Região da Mata Norte do Estado). As 11 microrregiões foram representadas e estes municípios declararam o interesse em participar da implantação do Programa “Farmácias Vivas” no seus territórios (Quadro 01). A partir destes dados, algumas ações de impkentação de alguns Projetos de sustentabilidade utilizando-se Arranjos Produtivos Locais com foco em Plantas Medicianais em Pernambuco estão sendo construídas por meio de projetos realizados e/ou apoiados pelo CTFITO-PE. Este programa já foi apresentado a algumas agências de financiamento e foram realizados cursos de capacitação e palestras em eventos estaduais que reuniu farmacêuticos, médicos e agentes de saúde em Pernambuco.

Micro- regiões de Pernambuco

Cidades

1	Chã – Grande Fernando de Noronha Paulista Recife
2	Condado Machados
3	Primavera Cortês
4	Agrestina Bom Conselho Brejo da Madre de Deus Gravatá Sairé
5	Capoeiras Caetés Correntes Jupi Lagoa do Ouro São João
6	Buíque Jatobá
7	Serrita
8	Petrolina Santa Maria da Boa Vista
9	Bodocó Ouricuri
10	Afogados da Ingazeira Brejinho
11	Santa Terezinha Betânia Columbi Santa Cruz da Baixa Verde

Quadro 01. Municípios de Pernambuco que declaram interesse em participar do Programa de Farmácias Vivas.

Com a realização do questionário e o levantamento de dados significativos realizaram-se algumas enquetes, em princípio sobre a qualificação dos recursos humanos qualificados no município que pudessem atuar no âmbito das Plantas Medicinais (Quadro 02).

PROFISSIONAIS	Nº.	PROFISSIONAIS	Nº.	PROFISSIONAIS	Nº.
Agente comunitário		Enfermeiro		Odontólogo	
Agente de saúde		Farmacêutico		Psicólogo	

Agrônomo		Médico		Terapeuta Ocupacional	
Assistente Social		Outros(especifique)*		Técnico Agrícola	

Quadro 02. Profissionais presentes nos Municípios de Pernambuco que poderiam participar em participar do Programa de Farmácias Vivas.

Depois de terem sido levantados que os municípios de Pernambuco em todas as microrregiões têm não apenas interesse, mas necessidade de fortalecer estarem integrados em uma rede estadual de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o CTFITO-PE elaborou as diretrizes para a realização de um Fórum

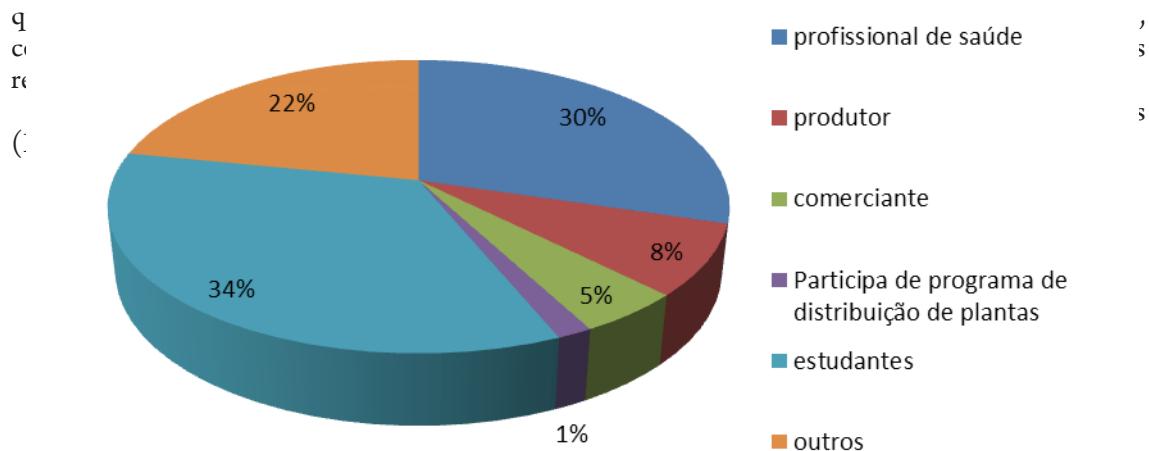


Figura 01: Relação dos participantes no Primeiro Fórum do Comitê Técnico de Plantas Medicinais e Fitoterápicos do Estado de Pernambuco.

A Figura 02 apresenta uma relação sobre o nível de informação sobre os programas de plantas medicinais e fitoterápicos presentes nos municípios, em relação ao uso e ou mecanismos de distribuição de fitoterápicos em seus respectivos municípios. Nessa enquete, os estudantes se destacaram por apresentarem o maior índice de desinformação quanto à presença destes projetos ou programas em seus respectivos municípios.

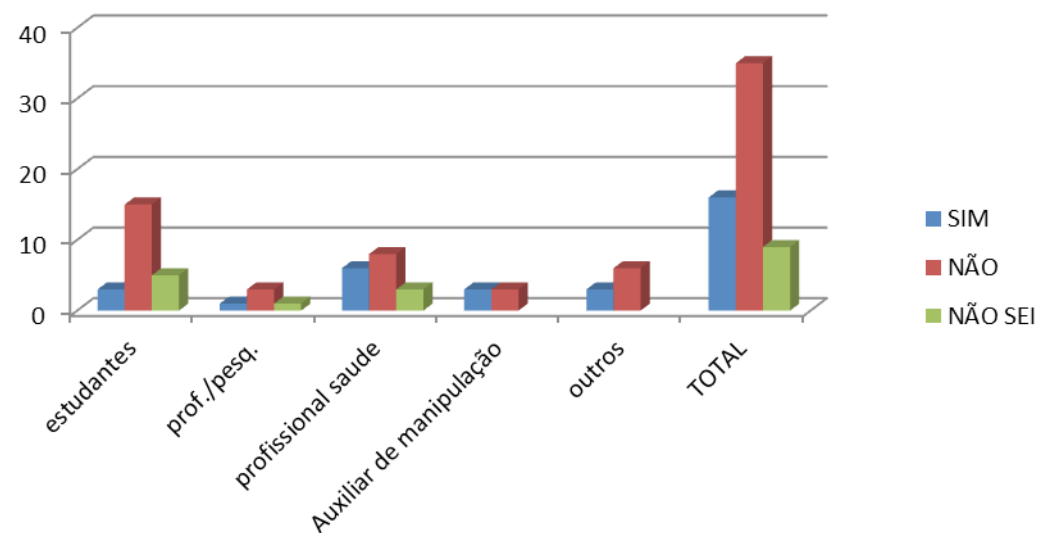


Figura 02: Conhecimento dos entrevistados quanto à presença de algum programa de uso/distribuição de plantas medicinais e fitoterápicos no seu município.

Uma outra enquete foi levantada, questionando-se aos participantes se estes têm conhecimento sobre algum tipo de parceria a nível Governamental, que apoiem a implementação de Projetos relacionados às Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Novamente observou-se a carência de informação pela maioria dos entrevistados (Figura 03).

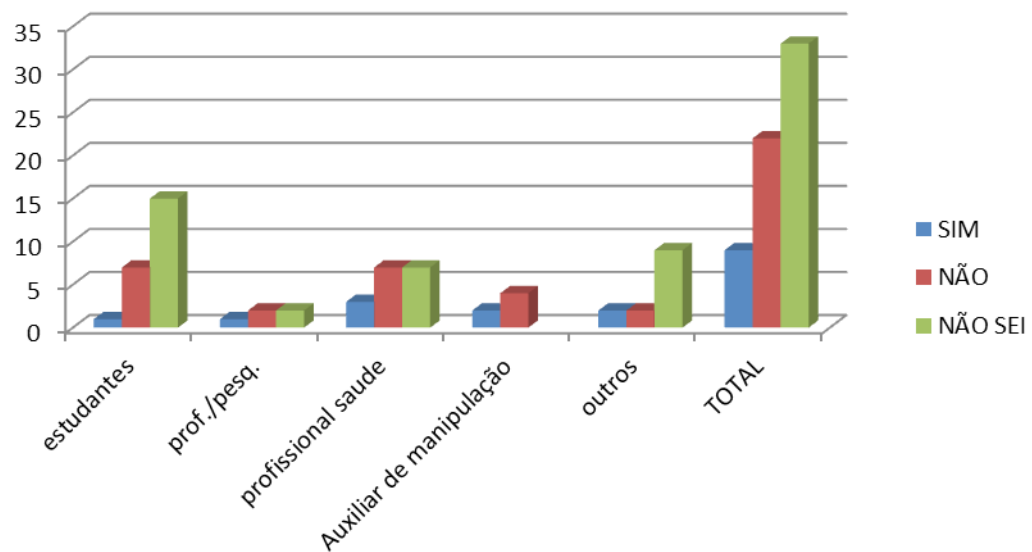


Figura 03: Possível parceria dos programas de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com instituições universitárias e órgãos públicos.

Em seguida, foi questionado aos participantes sobre a influência dos profissionais da área de saúde quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, demonstrando que estes tiveram informações principalmente por farmacêuticos e médicos. Entretanto, foi mencionado pela maioria dos participantes que o uso das plantas medicinais acontece efetivamente através do conhecimento popular.

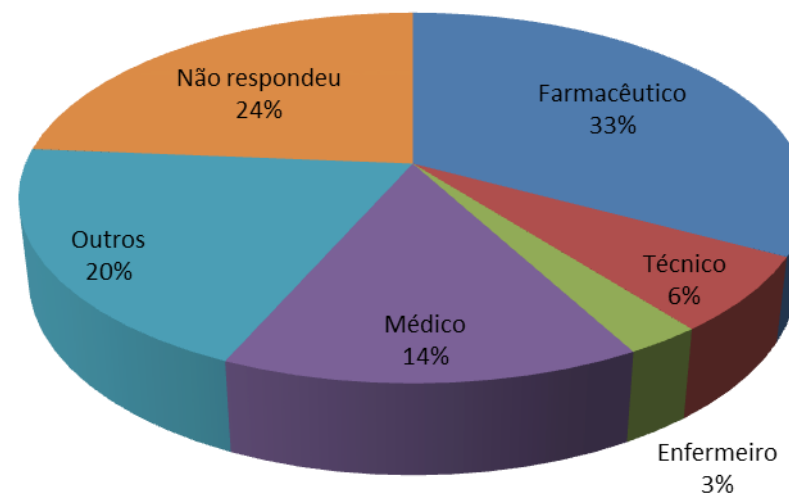


Figura 04: Profissionais que realizam orientação sobre o uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos nos municípios.

Foi levantada a hipótese sobre a necessidade de formatar uma rede que pudesse integrar todos os programas de plantas medicinais e fitoterápicos presentes no estado de Pernambuco. Pode-se observar que existe uma enorme lacuna relacionada à falta de conhecimento sobre o tema pelos participantes, que destacaram uma enorme necessidade de maiores informações em seus municípios.

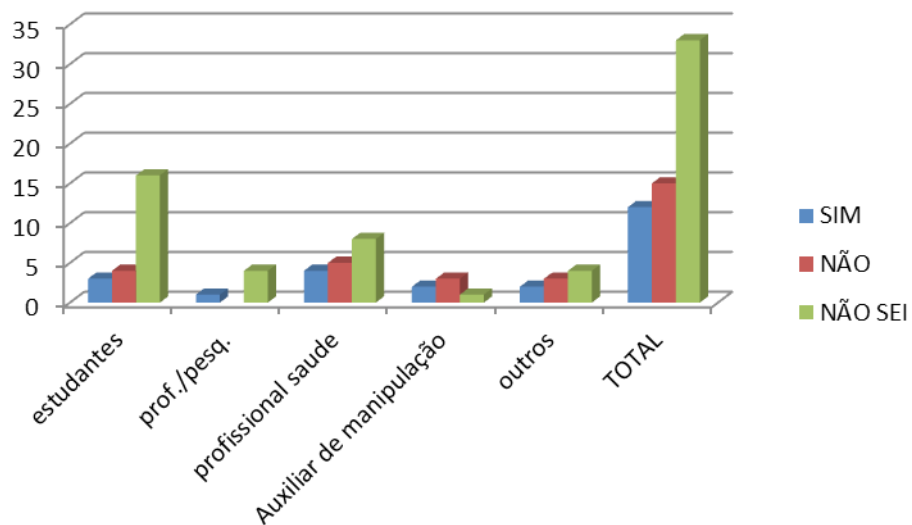


Figura 5: Existência de integração entre os trabalhos das equipes de PSF e o Programa de Fitoterapia do Governo ou do País.

Analisando os Figuras 06 e 07 percebe-se novamente, lacunas na divulgação dos programas de fitoterapia municipais e da política de uso de plantas medicinais do S.U.S, diagnosticadas pela quantidade insuficiente de informação sobre o tema e sobre o uso destes produtos. É visto neste Figura que a maioria dos estudantes desconhecem a política do SUS e os trabalhos educativos realizados em suas comunidades, refletindo uma possível falta de divulgação destas ações. Entretanto, a maioria dos outros entrevistados responderam de forma positiva as questões acima, demonstrando uma carência de informações destes pontos no meio acadêmico.

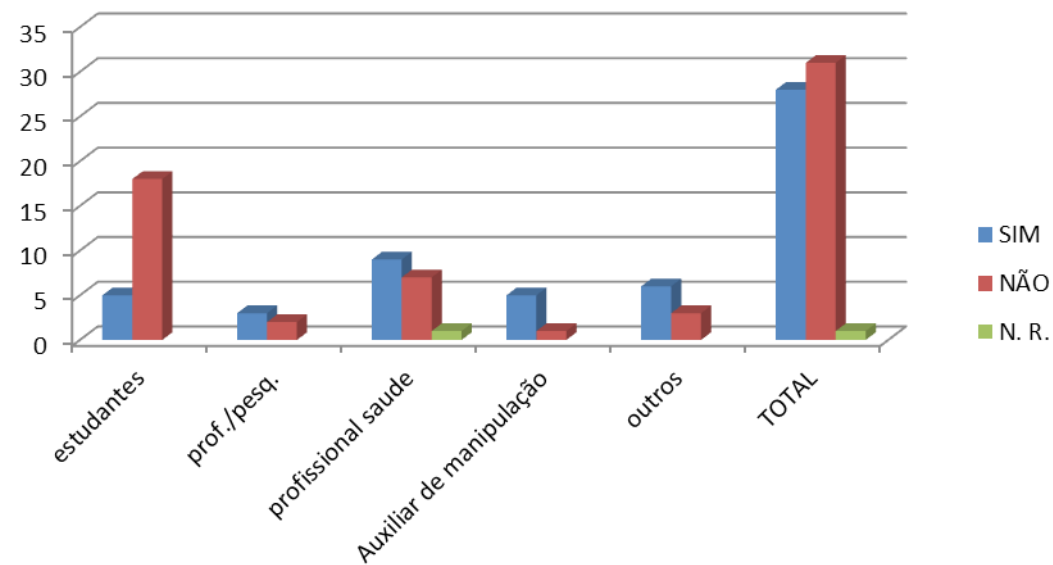


Figura 06: Se os entrevistados tem conhecimento da política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos estabelecida pelo SUS.

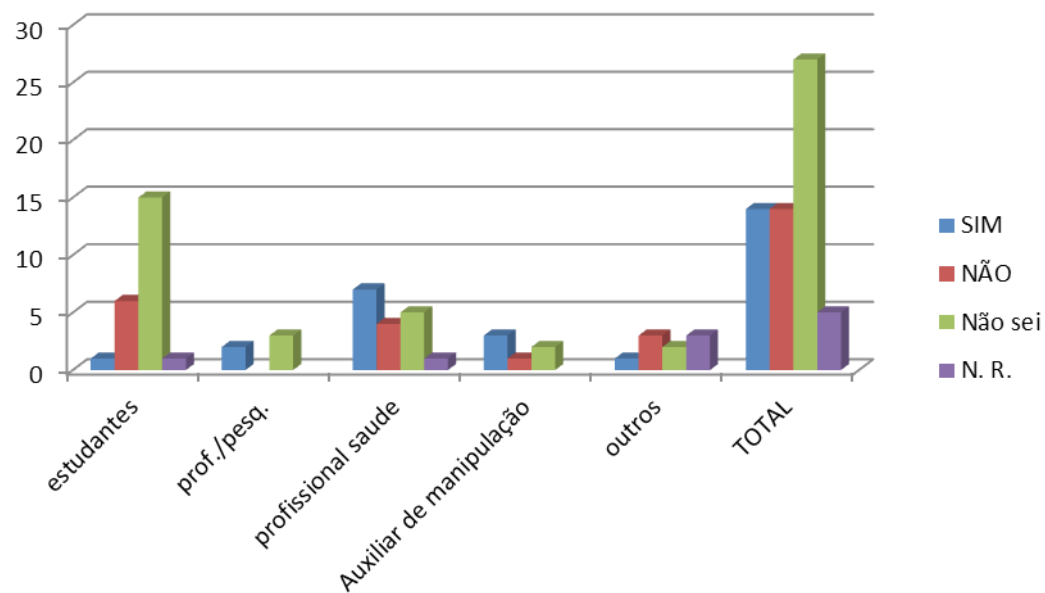


Figura 07: Se nos municípios existem trabalhos educativos sobre o uso correto de plantas medicinais e fitoterápicos.

Foi questionado também sobre a orientação no uso de plantas medicinais e fitoterápicos nos postos de saúde; Os estudantes em sua grande maioria (> 50%), demonstraram a escassez de informação no meio acadêmico quanto a este assunto, refletindo mais uma vez, a grande falta de informação dos entrevistados sobre o tema (Figura 08). Outro dado importante, refere-se às doses e posologias indicando raras ou escassas orientações sobre os efeitos colaterais das plantas medicinais e fitoterápicos (Figura 09).

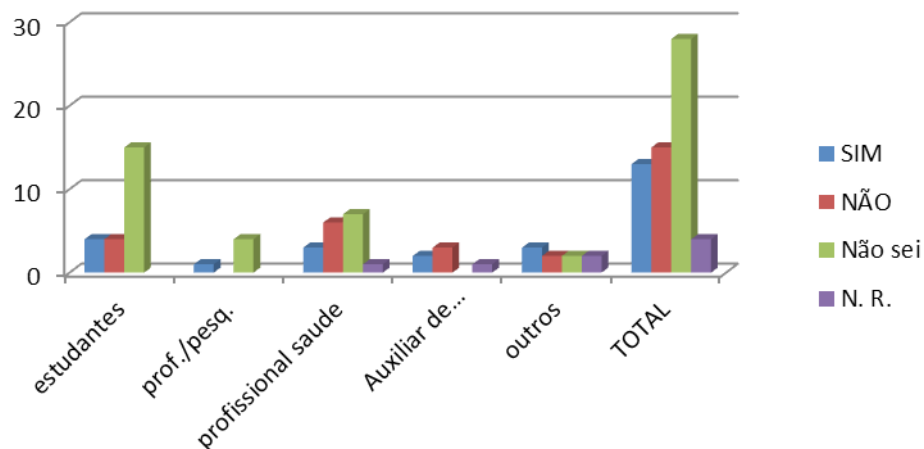


Figura 08: Se nos postos de saúde existe alguma orientação aos pacientes quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

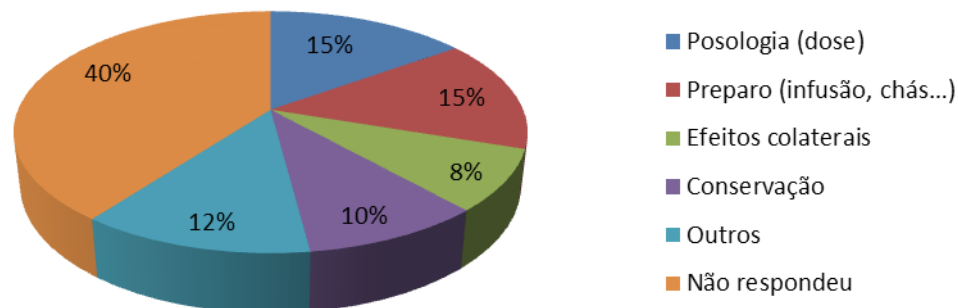


Figura 09: Orientação transferida ao paciente quanto ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

De forma significativa demonstrou-se a forte influência do conhecimento popular nas indicações de plantas medicinais e fitoterápicos, doses e posologias (Figuras 10 e 11), e pode-se observar adicionalmente, a falta de informação descritas pelos participantes, inclusive dos profissionais de saúde, estabelecendo um déficit geral de esclarecimento para a população em geral (Figura 10),

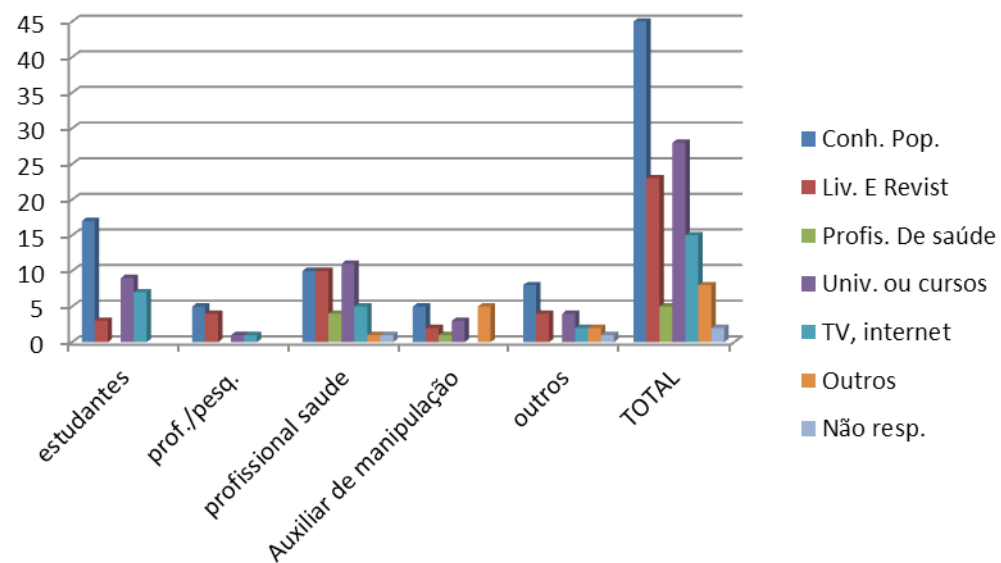


Figura 10: Conhecimento sobre o uso das plantas medicinais e Fitoterápicos pelos participantes.

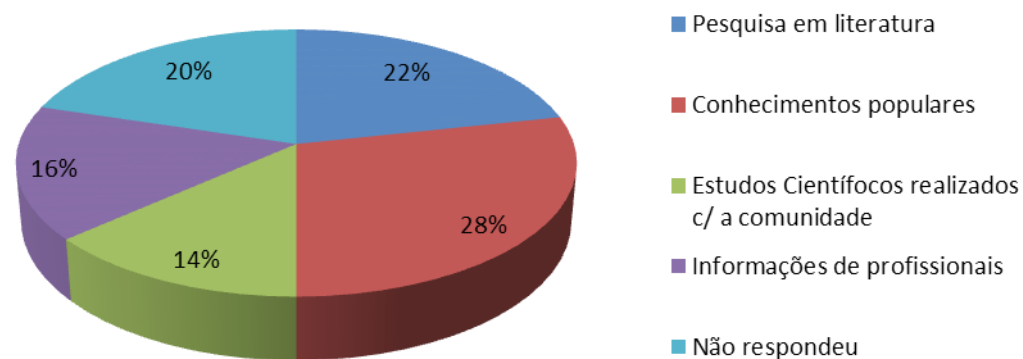


Figura 11: Formas de definição das doses e posologias das Plantas Mediciniais e fitoterápicos.

Os dados abaixo demonstram que apesar de haver alguma referência sobre o cultivo de plantas medicinais e manipulação de fitoterápicos nos municípios percebe-se que a maioria da comunidade não possui informações sobre esta atividade (Figura 12).

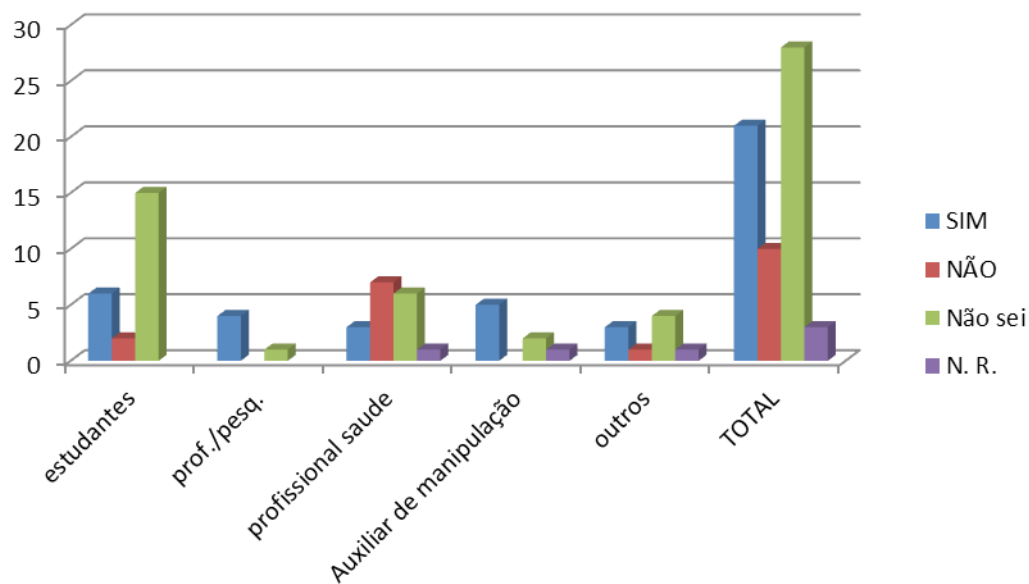


Figura 12: Conhecimento sobre o cultivo de plantas medicinais no município do entrevistado.

Questionou-se também sobre a existência de informações sobre algum tipo de atividade relacionada à implantação de projetos relacionados à Agricultura familiar nos municípios e observa-se novamente uma falta de informação predominante, principalmente entre os estudantes e profissionais da área de saúde (Figura 13).

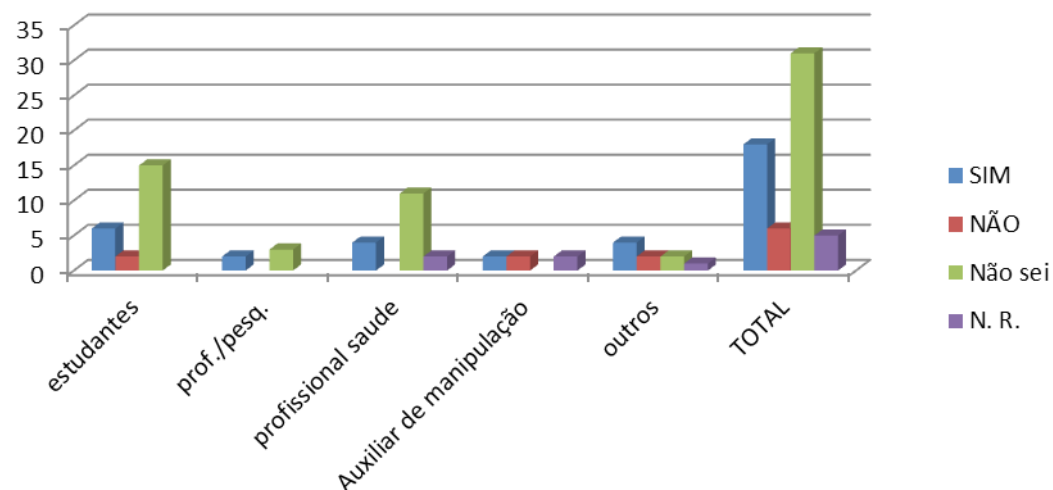


Figura 13: Levantamento sobre a iniciativa dos municípios de Pernambuco para o desenvolvimento de agricultura familiar de plantas medicinais e fitoterápicos.

Considerações Finais

Os resultados demonstram a necessidade imediata da elaboração de Programas que possam contemplar desde elaboração de folhetos, malas diretas, informações audiovisuais nas mídias escritas e televisivas, até a implantação de Cursos e Capacitações voltados para estudantes e profissionais da área de saúde sobre o uso racional de plantas medicinais, fitoterápicos, e programas do Governo Estadual e do Ministério da Saúde sobre a Implementação de Farmácias Vivas e sobre a utilização correta destes recursos. Observou-se que a população em geral está ávida por maiores informações e por treinamentos neste campo de estudo. Enfatiza-se que sem a capacitação de profissionais fica inviável a divulgação de programas e políticas voltadas para o uso destes recursos. Percebeu-se também a grande influência do conhecimento popular no uso de plantas medicinais e fitoterápicos, a necessidade de um resgate cultural e a importância de usar essa ferramenta apoiada pelo conhecimento acadêmico-científico. O conhecimento tradicional sobre o uso das plantas é vasto e, em muitos casos, é o único recurso para tratamento da saúde que as populações rurais, não apenas no nosso Estado, mas de forma abrangente que os países em desenvolvimento têm ao seu alcance.

Referências

- DI STASI, L. C. Plantas medicinais: Arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP, 1996. 230p.
- FIGUEIRA, A.C.S. Portaria 001/2012. Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco. Disponível em < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44515706/doespe-03-01-2012-pg-4>>, acesso em 19 de maio de 2013.
- FRANÇA, I. S. X., SOUZA, J. A., BAPTISTA, R. S., BRITTO, V. R. S. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, mar-abr; 61(2): 201-8, 2008
- GASPAR, L. Plantas medicinais. **Pesquisa Escolar Online**, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 17/05/2013.
- MATOS, F.J.A. Aproveitamento de plantas medicinais da Região Nordeste. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 63: 132-140. 1982.
- MATOS, F.J.A. Recuperação de informações, seleção e divulgação de plantas medicinais. *Rev. Bras. Far.*, 66: 49-61. 1985.
- MATOS, F.J.A. Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades. 2ed. Fortaleza: EUFC, 1994.
- PHILLIPS O; GENTRY AH. 1993. The useful plants of Tambopata, Peru. I. Statistical hypotheses tests with a new quantitative technique. *Economic Botany* 47: 15-32.
- RDC Nº 18, DE 3 DE ABRIL DE 2013 - Regulamento Técnico Farmácias Vivas. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html. Acesso em: 19/05/2013.
- ROCHA, G. M., ROCHA, M. E. N. **Uso Popular de Plantas Medicinais** Saúde & Ambiente em Revista, Duque de Caxias, Ed. UNIGRANRIO. v.1, n.2, p.76-85, jul-dez 2006
- YAMADA CSB 1998. Fitoterapia sua história e importância. *Racine* 50-51.

O ENVELHECIMENTO ATIVO ATRAVÉS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Bruno Rodrigo da Silva Lippo –
Docente do Curso de Educação Física-
Centro de Ciências da Saúde –
Departamento de Educação Física
- brunolippo@ig.com.br

Juliana da Costa Neves; Giselli Gomes
- Discentes do curso de Educação Física –
Centro de Ciências da Saúde –
Departamento de Educação Física

Resumo

O envelhecimento humano é um processo natural que ocorre ao longo da vida. Nos últimos anos, observa-se um aumento da expectativa de vida e um dos motivos pode ser em função do nível de exercício físico e do conhecimento sobre as doenças crônicas que as pessoas possuem. O presente estudo teve como objetivo conhecer a representação que o exercício físico possui na saúde de idosos. A nossa população-alvo consistiu em idosos do Núcleo de Atenção ao Idoso da UFPE (NAI), que fazem parte de um curso de extensão realizado no Departamento de Educação Física da UFPE, campus Recife, sobre exercícios físico e conhecimento sobre saúde-doenças crônicas. Usamos o método da pesquisa-ação e concluímos que os idosos estão conhecendo mais o próprio corpo e estão ficando mais ativos e independentes. Concluímos que, se faz necessário que os idosos reconheçam novas possibilidades de viver com mais qualidade de vida e independência física.

Palavras-Chave: Envelhecimento Ativo, Terceira Idade, Exercício Físico.

Abstract

The human ageing is a natural process which happens through life. In the recent years, life expectancy has increased and the reason may be the knowledge about physical exercise and chronic diseases. The purpose of the study is to analyze the importance of physical exercise on elderly health. Our study was done with elderly people of the “Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)” of UFPE, which are part of extension course with exercises and knowledge about health-chronic at the Department of Physical Education of UFPE, campus Recife. As methodology, we used the action research method and we conclude that the elderly people have more knowing about their own body and getting more independent and active. So, the elderly should recognize new possibilities of living with better quality of life and physical independence.

Keywords: active ageing, senior year, physical exercise.

Introdução e objetivos

A melhoria e a manutenção da saúde através dos exercícios físicos na atualidade é uma das formas de aumentar a expectativa de vida. O exercício pode reverter parcialmente os efeitos do processo de envelhecimento sobre as funções fisiológicas e preservar a reserva funcional do idoso (Gremeaux et al, 2012). Quando associado com outros fatores, o exercício parece potencializar o seu efeito e restabelecer a vida dos idosos (Kim et al, 2013). A população idosa está aumentando muito nos países em desenvolvimento, e para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (Ministério da Saúde, 2006). Pensando nisso, elaboramos o presente estudo baseado em um projeto de extensão intitulado “Curso de Capacitação de Exercícios Físico no Ambiente Doméstico”, realizado durante o segundo semestre de 2012, por um Docente e duas Discentes do Departamento de Educação Física da UFPE, Recife, oferecido ao público com mais de 60 anos do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). Objetivamos conhecer o significado que o exercício físico possuía na vida dessas pessoas.

Marco Teórico

A população mundial, em especial a do Brasil, está envelhecendo cada vez mais. Os primeiros dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 indica que no Brasil, a população com idade superior a 65 anos já é maior do que a de quatro anos de idade. Muitas pesquisas direcionadas a este grupo já estão sendo realizadas a fim de identificar os aspectos que poderão proporcionar melhor qualidade de vida nesta etapa da vida, com mais saúde e autonomia.

Segundo Fischer (apud Johnston et al., 2006) os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos demandam respostas urgentes em diversas áreas. Sendo assim, é de extrema importância, para essa população, ações de caráter mais preventivo, principalmente no controle da autonomia, e consequentemente, na qualidade de vida. Um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou com qualidade é a independência para realização das atividades habituais. Essa independência depende não somente das condições clínicas do idoso, mas também da adequação do meio onde ele vive. A terceira idade é caracterizada pela diminuição de massa magra nos tecidos e um aumento de massa gordurosa, além de uma progressiva atrofia muscular, perda de minerais ósseos. A soma destes fatores leva à diminuição da mobilidade das articulações, o que leva à uma diminuição ainda mais acentuada nas atividades físicas, porém, o exercício físico regular pode ser benéfico, mesmo em pessoas centenárias (Venturelli, 2012). Existem diversos outros problemas acarretados com o envelhecimento, como por exemplo, redução do desempenho cardiovascular e do tônus muscular, alterações na postura do tronco e das pernas, dentre outros. Uma forma de amenizar estes efeitos pode ser através do exercício físico regular, principalmente o aeróbico. Koch et al (2012) relataram que a capacidade aeróbica é um poderoso preditor de morbidade e mortalidade prematura para adultos saudáveis, bem como doença cardiovascular. E, o mau desempenho em testes de caminhada em esteira indica uma maior proximidade aos futuros declínios de saúde. Juntos, esses resultados sugerem uma ligação entre a capacidade aeróbia e longevidade.

Método

Os participantes foram envolvidos numa pesquisa-ação e não foram tratados como objetos ou assuntos, mas foram co-investidores no processo. Os idosos participaram da pesquisa de forma ativa e protagonista do processo através de suas próprias experiências, sendo a realidade um caminho de ação eficaz para enfrentar os problemas formulados. Para atingir os objetivos na perspectiva da pesquisa-ação foram realizadas aproximações sucessivas intervindo sobre a realidade empírica desvendando e reorganizando no pensamento. Analisamos o discurso através da técnica de análise do discurso de Bardin (1977), e perguntamos qual a importância do exercício físico na vida das pessoas?. A pesquisa aconteceu de outubro a dezembro de 2012, no Núcleo de Educação Física da UFPE. Participaram 14 idosos, sendo 12 do gênero feminino e 02 do gênero masculino. Eles participaram de um curso, duas vezes por semana, totalizando 10h, baseado em aulas expositivas e práticas sobre temas diversificados como: osteoporose, diabetes, Alzheimer, dança, alongamentos, jogos e brincadeiras com duração de duas horas permitindo a eles o conhecimento desses temas e relacionando com a prática do exercício físico, além de esclarecer algumas dúvidas que surgem. Após a aula expositiva temos a prática da atividade, sendo desenvolvidas dentro de uma sala de aula simulando o ambiente doméstico, utilizando vários materiais alternativos como: cabo de vassoura, garrafas de vários tamanhos, cadeiras, mesas e embalagens de alimentos de vários tamanhos e peso.

Resultados e Discussão

Após a coleta de dados com os idosos, selecionamos as seguintes falas:

“É importante por melhorar o condicionamento, normalizando taxas glicêmicas, pressão arterial, tonificando o sistema muscular.” (participante do curso);

“O exercício físico pode melhorar minha vida e de todos, em qualquer idade, não é necessário tanto esforço físico, acho que depende mais da boa vontade e do interesse em conquistar uma vida melhor.” (participante do curso);

“É importante, pois vou poder ser independente, andar, subir escada, degraus sem ajuda de outrem, fazer os afazeres domésticos com mais produtividade, vai contribuir e muito para não sentir dores no corpo, enfim ter uma qualidade boa de vida, como também a mente vai trabalhar bem melhor.” (participante do curso),

A partir dessas três falas, fica claro a visão diferenciada que a terceira idade tem, notado a importância do exercício físico não só para o corpo, mas para a mente não só individual, mas coletiva, que proporciona autonomia. As aulas seguintes basearam-se em palestras com os temas escolhidos pelos próprios participantes da equipe que foram, exercícios e osteoporose, exercício e coração, exercício e Alzheimer, exercício e diabetes, exercício e músculo exercício e músculo II, exercício e alongamentos, exercícios e jogos Exercícios e jogos II ,após as palestra ministrava-se a aula prática com diversas atividades, afim de

explorar as habilidades motoras, cognitivas e sócio afetivas, as atividades propostas consistiam em utilizar materiais que pudessem ser encontrados com facilidade para que eles pudessem continuar o programa em casa durante os dias da semana, dentro do ambiente doméstico, ensinando as maneiras de limpar a casa, pegar um garrafão de água mineral, guardar algum objeto dentro do armário ou guarda roupa, brincar com os netos, ou até mesmo a maneira ideal de levantar ao acordar.

Após as atividades propostas, verificamos que houve um grande avanço no que se refere a melhora dos fatores psicomotores e fatores de execução que são: lateralidade, coordenação, equilíbrio, percepção espacial, percepção temporal e ritmo. No começo do curso apenas os homens afirmaram realizar algum tipo de atividade física regular que era a musculação, porém observamos que eles encontravam os mesmos problemas que as mulheres, falta de equilíbrio, coordenação e lateralidade que os impediam de realizar atividades básicas como pegar um objeto no chão e segurar as compras vindas do supermercado. Também foram realizadas atividades que fortalecessem a musculatura afim de evitar lesões e quedas que acontecem com frequência. Os idosos relataram uma melhoria na memória, o raciocínio mais rápido e que foi muito importante o processo de conhecimento de todos do grupo ao longo das aulas. Ainda, foram feitas amizades, onde eles puderam trocar conhecimentos e debates sobre os temas propostos, sentiam-se mais capazes quando realizavam uma atividade qualquer que fosse ao longo do dia, relatando se sentirem motivados durante o curso, sentiam-se sempre capazes de realizar as atividades, pois os discentes que realizavam o trabalho passavam confiança e faziam questão de reforçar a capacidade individual e coletivas dos praticantes.

O conhecimento foi construído sendo os discentes apenas facilitadores desse processo de aprendizagem mútuo, mas nunca detentores do conhecimento usando como base a abordagem libertadora para o processo de aprendizagem.

Considerações Finais

É notável a contribuição da Educação Física no processo de busca pelo envelhecimento ativo, também como o investimento que está sendo realizado pela Universidade em formar indivíduos que possam contribuir para agir na sociedade como seres transformadores. Ficou claro o alto conhecimento e a necessidade que os idosos possuem sobre o envelhecimento saudável e sobre a sua corporeidade. Se faz necessário que novas ações como essa estejam presentes, porque a busca pela assistência à saúde não é apenas a busca por medicações, mas também a busca por hábitos saudáveis, sendo uma das estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) para uma senescência de forma saudável e ativa.

Referências

- BARDIN. L. Análise de conteúdo. 70 Edições. Porto, 1977.
- FISCHER, M. A. T. de Sousa-. Desafios de Mobilidade Enfrentados por Idosos em seu Meio. In: IV MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO - PUCRS, 2009.
- GREMEAUX V. et al. Exercise and longevity. *Maturitas*. 2012 Dec;73(4):312-7
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf. Consultado em 20/04/2013.
- Kim H. et al. Effects of exercise and tea catechins on muscle mass, strength and walking ability in community-dwelling elderly Japanese sarcopenic women: A randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2013 Apr;13(2):458-65.
- KOCH LG. et al. Intrinsic aerobic capacity sets a divide for aging and longevity. *Circ Res*. 2011 Oct 28;109(10):1162-72.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006.
- VENTURELLI M. et al. The role of exercise capacity in the health and longevity of centenarians. *Maturitas*. 2012 Oct;73(2):115-20.

O PAPEL E A PRÁTICA DO PROMOTOR DE MUNICÍPIO SAUDÁVEL COMO AGENTE DA INTERSETORIALIDADE LOCAL

Ronice Maria Pereira Franco de Sá –
Pós-Doutorado em Avaliação de Programas de Saúde
na Universidade de Montreal. PhD em Educação
pela Universidade de Sherbrooke,
Diretora do Núcleo de Saúde Pública
e Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE.
ronicefranco@hotmail.com.

Rosane Paula de Senna Salles
- Doutoranda em Saúde Comunitária,
Mestre em Antropologia pela UFPE,
Pesquisadora do Núcleo de Saúde Pública e
Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE.
rosanesalles@terra.com.br

Maria do Socorro Machado Freire –
Doutoranda em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ,
Mestre em Serviço Social pela UFPE,
Pesquisadora do Núcleo de Saúde Pública e
Desenvolvimento Social (NUSP) da UFPE.
socorromfreire@gmail.com

Valdilene Pereira Viana Schmaller –
Mestre e Doutora em Serviço Social pela UFPE,
professora do Departamento de Serviço Social do
Centro de Ciências da Saúde da UFPE.
valdileneviana@uol.com.br

Resumo

O estudo teve por objetivo avaliar o papel do Promotor de Município Saudável mediante sondagem preliminar e realização de 6 Grupos Focais em 5 municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e com a equipe governamental responsável pela difusão dessa Rede. O estudo aponta características da prática desse ator social, desafios para a sua atuação, importância da prática e ações consideradas inerentes ao seu papel. Destaca-se a ação como agente da intersectorialidade local, o compromisso com os valores do movimento por municípios saudáveis e com o enfrentamento dos

Determinantes Sociais da Saúde. Reforça-se o papel das instituições de apoio (UFPE e governo estadual) como aliadas na atuação dessa ação voluntária que necessita de formação continuada e monitoramento pós-formação.

Palavras-Chave: Promotor de Município Saudável, avaliação, intersetorialidade

Abstract

The study aimed to evaluate the role of Healthy Municipalities Agent by preliminary survey and conducting six focus groups in five municipalities of Healthy Municipalities of Network of Pernambuco and the government team responsible for the dissemination of this Network. The study points out features of this practice social actor, performance challenges, the importance of practice and actions considered inherent in their role. Stands out as the agent of the action intersectoral local, commitment to the values of the movement for healthy municipalities and confronting the Social Determinants of Health. Strengthens the role of supporting institutions (UFPE and state government) as allies in acting this voluntary action that requires continuous training and post-training monitoring.

Key-words: : Healthy Municipalities Agent, Evaluation, Intersectorality

Introdução e objetivos

A estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis representa a concretização de uma das abordagens locais mais efetivas da Promoção de Saúde. Sob a ótica da saúde como qualidade de vida, as suas ações têm como enfoque estratégico os determinantes da saúde mais do que as consequências em termos da doença. Visa facilitar os mecanismos para que as pessoas possam melhorar suas condições de vida, enfocando a união entre autoridades locais e membros da comunidade e o estabelecimento e fortalecimento de parcerias (OPAS, 2002). Nos últimos anos, o movimento por Cidades/Municípios Saudáveis tem se intensificado no Brasil e atualmente envolve uma ampla rede que se propõe a definir e elaborar políticas públicas saudáveis que fortaleçam a ação comunitária, o desenvolvimento sustentável, a gestão intersetorial e compartilhada e reorientação dos serviços de saúde na direção da atenção integral (WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006).

Desde 2006, com a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Brasil passa a contemplar essa estratégia a partir de uma de suas ações prioritárias- Desenvolvimento Sustentável. No entanto, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) desenvolve desde 2001 projetos sob a temática.

Em 2003, essa experiência configura-se numa cooperação internacional entre NUSP/UFPE, a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de Pernambuco, através da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco CONDEPE-FIDEM mediante a implementação do Projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB). O Projeto foi concebido para construir um mecanismo capaz de articular a população e os gestores, fortalecendo as competências comunitárias e institucionais de forma a “restabelecer a circularidade entre homem, sociedade, vida e conhecimento, em que cada um desses elementos se explique reciprocamente” (MORIN *apud* LUCK, 1995). Dessa forma, foi construído o Método Bambu, que, conforme Franco de Sá, Yuasa e Viana (2006, p. 53), “é um meio para impulsionar as potencialidades de

uma comunidade, visando o seu fortalecimento e transformação”. A atuação inicial se deu na perspectiva exo-endógena, uma vez que foram os parceiros externos à comunidade que provocaram as primeiras mobilizações, apoiando as equipes municipais e a população no aumento das capacidades individuais, coletivas e organizacionais. O segundo nível, municipal, foi aquele que considerava os determinantes/condicionantes do estado de vida da população contemplada no primeiro nível, sendo um espaço ampliado para todo o município envolvido. Criou-se, assim, Espaços de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS), que permitiam o debate de questões estruturais entre os gestores e a população, chamados de Espaço Bambu. No terceiro nível considerou-se o aglomerado na sua totalidade. Impulsiona-se aí a formulação de políticas públicas intersetoriais e integradas, as macro-questões, a partir das demandas das micro-localidades.

Além do Método Bambu, a formação continuada configurou-se como uma das estratégias mais potentes para garantir a redução das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida da população através da criação de mecanismos capazes de possibilitar a implantação conjunta de seus pilares entre a população e o poder público local. Dessa forma, surgiram novos atores sociais denominados “Promotores de Municípios Saudáveis”, que foram capacitados para atuarem no desenvolvimento e na sustentabilidade das ações do Projeto, na sua difusão no estado de Pernambuco, como também no apoio à elaboração do “plano municipal saudável” e na formação de uma Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS).

A formação desse novo ator social tinha como proposta de conclusão de curso a elaboração de Planos de Municípios Saudáveis. O conteúdo programático versava sobre: Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde; Participação Social, Poder Local e Gestão Participativa; Participação e Empoderamento; Método Bambu; Capital Social; Avaliação de Metodologias Participativas; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas Saudáveis; Associativismo e Cooperativismo e Desenvolvimento Local, Meio-Ambiente e Sustentabilidade.

Patrocinado a princípio pela JICA, e, logo depois, pelo Ministério da Saúde, o curso criado pelo NUSP/UFPE, formou cerca de 600 Promotores de Municípios Saudáveis para a quase totalidade dos 23 municípios da Rede.

Dessa forma, houve a necessidade de avaliar a prática desse ator social e isso foi feito com apoio da FACEPE para os cinco primeiros municípios da RPMS, aqueles que foram piloto para o PMSNB, ou seja, Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte.

O estudo teve por objetivo geral avaliar como os Promotores de Municípios Saudáveis estavam desenvolvendo suas atividades nos municípios supra-citados respondendo às seguintes questões norteadoras:

- 1) Qual o campo de atuação desses atores sociais pós formação específica oferecida sistematicamente pela UFPE?;
- 2) Até que ponto a atuação desse atores sociais gera sinais de evidências de sua efetividade, a partir das iniciativas e ações de Promoção da Saúde desenvolvidas, nos três níveis de atuação do projeto: micro - pequenas ações que fortalecem a democratização e a participação proativa individual e coletiva; meso – construção de políticas públicas saudáveis e macro – articulação e fortalecimento e difusão dessas experiências para os outros municípios?
- 3) A ação do promotor de município saudável (PMS) configura-se, de fato, como uma prática inovadora?

4) Quais as vantagens da existência desse ator social e da sua prática para o fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde?

Marco teórico

A Promoção da Saúde apresenta diversas abordagens que vão desde a concepção mais comportamental que visa desresponsabilizar o Estado e atribuir aos próprios sujeitos a responsabilidade sobre a sua saúde e qualidade de vida até aquelas que consideram o modelo de desenvolvimento e visam a redução das iniquidades sociais e a justiça social. Para fins desse estudo, adotou-se o enfoque da produção social da saúde que objetiva promover equidade, sustentabilidade, empoderamento e autonomia mediante participação social, intersetorialidade e adoção de políticas públicas saudáveis.

Nesse sentido, a estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis adotada pela RPMS segue os preceitos acima definidos. A primeira definição para Cidades/ Municípios Saudáveis foi elaborada por Duhl e Hancock, em 1986. Para os autores, saudável não é apenas uma cidade com alto nível de saúde, medido por indicadores epidemiológicos, mas, sobretudo, uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos (FERRAZ, 1999).

Mendes (1996), um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema, considera a estratégia Cidades/ Municípios Saudáveis como estruturante no campo da saúde, na qual os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil, organizações não governamentais) procuram, por meio da gestão social, transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde. Desta forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, dentre estas, as políticas de saúde (BUSS, 2000).

Para Mendes (1996), uma cidade saudável deve apresentar algumas características que, na verdade, constituem processos de permanente construção, não acabados e passíveis de transformação, ou seja:

A busca da melhoria da qualidade da vida da população; o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; o trabalho intersetorial, o compromisso com a equidade; a construção cotidiana com a cidadania; a criatividade e o espírito inovador (MENDES, 1996, p. 262).

O que converte uma cidade em saudável, para Mendes (2000), é a decisão e a vontade política de direcionar todas as políticas sociais para uma meta: saúde e qualidade de vida. É a decisão de combinar recursos e compromissos para alcançá-las. No entanto, somente a decisão política não basta. É necessário definir as atividades que serão desenvolvidas, os aportes e compromissos dos responsáveis por executá-las.

A proposta adotada pelo projeto (PMSNB) que iniciou a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis contemplava inicialmente a construção de mecanismos de operacionalização e, assim, o Método Bambu foi sendo estruturado. Uma avaliação internacional do tipo normativa acontecida em 2007 indicou a necessidade de ampliar o discreto processo de formação para os então chamados supervisores e facilitadores do PMSNB (NISHIDA e FRANCO DE SÁ, 2008). Dessa maneira, nasceu a formação para Promotores de Municípios Saudáveis, um dos eixos estruturadores da RPMS.

A existência desse novo ator social passou a implicar na necessidade de avaliação dessa prática considerada inovadora para os padrões da realidade do agreste pernambucano. Ademais, conforme McQueen e Jones (2007) faz-se necessário aumentar o número de avaliações no campo da Promoção

da Saúde para tornar possível uma base sólida de comparação e conhecimento, uma vez que esse é um campo recente no mundo da pesquisa avaliativa (BODSTEIN, 2009).

A avaliação no campo da Promoção da Saúde tem promovido muitos debates, propostas e tentativas de acerto (POTVIN e MCQUEEN, 2008).

De acordo com Franco de Sá e Moysés (2009, p.29):

Processos avaliativos podem dar suporte à construção de melhores práticas em políticas públicas ou intervenções sociais, produzindo e sistematizando conhecimentos, respondendo às demandas por novos referenciais com alternativas conceituais e propostas de intervenção indutoras de mudanças em realidades locais de exclusão e dependência.

Com esse marco referencial pretendeu-se responder às questões do estudo e promover um diálogo com os dados empíricos advindos do estudo avaliativo.

Metodologia

De acordo com Andrade e Costa (2010), para a avaliação em Promoção da Saúde, a Organização Mundial de Saúde propõe o uso de multiestratégias metodológicas. Dessa maneira, o estudo avaliativo foi realizado em 2 etapas:

Sondagem inicial

Realizada busca ativa mediante sondagem telefônica e tentativa de contato pessoal para cada um dos 128 Promotores de Municípios Saudáveis dos 5 municípios selecionados por serem os municípios-piloto do PMSNB. Esse levantamento visava identificar quais desses egressos sentia-se praticando atividades afeitas ao proposto pelo curso. 69 responderam à sondagem, 01 negou-se e 58 não foram mais localizados. Dos 69 que responderam, somente 12 não se sentiam praticando atividades de Promotor de Município Saudável.

Etapa qualitativa

Foram realizados 6 Grupos Focais, sendo um em cada município e um com a equipe do governo estadual que é responsável pela difusão da RPMS, com o intuito de aprofundar o estudo e responder às questões propostas. A estratégia de Grupo Focal é excelente para promover insights dos processos (BARBOUR, 2009) e por isso foi adotada pela equipe do estudo.

Utilizou-se a análise dos dados por categorias conceitualizantes (PAILLÉ, 2003) que permite um aprofundamento do corpus e vai além da tematização proposta pela análise de conteúdo.

Os aspectos éticos foram contemplados em todas as etapas da pesquisa, desde a submissão ao Comitê de Ética, uso de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido até as informações sobre a possibilidade de desistir e sair do estudo.

Resultados e discussão

Dos 6 Grupos Focais realizados, desenhamos 4 eixos aglutinadores das categorias encontradas mediante a análise por categoria conceitual:

Eixo 1 - Características da prática dos Promotores de Municípios Saudáveis

a. Agente da intersetorialidade local – Diversos depoimentos dão conta do papel deste ator social como de alguém que coloca os diferentes setores em volta de uma mesma mesa ou numa mesma sala para articular, negociar, concertar.

Essa prática abriu um leque muito grande e isso é uma coisa que está facilitando hoje muito meu outro trabalho também. A questão de se preocupar com a saúde, com o meio ambiente, com o turismo, com uma série de coisas e vê que tudo está interligado. A saúde não pode ficar só naquela coisa curativa. Então, eu acho que foi muito importante, foi não, é muito importante, porque o que a gente pratica é uma coisa que a gente vai levar para o resto da vida. (Grupo Focal 2).

b. Prática reflexiva como elemento transformador - todos referem o fato de ter adotado o hábito de refletir antes de agir, ou melhor, de refletir na e para a ação.

c. Um espelho para a sociedade local – Muitos dos entrevistados demonstraram muita animação com o fato de estar tendo orgulho em servir de exemplo para o resto da sociedade local, de ter perdido a vergonha de “servir de espelho”.

d. Além da política partidária local – um ato de cidadania – A luta política é muito acirrada nos municípios pernambucanos. As pessoas chamam seus adversários de os “do contra” e as rivalidades vão além dos períodos eleitorais. Esse tem sido um dos maiores desafios na implementação do ideal dos Municípios Saudáveis no estado.

e. Compromisso com o empoderamento: da população e pessoal – Variados depoimentos dão conta do processo de empoderamento como parte da rotina e meta do Promotor de Município Saudável.

f. Compromisso com o desenvolvimento local – Foram apresentados registros de ações que impulsionaram o desenvolvimento local e que nasceram a partir da ação do projeto que incentivou a criação e a formação dos Promotores de Municípios Saudáveis (PMS).

g. Ação no campo dos valores e dos desejos – Por ser intersetorial e por visar a promoção da saúde, a ação do PMS envereda também no campo das subjetividades, da felicidade, dos desejos e dos sonhos pessoais e coletivos como agentes de transformação social.

h. Ação no campo dos Determinantes Sociais da Saúde – Além da abordagem subjetiva, verifica-se muita objetividade no combate aos determinantes sociais que levam à baixa qualidade de vida e de saúde. Antes de serem ações paradoxais ou antagônicas, elas são vistas como complementares, uma vez que a meta é a transformação social em direção à autonomia, ao empoderamento e à justiça social com melhoria geral da qualidade da vida que vale a pena ser vivida.

i. Sempre alerta – Muitos PMS apontaram a sua ação como uma função que exige constante vigília e compromisso com a coletividade.

O dia típico de um Promotor de Município Saudável é todo tempo alerta. (Grupo Focal 4).

j. Soluções à frente dos problemas – A formação de PMS enfoca bastante a necessidade de serem afirmativos e de fomentarem os potenciais de cada uma das pessoas da localidade, como uma forma de “repotencializar” cada um frente à vida. Olhar o passado para abrir possibilidades de novos futuros. Essa abordagem surgiu espontaneamente nas falas dos PMS ao referirem-se às suas rotinas.

Não converso muito a respeito dos problemas, não adianta olhar para trás para se lastimar, só se for para compreender. Meu trabalho olha para as coisas boas, as soluções, os potenciais, as sugestões e tenta ajudar as outras pessoas a aprenderem a mudar e a se erguer. (Grupo Focal 1).

k. Integralidade – A visão da integralidade e o compromisso com essa abordagem foram frutos de vários depoimentos.

1. Liderança comprometida – O PMS é naturalmente um líder, mas não necessariamente o líder que está ao lado dos políticos nas campanhas eleitorais, mas um líder comprometido, engajado que trabalha ao lado da população. O líder que ouve e vê, mas não necessariamente o que comanda.

Eixo 2 -Desafios para a prática dos Promotores de Municípios Saudáveis

Nas entrevistas surgiram também os fatores que dificultam ou entravam a ação dos PMS, os quais foram tratados como desafios para a ação do PMS.

a. Necessidade de motivação constante por parte das instituições de suporte – Apontou-se a necessidade de se “alimentar” constantemente a prática desse ator social voluntário que possui várias chaves para promover desenvolvimento local integrado e sustentável e promover a saúde e a vida plena em cada localidade.

Realmente, depois que a equipe saiu a coisa esfriou (Grupo Focal 3).

b. Visão ampliada X Visão temporal e setorial – Necessidade de conciliar as propostas imediatas e as transformadoras. O gestor local não possui muito interesse em apoiar ações que não apresentem resultados em curto prazo e isso entrava e cria dificuldades para a ação do PMS.

c. Institucionalização: debate de opiniões – Várias dúvidas aparecem quando o tema é institucionalização.

Eu acho que ele deve ser capacitado para trabalhar em conjunto, em parceria, mas não vinculado à gestão diretamente nem institucionalizado no sentido de virar uma profissão. Veja o que aconteceu com os ACS... perderam toda o caráter inovador e criativo de quando não pensavam só em salários e reivindicações. A população perdeu... (Grupo Focal 6).

d. Necessidade de espaço físico apropriado – Um grande desafio: a manutenção dos Espaços Bambu que haviam sido criados e idealizados para reunir os PMS e que as Prefeituras desfizeram ou que não dão o devido peso e valor por diferentes motivos.

No momento a gente precisa de espaço político e também de espaço físico. Na hora que tem espaço físico, fica mais fácil ter o espaço político. Eu acho muito pior conquistar o espaço político, até porque é possível se reunir na sorveteria, até lá em casa, até na casa de (...). (Grupo Focal 3).

e. Necessidade de maior visibilidade – Desafio surgido em todas as entrevistas e grupos focais.

Não é bom centralizar. Está bom do jeito que está acontecendo. Tem que ter visibilidade. (Grupo Focal 1).

f. Atuação no nível macro – O trabalho ideal do PMS acontece em três níveis: a) Micro- junto à população transformando ações do cotidiano; b) Meso – articulando ações, propostas e políticas mediante a promoção de diálogos entre sociedade e gestão local; c) Macro- trabalho em rede com outras municipalidades, com o Estado e além desse universo.

No macro realmente sempre nós vamos encontrar barreiras e entraves que vão dificultar muito, isso na visão macro, ou seja, numa ação concreta de um grande projeto, nós vamos esbarrar (Grupo Focal 3).

g. Comunicação – Ainda bastante incipiente e sem expressão no contexto da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

h. Necessidade de sistematização das ações – Muito é feito e pouco é registrado ou sistematizado.

Eixo 3 - Importância da prática dos Promotores de Municípios Saudáveis

a. Faz a diferença na implementação de intersetorialidade e da ação territorial

Eles têm uma formação diferenciada nesses itens e a elaboração, por exemplo, de Planos Diretores que eu assisti em municípios com e sem promotores de municípios saudáveis são completamente diferentes, assim como ações ambientais e de desenvolvimento em geral. (Grupo Focal 5).

b. Uma ponte que liga as pessoas

Eu acho que a gente é a ponte que liga as pessoas, que leva o conhecimento das pessoas que estudaram para a população. Acho que nós que levamos os conhecimentos, as pesquisas e incentivamos o pessoal. (Grupo Focal 5)

c. “Conscientização a varejo”

Eu como sou agente de saúde tenho ligação direta com as comunidades aí você começa a se transformar, não só em questão do meio ambiente, mas em questão de levar conscientização sobre a saúde, sobre educação, coisas que em minha opinião é realmente o papel do promotor em si. (...) (Grupo Focal 4).

d. Alteridade em destaque

A gente vê o outro de igual para igual. Não tem como solucionar. (Grupo Focal 4)

e. Influência direta

Então eu acho que eu influencio muito na concepção das pessoas, em trabalhar as mentes. Não dizendo faça isso ou aquilo, mas mostrando o que é, o que está e o que deve ser. Eu acho que eu aprendi a ser (...) com esse ato, a partir da minha profissão. (Grupo Focal 1).

Eixo 4 - Atividades apontadas como inerentes à prática de Promotores de Municípios

Saudáveis

- a. Diversidade de ações saudáveis
- b. Meio-ambiente
- c. Lixo e limpeza de entornos.
- d. Construção e fortalecimento de Políticas Públicas Saudáveis
- e. Mudança de hábitos
- f. Articulação
- g. Sustentabilidade ambiental
- h. Segurança e prevenção das violências

Considerações finais

O papel do Promotor de Município Saudável tem se mostrado estruturador para a institucionalização da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. O fato do próprio ator se apresentar como agente da intersetorialidade local aponta para novas possibilidades nesse campo pleno de controvérsias e conflitos que necessita conjugar dois ou mais setores da ação governamental. Os desafios colocados ainda são de grande envergadura, mas o estudo aponta caminhos e confirma a importância da manutenção da prática desse ator que, inclusive, assume atividades afeitas ao meio-ambiente, segurança, articulação, sustentabilidade e construção e fortalecimento de políticas públicas no nível local. Nota-se que o fato dessa ação ser voluntária, mesmo que às vezes envolva servidores municipais engajados, esse voluntariado não apareceu como impedimento ou desafio marcante no estudo ora apresentado.

Referências

- ANDRADE, J.T. e COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica In **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010
- BARBOUR, R. **Grupos Focais.** Porto Alegre: Bookman e Artmed, 2009.
- BODSTEIN, R.C.A. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em Promoção da Saúde In **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/agosto 2009. p. 7-15.
- BUSS. P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, 5 (1) 163-77. 2000.
- FERRAZ, S.T. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000.** Brasília: Paralelo 15, 1999.
- FRANCO DE SÁ, R. e MOYSÉS, S. O processo avaliativo em Promoção da Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. In **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/agosto 2009. p. 29-35.
- FRANCO DE SÁ, R., YUASA, M. e VIANA, V.P. **Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais.** Recife: Editora UFPE, 2006.
- LÜCK, H. **Pedagogia Interdisciplinar: Fundamentos teórico-metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 1995.
- MCQUEEN, D. e JONES, C. **Global perspectives on Health Promotion effectiveness.** New York: Springer, 2007.
- Mendes EV. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió.** Tese de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP, 2000.
- NISHIDA, M. e FRANCO DE SÁ, R. Monitoramento dos nós críticos do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil In FRANCO DE SÁ, R. e NISHIDA, M. (orgs.) **Evidências de efetividade do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: O olhar da gestão.** Recife: Editora Universitária UFPE, 2008.
- OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, **Municípios e Comunidades Saudáveis. Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida**, 2002.
- PAILLÉ, P. e MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.** Paris: Armand Colin, 2003.
- POTVIN, L. e MCQUEEN, D. **Health Promotion evaluation practices in America.** New York: Springer, 2008.
- WESTPHAL, M.; MENDES, R.; COMARU, F. A. A Promoção da Saúde e as cidades. In: CASTRO, A e MALO, M. **SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde.** São Paulo: HUCITEC: Opas, 2006.

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O EXERCÍCIO FÍSICO EM DANÇA: CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO “ENVELHECER COM QUALIDADE” EM UM GRUPO DE IDOSAS

Diego Santos de Araújo¹ x-diegosantos@hotmail.com

Marcelo Pereira Coelho Filho¹ marcelinhocoelho07@hotmail.com

Marcílio Rodrigues Ribeiro¹ marcilior1@hotmail.com

Rayane Maria do Socorro Ramos¹ rayanemsramos@hotmail.com

Flávio Campos de Moraes² flavio_camposmoraes@hotmail.com

¹Discentes do Curso de Licenciatura em Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV.

²Ms Professor Auxiliar Núcleo de Educação Física, Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória – UFPE/CAV.

Resumo

Hoje, cerca de dois terços das pessoas idosas estão vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil; em 2025, serão 75%. Em virtude dessa demanda, os estudos têm se voltado às necessidades dessa população. Além dos distúrbios que afetam os idosos, a partir das mudanças decorrentes da idade, há um enorme fator de risco que muitas vezes, é a causa da grande mortalidade desse grupo, são as doenças crônicas degenerativas. Essas por sua vez, afetam grande parte da população idosa, e sua decorrência vem, principalmente, do sedentarismo. Por outro lado, vários estudos apontam sobre os benefícios dos exercícios aeróbicos no controle da pressão arterial, melhoria na aptidão física e consequente repercussão positiva na qualidade de vida. O grupo formado por 70 idosas hipertensas, participam de um programa de exercício em dança 3x na semana. São avaliados os níveis pressóricos, aptidão física e qualidade de vida das participantes. Nesse contexto, o projeto envelhecer com qualidade UFPE-CAV, tem como objetivo geral propor ações de saúde as idosas do município de Vitória de Santo Antão, integrando estudantes e professores com a comunidade local. Os resultados mostraram melhoras significativas nos usuários do projeto. O exercício em dança foi importante em controlar os níveis pressóricos, melhorar a aptidão aeróbica e promoveu impacto positivo nos domínios físico, social e ambiental de qualidade de vida. Palavras chave: idosas, dança, exercício físico.

Resumen

Hoy en día, alrededor de dos tercios de las personas mayores que viven en países en desarrollo como Brasil, en 2025, será del 75%. Debido a esta demanda, los estudios se han centrado en las necesidades de

esta población . Además de los trastornos que afectan a las personas mayores, se los cambios derivados de la edad, hay un gran factor de riesgo que es a menudo la causa de la alta tasa de mortalidad en este grupo son las enfermedades crónico-degenerativas . Estos a su vez afectan a gran parte de la población de edad avanzada , y su resultado proviene principalmente de inactividad. Por otra parte , varios estudios muestran los beneficios del ejercicio aeróbico en el control de la presión arterial , mejora la condición física y el consiguiente efecto positivo en la calidad de vida. El grupo de 70 mujeres mayores hipertensos , participar en un programa de ejercicios de baile 3 veces por semana. Se evaluó la presión arterial , la condición física y la calidad de vida de los participantes. En este contexto, la calidad de los proyectos de envejecimiento UFPE -CAV, tiene como objetivo proponer acciones de salud general de la antigua ciudad de Vitoria de Santo Antao, integración de los estudiantes y profesores con la comunidad local. Los resultados mostraron mejorías significativas en los usuarios del proyecto. El ejercicio de la danza era importante en el control de la presión arterial, mejorar la capacidad aeróbica y promovido impacto positivo en la calidad física, social y ambiental de la vida.

Palabras clave: personas mayores, la danza, ejercicios.

Introdução e objetivos

Envelhecimento

Nascemos, crescemos, amadurecemos, envelhecemos. O ser humano está em constante evolução, levando em consideração o seu crescimento, desenvolvimento e maturação. Cada etapa da vida tem suas características próprias, segundo Geis (2003, p. 19):

Nos primeiros estágios da vida, a evolução é muito mais rápida; as mudanças que um ser humano sofre em poucos anos, desde que nasce até a adolescência, são muito significativas. Em torno dos 21 anos, o crescimento corporal para, o jovem deixa de crescer fisicamente, embora seu organismo continue evoluindo, seu desenvolvimento é mais intelectual do que físico. Mais adiante, chega o momento em que o organismo começa uma fase de involução, iniciando o envelhecimento.

Essa etapa, que se inicia entre os 60 a 65 anos, se caracteriza por várias mudanças tanto físicas quanto psíquicas. Se considerarmos que “o envelhecimento é um processo evolutivo positivo, no qual vão sendo equilibradas as mudanças individuais e as adaptações pessoais, temos, a partir dessa perspectiva, a abordagem de dois aspectos: mudanças físicas e psíquicas e a forma como cada sujeito enfrenta as mudanças e adapta-se a elas”. Dentre as mudanças que ocorrem com a chegada do envelhecimento, podemos citar de acordo com Geis (2003): perda da elasticidade da pele; aparecimento de fios de cabelo brancos e quebradiços; perda da massa muscular total; perda da mineralização óssea; problemas de visão, audição e gustação; diminuição da circulação de retorno venoso e da contratilidade da musculatura cardíaca; problemas mastigatórios pela perda de dentes; dentre outras.

Por outro lado, os idosos apresentam mudanças nas características sócio afetivas, seja com familiares, seja com a sociedade que convive. Desse modo, é comum encontrar distúrbios como depressão, estresse e situações de tristeza e de abandono, que afetam a vida do idoso, principalmente na sua socialização com a sociedade. Essas características se apresentam em grande proporção, pois na maioria das vezes é dada

pelo sentimento de inutilidade, já que nessa etapa os idosos se aposentam.

Diante disso, Geis (2003, p.11) mostra que, para um envelhecimento saudável, o sujeito precisa se adaptar fácil e comodamente a todas as mudanças que vão ocorrendo, tanto as mudanças intrínsecas (físicas e psíquicas) quanto as extrínsecas (sociais).

Podemos perceber, com essa abordagem, que a população idosa está aumentando em todo o mundo, e vários são os países em que essa população já ultrapassou 7% do total de habitantes. Em virtude dessa demanda, os estudos têm se voltado às necessidades dessa população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), no ano 2000, havia 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, elas serão 1,2 bilhão em 2025, 2 bilhões em 2050. Hoje, cerca de dois terços das pessoas idosas estão vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil; em 2025, serão 75%.

Envelhecimento e doenças crônicas

Além dos distúrbios que afetam os idosos, a partir das mudanças decorrentes da idade, há um enorme fator de risco que muitas vezes, é a causa da grande mortalidade desse grupo, são as doenças crônicas degenerativas. Essas por sua vez, afetam grande parte da população idosa, e sua decorrência vem, principalmente, do sedentarismo, ou seja, da falta de atividade física. Como principais doenças encontradas nessa faixa etária, podemos citar as doenças do sistema cardiorrespiratório, do sistema musculoesquelético e do metabolismo.

Nas doenças que afetam o sistema cardiorrespiratório, citamos a hipertensão, diagnosticada caso a pressão sistólica exceda 160mmHg, ou a pressão diastólica exceda 90mmHg, segundo SHEPHARD (2003, p.213). Cerca de 65% dos casos nos idosos são atribuídas a uma pressão sistólica excessiva (WHELTON, 1985 apud SHEPHARD, 2003). A hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal, conforme mostra dados do Ministério da Saúde.

Dentre as doenças musculoesqueléticas, preconizamos a Sarcopenia, caracterizada pela extrema perda muscular, que por sua vez, deixa os idosos frágeis e incapazes de realizar as tarefas diárias; Artrite Reumatóide, um distúrbio do sistema imunológico, problema de auto-imunidade. Trata-se de uma doença crônica, inflamatória, cuja principal característica é a inflamação das articulações (juntas), embora outros órgãos também possam estar comprometidos, segundo a Secretaria Brasileira de Reumatologia; e a Osteoporose, que segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia, é uma doença que pode atingir todos os ossos do corpo, fazendo com que fiquem fracos e com possibilidade de quebrarem aos mínimos esforços.

Quanto à saúde metabólica a má alimentação e a obesidade, geralmente estão presentes na população idosa. Esses fatores se dão pela falta de apetite por uma perda do sentido do paladar (MINAKER e ROWE, 1982; SCHIFSMAN e GATLIN, 1993 apud SHEPHARD, 2003), a opção de alimentos pode ser restrita por uma falta de dentes ou próteses que não se adaptam bem (CARLOS e WOLFE, 1989; GARRY, 1982 apud SHEPHARD, 2003), assim como pode haver dificuldade em engolir (MORRIS e colaboradores, 1991 apud SHEPHARD, 2003). Em contrapartida, a falta de atividade física pode acarretar o aparecimento da obesidade, que consiste no aumento do conteúdo de gordura do corpo e, assim, no tamanho das células do tecido adiposo.

Atualmente o Diabetes Mellitus é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública devido ao número de pessoas afetadas, este apresenta até 90% de todos os casos (KRAL e BESSER, 1989), e é muito comum aos idosos. A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento anormal de glicose (açúcar) no sangue, de acordo com o Ministério da Saúde. Outros problemas metabólicos que afeta o indivíduo idoso são os cânceres, sendo eles Câncer do Pulmão, Próstata, de Pele, do Cólon e Câncer da Mama.

Envelhecimento e exercício físico

Segundo GEIS (2003 p.49), o exercício físico regular é um fator que desencadeia resposta de cunho positivo no organismo, a partir do exercício as articulações ganham a capacidade de movimento que merecem, os músculos e os ligamentos são reforçados, a capacidade de oxigenação dos pulmões é aumentada, o sangue circula mais facilmente pelo corpo, sendo ainda capaz de aumentar a resistência, retardando o estado de fadiga. Não deixando de atentar para os efeitos psicossociais que o exercício físico promove, pois relacionamentos e comunicações são construídos e exercitados ao longo da prática, pois problemas em comum são diretamente proporcionais a afinidade, a solidão diminui e a memória e atenção são aumentadas.

Segundo FERNANTTI (2008, p.) o exercício físico também promove redução dos níveis de sarcopenia, perda da massa magra, um dos fatores gerados durante a velhice onde há declínio gradual da capacidade muscular. Desencadeado pela diminuição dos níveis de fibra musculares, pessoas de qualquer idade se adaptam bem ao treinamento de força, da redução da massa muscular, ou seja, capacidade funcional de realizar movimentos básicos diários. A inatividade potencializa a perda da modalidade.

Na velhice, apesar das limitações centrais provocadas pela menor capacidade de elevação da frequência cardíaca no exercício, existem adaptações positivas só que dependem de uma aplicação adequada dos estímulos propostos. O exercício físico muscular tem efeitos sobre a força absoluta e relativa, densidade mineral óssea e prevenção de problemas musculares esqueléticos. As características que devem nortear o trabalho de condicionamento aeróbio são universais servindo também para a terceira idade são

- Tipo de atividade
- Duração do esforço
- Frequência de treinamento
- Intensidade do esforço

Somado aos benefícios apresentados ao longo do tópico a atividade aeróbia exerce influência positiva na distribuição regional de lipídeos em idosos, vejamos o quadro a seguir:

1.1 Efeitos da redução do peso corporal e percentual de gordura sobre a saúde
Redução da pressão arterial em hipertensos e de risco para doença cardiovascular e metabólica
Redução da intolerância de problemas posturais e doenças articulares degenerativas
Redução de quadros de edemas nas extremidades corporais
Aumento da Capacidade funcional expressa em função do peso
Menor incidência de alguns tipos de câncer
Possível redução do uso de medicamentos
Melhora da imagem corporal e da autoestima

Fernatti, (2008 p. 121)

“O exercício físico regular altera de forma favorável o perfil metabólico, glicídico, contribuindo no tratamento de doenças cardiovasculares e do diabetes” FERNATTI (2008, p. 121).

Qualidade de vida na terceira idade

Proporcionar uma melhoria da qualidade de vida nesse grupo específico tornou-se uma prioridade, em virtude do aumento da população idosa em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como “(...) a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEIDL e ZANNON, 2004). De acordo com Silva (1999), p 261 apud Moreira (2001), p 35:

“(...) qualidade de vida aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira”.

Portanto, é necessário entender que, a melhoria da qualidade de vida é essencial para todas as faixas etárias, especialmente para os idosos, que se sentem excluídos da sociedade, e muitas vezes são vítimas de preconceito, devido as mudanças decorrentes da idade. A partir dessa perspectiva, surge à necessidade de implantar programas e projetos públicos que atendam essa maior idade, proporcionando-lhes melhores condições de vida, além de reduzir ou eliminar os riscos das doenças crônicas degenerativas.

Dança e idoso

A Dança como modo de viver torna a vida diária mais saudável, pois desenvolve os domínios socioafetivo, psicomotor e perceptivo-cognitivo, sendo uma atividade física prazerosa para o indivíduo, como afirma Guimarães, Simas e Farias (2003). Dessa maneira, propor a dança como um recurso prático nas aulas de educação física com idosos, além de contribuir para melhoria na sua saúde, trará benefícios

para o seu bem estar físico e cognitivo.

Verifica-se que com a prática da dança em sua globalidade, praticada de forma adequada e levando em consideração as capacidades físicas e motoras dos idosos, apresenta diversos benefícios no condicionamento físico, aumentando sua eficiência e consciência corporal, mecânica e motora. Acredita-se que a mesma, seja agente facilitador para maior adesão dos idosos à prática da atividade física. A dança, por sua vez, também tem influência na melhoria de fatores psicológicos, promovendo uma descontração psíquica, reduzindo o estresse, e ao mesmo tempo, estimulando a criatividade.

Os fatores citados, são provenientes em sua grande parte, do enfoque coletivo, pois quando praticada de forma lúdica e com interação social, acarretará na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, proporcionando-lhes um maior longevidade. Dessa forma, o índice de mortalidade na população idosa em sua totalidade tem diminuído, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Diante do exposto, podemos inferir a importância do projeto envelhecer com qualidade que têm como objetivos:

- Propor ações de saúde a população idosa de vitória de Santo Antão;
- Conscientizar sobre a prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis;
- Realizar intervenções com ênfase em dança na população citada;
- Promover um campo de estágio e pesquisa aos estudantes e professores da UFPE-CAV, numa relação extramuros entre Universidade e Sociedade.

Metodologia

O projeto Envelhecer com Qualidade, traz em seu bojo, uma proposta de promoção de saúde para o público idoso, por meio de “parcerias intersetoriais, inter-institucionais e com entidades não-governamentais e da sociedade civil, visando fortalecer processos de co-responsabilização na produção da saúde”, conforme Campos, Barros e Castro (2004). Essa parceria contribui para aplicação prática de diversas disciplinas dos cursos de graduação em Educação Física, Nutrição e Enfermagem, permitindo ao aluno o contato com a prática profissional interdisciplinar. O Projeto implica em promover ações de saúde à população de Vitória de Santo Antão em três pólos do município, construída por meio da participação intersetorial da UFPE/CAV, Secretaria Municipal de Saúde e Comunidade local, contemplando o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população e da formação curricular do discente.

As atividades propostas incluem o movimento como o principal fator de promover o bem-estar ao idoso. Segundo GEIS e RUBÍ (2003), “o movimento criativo é uma ferramenta corporal muito rica para ajudar o idoso a se expressar, a criar e a sentir; quanto mais vivências corporais e propostas de movimento oferecermos, mais segurança corporal eles terão e mais autônomos e disponíveis estarão”. Para atingir tais objetivos, as aulas consistem na prática da dança de salão, com uso de elementos e recursos que são de extrema importância, além do uso da ludicidade e criatividade nas atividades propostas, possibilitando ao idoso uma vivência prazerosa por meio do movimento.

As oficinas de danças de salão são realizadas três vezes por semana, em dias alternados, sendo

trabalhada com uma intensidade de leve a moderada do consumo de oxigênio máximo ou Vo_2 máx. Na prática utilizam-se materiais tradicionais, como bastões, balões, bambolês, bolas e cordas, e também materiais recicláveis como a garrafa pet e o cabo de vassoura.

A música se torna o recurso pedagógico básico, sendo sempre usada nas aulas, de modo que a vivência se torna cada vez mais atrativa. Para que realmente funcione como um instrumento de trabalho, as músicas são selecionadas nos mais variados ritmos, e vão desde as mais antigas até as atuais, sendo sempre levado em consideração suas letras.

Por fim, o idoso é trabalhado em sua totalidade, considerando suas limitações e suas capacidades, sendo sempre avaliado. Para isso a parceria existente entre os profissionais da área da saúde, como Enfermeiros, Educadores Físicos e Nutricionistas, vem contribuir no amplo auxílio aos idosos, beneficiando a saúde dos mesmos, e promovendo uma melhor qualidade de vida.

Resultados e discussão

Os resultados observados neste estudo estão de acordo com as pesquisas que verificaram o benefício do exercício tanto agudo, como crônico no controle da PA em indivíduos hipertensos. Os estudos de Liima, Herkenhoff e Vasquez (1998) que afirmam que o treinamento aeróbio é capaz de levar a PA a níveis mais baixos.

Os resultados deste estudo indicam que as idosas da Bela Vista também apresentaram bons escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-Bref, quando comparados à pontuação máxima dos escores para cada domínio e às médias encontradas para os diferentes domínios da QV na população estudada. O presente estudo mostrou que os quatro domínios analisados (ambiental, físico, psicológico e social) explicam totalmente o domínio global da QV, assim como a aptidão aeróbica interfere significativamente no aspecto ambiental de idosas participantes de um programa de dança pelo fato das idosas poderem se deslocar com segurança para diversos locais como a igreja, as feiras livres, as praças etc., devido ao bairro apresentar adequadas condições para as caminhadas da população.

Considerações finais

De acordo com as abordagens, o envelhecimento se caracteriza pelo momento mais alto da maturidade, a etapa na qual o indivíduo sofre diversas mudanças, que de forma direta interferem na sua saúde, nas atividades realizadas no dia a dia, na sua socialização com a sociedade, em fim, na sua vida. Por essa razão, acredita-se que ter uma vida sadia na velhice implica em aceitar tais mudanças, e adaptá-las para essa nova fase. Diante disso, doenças e distúrbios afetam a maior parte desses indivíduos, acreditando que esses sejam os principais determinantes dos índices de expectativa de vida da terceira idade.

Embora, em princípio, as mudanças afetam os aspectos físicos, psíquicos, sociais e afetivos, existem recursos práticos que respondem de maneira positiva no melhoramento das condições dos idosos, diminuindo o aparecimento de doenças e distúrbios, ou até mesmo, auxiliando no tratamento das mesmas. Dentre esses recursos, podemos citar a atividade física, essa por sua vez, vem adquirindo cada vez mais relevância no trabalho com idosos. A atividade física nos dá a possibilidade de melhorar não somente as capacidades físicas do idoso, mas também psíquicas.

Levando em consideração tais benefícios, o Projeto Envelhecer com Qualidade traz a prática da atividade física para idosos, promovendo a saúde aos mesmos. A dança de salão permite ao idoso várias vivências corporais, fazendo com que ele se expresse e interaja com o outro, sentindo a emoção da dança e o bem estar que ela proporciona. A partir dessa prática, o idoso passa a se aceitar e perceber que pode continuar suas atividades, juntamente a isto, passa a valorizar as pequenas coisas da vida.

Segundo GEIS (2003), o corpo é o instrumento que permite que a pessoa se desloque se relacione, se expresse e intervenha em seu meio de vida. É necessário, então, dedicar-lhe um tempo, cuidá-lo sempre. Em qualquer idade, deve-se fazer atividade física, pois é importante cuidar tanto do corpo quanto da mente. Concluimos então, que é essencial que as pessoas se preparem para a velhice, e com a chegada da mesma, elas possam preencher seus tempos livres com a prática de atividades físicas e lazer, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde, além do melhoramento nos aspectos sócio afetivos.

Referências

- ANGERMEYER, M.C. *et al*; **Depression and quality of life: results of a follow-up study**. The International Journal of Social Psychiatry, v.48, n.3, p. 189-99, 2002.
- CARLOS, J.P. ; Wolfe, MD. the oral **Methodological and nutritional issues in assessing health of aged subjects**. American Journal of clinical nutrition 50: 1210-1218.
- FERINATTI, Paulo de Tarso Veras; **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício**; Bases Teóricas e Metodológicas; Barueri, SP: Monole, 2008.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al*; **A avaliação de qualidade de vida, guia para profissionais**; Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GOLDSTEIN, L.L. **Stress e coping na vida adulta e na velhice**. In: NERI, A.L. (Org). Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida. Campinas: Papirus, 1995.
- GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto; **Qualidade de vida e Atividade Física, explorando teoria e prática**; Barueri, São Paulo: Manole, 2004.
- GORDILHO, A.; **Drepressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio**. In: E.V. de FREITAS, E. V.; PY,L.; NERI, A.L.; *et al*. (Eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002**.
- KEREN, G. *et al*. **“Comparison of various methods for the determination of Vo₂ Máx”**. Journal of Applied Physiology and Occupation Physiology, v.495, n.2/3, p. 117-24, 1980.
- KRAI, L.R., and BESSER, R.S. (1989). **Joslin diabetes manual** (12 th ed.) Philadelphia: Lea & Febiger.
- LEITE, P.F. **Aptidão Física, esporte e saúde: prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, metabólicas e psicossomáticas**. São Paulo: Robe, 1990.
- LIMA, E.G.; HERKENHOFF, F.; VASQUEZ, E.C. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial em Indivíduos com Resposta Exagerada dos Níveis Pressóricos em Esforço. Influência do Condicionamento Físico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Espírito Santo, v.70, n.4, p.243-249, 1998.
- MAX, J.O. *et al*. **“Low-volume circuit versus high-volume periodized resistance training women”**. Medicine and Science in Sports and Exercise, v.33, n.4, p. 635-43, 2001.
- MINAKER, K. L. *et al*; **Influence of age on clearance of insulin in man**; Diabetes 31: 851-855.
- MORRIS, J.S. *et al*; **Principles and practice of geriatric medicine** (2nd ed., pp. 417-486). Chichester: Wiley.
- PONT GEIS, Pilar; **Atividade Física e Saúde na terceira idade, teoria e prática**; Porto Alegre: Artmed, 5^o edição, 2003.
- PONT GEIS, Pilar; RUBÍ, Maika Carrogio; **Terceira Idade, atividades criativas e recursos práticos**; Porto Alegre: Artmed, 2003.
- POWELL, K.E. & BLAIR, S.N. ; **“The Public Health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates”**; Medicine and Science os Sports and Exercise, v.26, n.7, p. 851-56, 1994.
- SCHIFFMAN, S.S.; GATLIN, C.A. ; (1993.) **Clinical physiology os taste and smell**; Annual Reviews

of Nutrition 13: 405-436.

SEIDELL, J.M. & FLEGAL, K.M. ; **“Assessing obesity: classification and epidemiology”**. British Medical Bulletin, v.53, n.2, p. 138-52, 1997.

SHEPHARD, Roy J. ; **Envelhecimento, Atividade Física**; São Paulo: Phorte, 2003.

SNOWDON, J.; **Qual é a prevalência de depressão na terceira idade?** ; Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n.1, p. 42-47, 2002.

SULLIVAN, M. D. *et al.*; **Models of health-related quality of life in a population of communitydwelling Dutch elderly**. Quality of Life Research, v.9, n.7, p. 801-810, 2000.

TRENTINI, C.M. *et al.*; **A Percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador**. Estudos Psicológicos, v.11, n.2, p. 191-197, 2006.

VERAS, R. P.; **Epidemiologia do envelhecimento na América Latina**. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. (Eds.).: Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2000. p.7-21.

WHELTON, P.K.; (1985.) **Hypertension in the elderly**; New York: McGraw-Hill.

XAVIER, M.F. *et al.*; **Elderly people 's definition of quality of life.**; Revista Brasileira de Psiquiatria, v.25, n.1, p' .31-39, 2003.

OFICINA DE SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA

WORKSHOP SEXUALITY OF THE ELDERLY

Fábia Alexandra Pottes Alves:

Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Professora assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

Professora responsável pelo Projeto de Extensão Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa – PROEXT/UFPE. fabia.alexandra@terra.com.br

Renata Livia Alves de Souza Melo:

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Aluno do Programa de Especialização em Enfermagem em Cardiologia na modalidade Residência do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco – PROCAPE. renatalasm@hotmail.com

Eduardo Tavares Gomes:

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal de Pernambuco.

Aluno do Programa de Especialização em Enfermagem em Cardiologia

na modalidade Residência do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco – PROCAPE. Pós-graduando em Enfermagem em Suporte Avançado de Vida pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco. edutgs@hotmail.com

Resumo

As necessidades sexuais estão presentes em toda a trajetória existencial e podem ser vivenciadas de diferentes formas em cada momento manifestando-se mediante expressões além do corpo. Todavia, a sexualidade é uma dimensão humana permeada de mitos e tabus, principalmente quando relacionada a pessoa idosa. Diante da potencialidade de transformação social, cabe ao enfermeiro assumir o compromisso de desconstruir idéias errôneas e preconcebidas, lançando mão das estratégias de educação em saúde como ferramentas. Neste estudo, objetivou-se promover a discussão e reflexão a respeito da sexualidade da pessoa idosa, abordando os aspectos relacionados a direitos, saúde e cidadania. Foram realizadas quatro oficinas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e uma no município de Paudalho-PE, com um total de 51 idosos participantes. A Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa mostrou-se rica em vivências e trocas de experiências, proporcionando mudanças nos facilitadores e participantes.

Descritores: Idoso; sexualidade; educação.

Abstract

Sexual needs are present throughout the existential trajectory and can be experienced in different ways in each moment manifesting itself through expressions beyond the body. However, sexuality is a

human dimension fraught with myths and taboos, especially when related to elder. Given the potential for social transformation, it is the nurse commit to deconstruct preconceived misconceptions and, resorting to strategies such as health education tools. This study aimed to promote discussion and reflection about the sexuality of older people, discussing aspects related to rights, health and citizenship. There were four workshops in the Department of Nursing of the Federal University of Pernambuco and one in the city of Paudalho-PE, with a total of 51 elderly participants. The Workshop Sexuality of the Elderly proved rich in experiences and exchanges, providing changes in facilitators and participants.

Descriptors: Elderly; sexuality; education.

Introdução

Envelhecer é um processo íntimo e particular de cada ser humano, com sua própria realidade que se diferencia das outras etapas da vida.⁽¹⁾ No Brasil são considerados idosos, pessoas a partir dos 60 anos e no ano de 2025, o país terá 34 milhões de pessoas nesta faixa etária, estando em sexto lugar no **ranking** mundial com relação ao quantitativo de idosos. Observa-se esse crescimento pelo fato de que no ano de 1900 os idosos representavam apenas 3,2% da população geral brasileira, já em 1960 esse percentual se eleva para 4,7% e pode atingir 13,8% em 2020.⁽²⁾

Com o rápido crescimento desta população, é de suma importância repensar medidas que garantam não apenas a postergação, mas sim, qualidade de vida em todos os anos que estarão por vir, sendo vivenciados com satisfação e felicidade.⁽³⁾

Posto que durante o processo de envelhecimento, o ser humano adquire experiências através de vivências, quer sejam elas positivas ou negativas, é a partir destas que ele poderá ter nova percepção sobre o modo de viver.⁽⁴⁾ Portanto, é fundamental que o idoso permaneça produtivo para desempenhar novos papéis, não tornando esta fase da vida repleta de momentos infelizes. Uma maneira para isso é por meio do exercício da sexualidade, visto que é uma maneira de expressão pessoal e proporciona ao ser humano a oportunidade de expressar afeto, auto-estima, lealdade, e amor.⁽⁵⁾

As necessidades sexuais estão presentes em toda a trajetória existencial e podem ser vivenciadas de diferentes formas em cada momento da vida, manifestando-se mediante expressões além do corpo.⁽⁶⁻⁸⁾

Esperava-se do homem adulto uma preparação prévia para a vida sexual e cabia a mulher aprender tudo com o seu esposo. Normalmente elas alimentavam falsas expectativas sobre a noite de núpcias, quando pelo contrário tudo contribuía para dar errado e ser um desastre.⁽¹⁰⁾ Acreditava-se que a relação sexual era uma “necessidade orgânica” para os homens e apenas uma “obrigação” para as mulheres.⁽¹¹⁾ Essa forma de pensar ainda se perpetua e existe no imaginário de vários idosos, mas independente disto, o desejo sexual está sempre presente e com as alterações da senilidade, no campo físico e social, são requeridas múltiplas exigências adaptativas e, na área da sexualidade, os idosos muitas vezes enfrentam dificuldades em virtude das mudanças da identidade corporal e na manutenção de papéis e funções.⁽¹²⁻¹³⁾

A maioria dos homens encaram as mudanças fisiológicas como o motivo da impotência, por estarem com a auto-estima baixa, evitando manter relações sexuais, por receio de não conseguir atingir uma ereção satisfatória e assim entrar em confronto e frustrar a parceira.⁽¹²⁾ Contudo, a sexualidade, independente da faixa etária, não se refere apenas ao coito em si, mas à troca do afeto, carinho, companheirismo, vaidade e cuidados com a aparência física de forma saudável.⁽¹⁴⁾

Nas diversas fases da vida, o homem integra-se a grupos específicos, elaborados por afinidade

e necessidade, como grupos na escola, no trabalho e na comunidade. Gradativamente ocorrem desvinculações com os grupos, sendo as mais marcantes as relacionadas a aposentadoria, a perda de entes queridos, separação dos filhos e isolamento forçado por morbidades ou por perda da auto-estima. Portanto o que se observa nesta fase da vida é a importância da convivência em grupos, para que o idoso possa reconstruir relações através de vínculos, com outras pessoas de mesma idade e que tem uma história de vida semelhante, facilitando assim a socialização e a recuperação de sua auto-estima.⁽¹⁵⁾

A vivência da sexualidade de forma satisfatória na velhice resulta portanto da interação com pessoas de comportamentos diversos e em constante mudança, vivendo também numa sociedade em mudança a todo tempo.⁽¹⁰⁾ Dessas interações ressaltam os pontos positivos da sexualidade do idoso e que favorecem um bom relacionamento do casal e uma melhoria da sexualidade de ambas as partes, como por exemplo, o maior número de horas livres só para os dois, a ausência do risco de gravidez e sobretudo a maturidade do casal.⁽¹⁵⁾

A ciência também tem contribuído para uma maior longevidade sexual minimizando as barreiras biológicas que dificultavam a manutenção da atividade sexual na segunda metade da vida. Nos últimos anos, tem estudado de forma consistente as disfunções eréteis e a reprodução dos hormônios femininos, o estrogênio e a progesterona, propiciando a elas manter a função sexual prazerosa após a menopausa.^(16,12) Todos esses subsídios aumentam a probabilidade e as chances do idoso levar uma vida sexual ativa, mas também de contaminar-se com DST/aids.

É notável a existência de políticas públicas apenas para resolução de problemas de ordem emergencial, assistenciais locais e praticamente nada que sensibilize a população como um todo quanto a prevenção de DSTs, também na terceira idade⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ Para muitos idosos, não existe a possibilidade de contrair HIV/aids em uma idade já avançada, pois a informação sobre métodos preventivos são voltados quase que exclusivamente para os jovens, sendo baixa a conscientização sobre fatores de risco para os mais velhos.⁽²⁰⁾ O uso de preservativos por pessoas dessa faixa etária é aquém do esperado, e isto se deve a crença da associação do uso do preservativo apenas para fins contraceptivos, ignorando a necessidade do combate as DST.⁽²¹⁾

Portanto é necessário investir em informação e educação para população, incluindo os idosos, como um componente efetivo para seu controle e prevenção.⁽²²⁾

Marco Teórico

Educação em Saúde

Ações educativas em promoção de saúde são apontadas nas políticas contemporâneas para envelhecimento ativo, conjuntamente com medidas de políticas públicas que possam reduzir desigualdades e propiciar condições para práticas saudáveis.⁽²³⁻²⁶⁾

A educação deve possibilitar ao homem aprender para construir e reconstruir, para mudar; não deve limitar-se a adaptação, mas, sobretudo para transformar a realidade, vez que o homem é um ser inacabado, que está em constante busca.⁽²⁷⁾ Nesse sentido, a educação em saúde deve favorecer a construção de um conhecimento pautado no compartilhamento de experiências e de diferentes visões de mundo, no intuito de buscar conjuntamente resoluções para as questões a serem enfrentadas.⁽²⁹⁾ É um instrumento de promoção da saúde, e dessa forma será possível vivenciar uma educação como

instrumento de libertação, que promova o fortalecimento das populações para a tomada autônoma de decisões.⁽²⁸⁾

O educador não deve ser aquele que reproduz discussões prontas e acabadas, mas aquele que desperta consciência motiva para a existência, fazendo-nos acreditar que a educação é algo dinâmico, uma troca, um diálogo, onde todo saber é relativo, portanto, todos são sujeitos do processo⁽²⁹⁾. Diante dessa realidade, é de fundamental importância a Enfermagem voltar-se a práticas educativas fundamentadas na realidade, enlaçada à pedagogia libertadora, para transformação dos sujeitos enquanto seres cômicos e críticos, que atuam no seu processo de saúde, transformando esta mesma realidade.⁽³⁰⁾

Oficinas de Educação em Saúde Sexual

O poder de transformação social da enfermagem perpassa pelas habilidades desenvolvidas nas práticas educativas nos diversos ambientes do cuidar. Diante desta potencialidade, cabe ao enfermeiro assumir o compromisso de desconstruir mitos e tabus, lançando mão das estratégias de educação em saúde como ferramentas. Uma dessas ferramentas que se mostra eficaz são as Oficinas de Educação em Saúde Sexual, que expõe o tema ao grupo, possibilitando a expressão do lúdico, para melhor compreensão do tema, e também permite a descontração dos participantes e a criação mútua do conhecimento, desde que as atividades realizadas aconteçam de forma acolhedora e respeitosa.⁽³¹⁾

A Oficina funciona associando a informação repassada, as experiências e vivências dos participantes. Visa aliar a dimensão terapêutica (sem ser terapia) e a dimensão educativa (sem ser aula). É um método essencialmente dialógico e participativo, visando a elaboração de questionamentos e entendimento sobre saúde sexual.⁽³²⁾

Em geral, profissionais de saúde negligenciam as dimensões sócio-afetivas em suas anamneses, priorizando a investigação fisiopatológica. No atendimento ao idoso, a sexualidade é um dos aspectos mais negligenciados, pois, tanto para profissionais quanto para maioria das pessoas, a vivência da sexualidade nesta fase continua sendo um tabu. O prejuízo é de grande monta, visto que se perde a oportunidade de intervenção em alguns temas como, disfunção erétil, vaginismo, dispareunia, uso inadequado de medicamentos e prevenção de doenças são condições que deixam de ser abordadas junto aos idosos em virtude do preconceito e, na maioria dos casos, são situações passíveis de uma atuação eficaz.^(4,33)

Enfermeiros, médicos e outros profissionais, evitam falar sobre o assunto, muitas vezes por não saberem por onde iniciar a abordagem do paciente ou por não saberem se pronunciar diante das respostas que as pessoas podem dar. Em alguns idosos, ainda existe o desejo sexual muito intenso, e por essa razão sentem-se constrangidos e culpados por isso, e sem ajuda para obter informações adequadas, esses sentimentos só pioram.⁽³⁴⁾

O enfermeiro exerce papel fundamental frente a essa situação, já que dentre as diversas formas de atuação deste profissional, está a prática educativa como principal estratégia à promoção da saúde. Como educador em saúde, ele tem a função de facilitar as descobertas e promover a reflexão dos sujeitos, sobre sua própria realidade, oferecendo ao indivíduo o poder e a autonomia de escolher as alternativas propostas.⁽³⁵⁾

A conquista de um envelhecimento sadio acontece de forma gradativa e preventiva desde a infância. No entanto a conscientização de levar uma vida saudável e pode ocorrer em qualquer fase da vida, inclusive quando se tem mais de 60 anos. Neste caso, o reconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento,

bem como as patológicas, são de fundamental importância para uma adaptação saudável à velhice.⁽³⁶⁾

O respeito, a autonomia e a dignidade do idoso devem ser encaradas como algo imperativo a todo momento, devendo ser tratados com ética, e não como um simples favor que pode ser cedido ou não a eles. Portanto os saberes e o encaminhamento para a educação do auto-cuidado, em relação a própria saúde do idoso e o seu processo de envelhecimento só ocorre a partir da interação entre os profissionais e o público-alvo, sempre com embasamento nos conhecimentos de ambas as partes.⁽³⁷⁾

Metodologia

Elaboração do Projeto de Extensão Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa

A Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa utilizou a metodologia participativa utilizada por Villela⁽³⁸⁾, baseada em técnicas lúdicas, vivências e discussões e dinâmicas de grupo. Tal metodologia possibilita trabalhar, simultaneamente, os aspectos cognitivos e afetivos da sexualidade, lidando, de modo articulado, com idéias, valores, práticas e comportamentos através da facilitação do debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios participantes. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir⁽³¹⁾.

O planejamento das oficinas foi precedido por estudos e discussões nas quais se pensou as formas de abordar o tema, de forma a não constringer nenhum participante. Todas as etapas foram planejadas de forma a propiciar discussões respeitadas e para que ocorresse o **feedback** de cada grupo. As oficinas foram pensadas para atender os objetivos de promover a discussão e reflexão a respeito da sexualidade da pessoa idosa, abordando os aspectos relacionados a direitos, saúde e cidadania, abolir preconceitos a respeito da sexualidade da pessoa idosa, estimulando a vivência da sexualidade de maneira mais saudável e prazerosa e discutir quanto à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Dessa forma, foi elaborado o projeto de extensão “Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa” que foi desenvolvido no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010 no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com financiamento da Pró - Reitoria de Extensão (PROEXT). O projeto teve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães, Recife-PE.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da oficina, assim como, de que os dados obtidos pelas mesmas seriam utilizados para fins de publicações em revistas científicas e em encontros acadêmicos científicos e assinaram os termos de consentimento.

As oficinas foram programadas para acontecerem uma vez ao mês, com duração de 09 horas, divididas em 03 dias. Foram disponibilizados 15 vagas por encontro para idosos que sabiam ler e escrever.

A equipe foi formada por 2 professores do Departamento de Enfermagem, sendo 1 coordenador e outro supervisor/instrutor e uma equipe estudantes da graduação em Enfermagem da UFPE.

No período compreendido entre novembro e dezembro de 2009 foram realizados encontros semanais e no período de janeiro a dezembro de 2010 foram realizados encontros quinzenais, entre o professor coordenador e os alunos envolvidos, onde eram realizados seminários e discussões embasadas em artigos científicos sobre assuntos pertinentes às oficinas com finalidade de organização das mesmas.

Resultados e Discussão

Análise do Perfil dos Idosos Participantes

A análise do perfil dos participantes das oficinas de sexualidade da pessoa idosa (tabela 1) revela que quanto ao gênero, o feminino foi maioria representando 76,5% dentre os participantes, fato que reflete a feminilização do envelhecimento, sobretudo a realidade na participação dos grupos de idosos em geral.

Tabela 1: Perfil dos participantes da Oficina de Sexualidade da Pessoa Idosa do Departamento de Enfermagem de UFPE (N= 51). Recife-PE, 2010

Variáveis	f	%
Idade		
50 – 59 anos	8	15,7
60 – 64 anos	10	19,6
65 – 69 anos	12	23,5
70 – 74 anos	14	27,5
75 – 82 anos	7	13,7
Sexo		
Feminino	39	76,5
Masculino	12	23,5
Procedência		
Capital	25	53,3
Região Metropolitana	16	24,5
Interior	10	22,2
Relacionamento		
Casado (a)	19	49
Divorciado (a)	9	17,6
Viúvo (a)	8	15,7
Solteiro (a)	4	7,9
Namorando (a)	5	9,8
Grau de Instrução		
Fundamental incompleto	19	37,3
Fundamental completo	6	11,8

Ensino Médio completo	17	33,3
Superior completo	9	17,6
Renda		
Menos de 1 salário	8	15,7
De 1 a 3 salários	30	58,8
De 3 a 5 salários	9	17,7
Mais de 5 salários	4	7,8
Religião		
Católica	31	60,8
Evangélico	15	29,4
Espírita	3	5,9
Nenhuma	2	3,9
Trabalha		
Sim	9	17,7
Não	42	82,3

A população feminina apresenta uma menor mortalidade que explica esse diferencial por sexo e faz com que essa população cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Essa menor mortalidade feminina deve-se a diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças no consumo de álcool e tabaco, bem como maior adesão ao autocuidado evidenciada pelas mulheres.^(10,11)

Os idosos procedentes do interior do estado são exclusivamente os que participaram da oficina realizada no município de Paudalho 22,2%. A escolaridade dos participantes foi bastante heterogênea com 37,3% dos participantes com ensino fundamental incompleto e em contrapartida 17,7% tinham ensino superior.

Quanto a renda com 15,7% dos participantes recebendo menos de 1 salário mínimo juntamente com 58,8% que recebem de 1 a 3 salários mínimos, o que diminui o acesso a informação e a compreensão dos mesmos, contribuindo para a perpetuação de conceitos antigos e preconceituosos.

A realidade da solidão relacionada aos viúvos e divorciados, comum na faixa etária e referida por 33,3%, dos participantes, soma-se aos 7,9% dos que referem ser solteiros, totalizando, 41,2% dos que referem não ter parceiros, tem implicações diretas na vivência da sexualidade. A falta de parceiro e a redução do círculo social, além das cobranças sociais e familiares sobre o ser idoso, levam a um estiolamento da vivência sexual.

A viuvez é a mais referida, como motivo e sinônimo de solidão. A morte do cônjuge pode está relacionado a uma dor muito grande da perda, significando quase que uma tragédia na vida do idoso, ou uma libertação.⁽¹²⁾ Atualmente as idosas também tem outra visão da viuvez, declarando sua autonomia e liberdade, após falecimento do homem.⁽¹³⁾

Dos participantes das oficinas apenas 3,9% revelaram não possuir vivência religiosa. A religião muitas vezes pode influenciar na sexualidade de uma pessoa, quando o sexo é então vinculado à finalidade procriativa tendo como exemplo os animais, caso contrário trará o “estigma negativo do prazer”. Vemos aí emergir uma forma de moralidade que é essencialmente moralidade sexual.⁽¹⁴⁾

Grande parte dos idosos, 82,3%, não trabalhava mais, tirando sua renda, provavelmente da aposentadoria. A aposentadoria assegura aos indivíduos um meio de renda permanente até a morte, e possibilita a segurança individual de uma fonte monetária, que marca a sociedade da nossa época. A aposentadoria acontece como um divisor de águas, provocando uma descontinuidade na vida do homem. Ocorre uma separação com o passado, condicionando o indivíduo a novas adaptações, e trazendo-lhes certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também algum sofrimento com a sua desvalorização e desqualificação.⁽¹⁵⁾

Atividades realizadas

No mês de janeiro de 2010 foi realizada a primeira oficina que serviu como piloto para que fossem testados os instrumentos utilizados para coleta de dados e os recursos metodológicos propostos para a oficina. Nesta oficina participaram 6 pessoas. Após a oficina piloto, realizaram-se ajustes metodológicos em alguns instrumentos sugeridos pelos próprios idosos. Foram realizadas mais 3 oficinas nos meses de março, abril e junho que aconteceram no Departamento de Enfermagem/UFPE, com um quantitativo de 13, 11 e 11 participantes respectivamente.

No mês de outubro foi realizada a última oficina do projeto que aconteceu na cidade de Paudalho-PE, por convite da Secretária de Saúde municipal, que contou com 23 participantes entre idosos e profissionais de saúde do município, integrantes da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de esses profissionais também fossem sensibilizados em relação ao tema e pudessem ter mais acesso ao assunto durante o atendimento a população de idosos na comunidade.

Antes do início das atividades, os participantes preenchiam após a leitura o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a ficha de identificação com um questionário sócio-demográfico e o pré-teste.

Em seguida, era explicado o objetivo da oficina, abordando principalmente a preocupação com o aumento do número de casos de idosos com HIV. Após era realizada uma dinâmica de apresentação para favorecer a integração do grupo. A programação do dia continha a exibição de um filme, ao seu término era realizada uma discussão sobre as ideias principais do filme e relacionado a tema abordado. O segundo da iniciava-se com uma apresentação dialogada sobre “Sexualidade da Pessoa Idosa”, onde eram discutidos os conceitos básicos sobre sexualidade.

O material produzido continha uma linguagem acessível aos idosos, além de muitas ilustrações que faziam alusão ao tema facilitando a compreensão do material exposto. Era estimulada a participação dos idosos, os quais em vários momentos relatavam suas experiências, pensamentos e opiniões. Após a aula era realizada uma dinâmica em que eram distribuídas imagens para os idosos retratando expressões diversas da sexualidade. A partir disto, os participantes construía cartazes contendo expressões, representadas por palavras-chaves, que iam emergindo de forma coletiva e espontânea no grupo, durante a visualização das figuras. Dentre as atividades propostas para o dia, incluía a leitura do poema de Clarice Lispector: “Ruídos de Passos”, que retrata com muita essência e fidedignidade o que muitas mulheres vivenciam nessa faixa etária em relação à sexualidade. Para encerramento das atividades do dia, o grupo

era dividido em grupo, onde cada um recebia temas, quais sejam: sexualidade e religião, mudanças no comportamento histórico cultural da sexualidade e sexualidade e a mulher, onde cada grupo discutia seu tema e após era formada uma grande roda onde o debate e a opinião de cada grupo eram expressos e discutidos com o grande grupo.

O terceiro e último momento da oficina era iniciado com a exposição dialogada dos temas: “Autoconhecimento biológico do envelhecimento e representação da sexualidade” e “Doenças Sexualmente Transmissíveis e Terceira Idade”. Logo após, um texto no formato de cordel: “Cordel das DST”, e era lido como em um jogral. Terminada a leitura, iniciava-se a demonstração do uso correto dos preservativos masculino e feminino, com a participação dos idosos.

Como término das atividades da oficina, era ouvida uma música que faz alusão ao envelhecimento saudável, com vivência da sexualidade e estimulada à reflexão sobre toda a discussão realizada ao longo da oficina. Após esse momento, os idosos preenchiam uma ficha de avaliação da oficina, que servia para o aprimoramento constante da mesma.

Ao final do período de realização do projeto, foram realizadas 5 oficinas que contaram com 64 participantes, entre idosos e não idosos. No entanto para fins de análise do perfil dos participantes, foram considerados apenas aqueles com idade igual ou maior a 50 anos, que é o corte de idade utilizado na maioria das pesquisas que envolvem DST/aids e envelhecimento⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, portanto 13 pessoas com idade entre 20 e 49 anos, não fizeram parte dessa análise, portanto para fins de análise dos dados, foram utilizados 51 participantes, o qual será denominado de idosos, mesmo utilizando a faixa etária de 50 anos e mais.

Considerações Finais

Os idosos de hoje tem alternativas para continuar a vida social, fugindo da solidão do divórcio, da viuvez e da síndrome do ninho vazio, encontrando-se em grupos em associações comunitárias, organizações não governamentais, universidades, etc. Esses novos espaços, por propiciarem a difusão de informações e a atualização de conceitos, devem ser alvo da atenção dos enfermeiros, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

O profissional de saúde deve considerar com naturalidade a ocorrência de atividades sexuais nos mais velhos, para investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis e para buscar ajudar a adaptação às alterações biológicas.

Vale ressaltar, que a utilização de oficinas na educação do idoso faz com que este ocupe a posição de sujeito na construção do conhecimento e ao educador, cabe a tarefa de facilitar este processo de aprendizagem e troca de saberes, considerado de grande valia na atualidade. Tais oficinas contribuem para a formação de profissionais criativos, críticos, reflexivos e também capacitados para as situações de maior complexidade que irão aparecer no cotidiano profissional.⁽²⁰⁾

Referências

1. DANTAS, J. M. R; LOURES, M. C, SILVA, E. M. Lazer e sexualidade no envelhecer humano. In: Rev Est Goiânia. set/out; 29(5):1395-420. 2002.
2. IBGE. *População residente de 60 anos ou mais de idade*. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)>. Acesso em 3 jun. 2011.
3. JOIA, L.C; RUIZ, T; DONALÍSIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública 2007;41(1):131-8.
4. GRADIM, C. V. C; SOUSA, M. M. A; LOBO, M, J. A prática sexual e o envelhecimento. Revista Cogitare Enfermagem. Abr/Jun; 12(2):204-13. 2007.
5. VIEIRA, P.F. Aspectos sócio-culturais da sexualidade na terceira idade. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v.7, n.1, p. 65, jan/jun. 1996.
6. LOPES, G. Sexualidade humana. Rio de Janeiro: MEDSI. 1993.
7. ARCOVERDE, M. A. M. A percepção da sexualidade do corpo idoso. 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná. 2006.
8. RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. Em: M. Papaléo Netto (Coord.), A velhice e o envelhecimento em visão globalizada (pp. 124-135). São Paulo: Atheneu. 2002.
9. CAETANO, S. Sexualidade na terceira idade. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/11942/1/sexualidade-na-terceiridade/pagina1.html>>. Acesso em: 13 mai. 2011.
10. VIEIRA, F. P. Aspectos sócio-culturais da sexualidade na terceira idade. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v.7, n.1, p. 65, jan/jun. 1996.
11. RESSEL, L. B.; GUALDA, D.M.R. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. Rev Esc Enferm USP; 37(3): 82-7. 2003.
12. VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas-comparação transcultural. Estudos de psicologia. v.9, n.3, p. 413-419. 2004.
13. BULCÃO, C. B; et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. Ciências & Cognição; vol 01: 54-75. 2004.
14. MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Acta Paul Enferm;22(3):265-71. 2009.
15. MATTOS, G. A.; NAKAMURA, e.k. Aspectos da sexualidade no processo do envelhecimento. Dissertação(Graduação de enfermagem). Universidade Andrade. p1-11; 2001.
16. CAPODIECI, S. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos. Bauru (SP): EDUSC; 2000.
17. ZORNITTA, M. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética, 2008. Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2011.
18. CALDAS, J.; GESSOLO, K. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública, 2007. Disponível em:

- <<http://www.aidscongress.net/pdf/285.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.
19. VALENTINI, M.; RIBAS, K. Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher, 2003. Disponível em: <<http://www.unicentro.br/editora/revistas/analecta/v4n1/artigo%2012%20terceira%20idade.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2011.
20. PRILIP, N. AIDS atinge idosos, 2004. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids2.htm>>. Acesso em: 24 mai. 2011.
21. GORINCHTEYN, J. 2009. AIDS na terceira idade. Prática Hospitalar. Ano XI, nº 65; set-out. 2009.
22. SILVA, A.A. et al. AIDS na Terceira Idade: uma revisão de literatura. 23 nov 2009. 48 f. Dissertação (Graduação em Enfermagem). Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares. 2009.
23. PEREIR, F.M.; POTTES, F. A.; CAVALCANTE, E; PINHEIRO, E; ANDRADE, K. La percepción sobre el ejercicio de la sexualidad en ancianos atendidos en el Centro de Salud del Anciano de Recife, Brasil. Rev enferm Herediana. 2008;1(2):93-103.
24. SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública, vol.15, suppl.2, pp. S4-S6.1999.
25. SILVA, P. M. M; JULIANI, C. M. C. M. Educação em saúde. Disponível em: <http://www.moodle.fmb.unesp.br/course/view.php?id=102#section-4>. Acessado em 12/06/2011.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005.
27. FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
28. NASCIMENTO MS et al. Oficinas pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente. Rev. Saúde; 3(1): 85-95. 2007.
29. CHAGAS, M. I. O; XIMENES, L. B; Jorge, M S B. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília; nov-dez; 60(6): 646-50. 2007.
30. BACKES VMS, et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Rev Bras Enferm, Brasília; nov-dez; 61(6): 858-65. 2008.
31. AMARAL, A. M; et al. Oficinas de Sexualidade: uma abordagem ampliada para se trabalhar com adolescentes. Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG – Belo Horizonte. Out; 2005.
32. AFONSO, M. L. M; et al. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. 2006. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=6m-bKc03C-0C&pg=PA3&hl=ptBR&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 mai. 2011.
33. BRASILEIRO, M. F; FÁTIMA, M. I. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev. Latino-am Enfermagem setembro-outubro;14(5):789-95. 2006.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 19). 2006.
35. LEITE, M.T; CAPPEELLARI, V.T; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on-line]; 4(1):18-25. 2002.
36. MARTINS, J. J; et al. Educação em saúde como suporte para qualidade de vida de grupos da terceira idade. Rev. Eletrônica de Enfermagem. v. 09, n. 02, p.443 – 456. 2007.
37. SOUZA, L.M; WEGNER, W; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado

ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*, març-abr; 15(2). 2007.

38. VILLELA, W. Oficinas de sexo mais seguro para mulheres. Abordagens metodológicas de avaliação. NEPAIDS-USP, São Paulo, 1996.

Orientação ao cuidador familiar do paciente idoso portador de Alzheimer: relato de atividade extensionista

Márcia Carréra Campos Leal –

Professora Associada, Departamento Medicina Social/DMS/CCS/UFPE, coordenadora do projeto.

e-mail: marciacarrera@hotmail.com

Ana Paula de Oliveira Marques –

Professora Adjunta, Departamento Medicina Social/DMS/CCS/UFPE, vice-coordenadora do projeto. e-mail:

marquesap@hotmail.com

Maria Eduarda Morais Lins –

Graduanda de Enfermagem da UFPE, bolsista do projeto.

e-mail: dudamorais6@hotmail.com

Marina Burégio Lemos da Cunha –

Graduanda de Enfermagem da UFPE, voluntária do projeto.

e-mail: marinaburegio_@hotmail.com

Silvia Carréra Austregésilo –

Mestranda em Saúde Coletiva – PPGISC/CCS/UFPE.

e-mail: silvinhacarrera87@gmail.com

Camila Moura Dantas Carréra –

Mestranda em Saúde da Comunicação Humana - PPGSCH/CCS/UFPE.

e-mail: lilocamd@hotmail.com

Sandra Carolina de Farias Oliveira –

Professora substituta, Departamento Psicologia/CFCH/UFPE.

e-mail: sandrapsifarias@yahoo.com.br

Mario Roberto Agostinho da Silva –

Mestre em Saúde Coletiva – PPGISC/CCS/UFPE.

e-mail: mragostinho@yahoo.com.br

Demócrito José Rodrigues da Silva –

Mestre em Antropologia PPGA/CFCH/UFPE.

e-mail: democritodasilva@hotmail.com

Maria de Fátima de Paula Silva Campos –

Especialista em Terapia de Família DNeuro/CCS/UFPE.

e-mail: fatimaps campos@yahoo.com.br

Josineide Batista Soares –

Especialista em Terapia Floral DEnf/CCS/UFPE.

e-mail: neydesoares_@hotmail.com

Resumo

A Doença de Alzheimer atualmente é a principal causa de demência em pessoas idosas, sendo um dos fatores que mais leva a dependência precoce e a necessidade de cuidados e assistência permanente. Considerando a importância da ação extensionista, o projeto “Orientação ao cuidador familiar do paciente idoso portador de Alzheimer” procurou prestar uma assistência ampliada e integral aos cuidadores familiares, orientando nos cuidados diários. Participaram das atividades: docentes, discentes, técnicos e cuidadores familiares, utilizando o método de troca de experiências vivenciadas, baseado no acolhimento e escuta das necessidades dos participantes. Foram inscritos 22 cuidadores, sendo 17 do sexo feminino e 05 do sexo masculino, tendo como relação de parentesco filho(a)s, esposas e sogras. A prática extensionista favoreceu a integração entre pessoas e proporcionou orientação técnica e humanizada no modo de cuidar, em diferentes aspectos das necessidades humanas básicas, essenciais para melhorar a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado. Palavras-chave: Idoso, Doença de Alzheimer, Cuidador

Guidance to family caregivers of elderly with Alzheimer patient: report of extension activity

Abstract

Alzheimer’s disease is currently the leading cause of dementia in older people, causing an early dependence and the need of care and permanent assistance. Considering the importance of an extension activity, the project “Guidance to family caregivers of elderly with Alzheimer patient” sought help practicing an extended and integral assistance to the family caregivers, enabling the daily care. Teachers, students, coaches and family caregivers participated in the Project, using this method of exchanging experiences, based on host and listening to the needs of the participants. 22 caregivers were enrolled (17 female and 05 male), among children, wives and mothers-in-law. The practice extensionist favored integration between people and provided technical guidance and humane mode of care in different aspects of basic human needs, essential to improve the quality of life of carers and those who are cared. Key words: Elderly, Alzheimer’s disease, Caregiver

Orientación al cuidador familiar del paciente anciano portador de Alzheimer: relato de actividad extensionista

Resumen

La enfermedad de Alzheimer actualmente es la principal causa de demencia en los ancianos, siendo así, uno de los factores que más lleva a la dependencia precoz y a la necesidad de cuidados y asistencia permanente. Considerando la importancia de la acción extensionista, el proyecto “Orientación al

cuidador familiar del paciente anciano portador de Alzheimer” buscó prestar una asistencia ampliada e integral a los cuidadores familiares, capacitando en los cuidados diarios. Participaron de las actividades: docentes, alumnos, técnicos y cuidadores familiares, utilizando el método de cambio de experiencias vivenciadas, basado en el acogimiento y escucha de las necesidades de los participantes. Fueron inscriptos 22 (veintidós) cuidadores, siendo 17(diecisiete) del sexo femenino y 05(cinco) del sexo masculino, teniendo como relación de parentesco hijo(a)s, mujeres y suegras. La práctica extensionista favorece la integración entre las personas y proporcionó orientación técnica y el modo humano de atención en diferentes aspectos de las necesidades humanas básicas, esenciales para mejorar la calidad de vida de quien cuida y de quien es cuidado.

Palabras llave: Anciano, Enfermedad de Alzheimer, Cuidador.

Introdução e objetivos

Com o envelhecimento populacional, tem-se observado um aumento da prevalência de patologias próprias da velhice, dentre elas a demência. Sabemos que as síndromes demenciais determinam grande impacto e consequências negativas ao paciente e seus familiares, principalmente aqueles que cuidam.

A doença de Alzheimer é o quadro demencial que tem uma maior incidência na população idosa, é uma enfermidade crônica, degenerativa que afeta a capacidade funcional do idoso, necessitando de um cuidado diferenciado, passando a depender dos cuidados alheios para atividades simples. Assim, surge a figura do cuidador, geralmente um familiar que passa a exercer um papel importantíssimo na atenção à pessoa idosa (LEAL; LYRA, 2011).

O cuidar é uma atividade complexa, estudos indicam que há maior chance dos cuidadores que lidam com pacientes demenciados possuírem mais problemas de saúde, em consequência do desgaste físico e emocional, à responsabilidade demasiada e a falta de amparo social, podendo apresentar sintomas depressivos, estresse e ansiedade (LEAL; LYRA, 2011).

Portanto, face à velocidade do processo de envelhecimento da população brasileira e ao impacto social da enfermidade para o idoso, família e comunidade em geral, bem como a necessidade de capital humano na formação/aperfeiçoamento para lidar com um cliente emergente, a Universidade passa a assumir um papel de extrema relevância nesse contexto por possibilitar ensino, pesquisa e, sobretudo, por promover ações extensionistas.

Assim, desde 2005 o Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE vem trabalhando com o intuito de melhorar a assistência oferecida ao paciente portador de Alzheimer e seus cuidadores familiares. Deste modo, o Projeto “Orientação ao cuidador familiar do paciente idoso portador de Alzheimer”, se configura como um espaço complementar para a formação, ao orientar os cuidadores e os estudantes em relação aos conhecimentos gerontogerátricos e a atenção ao idoso portador de Alzheimer, além de favorecer a incorporação de princípios humanísticos.

Utilizamos como objetivos para essa atividade extensionista: prestar uma assistência ampliada e integral aos cuidadores familiares dos portadores da Doença de Alzheimer; orientar os cuidadores na atenção ao portador de Alzheimer nos cuidados diários; prestar apoio aos cuidadores promovendo espaços de subjetivação dos sentimentos e de troca de experiências; estimular os cuidadores a se tornarem agentes multiplicadores de ações que melhorem a qualidade de vida de portadores de Alzheimer; capacitar os acadêmicos na atenção ao portador da Doença de Alzheimer e na formação de equipes

multidisciplinares.

Marco teórico

O processo de transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa vem modificando a pirâmide populacional. Até os anos de 1960, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento. Que segundo Lima-Costa e Veras (2003), a pirâmide etária deixa de ser predominantemente jovem para iniciar um processo progressivo de envelhecimento, resultando no estreitamento progressivo da sua base e alargamento cada vez mais acentuado do seu ápice conforme as figuras abaixo (1, 2, 3, 4):

De acordo com o censo de 2010, os idosos representam (18 milhões de habitantes) 12% da população geral – percentual superior ao encontrado no censo anterior que foi de 8%. Para o ano 2025 projeções estatísticas indica que esse número poderá ser superior a 30 milhões, o que corresponderá a 14% da população total estimada, situando o Brasil entre os países com maiores índices de envelhecimento humano (VERAS, 2001; CERVI. et. al., 2003). Provavelmente chegará ao patamar da 6ª população mundial mais envelhecida.

O envelhecimento é um o processo normal relacionado com o tempo, tem início com o nascimento e prossegue durante toda a vida. É descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade (GUIMARÃES; CALDAS, 2006). O envelhecimento está, assim, associado a inúmeras alterações com repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde.

Portanto, o fenômeno do envelhecimento populacional, nos remete a uma mudança no paradigma da saúde, onde antes a população de risco era prioritariamente infantil e as doenças em sua grande maioria se apresentavam como infecto-parasitárias, para uma população de risco senescente onde as doenças são crônicas, evolutivas, multifatorial e se desenvolvem de forma silenciosa (ROSA, 2007).

Com o envelhecimento populacional, aumenta a prevalência de doenças intimamente relacionadas à senescência como as coronariopatias, as neoplasias, a osteoporose e as demências. Ressaltando as síndromes demenciais, morbidades geralmente degenerativas e progressivas que implicam grandes transtornos mental, físico e psicológico.

A Demência é um termo amplo que engloba vários processos patogênicos capazes de alterar o funcionamento do cérebro no que tange às funções mentais superiores. Provavelmente a terminologia mais correta é síndrome demencial, em virtude do seu caráter multietiológico. Esta síndrome é caracterizada pela deterioração da memória e de, pelo menos, uma outra função cognitiva, como orientação, linguagem, pensamento abstrato, gnosis, praxia ou funções executivas (CAIXETA, 2004).

Na síndrome demencial, o comprometimento das funções cognitivas deve ser suficiente para levar a um declínio funcional que impeça a realização normal das atividades da vida diária. A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de síndrome demencial nos países ocidentais e o fator de risco mais importante para o seu desenvolvimento é a idade avançada. É uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos (CAIXETA, 2004).

O curso da doença se subdivide em 3 estágios: inicial, intermediário, grave ou final, varia entre 5 e 10 anos e a redução da expectativa de vida situa-se ao redor de 50%. As alterações de memória agravam-se com a progressão da doença e são posteriormente acompanhadas por déficits visuo-espaciais de linguagem. O início da doença pode muitas vezes dar-se com simples alterações de personalidade acompanhadas de ideação paranóide.

Na fase inicial da doença, a pessoa afetada mostra-se um pouco confusa e esquecida e parece não encontrar palavras para se comunicar em determinados momentos; às vezes, apresenta descuido da aparência pessoal, perda da iniciativa e alguma perda da autonomia para as atividades da vida diária (MARQUES, 2006).

Na fase intermediária necessita de maior ajuda para executar as tarefas de rotina, pode passar a não reconhecer seus familiares, pode apresentar incontinência urinária e fecal; torna-se incapaz para julgamento e pensamento abstrato, precisa de auxílio direto para se vestir, comer, tomar banho, tomar suas medicações e todas as outras atividades de higiene. Pode apresentar comportamento inadequado, irritabilidade, desconfiança, impaciência e até agressividade; ou pode apresentar depressão, regressão e apatia (MARQUES, 2006).

No período final da doença, existe perda de peso mesmo com dieta adequada; dependência completa e a pessoa torna-se incapaz de qualquer atividade de rotina da vida diária e fica restrita ao leito, com perda total de julgamento e concentração. Pode apresentar reações a medicamentos, infecções bacterianas e problemas renais. Na maioria das vezes, a causa da morte não tem relação com a doença e sim com fatores relacionados à idade avançada (MARQUES, 2006).

A Doença de Alzheimer é uma doença que acomete não apenas o paciente, mas afeta todas as pessoas que o cercam, familiares e cuidadores. Sabemos que a melhor forma de lidar com essa doença é a informação em todos os níveis, incluindo a informação para os familiares e cuidadores. À medida que a DA progride, surge a demanda por cuidados especiais, função importante desempenhada pelos cuidadores (ENGELHARDT; DOURADO; KAKS, 2005).

Aproximadamente 80% dos cuidados com os pacientes com DA são providos por membros da família (GARRIDO & MENEZES, 2004). O conceito de cuidador vem sendo bastante discutido na literatura, contudo ainda não há consenso sobre sua definição, gerando interferências nas pesquisas sobre o ato de cuidar (GARRIDO & ALMEIDA, 1999).

A Doença de Alzheimer gera fatores de impacto sobre a família, dentre eles, o posicionamento em relação a aceitação da doença, que percorre estágios diferenciados de acordo com a evolução da doença. A princípio, a família não sabe o que está acontecendo diante das manifestações de déficit do paciente, gerando sentimentos de hostilidade e irritação. Do outro lado, o paciente pode perceber as próprias deficiências, correndo o risco de deprimir-se (CAOVILHA & CANINEU, 2002).

À medida que a doença vai evoluindo, ocorre a busca por um diagnóstico, porém, nem sempre os familiares o aceitam rapidamente, podendo negá-lo, na tentativa de recuperar a “*pessoa de antes*”. Após a aceitação do diagnóstico, pode haver uma sensação de catástrofe. As famílias reagem de maneiras diferentes, dependendo das próprias características. Podendo, ocorrer três posicionamentos indesejáveis entre os familiares: superproteção, evasão da realidade e expectativas exageradas com relação ao desempenho do paciente (ENGELHARDT; DOURADO; KAKS, 2005).

O cuidar é uma atividade complexa, vários trabalhos indicam que há maior chance dos cuidadores que lidam com pacientes demenciados possuírem mais problemas de saúde. Nesta atividade o desgaste

físico e emocional, à responsabilidade do cuidar e a falta de amparo social são fatores que podem favorecer o surgimento, entre outros, de sintomas depressivos, estresse e ansiedade. Havendo necessidade de capacitação e/ou orientação desses cuidadores, proporcionando um novo olhar sobre a doença, o paciente e o autocuidado.

Metodologia

O procedimento metodológico da atividade extensionista, foi desenvolvido por etapas:

1ª etapa: realização de encontros para pactuação das metas propostas no projeto junto aos integrantes docentes, discentes e técnicos administrativos.

2ª etapa: capacitação dos estudantes relacionados a temática do projeto, mediante seminários semanais, vídeo-debate e vivências práticas.

3ª etapa: elaboração de ações de intervenção com a participação de todos os integrantes do projeto.

4ª etapa: divulgação do projeto em diversos cenários (Hospital das Clínicas, Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI, Universidade Aberta a Terceira Idade - UnATI e grupos de convivência de idosos).

5ª etapa: encontros semanais para orientação dos cuidadores e escuta dialogada das dificuldades vivenciadas (dinâmicas de sensibilização e momentos de troca de experiências), realizados por profissionais das diversas áreas do conhecimento (medicina, odontologia, nutrição, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional) abordando temas referentes à doença de Alzheimer e o papel do cuidador. Ao final de cada encontro foi realizada uma avaliação sobre o tema abordado e a contribuição no cuidar, registrado por um relator da Equipe de trabalho.

O Projeto, iniciado em 2005, de periodicidade anual, em 2012 foi desenvolvido durante os meses de março a dezembro. Os encontros foram realizados nas dependências do NAI/UFPE, as quartas-feiras, das 14:00 as 16:00 h. Como contrapartida para a execução do projeto o Núcleo disponibilizou, além da recepção e inscrição dos participantes, suas dependências, datashow, computador, colchonetes (para atividades de relaxação) e aparelho de som portátil.

O projeto se fundamenta nos três eixos preconizados pela Universidade, ou seja, ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para o fortalecimento deste tripé. Portanto, cabe esclarecer:

Eixo de ensino: criação de um espaço de aprendizagem sobre a Doença de Alzheimer para os estudantes das diversas áreas do conhecimento, com uma aprendizagem centrada na multidisciplinaridade e na ética, baseado em conhecimentos científicos;

Eixo de pesquisa: avaliar o perfil dos cuidadores, o grau de entendimento sobre a doença de Alzheimer e o impacto da doença sobre a família, utilizando questionários e escalas de avaliação;

Eixo de extensão: oferecer aos cuidadores escuta e orientação psicossocial no cuidado com os pacientes acometidos com a Doença de Alzheimer, realizando encontros com profissionais experientes na área, propiciando espaço de interação e troca de experiências entre os participantes.

Resultados e discussão

Foram inscritos 22 cuidadores, sendo 17 do sexo feminino (77,3%) e 05 masculino (22,7%),

tendo como relação de parentesco filho(a)s, esposas e sogras. A partir da primeira oficina foi possível observar as dificuldades encontradas pelos cuidadores na realização dessas atividades executadas no cotidiano do idoso demenciado.

Quanto à frequência aos encontros, foi registrado um relativo número de não comparecimento na maioria dos participantes, pois como descrito, o paciente com Alzheimer requer maior atenção e nem sempre o cuidador disponibiliza de um “substituto”, fato que o impede de participar com regularidade de algumas atividades sociais.

Os temas centrais dos encontros foram: conceitos sobre a doença, cuidados relacionados à saúde bucal, higiene do paciente, técnicas de relaxação, cuidados da enfermagem, nutrição e alimentação, ambiente seguro, aspectos psicológicos da doença e as relações interpessoais no cuidar, orientação e encaminhamento de demandas relacionadas ao paciente e ao cuidador, entre outros que surgiram durante as discussões e que foram debatidos entre os participantes.

Destaca-se no relato desses cuidadores a necessidade de aprender sobre a doença e a disponibilidade e desprendimento quanto a verbalização de sentimentos, revelando medos, angústias, sofrimentos, impotência diante a doença e sua evolução, raiva e abandono pelos demais membros da família, além das dificuldades financeiras na manutenção do paciente.

O desconhecimento acerca da doença e suas etapas, a forma de lidar com as mudanças no comportamento mediante a evolução da doença e a ausência de apoio pelos demais familiares foram destacados como pontos importantes pelo grupo.

O grupo trouxe a tona discussões de vários temas, onde cada participante pode expor seus sentimentos e dúvidas, ora rindo, ora chorando, mas com uma vontade de aprender mais e mais sobre o que estava acontecendo com seu ente amado. A troca de experiência através da escuta, do compartilhamento da dúvida e da dor, o aprendizado mútuo, pois não era só a Equipe que ensinava, mas principalmente aprendia com os relatos dos cuidadores, sinaliza que os objetivos foram alcançados. Observados através da mudança de comportamento/entendimento dos cuidadores e de toda a Equipe, melhorando a qualidade de vida do cuidador, de quem ele cuida e a nossa.

Observamos entre os alunos de graduação (02) e de pós-graduação (03), um sentimento humanístico no acolhimento aos cuidadores, durante as dinâmicas desenvolvidas nos encontros, bem como um crescimento na aprendizagem sobre os temas abordados.

A participação dos docentes (02) e técnicos administrativos da UFPE (04) garantiu a participação Institucional nesse contexto de atenção à pessoa idosa, de forma abrangente e integral, incluindo os cuidadores familiares.

Considerações finais

As síndromes demenciais geram grande impacto e conseqüências negativas aos pacientes, seus familiares, cuidadores e, por extensão à sociedade. A doença de Alzheimer é o quadro demencial que tem uma maior incidência na população idosa, caracterizando-se pela perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais, promovendo uma gradual deteriorização da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional e capacidade de comunicação.

Os cuidadores familiares devem estar capacitados/orientados à responsabilidade diária do cuidar.

O conhecimento é extremamente necessário para o desenvolvimento das atividades cotidianas junto ao indivíduo demenciado, lhe garantindo segurança, conforto e qualidade da atenção prestada, bem como para a manutenção da condição de saúde do cuidador.

Ressaltamos a importância de se trabalhar, por meio de atividades desenvolvidas na perspectiva da educação em saúde, como uma ferramenta de apoio na assistência integral e multidisciplinar, em diferentes aspectos das necessidades humanas básicas. Assim, tornando-se essencial para melhoria da qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado.

Referências

- CAIXETA, L. Demências. São Paulo: Lemos Editorial, 2004, p. 9-56.
- CALDAS, Célia Pereira. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, vol 4, n° 8, 2002.
- CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):733-781, Junho, 2003.
- CAOVILHA, V. P.; CANINEU, P. R. Você não está sozinho. São Paulo: **ABRAZ**, 2002.
- CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C.; PRIORI, S. E. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 725 – 733, 2003.
- 10
- ENGELHARDT, E.; DOURADO, M.; KAKS, J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. **Revista Brasileira de Neurologia**, 41(2): 5-11, 2005.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 38(6):835-841, 2004.
- GARRIDO, R. & ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 57(2B), 427-434.1999.
- GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Rev Bras Epidemiol**, v.9, n.4, p. 481-92, 2006.
- LEAL, M.C.C.; LYRA, E.V.V. Doença de Alzheimer: um olhar sob o enfoque multidisciplinar. Jundiaí:Paco Editorial, 2011.
- LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700 – 701, maio –jun, 2003.
- MARQUES, P. R. B. **A arte de conviver com a Doença de Alzheimer** – As Bases fisiopatológicas do Diagnóstico ao Tratamento. Recife: Edupe, 2006.
- ROSA, P. V. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda - RS, Brasil. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS. **Tese de doutorado**, 2007.
- VERAS, R. (org.) **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: www.unati.uerj.br. Acesso em 01 de junho de 2010

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA O DIABETES EM GRUPOS OPERATIVOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Soraya Silva Nóbrega¹,

Ana Paula de Oliveira Marques²,

Márcia Carréra Campos Leal³,

Anna Karla de Oliveira Tito Borba⁴,

Roberta de Souza Pereira da Silva Ramos⁵

¹Nutricionista NAI/UFPE. Pós-Graduada em Nutrição Clínica. E-mail: soraya.nobrega@yahoo.com.br

²Doutora em Nutrição. Coordenadora do Projeto “Grupos operativos de educação em saúde para idosos diabéticos”. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Social da UFPE. E-mail: marquesap@hotmail.com

³Doutora em Odontologia Preventiva. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Social da UFPE. E-mail: marciacarrera@hotmail.com

⁴Mestranda em Enfermagem pela UFPE. E-mail: anninhatito@gmail.com

⁵Mestranda em Enfermagem pela UFPE. E-mail: roberta_sps@hotmail.com

Introdução

A transição demográfica é um dos fenômenos mais marcantes das sociedades contemporâneas. O rápido envelhecimento populacional é característico tanto de países desenvolvidos como, de modo crescente, dos países em desenvolvimento (BELTRÃO et al., 2004).

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos” que passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos (VERAS, 2009).

Dentre as doenças crônicas, destaca-se o Diabetes Mellitus como grave problema de saúde pública devido a sua alta incidência e prevalência que vem aumentando principalmente com a idade, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2009).

As complicações crônicas advindas do diabetes, geralmente estão associadas ao controle inadequado da doença por um longo período de tempo, resultando em lesões de diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso, acarretando prejuízos na funcionalidade física, psicológica e social do indivíduo, prejudicando sua adaptação e vida produtiva (FRANCISCO et al., 2010).

Diante deste cenário, considerando os diversos aspectos inerentes à complexidade dessa síndrome, os gestores e profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver ações educativas de caráter participativo e multiprofissional, alicerçadas no viver com o diabetes, evoltadas para os indivíduos portadores da doença com vistas ao estímulo do autocuidado e conseqüente controle glicêmico (TORRES et al., 2003).

Neste sentido, a educação em saúde através de grupos operativos surge como uma técnica de trabalho que busca promover um processo grupal de aprendizagem desenvolvendo em seus componentes uma apropriação ativa da realidade e estimulando uma atitude investigadora que possa favorecer a compreensão do processo saúde-doença e contribuir para adesão ao tratamento e maior responsabilidade em relação à doença (TORRES et al., 2003; BORBA et al., 2010).

A prática educativa através de grupos operativos utilizando jogos representa uma estratégia coletiva de desenvolver a educação em saúde de forma lúdica, favorecendo o compartilhamento de saberes e experiências com vistas à promoção da autonomia, e neste caso, a implementação de ações de autocuidado para o controle glicêmico, entre elas o seguimento nutricional.

De acordo com Pontieri e Bachion (2010) a reorganização dos hábitos alimentares faz parte da terapêutica prescrita para o controle glicêmico dos indivíduos diabéticos. No entanto, as mudanças alimentares é um dos grandes entraves na adesão à terapêutica, podendo ser considerado o fator comportamental e social de mais difícil modificação.

Desta forma, considerando os grupos operativos como uma técnica de trabalho que pode estimular o intercâmbio entre o saber popular e o científico e incentivar seus participantes a enxergar a aprendizagem como sinônimo de mudança, este estudo teve por objetivo analisar o depoimento de idosos quanto às orientações nutricionais para o diabetes fornecidas em grupos operativos de educação em saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco (NAI/UFPE), no mês de junho a setembro de 2011, através do projeto de extensão universitária intitulado “Grupos operativos de educação em saúde para idosos diabéticos”.

A amostra foi constituída por 48 idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de diabetes explicitado em prontuário, sendo excluídos aqueles que apresentassem problemas de locomoção que impossibilitassem a acessibilidade ao serviço, déficit cognitivo que interferisse nas atividades grupais e recusa à participação na atividade educativa.

O desenvolvimento dos grupos operativos utilizou como aporte teórico metodológico os Círculos de Cultura de Paulo Freire que consiste em três momentos: a) investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias; b) tematização, mediante a qual eles codificam e decodificam esses temas buscando o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) problematização, por meio de que eles buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido (FREIRE, 2011).

Assim sendo, inicialmente, os idosos participantes foram alocados em uma sala no NAI/UFPE em cadeiras dispostas no formato de círculo. Posteriormente, realizou-se a apresentação da equipe multiprofissional (professoras, mestrandas e estudantes de enfermagem e nutricionista) integrante do projeto extensionista e que modulariam as atividades educativas propostas para o grupo. Após, os idosos participaram da dinâmica “Crachás”, onde, além do nome e da maneira como gostariam de ser chamados, escreviam algumas sentenças que expressassem gostos e sentimentos.

A escolha por esta dinâmica, buscou o maior aprofundamento interpessoal e aproximação dos

participantes, sendo continuamente explorada nos demais grupos. Em seguida, deram-se início pelo mediador os seguintes questionamentos: “O que o senhor (a) gostaria que fosse abordado nestes encontros?” e “Como o senhor (a) gostaria que estes assuntos fossem discutidos?”.

As informações foram gravadas em aparelho áudio/MP4 e criteriosamente analisadas de forma que os encontros educativos fossem sempre baseados e trabalhados de forma a atender a demanda proposta pelo próprio grupo. Os 48 idosos participantes foram divididos em subgrupos e para cada um desses grupos menores foram realizados quatro encontros educativos onde as temáticas escolhidas foram abordadas.

Uma das temáticas mais solicitadas pelos idosos foram as orientações nutricionais voltadas as particularidades de pacientes diabéticos. Este estudo, portanto, representa um recorte dos encontros educativos em que tal temática foi trabalhada. Nestes encontros, foi utilizada a metodologia participativa com temáticas voltadas para a definição e importância da nutrição, grupos alimentares, substituições, fracionamento, alimentos dietéticos e uso do jogo educativo denominado semáforo da dieta.

Para realizar as orientações nutricionais aos idosos montou-se uma oficina com a seguinte estrutura: 1) dinâmica inicial; 2) nutrição e diabetes – aplicação de um jogo educativo; 3) colocando a mão na massa; 4) aplicação de instrumentos de avaliação; 5) entrega de livro de receitas e brinde; e 6) fechamento da oficina.

O jogo educativo escolhido foi o semáforo da dieta, que é composto por um painel, dividido em três partes com as cores, verde, amarela e vermelha. A cor verde representava os alimentos que podiam comer sem restrições, a cor amarela eram os alimentos que podiam ser ingeridos com moderação e a cor vermelha aqueles os alimentos proibidos.

Para complementar o semáforo, foram utilizadas figuras de alimentos, respeitando-se a cultura e a acessibilidade dos participantes aos mesmos, essas figuras de alimentos cabiam nas três cores, essas figuras eram distribuídas para os participantes nos encontros, em torno de 6 a 8 figuras para cada participante, onde os mesmos de acordo com seu conhecimento relacionavam as figuras de acordo com as cores do semáforo.

Após a dinâmica com o jogo semáforo da dieta foi apresentado os erros e os acertos, com enfoque nos alimentos com alto, médio e baixo índice glicêmico. Por fim, realizou-se uma avaliação do grupo em relação às atividades desenvolvidas através do seguinte questionamento: o que acharam da forma como foram abordadas as orientações nutricionais para os diabéticos?

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo na modalidade temática, mediante a realização das seguintes etapas: pré-análise, leitura flutuante, constituição do corpus, identificação dos núcleos temáticos, elaboração dos códigos, subcategorias e categorias temáticas.

O projeto de extensão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em dezembro de 2011- CAAE – 0465.0.172.000-11.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

O estudo foi realizado com 48 idosos sendo a maioria do sexo feminino, com idade variando entre 62 e 76 anos, ensino fundamental incompleto, renda mensal inferior a dois salários-mínimos e diagnóstico

de diabetes mellitus tipo 2 há menos de 15 anos.

A análise compreensiva dos encontros educativos onde as orientações nutricionais foram trabalhadas permitiu localizar na fala dos idosos participantes três categorias temáticas (Tabela 1):

Quadro 1: Categorias temáticas segundo depoimento dos idosos quanto às orientações nutricionais fornecidas nos grupos operativos. Recife/PE, 2011.

	Categoria Temática	Depoimento dos idosos
1	Aprendizado sobre a doença	<p>“Eu finalmente entendi o que é que eu tenho, porque eu sabia que tinha diabetes mas o que era isso eu não fazia idéia”;</p> <p>“Agora eu sei mais sobre o que tenho, vi o que fazer para evitar aquelas complicações horróricas todas, aprendi a fazer uns exercícios pra quando tiver em casa e ainda terminei aprendendo um lanche que dá para fazer pra mim e pra todo o restante da casa”;</p> <p>“Já faz tempo que sou diabético, o médico passava remédio mas eu não tomava, na verdade não sabia o que era a diabetes e só com esses encontros já tirei todas as minhas dúvidas que tive durante anos e nunca ninguém me explicou, se eu tivesse essas informações antes eu teria me cuidado muito mais cedo”;</p> <p>“Aquela explicação sobre a diabetes foi maravilhosa, agora sim eu entendo o que eu tenho, porque antes era só açúcar no sangue né? Agora eu já sei bem direitinho como é”.</p>
2	Mudança de comportamento	<p>“Eu aprendi bastante coisa aqui, agora eu sei como eu devo me comportar, o que eu devo mudar”;</p> <p>“Eu passei a me cuidar mais”;</p> <p>“Eu parei e assaltar a geladeira de noite”;</p> <p>“Eu sempre me cuidei mas de vez em quando fugia um pouco das regras, mas agora aprendi a importância de ter cuidado, com as consequências que posso ter por causa dessas minhas escapadas, aí agora estou mais consciente do que devo fazer”;</p> <p>“Aprendi tanta coisa, muitas coisas que eu achava que podia comer a vontade como fruta, agora aprendi que tem que ser controlado, já vou ter que mudar isso”</p>
3	Satisfação quanto ao grupo	<p>“Foi muito bom a forma que vocês trabalharam, sempre fazendo a gente participar e colocando em prática, eu adorei esse lanchinho de hoje feito aqui”.</p>

O aprendizado através de grupos operativos se fundamenta na reunião de pessoas com um objetivo comum chamado de grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos de

resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal (PICHON-RIVIÉRE, 2009).

Neste estudo, a utilização do jogo operativo “Semáforo da Dieta” além de ter contribuído com a formação técnica da equipe envolvida no projeto, uma vez que proporcionou aperfeiçoamento da criatividade e incentivo de novas alternativas no processo educativo, permitiu a educação alimentar pautada nos próprios objetivos dos idosos diabéticos de uma forma lúdica, contrapondo-se ao modelo tradicional de educação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007) ao se realizar uma atividade educativa, inicialmente tem-se que pensá-la dentro do contexto da realidade na qual se está trabalhando. Tais atividades devem estar intimamente ligadas às prioridades previamente discutidas entre profissionais e população. Através da análise dos depoimentos dos idosos descritos na primeira categoria temática pode-se inferir a deficiência da educação em saúde para o diabetes voltadas aos pacientes idosos tendo em vista que algumas falas demonstraram o total desconhecimento dos mesmos acerca, inclusive, do significado da doença.

Quanto à segunda categoria temática, observou-se nas falas dos idosos que a participação no grupo operativo despertou a conscientização quanto à necessidade de mudança de comportamento em relação aos hábitos alimentares. Tal mudança representa parte essencial do tratamento, no entanto, existe uma dificuldade em fazê-los pois os hábitos alimentares são construídos ao longo da vida e influenciados pelo convívio social e familiar.

Resultados fornecidos por estudo sobre a adesão ao seguimento nutricional de pacientes diabéticos demonstraram que tal terapia está de certa forma massificada, com os profissionais presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de conhecimento dos indivíduos a respeito da terapêutica que está sendo utilizada. Desta forma, os diabéticos, recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento (PONTIERI; BACHION, 2010).

Este fato pôde também ser demonstrado neste estudo no depoimento de alguns idosos que ressaltaram que antes da participação na atividade educativa possuíam hábitos considerados maléficos em relação à doença por desconhecimento sobre as consequências de tais atos, como por exemplo, a irregularidade na tomada da medicação e os erros alimentares. Segundo Torres et al (2003) as ações educativas na promoção do autocuidado favorecem a modificação das condutas aprendidas sobre o manejo da doença no decorrer do tempo de seu acompanhamento.

Para o Ministério da Saúde (2007) a educação em saúde é muitas vezes entendida somente como um trabalho em grupo. De uma forma geral, há uma preocupação excessiva com o acompanhamento clínico do paciente em detrimento dos múltiplos e complexos aspectos da realidade que influenciam a compreensão do problema de saúde.

Neste estudo, o caráter grupal das atividades educativas em relação aos aspectos nutricionais voltados aos idosos portadores de diabetes foi considerado um aspecto bastante positivo identificada pela fala positiva ressaltada na terceira categoria temática de satisfação quanto ao grupo.

De acordo com Francioni e Silva (2007) a participação em grupos com pessoas que congregam problemas semelhantes, como é o diabetes mellitus, proporcionam uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Essa situação ajuda os integrantes de um grupo a quebrarem barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem feedback positivo e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

Corroborando com esta compreensão, Celich e Bordini (2008) ao estudar sobre atividades lúdicas

educativas em encontros com grupo de idosos no Rio Grande do Sul concluíram que a participação dos idosos possibilitou momentos de descontração, esclarecimento de dúvidas e diálogo aberto sobre os temas trabalhados. Observa-se então, que tais atividades permitem além de momentos educacionais, momentos de lazer, proporcionando benefícios à saúde física, mental e social.

Considerações finais

Conforme o discurso dos idosos diabéticos, as orientações nutricionais sobre a doença fornecidas nos grupos operativos de educação em saúde permitiu, de forma lúdica, ampliar o aprendizado sobre o diabetes, estimular a mudança comportamental em busca de um estilo de vida mais saudável e uma maior participação ativa dos idosos na (re)construção do conhecimento sobre o autocuidado com a alimentação.

Além disso, a participação de uma equipe multidisciplinar de saúde na prática educativa mostrou-se de fundamental importância, agregando conhecimentos e experiências diferentes com objetivos comuns, construindo um vínculo entre os profissionais e os idosos, o que tornou a abordagem mais fácil e direta.

Recomenda-se que a estratégia pedagógica utilizada seja empregada na educação de idosos com outras enfermidades, como a hipertensão arterial, por exemplo, na qual as mudanças de hábitos alimentares trarão benefícios importantes para o indivíduo, com vistas à prevenção de complicações decorrentes da doença e melhoria da qualidade aos anos adicionais de vida.

Referências

- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na viradado século XX. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 70 p.
- BORBA, A. K. O. T.; RAMOS, R. S. P. S.; MARQUES, A. P. O.; LINHARES, F. M.P.; LEAL, M. C. C. Educação em saúde: experiência de grupo operativo para idosos diabéticos. Revista de Enfermagem UFPE On-line, vol. 5, n. Edição Especial, p. 2665-2671, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.
- CELICH, K. L. S.; BORDINI A. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. **Rbceh**, vol.5, n.1, p. 119-129, 2008. FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enferm., vol. 16, n. 1, p. 105-111, 2007.
- FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESA, C. L.G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cad Saúde Pública, vol. 26, n. 1, p. 175-84, 2010.
- FREIRE, P. A Educação como Prática da liberdade. 34ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 148 p.
- PICHON-RICIÈRE, E. O processo grupal. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. 296 p.
- PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. Ciênc saúde coletiva, vol. 15, n. 1, p. 151-60, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro; 2009. 153 p.
- TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad. saúde pública, vol. 19, n. 4, p. 1039-47, 2003.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, vol. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

PERFIL SÓCIO-SANITÁRIO-DEMOGRÁFICO DE UMA MICROÁREA ADSCRITA A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Mariane de Mores Alves, Enfermeira.

UFPE-

Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV);

E-mail: mariane_moraes1@hotmail.com

Flávia Karina Wanderley dos Reis, Fonoaudióloga.

Especialista em Saúde da Família pela UFPE

-Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

Coordenadora CEREST Estadual Pernambuco.

E-mail: flaviakwr@hotmail.com

Simara Lopes Cruz, Fonoaudióloga.

Professora Assistente do Núcleo de Enfermagem da

UFPE-Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: simara.cruz@hotmail.com

Ana Wlândia Silva de Lima, Enfermeira.

Professora Assistente do Núcleo de Enfermagem da UFPE

-Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: anwladia@bol.com.br

Resumo

O objetivo identificou o perfil sócio-sanitário-demográfico de uma microárea adscrita a ESF II da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto da Bela Vista, no município de Vitória de Santo Antão - PE. Os dados foram obtidos entre os meses de maio a agosto de 2012, sendo um estudo descritivo transversal com dados coletados a partir da ficha de cadastro das famílias na unidade de saúde (Ficha A). O resultado contou em número total por 326 indivíduos, sendo mais mulheres que homens. 64,42% da população encontram-se na faixa entre 15 e 59 anos de idade. Quanto à escolaridade observa-se que 85,2% são alfabetizados. Com relação às ocupações descritas nas Fichas A, observa-se que foram contabilizadas 55 profissões com diversas descrições. É indispensável garantir o acesso da população ao controle social dos

serviços, assegurando assistência com maior e adoção de políticas de saúde que atendam à complexidade do perfil sócio-sanitário da população.

Palavras-chave: Saúde da família, Atenção Primária a Saúde, Perfil de Saúde.

Abstract

The goal identified the socio-sanitary a microarea population enrolled ESF II of the Basic Health Unit at Alto da Bela Vista, in Vitória de Santo Antão - PE. Data were collected between the months of May to August 2012, with one cross-sectional study with data collected from the registration form families in the clinic (Form A). The result counted in the total number of 326 individuals, more women than men. 64.42% of the population are in the range between 15 and 59 years of age. Regarding education it is observed that 85.2% are literate. Regarding the occupations described in Sheets A, it is observed that 55 were recorded with various professions descriptions. It is essential to ensure people's access to social control of the services, ensuring assistance and greater adoption of health policies that address the complexity of socio-health of the population.

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Attention, Health Profile.

Introdução e objetivos

A partir da aquisição do direito à saúde, contemplado legalmente pela Constituição Federal do Estado brasileiro sendo direito do cidadão e dever do Estado provê-la de forma universal, constituiu-se um novo cenário de modelo de atenção à saúde no Brasil. Propõe-se a partir de então a construção de estratégias combativas ao modelo hegemônico de atenção à saúde, de acordo com TEIXEIRA e SOLLA (2006), estas tem sido debatidas desde a época dos movimentos de reforma na saúde, emergindo na sociedade a necessidade de intervenção nos problemas de saúde da população culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS traz uma nova abordagem do fazer saúde, propondo como estratégia reordenadora a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Programa de Saúde da Família (PSF) é denominado ESF, e caracteriza-se pela reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), e conseqüentemente um modelo contínuo de atenção, representa a entrada no SUS e é destinado a intervir nos problemas de saúde da população, independente das condições dos usuários adscritos a um território de saúde determinado.

O Programa, que foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde mostrou crescimento rapidamente em número de profissionais e na redução de fatores associados à doença no país. No entanto, os indicadores de saúde se qualificaram e com esse avanço surgiu a denominação ESF, citada anteriormente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Para (GERMANO ET AL, 2007), a ESF procura mudar o foco do modelo que era conhecido. Busca com isso, incorporar novos olhares e novos fazeres quanto à saúde. Prioriza a saúde ao invés da doença; a família e não um membro isolado; a equipe e não apenas o médico.

Essa mudança de estratégia acarreta na melhoria da qualidade de vida. Como afirmam (ROSA E LABATE, 2005), esse novo modelo de atenção vem de um processo histórico e social, mostrando que o modelo hospitalocêntrico não é suficiente para atender as exigências na atualidade e as necessidades de saúde da comunidade.

Quando se observa o perfil de um local geograficamente definido dentro da ESF, há inclusão de determinados fatores que colaboram no processo saúde-doença dos indivíduos. A partir da delimitação do território, surge a possibilidade do planejamento das intervenções sob responsabilidade da equipe de saúde naquela geografia delimitada (PEDROSA e TELLES, 2001). O conhecimento do território da ESF e o perfil dessa área territorial permite conhecer a área de abrangência, identificar o perfil nos aspectos sociais, demográficos, e da formação de um diagnóstico naquele território, viabilizando instrumentos que permitam uma intervenção mais eficaz.

Segundo (HYGEIA, 2006), a territorialização marca um dos requisitos essenciais no trabalho do PSF e está associada com a delimitação da área de atuação, com o reconhecimento da relação do meio com os indivíduos e com a capacidade de relacionar o trabalho da atenção básica com outros tipos de serviços.

Diante do exposto, percebe-se a importância de ser realizado o perfil sócio-sanitário-demográfico, no território de saúde. Conhecer sua área física, o perfil dos usuários e suas particularidades, subsidia o planejamento de ações que visem contribuir para o conhecimento deste perfil, num ambiente associado à atenção básica onde o conhecimento dos determinantes e condicionantes no processo saúde-doença são instrumentos imprescindíveis para a realização do planejamento das ações destinadas a manutenção da saúde daquela determinada população.

Para realização da pesquisa objetivou-se identificar o perfil sócio-sanitário-demográfico de uma microárea definida em uma UBS no município de Vitória de Santo Antão-PE; Traçar o perfil populacional segundo gênero, idade e escolaridade da microárea 4 D; Determinar o perfil sanitário das famílias da microárea 4D; Conhecer o perfil da população segundo a procura aos serviços de saúde em caso de doença.

Marco teórico

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sua origem como programa em 1994. Após uma década, com sua evolução, tem alcançado destaque como uma política nacional, com 26.100 equipes de saúde da família. A estas estão vinculados os agentes comunitários de saúde, prestando assistência aos municípios do Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com CAMPOS et al.(2002), o PSF é original do Brasil, não tendo história de registro de algum modelo parecido em outros países. Ele é baseado na prevenção e promoção de doenças e no trabalho multiprofissional e visa integralidade do cuidar do ser humano na atenção primária.

Caracteriza-se por ser uma nova forma no conceito de saúde, trazendo propostas de mudanças às formas já existentes, buscando assistência integral, não apenas valorizando a medicina curativa e tratando dos indivíduos em sua totalidade, nos aspectos sociais, econômicos e culturais. (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996).

Em sua transformação no modelo de assistência, como relata (RIBEIRO, 2004), o PSF valoriza o trabalho em equipe multidisciplinar. Uma de suas características mais importantes é a inclusão da família como ponto principal na atenção a saúde.

O PSF hoje é denominado Estratégia de Saúde da Família e caracteriza-se pela reorganização da APS e conseqüentemente um modelo contínuo de atenção a saúde. Representa a entrada no sistema único de saúde e é destinado a intervir nos problema de saúde da população, independente das condições dos

usuários. Uma de suas atribuições que merecem destaque é a longitudinalidade, onde o indivíduo deve ser acompanhado por uma equipe de saúde. Através desse acompanhamento, que deve ser constante, torna-se mais fácil reconhecer os problemas e direcionar o cuidado necessitados. Cuidado este, que deve ser integral e ocorrer independente das situações de doença. (STARFIELD, 2002).

Baseada no trabalho de uma equipe multiprofissional, a ESF possui o agente comunitário de saúde como um membro que tem domínio de conhecimento sobre a comunidade assistida por ele. Ele é uma pessoa da própria comunidade, que presta serviços de saúde. (CHIESA ET AL, 2004).

O ACS se relaciona com a população na tentativa de resolver os problemas de saúde dela e ao representar a comunidade, ele tenta associar o conhecimento dos técnicos da equipe ao seu, colaborando com o auxílio à saúde prestado aos membros da população. (CHIESA, 2004).

A saúde é influenciada por vários fatores, que indicam a qualidade de vida, como tipo de moradia, condições sanitárias, econômicas; que devem ser analisadas no ambiente como um todo. (BUSS, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família, no intuito de concretizar as ações do SUS deve abranger uma maior quantidade de sujeitos, para proporcionar assistência a estes, que também estão propensos a adoecer.

O trabalho, por exemplo, representa uma mudança no comportamento. Através dele, as pessoas transformaram suas capacidades. Saúde do trabalhador está relacionada ao ambiente social, às crises e com isso, os usuários adoecem. (ASSUNÇÃO, 2003).

Os trabalhadores se prejudicam por não buscar atendimento nas unidades de saúde da família por elas não apresentarem horário compatível do atendimento com o tempo livre deles. Além dessa barreira, eles não possuem informações em relação às doenças que adquirem ao longo de suas atividades nem seus direitos. Como não estão atentos as situações que envolvam seu trabalho, eles adoecem e trocam a assistência pública pelo serviço de alta complexidade.

No âmbito do PSF há necessidade de trabalhar o conceito de território. Quando se estuda um local definido dentro do PSF, há inclusão de determinados fatores que colaboram no processo saúde-doença dos indivíduos. A partir da delimitação do território, surge a necessidade de intervenções e responsabilidades naquela geografia delimitada. O que acontece é a limitação da comunidade como um lugar indistinguível e desestruturado. (PEDROSA e TELLES, 2001).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sd, a delimitação de um território de abrangência, da população envolvida e do perfil dessa área territorial, permite o domínio de conhecimento dessa área de abrangência, além do maior acesso, identificação do perfil nos aspectos sociais, demográficos, epidemiológicos e ambientais e da formação de um diagnóstico naquela territorialização.

As divisões territoriais no SUS, os municípios, o distrito sanitário e a área de abrangência são pontos de atuação administrativa, gerencial e sócio-econômica. A intervenção sobre eles se dá através do conjunto das relações humanas existentes no ambiente delimitado (GIDDENS, 1989).

No entanto, o território, de acordo com (MONKEN e BARCELLOS, 2005), resulta de um processo histórico, ambiental e social que colabora no aparecimento de doenças. Mas é através dele se caracteriza uma população, a situação de saúde e os serviços de saúde atuantes nela. E o reconhecimento é obtido através da observação das condições do ambiente em seus diferentes aspectos.

Metodologia

Desenho do Estudo

O estudo consiste em um estudo descritivo transversal, que foi realizado através da coleta de dados contidos na ficha de cadastro das famílias na UBS (Ficha A). Foi selecionado uma microárea específica adscrita a ESF II, da UBS Alto da Bela Vista em Vitória de Santo Antão-PE.

Nas Fichas A, foram coletados os dados referentes às condições sócio-sanitária-demográficas, que constam nestas fichas. Estes serviram como fonte de alimentação para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e contaram com a totalidade dos sujeitos mapeados para esta microárea, somando-se 176 (cento e setenta e seis) famílias, sendo no tocante em torno de 528 (quinhentos e vinte e oito) indivíduos. Os dados coletados foram: gênero, idade, se era alfabetizado ou não, condições sanitárias da família, procura aos serviços de saúde em caso de doença.

Área do Estudo

O estudo ocorreu em uma área adscrita a UBS Alto da Bela Vista situada no município de Vitória de Santo Antão. Município em destaque no atual cenário político econômico do estado de Pernambuco. Localizado na zona da mata do estado de Pernambuco, contando com uma área territorial (Km²) 371,803, e população 129.974 habitantes. Os dados foram coletados na microárea 4D da ESF II, da UBS Alto da Bela Vista.

Fontes e Instrumentos de Coleta de dados

Foi utilizado como fonte de coleta de dados às fichas de cadastro das famílias na UBS (Ficha A), no intuito de alcançar os objetivos propostos citados anteriormente. Para tanto se observou a data de atualização das fichas realizada pelo Agente comunitário de saúde (ACS), sendo adotado o período de maio a agosto de 2012 como sendo o período de observância da atualização dos dados.

Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e agosto de 2012, e simultaneamente realizou-se a tabulação e armazenagem dos respectivos dados em planilhas eletrônicas, sendo utilizado para tanto o Software Excel versão 2007. Posteriormente os dados foram analisados para construir o perfil sócio-demográfico-sanitário da população. Os dados após analisados seguiram para apresentação em forma de tabelas e gráficos.

Considerações Éticas

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências de Saúde

da UFPE, cumprindo as exigências regulamentares de pesquisas relacionadas com seres humanos – Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Observa-se através dos resultados encontrados um perfil sócio-demográfico da população assistida pela UBS, descrevendo com fidedignidade as condições sociais e ambientais desta, fornecendo instrumentos de saúde adequados para o planejamento das ações de saúde do território. Ao elencar um determinado local dentro de um território de saúde, o foco de atenção deverá ser as famílias, ainda que esteja implícita a necessidade de intervenções no ambiente onde elas vivem. Esses territórios possibilitam benefícios uma vez que, através deles torna-se concreta a captação e atualização dos dados demográficos, epidemiológicos e ambientais. Além das fichas de cadastramento das famílias, outras fontes de informações, como instrumentos que retratem sobre a formas de organização dos indivíduos deveriam ser utilizadas para complementar o dimensionamento da área (QUITÉRIO e IANNI. 2003).

É necessário estar atentos para que esse espaço definido geograficamente, ainda possua um perfil sócio-demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e cultural. Sendo assim, ele se define como um espaço dinâmico em constante construção. (MONKEN E BARCELLOS, 2005). Tomando como premissa teórica o conceito de território optou-se por avaliar a micro-área 4D, por se tratar de uma das micro-áreas que no território de saúde se localiza mais afastada da UBS, e com grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, para maiores de 10 anos, a distribuição proporcional corresponde a 51,03% do gênero feminino e 48,97% do gênero masculino. Na região nordeste, a proporção foi de 95,3 homens para cada 100 mulheres respectivamente, com destaque para capital pernambucana Recife(PE), cuja característica é da cidade que mais possui mulheres, considerando que elas 53,87% da população. No município de Vitória de Santo Antão, 51,98% da população são do gênero feminino e 48,02% do gênero masculino. Nesse estudo nossa amostra foi caracterizada em numero total por 326 indivíduos maiores de 15 anos de idade.

Os achados com relação ao perfil sócio-sanitário-demográfico nos dão um panorama da caracterização da população adscrita da microárea selecionada. Esta possui 326 indivíduos, distribuídos em 06 ruas, com 179 domicílios. Na caracterização por ruas observa-se que:

Ruas	Nº Indivíduos	Domicílios cadastrados	Domicílios não cadastrados
Avenida José de Lemos	58	23	0
São João	43	20	10
Pool São João	50	22	6
Rio Grande do Norte	45	19	6
Rio de Janeiro	78	31	7
Gilberto das Chagas	52	19	16
TOTAL	326	134	45

Quadro 1: Descrição demográfica segundo distribuição de número de indivíduos, domicílios cadastrados e não cadastrados.

Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

Diante dos nossos achados a distribuição segundo gênero e de que 175 (53,6%) são do gênero feminino e 151 (43,4%) do gênero masculino apresentando uma discreta diferença entre os gêneros, que em percentual, representa 10,2%. Com relação à distribuição por gênero, observa-se que:

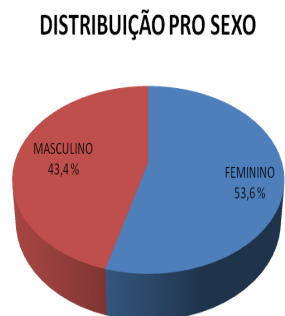


Gráfico 1: Descrição demográfica segundo gênero. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

A díade saúde-doença encontra-se estreitamente ligadas e fazem parte de um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, sendo influenciado pelo grau de desenvolvimento econômico, social e humano regionais, sendo as questões relacionadas ao gênero de grande relevância nesse contexto (LAURELL, 1982 **APUD política nacional de saúde da mulher**).

Na amostra estudada a maior concentração de indivíduos se dá de forma semelhante ao encontrado nos censos demográficos, observa-se que a maior parte dos indivíduos encontram-se na faixa etária compreendida entre 20 e 44 anos correspondendo em percentual a 56,08% do universo total da amostra que é de 326 em números absolutos. Observando as estatísticas de municípios adjacentes observa-se em Recife que a faixa etária entre 30 e 59 anos corresponde ao maior percentual, 35,58% da população correspondendo a 581.727 habitantes (Plano Municipal do município de Saúde 2012-2013, Recife). Em Vitória de Santo Antão 64,42% da população encontra-se na faixa entre 15 e 59 anos de idade em um universo total de habitantes de 126.399 habitantes (Plano municipal de saúde Vitoria de Santo Antão 2010-2013). Cerca de 12,26% de 15 a 19 anos (40 pessoas), 56,8 % de 20 a 44 anos (185 pessoas), 24,5% de 45 a 64 anos (80 pessoas) e 6,44% com 65 anos ou mais (21 pessoas). Com relação ao nível de escolaridade descrito por essa população observa-se que 85,2% da amostra são alfabetizados. Com relação à distribuição por faixa etária e alfabetização, observa-se que:

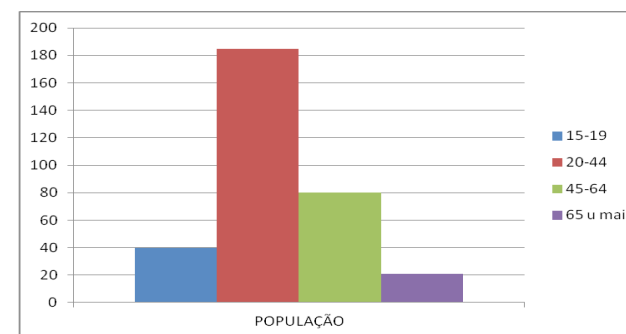


Gráfico 2: Descrição demográfica segundo faixa etária. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

No que se refere as condições de moradia observou-se que 100 % das casas são do tipo de tijolo/adobe, possui energia elétrica, o lixo é coletado e o abastecimento de água é por rede pública. Na questão do tratamento da água, temo que:

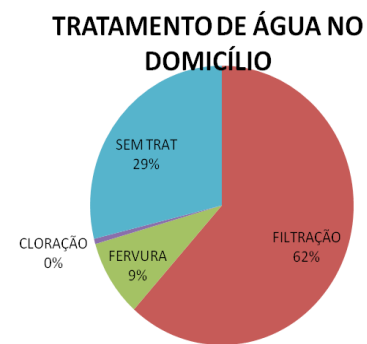


Gráfico 3: Descrição demográfica segundo tratamento da água. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

Com relação ao destino de fezes e urina, observa-se:



Gráfico 4: Descrição demográfica segundo destinação de fezes e urina. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

Com relação à procura por serviços de saúde em caso de doença, observa-se:

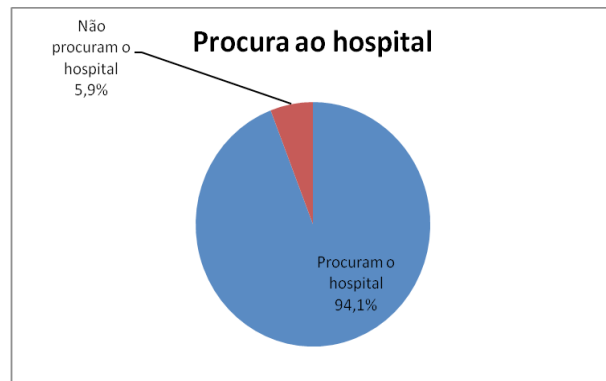


Gráfico 5: Descrição demográfica segundo procura ao serviço de saúde-hospital. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

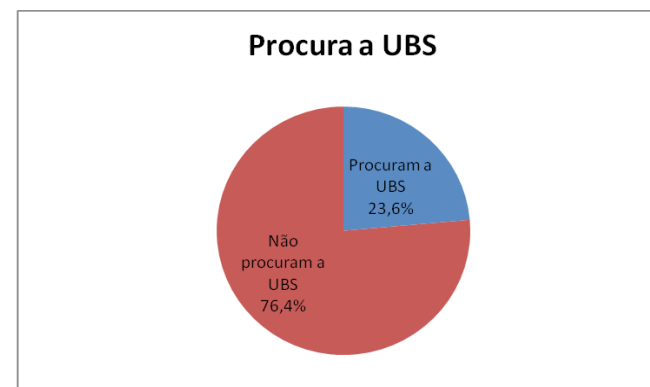


Gráfico 6: Descrição demográfica segundo procura ao serviço de saúde-unidade básica de saúde. Fonte: UBS Bela Vista-Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

Nenhum dos dados obtidos nas Fichas A descreviam a procura a outro meio ou outro tipo de serviço de saúde.

Uma reflexão pertinente deve ser feita com relação às condições de moradia e acesso a serviços públicos básicos aos quais essas famílias têm acesso. Pensar na intersectorialidade das ações de serviços públicos e suas recorrências no setor saúde torna-se imprescindível para uma atuação mais impactante sobre os indicadores de saúde da população. No que concerne ao setor saúde essa discussão tem se inserido de maneira mais ativa, perpassando além de sua atuação através do cuidado tradicional, como também pelo diálogo com os saberes advindos da vigilância ambiental (AUGUSTO, 2003; FRANCO e CARNEIRO, 2002; TAMBELLINI e CÂMARA, 2002). Nesse contexto foi realizada uma descrição dos tipos e condições de moradia, destinação de fezes e urina, acesso a rede de energia elétrica, coleta de lixo, abastecimento de água e acesso a serviços de saúde, com objetivo de relacionar as questões ambientais e sua relevância no planejamento das ações sejam elas de prevenção ou de promoção de saúde no contexto da atenção primária em saúde.

Mesmo que a atenção primária à saúde tenha obtido avanços no Brasil, ainda há muito que se trabalhar quando se trata de pessoas e ambiente onde vivem e trabalham, estabelecendo-se aqui um locus privilegiado para definição das prioridades de saúde, com vistas na complexidade pertinente ao processo saúde-doença. Através dessas características há uma orientação sobre que prioridades na saúde devem ser consideradas, além do conhecimento do processo saúde-doença e dos recursos oferecidos às comunidades. Apesar da grande abrangência das ações de saúde, a área de saúde ambiental necessita de alternativas de melhorias (DIAS ET AL, 2009).

Com relação às ocupações descritas nas Fichas A, observa-se que foram contabilizadas 55 profissões referidas. Ao confrontarmos com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), 37 profissões estão inseridas na CBO e 18 não atendem aos parâmetros definidos na CBO. Na amostra observou-se que as cinco ocupações mais frequentes foram: do lar, estudante, aposentado, autônomo e vendedor.

Com relação às ocupações descritas nas Fichas A, observamos que:

Ocupação	Frequência
Do lar	58
Estudante	49
Aposentado	42
Autônomo	14
Vendedor	14
Outros	149
Total	326

Quadro 2: Descrição demográfica segundo ocupações. Fonte: UBS Bela Vista- Vitória de Santo Antão-PE, 2012.

A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, objetiva identificar as ocupações no mercado de trabalho, com finalidade de elencar nos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela Classificação Brasileira de Ocupações são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho. Este documento propõe o reconhecimento, através da nomeação e codificação dos títulos, descrevendo as características das ocupações no mercado de trabalho brasileiro. Em sua última versão editada em 2002, foram realizadas atualizações e modernizações onde foram às profundas mudanças ocorridas no cenário cultural, econômico e social do País nos últimos anos, implicando alterações estruturais no mercado de trabalho.

Considerações finais

Não há dúvida de que no Brasil, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento considerável do sistema de atenção médico-hospitalar, que o colocou no nível tecnológico dos países desenvolvidos. A Previdência foi seguramente um instrumento desse processo, representando uma das conquistas da classe trabalhadora e um dos principais patrimônios sociais. A esse desenvolvimento, entretanto, não correspondeu uma generalização do acesso; não se conferiu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual.

O permanente avanço tecnológico e a necessidade de promover sua difusão sem privilégios, nem limitações, reclamam uma nova racionalidade para o setor de saúde, adaptando-a à organização de uma sociedade justa e democrática.

É indispensável que se examine e reexamine a administração do setor, evitando-se a multiplicidade de instituições que atuam de forma sobreposta e com desperdício de recursos e a excessiva centralização que promove um distanciamento da realidade e inibe a iniciativa local.

Repensar a saúde, esta é a inspiração e propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira. Essa reorientação deve ter em conta as exigências de um novo sistema de saúde que observe uma maior descentralização de ações, transferindo recursos e encargos para Estados e municípios; uma maior racionalidade administrativa, garantindo eficiência institucional e, sobretudo, um elevado sentido participativo, que permita à população assumir

responsabilidade no controle da execução dos serviços, à semelhança do notável exercício de cidadania que a edição do programa de estabilização econômica nos permitiu ver.

É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição dos Sistemas de Informação em Saúde com preenchimentos fiéis à assistência realizada como maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor e adoção de políticas de saúde que respondam efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira, especialmente a estudada aqui.

Referências

- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BUSS, P M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde; p.15-38.
- CAMPOS, F E; CHERCHIGLIA M L, AGUIAR R A T. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. **Revista brasileira de saúde da família** 2002; 2(5):71-79.
- CHIESA, A M, FRACAROLII, L A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Rev Bras de Saúde da Fam (Brasília)* 2004;2:42-9.
- DIAS ET AL. HYGIEIA, *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*; 2(2):47-55, jun 2006.
- GERMANO, R.M. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL, organizador. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal (RN): Observatório RH-NESC/UFRN; 2007. p. 105-132.
- GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- LEVCOVITZ E, GARRIDO, N G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família*, 1996 janeiro/junho;1: 3-8.
- MINAYO-GÓMEZ, C; LACAZ, F A C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cienc Saúde Coletiva* 2005; 10:797-807.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.
- PEDROSA, J I S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.
- RIBEIRO, E M. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto 2004; 12(4): 658-64.
- ROSA, W A G; LABATE R C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(6): 1027-34.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual de Treinamento Introdutório do programa Saúde da Família. Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos. São Paulo: SP.
- SILVA, J A. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [Tese]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002. 726p.
- TEIXEIRA, C F; SOLLA, J P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. EDUFBA. SALVADOR.2006, p.129-165

PONTO DE LEITURA MAIS/HC: DIVERTINDO, CUIDANDO E INFORMANDO

Leniée Campos Maia – Mestre, Patologia/CCS,
lenamaia@uol.com.br

Maria de Fátima G. Pinheiro – Especialista, HC/CCS,
mfpinheiro@hotmail.com

Lourival Pereira Pinto – Doutor, Ciência da Informação/CAC,
joaolori@yahoo.com.br

Abel Neto – Doutor, Biofísica/CCB,
abel_neto@uol.com.br

Dayse Negrão Cordeiro e Silva – Graduada de Psicologia /CFCH,
dayse_negrão@hotmail.com

Patrícia Pereira Vasconcelos – Graduada de Enfermagem/CCS,
patrycia_vasconcelos@hotmail.com

Rayssa Helena da Silva Aguiar – Graduada de Biomedicina/CCB,
rays_aguiar@hotmail.com

Hoton Esteves Matias da Silva – Graduando de Biblioteconomia/CAC,
hotoneves@hotmail.com

Juliete Isabele Alves Calazans – Graduando de Biblioteconomia/CAC,
juliete.calazans@hotmail.com

Allini Pauline Nascimento Silva – Graduada de Biblioteconomia/CAC,
alini.pauline@hotmail.com

Ísis Cortez Corcino – Graduada de Biblioteconomia/CAC,
isis.corez@hotmail.com

Patrícia Lafayette Góis – Graduada de Biblioteconomia/CAC,
patricialafayettegois@yahoo.com.br

Mízia V. L. P. Barreto Tavares – Graduada de Biblioteconomia/CAC,
mizia.vidal@yahoo.com.com.br

Adiclecia Ramos Lira Pereira – Graduada Biblioteconomia/CAC,
rarclyci@yahoo.com.br

Carla Izabel Matos Lins – Graduada Biblioteconomia/CAC,
carla-izabel@hotmail.com

Resumo

O Ponto de Leitura MAIS/HC, implantado no Hospital das Clínicas da UFPE em 2008, é vinculado ao Programa MAIS. Sabe-se que os efeitos nocivos da hospitalização, parecem abrandados

pela convivência com a arte. Em hospitais públicos e privados, as diversas formas de expressão artística têm atuado, humanizando e educando a comunidade. A utilização de livros como coadjuvantes na recuperação dos pacientes se faz pelo fortalecimento psicológico fornecido pela leitura, seja ela dirigida ou espontânea ou através da contação de histórias. Por ter esse caráter, a leitura é transformadora, tanto no mundo objetivo quanto no mundo subjetivo, porque agrega valores de cidadania, e de consciência social e política do mundo em que vive esse leitor. Oferece momentos de prazer e ludicidade que contribuem de maneira significativa para redução do estresse, contribuindo para uma melhor qualidade de vida no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Humanização-Saúde-Arte

Abstract

The reading spot MAIS/HC, inaugurated at the university hospital of Universidade Federal de Pernambuco (Hospital das Clínicas) is linked to program MAIS. The harmful effects of hospitalization are reduced under an art-rich environment. The many forms of artistic expression have acted as tools for humanization and education at public and private hospitals. The use of books as secondary agents in the rehabilitation of patients offers psychological support, either through spontaneous reading or storytelling. Because of this unique feature, reading is a transformative force that acts in both the objective and subjective worlds. It aggregates important values of social and political conscience of the world in which the reader is inserted. It also provides moments of joy and playfulness that contribute significantly to the reduction of stress levels, thus improving the quality of life in the hospital environment.

Keywords: Humanization-Health-Art

Introdução

Os efeitos nocivos da hospitalização, parecem abrandados pela convivência com a arte. Em hospitais públicos e privados, as diversas formas de expressão artística têm atuado, humanizando e educando a comunidade. A utilização de livros como coadjuvantes na recuperação dos pacientes se faz pelo fortalecimento psicológico fornecido pela leitura, seja ela dirigida ou espontânea ou através da contação de histórias.

Objetivos

Promover humanização nos espaços, reduzir os níveis de estresse, fornecer momentos de cultura e ludicidade, utilizar a leitura como ferramenta complementar no tratamento das doenças e promoção da saúde.

Metodologia

O Ponto de Leitura MAIS/HC mantém parceria com o Departamento de Ciência da Informação do Centro de Artes e Comunicação da UFPE. É aberto de segunda à sexta das 08:00 às 17:00 horas e

conta com acervo de aproximadamente 500 volumes. São levadas semanalmente ao Hospital das Clínicas, atividades de contação de histórias, mediação de leitura, além de Sarau poético/literário bimensal, com duração de 00:15 a 02:00 horas, privilegiando-se os setores de maior estresse. As atividades são divulgadas à comunidade e são aplicados questionários pré e pós atividades como projeto de pesquisa para quantificação dos resultados.

Resultados:

As atividades de contação de histórias e mediação de leitura levadas às enfermarias, apontam para o importante papel da leitura enquanto atividade de lazer, humanizando o processo de hospitalização. Sentimentos de relaxamento, paz, alegria e prazer, predominaram nos questionários aplicados. Excelente, ótima, muito boa e boa, foram os adjetivos empregados para as atividades avaliadas.

Conclusões

Os resultados nos permitem caracterizar qualitativamente sua importância, expressos pela ampla aceitação dessas atividades nos espaços onde são levadas. Ler ou ouvir contos pode significar continuar pensando sobre nós mesmos, no momento em que entramos em contato com sentimentos e conflitos difíceis de serem suportados e que, sem esses filtros da narrativa, poderiam paralisar nossa capacidade associativa e causar sintomas. Histórias contadas nas enfermarias diminuem o estado de incapacidade e proporcionam alívio temporário das dores e dos medos advindos da doença e do ambiente hospitalar. O resgate do sonho, do imaginário e do lúdico fornece um suporte emocional aos enfermos. A literatura nos faz sentir que não estamos sozinhos em nossa dor, expõem nossos problemas à uma nova luz, sugere novas possibilidades e nos abre novos campos de experiência além de oferecer uma grande variedade de estratégias simbólicas, mediante às quais nos tornamos aptos a superar medos, dificuldades e desafios.

Referências

- CALDIN, Clarice Fortcamp. **Biblioterapia: um cuidado com o ser**. São Paulo: Porto de Idéias, 2010.
- OUAKNIN, Marc-Alain. **Biblioterapia**. São Paulo: Loyola, 1996.
- SEITZ, Eva Maria. Biblioterapia: uma experiência com pacientes internados em clínicas médicas. **Revista ACB: biblioteconomia em Santa Catarina**. Florianópolis, v.11, n.1, p. 155-170, jan./jul., 2006.