



---

# ENVELHECIMENTO HUMANO:

SAÚDE E DIREITOS  
DO IDOSO

---

Maria do Socorro Ramos de Queiroz  
Organizadora





---

# ENVELHECIMENTO HUMANO:

SAÚDE E DIREITOS  
DO IDOSO

---

Maria do Socorro Ramos de Queiroz  
Organizadora



2022



2022 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2022 A organizadora  
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pela organizadora.

**Editora Chefe**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Editor**

Roger Goulart Mello

**Diagramação**

Roger Goulart Mello

Dandara Goulart Mello

**Projeto Gráfico e Edição de Arte**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Revisão**

A organizadora

Todo o conteúdo do livro, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

**Conselho Editorial**

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás



Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás  
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará  
Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense  
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz  
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA  
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas  
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará  
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes  
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes  
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará  
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista  
Rodrigo Lema Del Rio Martins – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

E61 Envelhecimento humano [livro eletrônico]: saúde e direitos do idoso /  
Organizadora Maria do Socorro Ramos de Queiroz. – Rio de  
Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5364-016-0  
DOI: 10.47402/ed.ep.b202211090160

1. Envelhecimento. 2. Idosos – Cuidados. 3. Saúde. I. Queiroz,  
Maria do Socorro Ramos de.

CDD 613.0438

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
www.editorapublicar.com.br



## APRESENTAÇÃO

Esta obra se constitui em uma de vários temas relacionados ao Envelhecimento Humano, trazendo uma olhar interdisciplinar e multiprofissional. O objetivo de trabalhar o tema é porque o Brasil é o país que envelhece com mais rapidez no mundo e apesar da criação de políticas voltadas para garantir a proteção e direitos para os idosos, como o Estatuto do Idoso, lançado em 2003, a velocidade com que a população brasileira envelhece supera a da implementação de ações para oferecer uma vida com mais qualidade a quem chega à terceira idade. Também por ser o grupo etário que o Programa de Educação Tutorial, o PET FARMÁCIA da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), desenvolve as suas atividades de Extensão e Pesquisa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso aquele indivíduo que tem 60 anos ou mais de vida. O órgão garante que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas na terceira idade. De acordo com o de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cerca de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais. O fato é que com o processo de envelhecimento da população cada vez mais rápido e com políticas públicas que não conseguem acompanhar essa mudança com a mesma intensidade, discutir e planejar maneiras de viver em uma sociedade com mais idosos do que crianças e jovens se torna tão urgente quanto necessário.

Mas como é envelhecer no Brasil? Qual é o impacto dessa questão do ponto de vista social? O que se pode fazer para alcançar a longevidade com mais qualidade? Como realizar atividades de Educação em Saúde que possam incentivar melhor o cuidado e conseqüentemente prevenir doenças crônicas não transmissíveis? Como avaliar e orientar a farmacoterapia nesse grupo etário? Que políticas de saúde o país dispões para garantir os direitos dos idosos?

A experiência de cada organizador detalha como trabalhar melhor as ações voltadas ao idoso, como ampliar os conhecimentos da área, os quais são disponibilizados para a comunidade acadêmica para melhor entender áreas afins do referido tema. Sintam-se a vontade a apreciar este livro.

Maria do Socorro Ramos de Queiroz  
**TUTORA PET FARMÁCIA UEPB**

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 .....	9
ESTATUTO DO IDOSO: O QUE ESTÁ SENDO RESPEITADO DENTRE OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA? .....	9
	Yuri Barbosa Soares da Silva Ygor Nathan Candido de Queiroz
CAPÍTULO 2 .....	166
VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO E PUNIÇÕES LEGAIS .....	16
	Yuri Barbosa Soares da Silva Ygor Nathan Candido de Queiroz
CAPÍTULO 3 .....	23
POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA .....	23
	Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 4 .....	37
EXPECTATIVA, LONGEVIDADE E AUTOESTIMA DO IDOSO .....	37
	Lethycia da Silva Barros Luana da Silva Noblat Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 5 .....	45
ATIVIDADES DE SAÚDE COMO PREVENÇÃO DAS DOENÇAS EVITÁVEIS NA TERCEIRA IDADE .....	45
	Caroline Santos Pereira Erisson Leite Lemos Thaize Medeiros de Azevedo Yana Soares Elias Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 6 .....	51
CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL E DA GLICEMIA CASUAL EM IDOSOS, ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO .....	51
	Thaysa Roberta Justino Cordeiro Herculano Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 7 .....	57
ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....	57
	Maria Fatima Gonçalves de Araújo Cadm Vinícius Lopes Rêgo Maria do Socorro Ramos de Queiroz

CAPÍTULO 8 .....	68
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO .....	68
	Brunna Emanuely Guedes de Oliveira Ivania Alves Guedes Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 9 .....	87
IMPACTO DA VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE .....	87
	Anna Júlia de Souza Freitas Daiana Mendes Félix Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 10 .....	92
ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS COM GRUPO DE IDOSOS PARA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE.....	92
	Ana Karla Casimiro de Aragão Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 11 .....	99
UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS .....	99
	Alessandra de Souza Silva Ivanildo Nascimento Almeida Júnior Thayse Maria Barbosa Soares Maria do Socorro Ramos de Queiroz
CAPÍTULO 12 .....	106
ASPECTOS ATUAIS DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA .....	106
	Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas Paulo Rodrigues de Lima Filho
SOBRE A ORGANIZADORA.....	118





# CAPÍTULO 1

## ESTATUTO DO IDOSO: O QUE ESTÁ SENDO RESPEITADO DENTRE OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA?

Yuri Barbosa Soares da Silva  
Ygor Nathan Candido de Queiroz

Nos idosos, a configuração de sujeito, representado pela ênfase social nos direitos, está consignada na responsabilidade do Parlamento, em garantir uma gestão, de cunho progressista, seja representada por mecanismos intervencionistas e/ou por sua atuação positiva. Mediante as necessidades naturais, desconsideradas, pelos gestores, desde quando há inobservância a desigualdade econômica, considerando os costumes de um sistema que limita o acesso ao capital (além dos recursos dele provenientes), involuntariamente, os direitos coletivos tornar-se-ão uma “obrigação” do Estado, incidente sob a configuração do sujeito contemporâneo.

Uma visão mais otimista, neste estágio, distancia-se, no horizonte, para o sujeito contemporâneo. Segundo Bauman (2003), despreza, desde então, por força desta realidade, uma maneira mais consensual de se relacionar com a dita sociedade de massa, posto que, este sistema, devido às teses políticas predominantes em sua cúpula, na disputa por bens e influência, torna o homem mecanismo de produção, sem direito a opinião, numa terra sem fé, sem lei.

Ele (o proletário), convencido de uma suposta relação natural de fidelidade com o “senhor”, mesmo que imoral/ilegal (considerando o descrédito que é dado aos seus pares, em cada comunidade), procura justificar seus atos em meio aos “frutos” de uma liberdade de iniciativa, cujo nome poderá ser considerado nos debates que antecedem as decisões de repercussão geral, seja em uma empresa e/ou no Estado. Esta conivência com o descumprimento de uma agenda progressista, beneficiando os idosos mais pobres, seja daquela que estava vigente, ou de outra agregada a um novo programa de ação e de desenvolvimento, com tripé científico, administrativo e econômico, revela o intuito de escapar das responsabilidades, considerando a deficiência nas medidas de fiscalização e de controle, fomentada pelo desmonte, no quesito autonomia jurídica e política, dos órgãos constituídos para tal fim.

Assim, esta narrativa inicial, encontra respaldo científico na tese de Maffesoli (1997), que afirmou, em duas direções empíricas:

- “Infantilismo: é a figura do eterno imaturo, aquele que diz “todos são culpados, exceto eu”. O Estado ou outro homólogo são percebidos como culpados, e cabe ao Estado ou seu homólogo suprirem as suas carências;
- Vitimização: é a figura do sujeito “mimado” do mundo capitalista. Não deseja ser responsável, quer ser visto como infeliz. É aquele sujeito que diz:” Somos tristes, o mundo nos deve”. Suas “saídas” são o consumo e o divertimento. A urgência e o império da satisfação de todos os desejos “aqui e agora”, levam a um “presenteísmo” (MAFFESOLI, 1997, p. 40).

Mediante as duras críticas de desmonte das políticas que beneficiam os idosos, com início no teto de gastos e agravado, mais recentemente, com as novas medidas de austeridade fiscal implementadas no Brasil, na esfera federal, diferentes contextos sócio históricos sustentam esta tese. Enquanto far-se-á menção à necessidade de, pelos meios constitucionais, tornar permanente os programas de distribuição de renda, de assistência quanto à saúde, com a subsequente inclusão acadêmica e profissional, beneficiando, primordialmente, aqueles que têm renda per capita de até 1/3 do salário mínimo, prevalece aquela reflexão quanto à disputa entre aqueles que, cientes da perda de autonomia do Estado (em seu poder de império/judicante) utilizam dos meios ilícitos, possibilitando o acúmulo de capital, projetando maior status até na esfera política, em contraponto aos demais que têm a perspectiva de ascensão, pela via do mínimo existencial.

Seja no setor de transportes, conforme o “Estatuto do Idoso”, a Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019 e a Resolução da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) nº 1.692 de 25 out 2006, no Previdenciário a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019 e na saúde através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o idoso, enquanto sujeito de direitos que, por toda a sua vida, produziu e contribuiu para o país, em sua matriz econômica, presencia violações aos mais diferentes direitos adquiridos. Isto se dá na negativa de alguns destes benefícios, considerando a agenda de austeridade fiscal, lamentavelmente vigente, motivada pelo limite nos gastos públicos.

Quando o quadro funcional estatal, em todas as suas carreiras, encontra-se desassistido, diante da convivência de determinado grupo político que visa, independentemente das consequências no espectro da desigualdade, passar imagem de “credibilidade” para o mercado, tornar-se-á quase que impossível cumprir com a atividade fim, dentre diferentes metas,



estipuladas desde 1988, no que tange ao interesse público, sobreposto aos riscos da atividade liberal.

Neste ínterim, tecendo comentários sobre a responsabilidade solidária, proporcional ao nível econômico e de conhecimento empírico e científico, far-se-á menção a tese de Ribeiro (1997), quando o mesmo afirmou que: “em nossos dias, e mesmo nas democracias mais consolidadas, a maioria dos cidadãos considera ter direitos a prestações por parte do Estado, e atribui às liberdades privadas de que desfruta uma importância maior do que a sua voz ou voto nas eleições ou em outras formas de participação política”.

A dificuldade dos idosos em acessar os serviços básicos, principalmente por parte daqueles residentes em áreas periféricas, traz à tona a desvalorização da cidadania, em diferentes aspectos, fator este, objeto de constante debate, por parte da sociedade civil organizada. Para além desta anormalidade na gestão nacional precedida por medidas de afastamento de representantes, os quais foram inaptos para o diálogo, percebe-se, há muito tempo, a apropriação individual de direitos, ameaçando a sobrevivência do coletivo. A restrição nos gastos públicos impõe um desgaste físico e psíquico, considerando o agravamento da burocracia, quando os idosos tentam acessar serviços da saúde pública e benefícios previdenciários, mesmo tendo direito adquirido em razão do decurso do tempo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM, 2020), no estudo intitulado: “Mês da pessoa idosa: os desafios nos 17 anos do Estatuto do Idoso e 7 meses de pandemia do Coronavírus”, realizado por Maria Luiza Póvoa Cruz “a pandemia expôs e agravou uma situação de violência intrafamiliar que exige respostas da sociedade e de políticas públicas integradas em relação à segurança, saúde e assistência social à pessoa idosa. A atual crise sanitária é uma alerta: o idoso precisa de atenção e tem direitos que devem ser promovidos continuamente e não apenas em momentos de excepcionalidade como na pandemia”.

Aqui, a política de coalizão, que precede esta agenda inclusiva, tornar-se-á um dos eixos de maior destaque, nesta cultura dos direitos humanos, incorporada no ordenamento jurídico brasileiro, por meio da Constituição Federal de 1988, em seus artigos 5º, 6º, 7º, 196º a 200º, 201º (BRASIL, 1988). Eventuais contradições referentes a esta Carta Magna são esclarecidas/dirimidas tão logo o Parlamento ratifique um plano de metas, no qual considere o idoso não só como um sujeito isolado, mas sim que, em razão de sua vivência/maturidade, pode assumir obrigações as quais os mantenham capaz, seja no aspecto econômico e no político, gerando, assim, maior mobilização com o objetivo de relatar, para os representantes, estas



anormalidades nas ações afirmativas, barateando o custo da máquina estatal, pois mitiga-se todo o processo administrativo e jurídico, até que o serviço público seja prestado e determinado bem ou obra seja entregue.

O IBDFAM afirmou que é preciso a dar continuidade e aprimoramento as políticas públicas de saúde e a atenção ao idoso para diminuir o índice de contaminação nesta parcela da população, seja no ambiente doméstico, locais públicos ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), também conhecidos como asilos ou casas de repouso (IBDFAM, 2020).

Na experiência cotidiana dos sujeitos, impor a cultura dos direitos humanos, seja através de novas técnicas na educação e até mesmo a partir da atualização do Estatuto e das leis penais dá início a um processo gradual de desmistificação dos direitos fundamentais, erroneamente tidos como privilégios, deste grupo. Os idosos, mediante a sua trajetória de vida, dedicada à produtividade (em seus mais variados aspectos), devem, imediatamente, usufruir desta proteção estatal, pois, em qualquer momento, o mercado financeiro, o grupo liberal, subordinará estes mecanismos inclusivos ao lucro, transferindo os riscos administrativos, como lhes é natural. Conforme Estatuto do Idoso, estes cidadãos “especiais” merecem a referida preferência processual, pois, neste estágio da vida, todo o desgaste já foi vivenciado, sendo juridicamente incorreto repetir toda esta trajetória, com sua natural pressão por resultados imediatos, mediante a assunção de responsabilidades.

Em todos os direitos sociais, consignados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, o tratamento, de menor qualidade, dispensado ao idoso continua sendo uma problemática, pelos diversos motivos de cunho jurídico, cultural e político relatados anteriormente (BRASIL, 1988). Hoje, toda e qualquer medida por parte do Parlamento, destinado a corrigir as injustiças sociais, parte da necessidade de revogar o teto de gastos públicos que, lamentavelmente, limitou o financiamento de todo e qualquer programa público de inclusão, os quais, por muito tempo, foram objeto na pauta de reivindicação das agremiações comunitárias, de classe. Aqui, os gestores, os julgadores e a sociedade civil organizada devem, de posse dos relatos sobre violência contra o idoso (lato sensu), combater as fraudes praticadas no financiamento e na concessão dos benefícios sociais com a individualização das penas àqueles que são responsáveis, garantindo, em sede cautelar, a recuperação de bens, verbas e outros objetos de valor, ante da decisão final.



Neste momento, entendemos o quão há, neste horizonte das políticas públicas destinadas aos idosos, certo “Fundacionalismo dos Direitos Humanos”, conforme retratou Rorty (1994), enquanto percebe-se “a tentativa contínua de chegar a uma pretensa e abstrata vitória final sobre adversários”. As medidas de inclusão, não apenas dos idosos, mas dos portadores de deficiência, dos jovens e de demais grupos hipossuficientes tornar-se-ão concretas, enquanto cláusulas pétreas, tão logo estejamos concedendo lugar a um debate sobre reciprocidade de direitos e obrigações (proporcional ao poder econômico, à influência política e à formação intelectual), concentrando todo este aparato técnico a fim de criar as condições que reforcem esta crença nas mais diferentes regiões do país, em especial no Nordeste.

Regan (1985), ao propor a substituição de sujeito moral por uma categoria mais abrangente, denominada “sujeito de uma vida” afirmou que “os indivíduos são sujeitos de uma vida quando eles são capazes de perceber e de lembrar; quando eles possuem crenças, desejos e preferências; quando eles são capazes de agir intencionalmente na busca de seus desejos e fins; quando eles têm uma identidade psicológica que se mantêm no tempo; e quando eles manifestam um bem-estar individual derivando da experiência de que é logicamente independente de sua utilidade para os outros, como também dos interesses dos outros”.

Em suma, todos os sujeitos de uma vida são detentores de um valor intrínseco, com viés inclusivo, seja para a comunidade ou para o seu clã. Tecendo comentários sobre a instabilidade jurídica e econômica, incidente negativamente sob a vida dos idosos, a comunidade política, acadêmica e jurídica deve debruçar-se a fim de institucionalizar novas práticas de gestão, tornando sustentável, do ponto de vista orçamentário, todas as políticas públicas destinadas a esse grupo etário, evitando, assim, o colapso, comumente utilizado como argumento para as medidas de austeridade fiscal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As leis gerais e especiais cumprem função importante, sobretudo quando há um conflito de direitos, inerentes aos grupos especiais. Hoje, define-se, dentre as metas de governo, mecanismos de participação, sob o processo legislativo, do cidadão civil, do setor privado devidamente organizado, de modo que isto implique em maior eficiência dos planos de fiscalização e de controle, sem significar ausência do Poder Público, neste fim.

É evidente que o cumprimento dos direitos e garantias consignados na Carta Magna de 1988, muitas vezes é impedido por práticas ligadas à cultura, onde a discriminação foi naturalizada. Neste sentido, a autocrítica (sobretudo daqueles que, no todo ou em parte,



convivem sem a necessidade de uma assistência especial) faz-se imprescindível. Hoje, esta reforma (inclusive moral), possibilita um melhor cumprimento das leis que disciplinam a conduta frente aos idosos, especialmente no que concerne ao amparo na velhice, seja em matéria econômica e/ou social, resguardando-lhes o conforto que este progresso lhes oferece, enquanto direito inalienável.

Numa análise empírica e científica, o tema exposto nesta pesquisa é de extrema relevância, norteador o legislador e o julgador sobre os avanços no que concerne ao Estatuto do Idoso. Igualmente, são feitas reflexões sobre as medidas punitivas que devem ser implementadas, cuja lei, associada ao Código Penal e ao Código de Processo Penal, será revisada constantemente, evitando que os vícios de legalidade deem ensejo à extinção da pena (inclusive para sujeitos de notória periculosidade), imaculando, desta forma, a atividade judicial estatal, considerando a maior vulnerabilidade dos idosos.

Em suma, alcançados os objetivos gerais e específicos, a contribuição acadêmica, dada vênua da qualidade de cada pesquisa que verse sobre o tema, tratará de propiciar maior segurança jurídica e, por consequência, maior economicidade em meio a esta austeridade fiscal, prejudicial para com a assistência aos idosos, inclusive pela via das medidas de fiscalização e de controle.

## REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. Comunidade. A busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. BRASIL. Constituição Federal do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Constituição Federal do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Resolução da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) nº 1.692 de 25 out 2006. Dispõe sobre procedimentos a serem observados na aplicação do Estatuto do Idoso no âmbito dos serviços de transporte rodoviário interestadual de passageiros, e dá outras



providências. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=103594>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 103/2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

IBDFAM. Instituto Brasileiro de Direito de Família. Envelhecimento, autonomia e proteção da pessoa idosa foram temas da primeira live do Congresso Nacional da Pessoa Idosa do IBDFAM. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/index.php/noticias/7800/Envelhecimento,+autonomia+e+prote%C3%A7%C3%A3o+da+pessoa+idosa+foram+temas+da+primeira+live+do+Congresso+Nacional+da+Pessoa+Idosa+do+IBDFAM>. Acesso em: 10 mai. 2021.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político: a tribalização do mundo**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

REGAN, T. The Case for Animal Rights. In: SINGER, P. **Defence of Animals** Dir Peter Singer. Éd. Blackwell: Oxford, 1985.

RIBEIRO, R. J. **Os Direitos Humanos podem ameaçar a democracia?** Encontro Anual da Anpocs, 21. 1997. In: Anais... Caxambu, 1997.

RORTY, R. Sur l'ethnocentrisme: réponse à Clifford Geertz. In: RORTY, R. **Objectivisme, relativisme et vérité**. Paris: PUF, 1994. p. 233- 244.



# CAPÍTULO 2

## VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO E PUNIÇÕES LEGAIS

Yuri Barbosa Soares da Silva  
Ygor Nathan Candido de Queiroz

“Estatuto do Idoso”, a Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003, tem como objetivo regular os direitos do cidadão com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

Conforme matéria publicada, em 2017, no site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), a Lei 10.741/2003, prevê como crime “a conduta de colocar em risco à vida ou a saúde do idoso, através de condições degradantes ou privação de alimentos ou cuidados indispensáveis”. Sabidamente o legislador agregou à referida lei, como consequência deste ato ilícito penal, o cumprimento de pena de 2 meses a 1 ano de detenção e multa, podendo variar (se o resultado do crime for lesão corporal grave para 1 a 4 anos de reclusão, alcançando o coeficiente de 4 a 12 anos de reclusão, se o resultado for morte. Representando medidas que institucionalize a tolerância, o respeito àqueles que, pelo tempo e devido a origem/trajetória, detém conhecimento empírico de bom proveito para o país, o Estado impõe este tratamento especial (BRASIL, 2003; TJDFT, 2017b).

Mediante as metas vinculadas aos direitos sociais, listados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, inúmeras são as menções à grande redução da taxa de morte de idosos no Brasil, entre os séculos XX e XXI, em contraponto ao aumento nos índices de violência, seja devido aos atos provenientes de um estranho ou até mesmo por parte de um parente/agregado (BRASIL, 1988).

Segundo matéria publicada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), até 2019, no balanço nacional, os dados revelaram que “em todo o país, pessoas idosas foram vítimas em mais de 48,4 mil denúncias recebidas. Ainda acrescentou: “o número representa um aumento de 22,6% quando comparado ao ano anterior. Em 2018, o serviço registrou 37,4 mil casos”, sendo prudente reconhecer que a assistência, não só na saúde, mas também na área econômica, na jurídica, ainda deixa a desejar (BRASIL, 2019b).

As punições legais aplicáveis para quem comete violência contra idoso, serão diversificadas dependendo do ato ilícito quanto ao modo como é praticado, sendo necessário,



por parte do Parlamento, uma atualização tanto no Estatuto do Idoso, como nas leis penais Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (BRASIL, 1940; BRASIL, 1941). “A violência contra a pessoa idosa vai muito além dos maus-tratos (BRASIL, 2020). Nela inclui também a violência do abandono, a violência financeira e a não inclusão na sociedade”, retrato fiel da deficiência nas políticas públicas e nas medidas de fiscalização e de controle, *in loco*, considerando o corte no orçamento público, devido a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 do teto de gastos (BRASIL, 2016).

Diante desta reflexão, muitos idosos ainda continuam sendo responsáveis pelo todo ou parte do orçamento destinado ao financiamento do lar, embora tenham contribuído, durante uma longa vida, habilitando-se a usufruir da proteção previdenciária, regida pelas leis Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 e Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991, mediante as mais diferentes comorbidades que lhes são naturais (BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b). Enquanto o idoso permanece economicamente ativo, mesmo contrariando as determinações médicas, esta forma de exploração, e até mesmo de extorsão, agrava-se na medida em que há o descrédito nas medidas estatais de fiscalização e de controle, seja no ato de punir, no de investir e/ou no de legislar, assim como ocorreu na Reforma Trabalhista, onde foram alterados diferentes pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) através das legislações: Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943, Lei nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 e 8.212, de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1943; BRASIL, 1974; BRASIL, 1990; BRASIL, 1991; BRASIL, 2017), a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho afetando, de forma significativa, o conceito de responsabilidade sob os riscos inerentes à atividade liberal, face ao pagamento de todos os encargos sociais e custos operacionais.

Segundo Cecato (2005), ao tratar sobre os direitos humanos do trabalhador, mediante a declaração da Organização Internacional do Trabalho de 1998,

“...responsável pelo trabalho mais árduo da produção de bens que toda a humanidade consome, é o menos contemplado com o direito de consumir. É, ainda, o maior alijado do acesso aos meios de produção, o que o sujeita às ordens dos que detêm esse acesso. Dependente do capital, oferece seu tempo e sua energia em troca de salários que ele não negocia, apenas acata” (CECATO, 2005, p. 415).

Diante do incomensurável estágio de crise/de desconfiança, seja no cenário interno ou externo, o qual provoca, por iniciativa dos parlamentares, o “uso de medicamentos legislativos



amargos”, palavras do Presidente da Câmara Federal, ano 2021, os idosos merecem, ser beneficiados por medidas extraordinárias, em áreas como a assistencial, a financeira e a saúde.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) “17,3% dos idosos apresentavam limitações funcionais para realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)” (IBGE, 2021), repercutindo sob as tarefas diárias “como fazer compras, administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone e realizar trabalhos domésticos.” Neste contexto, torna-se mais evidente a maior probabilidade de sofrer algum tipo de violência pois, esta relação de dependência, associada às mais recentes medidas de isolamento, não é coordenada de forma cordial, pois, em termos práticos, não temos, em nossa cultura empírica e científica o preparo suficiente para tal fim.

A par de todos estes argumentos, tratamos de expor os mais recentes índices de violência contra o idoso. Enquanto que, do ponto de vista material e processual, tanto o Decreto nº 10.604 de 20 de janeiro de 2021 que altera o Decreto nº 9.921 de 18 de julho de 2019, que consolida atos normativos editados pelo poder executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa ou seja da Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e a Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015, que corresponde a Lei Brasileira de Inclusão (para aqueles que são deficientes) promove uma proteção especial, ainda existe uma burocracia excessiva, reduzindo a probabilidade deste público ter o acesso integral e imediato a seus direitos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2015; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2021a).

Para os mais pobres, existem situações nas quais o poder público tem de providenciar a realocação de comunidades inteiras para outros locais que sejam estruturalmente adequados, com todos os equipamentos comunitários (tidos por imprescindíveis) acessíveis.

Assim sendo, enquanto o limite constitucional nos gastos públicos não for revogado, o cenário que se impõe, em um ambiente de contínuo tráfico de entorpecentes, roubo, homicídio, é o seguinte, conforme reportagem do Globo G1.

“O número de denúncias de violência e de maus tratos contra os idosos cresceu 59% no Brasil durante a pandemia do Coronavírus. Entre março e junho de 2020, foram 25.533 denúncias. No mesmo período de 2019, foram 16.039. O estado com maior número de denúncias no período analisado foi São Paulo, que teve 5.934 casos reportados, o que representa 23% do total do país. Em seguida, está o Rio de Janeiro, com 3.743 denúncias, e Minas Gerais, com 3.595. (...) (GLOBO G1, 2020). O Disque 100 revelou que, só no primeiro semestre de 2021, mais de 33,6 mil casos de violações de direitos humanos foram registrados contra o idoso no país. Segundo a Promotora do Idoso do Ministério Público de São Paulo Cláudia Maria Beré, a maioria dos casos de violência contra o idoso são de negligência, quando o cuidador não presta assistência ao idoso, ou presta assistência insuficiente e de violência psicológica. A violência contra o idoso é crime que pode ter pena de seis meses a um ano de



reclusão, além de multa. Mas, quando o caso não vai para a área criminal, outros caminhos são possíveis” (BRASIL, 2021b).

Neste debate, uma problemática com espaço significativo diz respeito aos múltiplos sentidos, às vezes com perfil pejorativo, que é agregado às expressões e ações com o fim de garantir, em termos materiais, os direitos humanos, não apenas para os idosos, mas para as minorias, para os grupos vulneráveis economicamente. Isto dever-se-á ao descrédito que, por décadas, foi dada à educação vinculada aos direitos humanos, repercutindo, negativamente, sob a formação de novos profissionais, os quais acabaram por ocupar postos estratégicos para as decisões do país, em especial no parlamento. Hoje, a atenção/proteção que é dada ao idoso sofre um regresso, requerendo, dos agentes políticos, medidas emergenciais e, de certa forma, com viés anticíclico, para que toda a rede de proteção, desde Centros de Referência à Assistência Social (CRAS), Estratégias Saúde da Família (ESF), além dos projetos para construção de conjuntos habitacionais exclusivos à população idosa sejam retomados, conquanto haja uma sólida e constante fonte de financiamento.

Diante de tais argumentos, e, numa análise de matéria publicada, no site Rede Brasil Atual, no ano de 2020, citamos os seguintes trechos, nos quais foi registrado crítica a Emenda Constitucional de nº 95/2016:

“Para o médico de família Thiago Henrique Silva, mestre em Saúde Pública e integrante do podcast Medicina em Debate, o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal e gratuito, que não existe em outros países com populações de tamanhos similares à brasileira, realmente é uma vantagem nacional no combate à disseminação da doença. (...) A gente tinha um modelo baseado na visão sanitária de campanhas. Com a construção do SUS, o modelo passa a ser de vigilância e saúde. O trabalho na vigilância epidemiológica, é evitar que as doenças ocorram. Você gerencia todos os casos de doenças infecciosas. No Brasil, isso existe muito articulado com a própria assistência (PT, 2020).

Numa outra crítica à política de austeridade, tomamos como exemplo o sucateamento dos postos de trabalho, sob o discurso da “modernização”. O termo “maximizar o lucro” foi desvirtuado na medida em que, condutas ilícitas foram descriminalizadas, gerando um cenário de disputa e de maior desequilíbrio nas relações contratuais de trabalho. Todo este cenário externo tem repercussão sob o comportamento dos parentes dos idosos os quais, frustrados diante da falta de perspectiva, para fins de ascensão na vida profissional, acabam por recair diante de uma situação de dependência, considerando o único orçamento que não é sujeito a especulações do mercado, qual seja: a aposentadoria. Tendo dois sujeitos de duas gerações distintas e que, logicamente, tem suas próprias prioridades, é certo o descrédito dado, por alguns, às palavras e opiniões dos idosos, ocasionando, em casos excepcionais, agressão física e verbal.



Hoje, o melhor caminho para resolver este problema é, sem dúvida, privilegiar, numa agenda política desenvolvimentista, a economia, a educação e a assistência social conjuntamente, metodologia esta que foi adotada no Executivo Federal. Todas as penas previstas no Código Penal e no Estatuto do Idoso merecem ser aplicadas (ou não) mediante uma análise empírica e científica, ouvindo ambas as partes, dando fundamento, ao julgador, sobre qual o melhor caminho a seguir, para que a decisão não seja objeto de recurso em razão de vícios formais.

Em suma, milita-se, enquanto plano de ação, principalmente para as regiões menos abastadas e para os rincões mais isolados, uma inserção criativa, dentro das competências do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Ministério Público e da sociedade civil organizada, resguardando todas as garantias para o idoso, na esfera penal e econômica, pelas razões de fato e de direito anteriormente exposta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As leis gerais e especiais cumprem função importante, sobretudo quando há um conflito de direitos, inerentes aos grupos especiais. Hoje, define-se, dentre as metas de governo, mecanismos de participação, sob o processo legislativo, do cidadão civil, do setor privado devidamente organizado, de modo que isto implique em maior eficiência dos planos de fiscalização e de controle, sem significar ausência do Poder Público, neste fim.

É evidente que o cumprimento dos direitos e garantias consignados na Carta Magna de 1988, muitas vezes é impedido por práticas ligadas à cultura, onde a discriminação foi naturalizada. Neste sentido, a autocrítica (sobretudo daqueles que, no todo ou em parte, convivem sem a necessidade de uma assistência especial) faz-se imprescindível. Hoje, esta reforma (inclusive moral), possibilita um melhor cumprimento das leis que disciplinam a conduta frente aos idosos, especialmente no que concerne ao amparo na velhice, seja em matéria econômica e/ou social, resguardando-lhes o conforto que este progresso lhes oferece, enquanto direito inalienável.

Numa análise empírica e científica, o tema exposto nesta pesquisa é de extrema relevância, norteando o legislador e o julgador sobre os avanços no que concerne ao Estatuto do Idoso. Igualmente, são feitas reflexões sobre as medidas punitivas que devem ser implementadas, cuja lei, associada ao Código Penal e ao Código de Processo Penal, será revisada constantemente, evitando que os vícios de legalidade deem ensejo à extinção da pena

(inclusive para sujeitos de notória periculosidade), imaculando desta forma, a atividade judicial estatal, considerando a maior vulnerabilidade dos idosos.

Em suma, alcançados os objetivos gerais e específicos, a contribuição acadêmica, dada vênua da qualidade de cada pesquisa que verse sobre o tema, tratará de propiciar maior segurança jurídica e, por consequência, maior economicidade em meio a esta austeridade fiscal, prejudicial para com a assistência aos idosos, inclusive pela via das medidas de fiscalização e de controle.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. 1991a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 1991b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017a. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, Lei 8.036, de 11 de maio de 1990 e a Lei 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). Maus tratos contra idosos. 2017b. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/maus-tratos-contra-idosos#:~:text=O%20Estatuto%20do%20Idoso%2C%20Lei,ano%20de%20deten%C3%A7%C3%A3o%2C%20e%20multa>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019a. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Denúncias de violações contra idosos aumentam 22,6%. 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/denuncias-de-violacoes-contra-idosos-aumentam-22-6#:~:text=Titular%20da%20Secretaria%20Nacional%20de,inclus%C3%A3o%20na%20sociedade%22%2C%20lamenta>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Decreto nº 10.604, de 20 de janeiro de 2021. Altera o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019, que consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. 2021a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/Decreto/D10604.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Decreto/D10604.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Governo lança campanha de enfrentamento à violência contra o idoso. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/06/governo-lanca-campanha-de-enfrentamento-a-violencia-contra-o-idoso>. Acesso em: 28 abr. 2021.

CECATO, M. A. B. Considerações acerca da dignidade do trabalhador em face da automatização. *Verba Juris – Anuário da Pós-Graduação em Direito*. João Pessoa, v.4, p. 415-446, 2005.

GLOBO G1. Cresce 59% o número de denúncias de violência contra o idoso no Brasil durante a pandemia da Covid-19. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/29/cresce-59percent-o-numero-de-denuncias-de-violencia-contra-o-idoso-no-brasil-durante-a-pandemia-da-covid-19.ghtml>. Acesso em: 21 abr. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PT. PARTIDO DO TRABALHADOR. Especialistas explicam por que é preciso revogar teto de gastos que retirou verbas do SUS. Disponível em: <https://pt.org.br/especialistas-explicam-por-que-e-preciso-revogar-teto-de-gastos-que-retirou-verbas-do-sus/>. Acesso em: 20 abr. 2021.



# CAPÍTULO 3

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

Maria do Socorro Ramos de Queiroz

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de modo singular e único. Se quantificássemos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (TORRES et al., 2020).

Em todos os países do mundo é fato concreto a modificação do perfil etário, pois historicamente o homem nunca teve tanta chance de alcançar a terceira idade. Os fatores determinantes deste fenômeno são cada vez mais estudados e conhecidos e nos permitem entendê-lo em sua complexidade e magnitude, merecendo ainda maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso. O número crescente de pessoas idosas resultou em problemas de ordem social, econômica e de saúde, os quais exigiram determinações legais e políticas públicas capazes de oferecer suporte ao processo de envelhecimento no Brasil, buscando atender às necessidades desse estrato populacional (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No Brasil, o desafio para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Contudo, para atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida (RAMOS, 2003).

Compreender a evolução de tais políticas é garantir a integralidade do cuidado, atendendo toda a demanda do sistema de forma acolhedora, sendo capaz de dar respostas adequadas e resolutivas. Um desafio inalienável ao processo de formulação e implementação de políticas públicas é o monitoramento e a avaliação de seus alcances. No caso da saúde do



idoso, a atenção primária em saúde cumpre papel fundamental em sua atribuição de proporcionar promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado, além de ser o ponto de articulação da rede de atenção. No Brasil, o monitoramento se dá com a implantação dos indicadores do Pacto, que a partir de 2006 definiu a população idosa como área prioritária, tendo como meta a implantação de uma política específica para o idoso. Este processo incluiu a pactuação de indicadores (modificados ao longo de seis anos) e metas a serem atingidas anualmente. Em 2012, no processo de transição entre o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), perdeu-se a priorização do idoso, perdendo-se também a definição de indicador específico que auxiliasse no monitoramento das condições de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a esta parcela da população.

Para um melhor esclarecimento apresentaremos as políticas para o idoso no Brasil desde a implantação do SUS na década de 90 até os dias de hoje e as principais inflexões.

## **EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PARA O IDOSO NO BRASIL**

A elaboração e a implementação de políticas públicas de atenção à pessoa idosa, visa a garantia de direitos, a redução das iniquidades e da exclusão social e ao favorecimento da sua participação ativa na sociedade tem uma trajetória e um histórico importantes de serem conhecidos e compreendidos pelos profissionais que atuam com essa população.

A Constituição brasileira de 1988 foi a primeira a tratar o idoso e a velhice como um problema social, avançando para além da assistência previdenciária e assegurando a proteção na forma de assistência social (BRASIL, 1988).

Até a promulgação da Constituição Federal em 1988, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção à população idosa. A partir de então, o direito universal à saúde foi conquistado pela sociedade e reafirmado com a criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Dessa forma, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. O entendimento desse direito passa pelos princípios organizativos do SUS e são reafirmados na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; FERNANDES, 2012).



No período posterior à criação do SUS, uma das primeiras iniciativas específicas para os idosos foi a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). A PNI tinha como objetivo, por meio de diversas ações governamentais distribuídas em diferentes setores, assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Também reafirmava o direito à saúde desta população nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

A criação em 1997 do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PNI) visou colocar em prática as ações estabelecidas pela política e teve o intuito de desenvolver ações preventivas, curativas e promocionais no âmbito de políticas sociais voltadas à população idosa. Esse Plano de Ação foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Desenvolvimento Urbano (BRASIL, 1997).

Em 1999, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 determinando que seus órgãos e entidades relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Tomava como pressuposto o princípio constitucional de que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

No contexto internacional, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, assinado em Madri em 2002 pelos países membros das Nações Unidas, teve como princípios básicos: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (TELLES; BORGES, 2013).

Em convergência com essas orientações, foi aprovado no Brasil o Estatuto do Idoso através da Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso ampliou a



resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, ainda que não tenha dado clareza quanto aos meios para financiar as ações propostas. Em se tratando de garantias fundamentais dos idosos, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 4º, parágrafo 1º, legisla sobre negligência, discriminação, crueldade e opressão, dentre outras questões relacionadas, conforme disposto a seguir:

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso (BRASIL, 2003).

Neste sentido, o Estatuto estabelece como direitos fundamentais:

- Direito à vida;
- Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade;
- Direito aos alimentos;
- Direito à saúde;
- Direito da educação, cultura, esporte e lazer;
- Direito da profissionalização e do trabalho;
- Direito da previdência social;
- Direito da assistência social;
- Direito da habitação;
- Direito do transporte.

Todas as políticas de atendimento ao idoso serão executadas por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

O parágrafo 2º, do artigo 5º, do capítulo IV do Estatuto do Idoso favorece o cumprimento da farmacoterapia prescrita:

§2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003).

Em 2005 foi publicado o Plano de Ação Para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa que reforça os objetivos de implementar a Política de Promoção e Defesa dos Direitos às Pessoas Idosas no Brasil, por meio de estratégias sistêmicas para a prevenção e o enfrentamento da violência à pessoa idosa (BRASIL, 2005).



Com a evolução do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços do SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três respectivos níveis gestores do SUS. O Pacto pela Saúde, publicado através da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, propunha a efetivação de acordos entre municípios, estados e governo federal para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2006a). A implantação do Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, visou proporcionar maior efetividade, eficiência e qualidade nas respostas do sistema de saúde, assim como redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 1997).

O Pacto pela Vida reforçou no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados e implementados de forma tripartite. Esses compromissos deveriam ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas estabelecidas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais poderiam ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de acordos locais. Os estados e municípios deveriam pactuar as ações que considerassem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

O Pacto pela Saúde trouxe a atenção à saúde do idoso para o topo da lista de objetivos e, como meta prioritária, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulada pela Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b). Esta nova política, com diretrizes semelhantes às do Pacto pela Saúde, teve como principal propósito a atenção integral ao idoso.

Para a execução das diretrizes da PNSPI, o SUS conta com as equipes de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002), enquanto pontos de atenção. Em sua atual redação, a finalidade primeira da PNSPI (BRASIL, 2006b) foi “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”. Estipula, ainda, o limite de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa no país.



As diretrizes da PNSPI, coincidentes com os princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa, são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Em 2006 foi também publicado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica nº 19 intitulado: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa que apresenta subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa para contribuir com a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 e revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), tendo a saúde do idoso como uma das áreas estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2011).

Em 2006 foi elaborada a primeira edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa com a função de propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem estar (BRASIL, 2006e). O início da distribuição aconteceu por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no período entre 2007 e 2008 e foram disponibilizados 10 milhões de exemplares.

Também em 2006 o Congresso Nacional através do artigo 1º e parágrafo único da Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006, institui:

Art. 1º ... o Dia Nacional do Idoso, a ser celebrado no dia 1º de outubro de cada ano.  
Parágrafo único. Os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso ficam incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade (BRASIL, 2006f).

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social foi regulamentado através do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. O benefício corresponde a um valor de um salário mínimo mensal e é assegurado à pessoa com deficiência e à pessoa idosa com idade de



65 anos ou mais, que não recebe nenhum benefício previdenciário e que apresente renda familiar mensal per capita inferior a um quarto do salário mínimo vigente (BRASIL, 2007).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento *Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit* que destacou a importância da Atenção Primária na saúde das pessoas idosas, assim como a relevância desses serviços possuírem acessibilidade e adaptação às necessidades desse grupo etário (BRASIL, 2008).

No ano de 2009 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elaborou o Plano de Ação sobre a saúde das pessoas idosas, incluindo o envelhecimento ativo e saudável. O Plano de Ação correspondeu a uma resposta aos acordos internacionais e regionais, definindo as prioridades para a população idosa, no período 2009 a 2018, que incentivou os países membros da OPAS e os órgãos de cooperação internacional a melhorarem as políticas públicas que afetam a saúde das pessoas idosas (OPAS, 2009)

Outro avanço foi a publicação da Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, que instituiu o Fundo Nacional do Idoso, direcionado ao financiamento dos programas e ações para assegurar os direitos sociais e criar condições de promoção de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade. Também possibilitou às pessoas físicas e jurídicas a dedução no imposto de renda, das doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso.

No período de 03 e 04 de outubro de 2012, em evento realizado em Brasília houve a revisão e atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Teve como ponto de partida as sugestões dadas pelos coordenadores da atenção ao idoso, das diversas regiões do Brasil. Assim, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) formulou o projeto em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro e o grupo de especialistas da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de ampliar a articulação e instrumentalizar as equipes da Atenção Básica para o cuidado da pessoa idosa, de acordo com as suas especificidades e como resposta às críticas dos gestores sobre a necessidade de atualização dos instrumentos no contexto atual do SUS. O processo de revisão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi amplamente discutido com parceiros estratégicos das diversas áreas do Ministério da Saúde, e também com outras instâncias. A nova proposta apresenta alguns diferenciais, como: permitir o acompanhamento longitudinal por 5 anos; possibilitar a identificação do idoso frágil por meio do índice de vulnerabilidade clínico-funcional; permitir



o monitoramento de condições crônicas de saúde; alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco, entre outros.

Em 2021, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, vai distribuir mais de 4,5 milhões da 5ª edição da Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para 2.035 municípios e 14 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs). O documento traz, agora, uma ficha para registro das informações individuais de cada paciente pelos profissionais de saúde, que poderão, assim, montar um plano de atendimento específico e contínuo para cada idoso atendido no SUS. É possível encontrar também orientações sobre cuidados como controle da pressão arterial, glicemia, calendário de vacinação e, ainda, sobre o uso de medicamentos. Portanto, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS e é um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2021a).

Visando a prevenção de várias doenças o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Imunizações através da Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013, estabelecendo nacionalmente os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e dos povos indígenas e incluiu, nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na pessoa idosa, as vacinas preconizadas pela OMS (BRASIL, 2013).

Os Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019 e Decreto nº 10.604, de 20 de janeiro de 2021 tratam do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e objetiva combinar esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em colaboração com a sociedade civil, para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2019; BRASIL, 2021b).

Em 2014 foram aprovadas as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral Documento lançado no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de promover discussões sobre o cuidado das pessoas idosas no SUS e propor um modelo de atenção integral a essa população. Nesse encontro a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa estabeleceu, dentre as suas prioridades para os anos de 2013/2014, a elaboração e divulgação da Proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, integrado às Redes de Atenção à Saúde, ordenado pela Atenção Básica, e articulado com áreas e programas estratégicos do Ministério da Saúde que apresentem interface com o campo de atuação. Esse documento foi elaborado pela COSAPI em conjunto



com seu Comitê Assessor, composto por gestores, acadêmicos e especialistas na área de saúde da pessoa idosa. Em setembro de 2013, durante o Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia, foi realizada uma Oficina tendo como tema o Modelo ora proposto. Posteriormente, em novembro de 2013, o documento foi apresentado no VIII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, composto por coordenadores estaduais e coordenadores municipais de capitais e municípios acima de 500 mil habitantes. Além disso, seu processo de construção contou com a participação das demais áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Aconteceu nos dias 15 e 16 de junho de 2015 a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, com o objetivo de promover, proteger e assegurar os direitos humanos e liberdades fundamentais da pessoa idosa, contribuindo para a sua inclusão, integração e participação na sociedade (CONVENÇÃO..., 2015).

Em 2015 a OMS publicou o Informe Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde, o relatório apresentou o conceito de envelhecimento saudável, que destacou a importância das capacidades funcional e intrínseca e a interação do indivíduo com o seu ambiente, como também as ações no âmbito das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável (OMS, 2015a; OMS, 2015b). No mesmo ano aconteceu o I Seminário Internacional sobre Políticas de Cuidados de Longa Duração para Pessoas Idosas promovido pelo Ministério da Saúde através da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil) que objetivou favorecer o intercâmbio de informações e experiências nacionais e internacionais, sobre políticas de cuidado integral. O encerramento do seminário realizou-se por meio da construção de uma carta com as diretrizes necessárias para a implantação da política de cuidados de longa duração no Brasil (BRASIL, 2015).

Podemos concluir que entre os direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso às pessoas idosas estão, entre outros, o da saúde correspondem a:

- Atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos;
- Direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital;

- 
- Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento;
  - Desconto de, pelo menos, 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer;
  - Gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, com reserva de 10% dos assentos, que deverão ser identificados com placa de reserva;
  - Reserva de duas vagas gratuitas no transporte interestadual para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos que excedam as vagas garantidas;
  - Reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados;
  - Prioridade na tramitação dos processos e dos procedimentos na execução de atos e diligências judiciais;
  - Direito de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir dos 65 anos de idade, desde que não possua meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida pela família;
  - Direito de 25% de acréscimo na aposentadoria por invalidez (casos especiais);
  - Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos devem ser objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como devem ser obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso.

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, bem como o Pacto pela Vida, são instrumentos que garantem a proteção a esse grupo populacional, agregando-os na condição de cidadãos que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável, considerados parceiros ativos no desenvolvimento dessas políticas. Portanto, a perspectiva é de que os sujeitos no processo de envelhecimento tenham como vivenciá-lo da melhor forma possível e desejável. Daí o grande desafio da equipe de saúde passa a ser o cuidado com a pessoa idosa, vislumbrando a especificidade e a multidimensionalidade do ser que envelhece e do processo de envelhecimento humano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alterações sofridas na política de atenção ao idoso ao longo do seu processo de implantação foram proporcionando maior aporte de direitos a essa população, embora sua implementação seja lenta e gradativa. As ações necessárias para dar consequência às diretrizes da PNSPI requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS devem estabelecer processos de articulação permanente em suas respectivas áreas de abrangência, visando a parcerias e integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/idoso/lei\\_8842.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/idoso/lei_8842.pdf). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 12277, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: [http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II\\_I\\_congresso\\_consad/painel\\_51/articulacao\\_federativa\\_de\\_servicos\\_sociais\\_no\\_brasil.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_I_congresso_consad/painel_51/articulacao_federativa_de_servicos_sociais_no_brasil.pdf). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/creasi/images/Arquivos/Politica\\_Nacional\\_Saude\\_Pessoa\\_Idosa.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/creasi/images/Arquivos/Politica_Nacional_Saude_Pessoa_Idosa.pdf). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 24 p.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. Brasília: Presidência da República. **Diário Oficial da União** de 29/12/2006f, p.28.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. In: Presidência da República. Brasília; 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 2.213, de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995; Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei12213.htm>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013a. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498\\_19\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013b. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Brasília: Presidência da República. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados de longa duração para pessoas idosas é tema de seminário internacional promovido pelo Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/sas/20328-cuidados-de-longa-duracao-para-pessoas-idosas-e-tema-de-seminario-internacional-promovido-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa serão entregues para mais de dois mil municípios. 21 abr. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/cadernetas-de-saude-da-pessoa-idosa-serao-entregues-para-mais-de-dois-mil-municipios>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Decreto nº 10.604, de 20 de janeiro de 2021. Altera o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019, que consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. 2021b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/Decreto/D10604.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/Decreto/D10604.htm). Acesso em: 10 mai. 2021.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS IDOSOS. Quadragésimo quinto período ordinário de sessões. Tema 14 da agenda. Acordado pelo Conselho Permanente na sessão realizada em 9 de junho de 2015. Washington DC, 2015.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1494–1502, 2012.



OMS, Organización Panamericana de La Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 49º Consejo Directivo, 61ª Sesión Del Comité Regional. Washington DC, 2009. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>. Acceso en: 12 june. 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Genebra: OMS, 2015a.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.** Genebra: OMS, 2015b.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-797.

TORRES, K. R. B. de O.; CAMPOS, M. R.; LUIZ, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 2-22, 2020.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Rev de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília-DF, v. 10 n. 3 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860/pdf>. Acesso em: 21 mai. 2021.

WHO. World Health Organization. Age-friendly primary health care centres toolkit. Geneva; 2008. Available in: [http://www.who.int/ageing/publications/AF\\_PHC\\_Centretoolkit.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf). Access in: 12 june. 2021.

# CAPÍTULO 4

## EXPECTATIVA, LONGEVIDADE E AUTOESTIMA DO IDOSO

Lethycia da Silva Barros  
Luana da Silva Noblat  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### EXPECTATIVA DE VIDA NO BRASIL

No Brasil, os idosos constituem um grupo formado por mais de 28 milhões de pessoas, o que representa 13% da população, podendo duplicar de tamanho nas próximas décadas. É o que mostram as estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação ao aumento do total de idosos no país, ou seja, daquelas pessoas que têm 60 anos ou mais de idade. Dessa forma, o crescimento dessa parcela da população e sua maior longevidade trazem novas nuances para o retrato do Brasil (BENEDICTO, 2019).

O processo de envelhecimento é marcado por fatores que influenciam sua manifestação na vida dos indivíduos e nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando um novo perfil epidemiológico, devido às transformações nos âmbitos históricos e sociais. O processo engloba três mudanças básicas:

- Substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis (doenças infecciosas) por doenças não transmissíveis;
- Deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) aos grupos mais idosos; e
- Transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante (GALLEGUILLLOS, 2014). Ou seja, um ponto importante de se evidenciar é que não temos apenas o aumento na quantidade de idosos, mas sim uma expectativa de vida ainda maior.

Outro dado interessante sobre as mudanças demográficas, diz respeito ao índice de envelhecimento que de acordo com os dados da United Nations (2019), ainda não passou da marca de 100, contudo, nesse mesmo documento estimou-se que em 2020 esse índice teria chegado a 67,8, significando que a cada 100 jovens (indivíduos de até 14 anos) possuímos 67,8 idosos (UNITED NATIONS, 2019).



O aumento da expectativa de vida, que é o envelhecimento humano, acontece devido aos avanços da ciência e da tecnologia e apresenta desafios éticos que impõem a necessidade de repensar sua aplicabilidade durante a vida. Este novo olhar para o envelhecimento deve contar com profissionais qualificados para atender à pessoa idosa em todas as suas dimensões, bem como centrar-se no processo de sensibilização social acerca do envelhecimento (SILVA et al., 2020).

É nítido que a população idosa tem crescido cada dia mais, as pessoas idosas têm exigido, quer diretamente, quer simplesmente através de sua existência, a formulação de políticas públicas específicas, de adequações para sua realidade, bem como o movimento de maior compreensão das mudanças e especificidades dessa fase da vida. A maior longevidade, ou seja, o aumento do número médio de anos a serem vividos pela população deve ser considerada para fins de planejamento do sistema de seguridade social, que compreende a assistência social, a saúde e a previdência social (SOUZA et al., 2020). Por isso, é de grande relevância pensar e discutir o fenômeno da longevidade nos dias atuais, principalmente porque o século XXI é considerado o século dos idosos, tendo em vista que o índice de envelhecimento a nível mundial deverá chegar a 161,7 idosos por 100 jovens ao final desse período (UNITED NATIONS, 2019).

Apesar de ser um fenômeno mundial, o processo de envelhecimento populacional acarreta impactos sociais e econômicos diferentes entre as nações desenvolvidas e naquelas em desenvolvimento, como o Brasil. A transição etária está ocorrendo de forma rápida em termos de status nacional, sem que a população tenha alcançado as devidas conquistas sociais e melhoria real das condições de vida.

Quando se trata de longevidade com qualidade de vida é importante citar um modelo que vem sendo amplamente estudado, o “envelhecimento bem-sucedido” (EBS). Ele ganhou força quando Rowe e Kahn, em 1987, expuseram a distinção entre envelhecimento “normal” e “o bem-sucedido”. O envelhecimento bem-sucedido abrange de forma multidimensional, questões biomédicas, aspectos psicológicos e sociais, e questões mais subjetivas que estão ligadas diretamente à qualidade de vida. O EBS é estruturado em três pilares principais: ausência de doenças e incapacidades; manutenção da capacidade física e cognitiva; e engajamento ativo com a vida. Dessa forma, tem como referência a longevidade associada à saúde para que haja a capacidade de que o sujeito possa transitar entre os domínios cognitivo, social e emocional. O aspecto mais importante desse modelo é a ideia do que os idosos têm de



envelhecer bem, que foge totalmente do “envelhecimento normal”, onde ocorre um declínio de saúde e funcionalidade nos mais diferentes âmbitos da vida (CANÊDO; LOURENÇO, 2018).

É importante destacar que o EBS leva em conta fatores estáticos (gênero, questões hereditárias, dentre outras) e não estáticos (estilo de vida, hábitos e vícios) para uma velhice ativa e saudável e que a longevidade que observamos é resultado do seu próprio desenvolvimento, a história e a importância dos relacionamentos ao longo da vida. Então, como você leva a vida, principalmente na fase adulta, seja por hábitos alimentares, relacionamentos amorosos, hábitos danosos/saudáveis irão formar o alicerce principal de um envelhecimento bem-sucedido (OLIVEIRA, 2019).

No que diz respeito ao idoso, a consciência do seu corpo ou das suas modificações corporais pode contribuir para o aumento ou não da autoestima ao longo da vida. Para o idoso autônomo, atividades como conseguir tomar banho, vestir-se, levantar-se da cama ou comer sozinho contribuem para o bem-estar dos indivíduos e conseqüentemente, para aumentar a sua autoestima. O mesmo, infelizmente, não acontece com a maioria dos idosos mais dependentes (RODRIGUES, 2015).

Os indivíduos com uma atitude positiva tendem a valorizar-se e, por conseguinte, a serem respeitados pelos outros, contrariamente aos indivíduos que se desvalorizam, ou que revelam ter uma atitude mais negativa, que tende a estar associada à auto desvalorização, à auto satisfação e à falta de respeito do indivíduo por si mesmo (RODRIGUES, 2015). É o que nos revelou um estudo realizado por Fragoso (2020), utilizando a Escala Autoestima de Rosenberg/Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) adaptado por Santos e Maia, (1999). No que concerne à autoestima do idoso, esta tende a aumentar com a elevação do número de pessoas com que o idoso pode contar, assim como, com o aumento do número de atividades que o mesmo pratique. Por outro lado, a autoestima no idoso tende a diminuir com o aumento da percepção de um pior estado de saúde.

Face ao crescimento acelerado da população idosa, é imperativo que se ultrapasse a atual visão que se tem sobre a velhice e sobre o idoso, ou seja, não se pode olhar para a velhice como sinônimo de doença, de declínio, mas sim como a necessidade premente de se criar mecanismos e, também, estruturas, que valorizem e vejam de forma positiva o idoso e o processo de envelhecimento. Envelhecer por si, não é sinal de doença ou desamparo, fragilidade ou abandono. As vulnerabilidades enfrentadas pelos idosos requerem apoio e intervenção para não se tornarem debilitantes ou incapacitantes. Devido a este entendimento, a construção de



políticas públicas para enfrentamento desta realidade fez necessário para seu amparo legal e fortalecimento do envelhecimento com qualidade de vida, atendendo a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de “Envelhecimento Saudável” (SILVA et al., 2020). O tema do envelhecimento tem sido bastante destacado em discussões a nível mundial e no Brasil. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), torna-se imprescindível que medidas que suscitam o envelhecimento ativo sejam aprimoradas, voltando-se cada vez mais à valorização da autonomia como função essencial (BRASIL, 2006).

## **FATORES CONTRIBUINTES PARA A LONGEVIDADE**

A longevidade de um idoso pode ser atribuída ao estilo de “vida positivo”, que é constituído de uma boa base nutricional, comportamento preventivo, controle de estresse e que as relações sociais e interpessoais sejam satisfatórias (SOUZA et al., 2016). A alimentação é um dos fatores mais importantes na melhoria da qualidade de vida. Para Silva (2013), idosos tem na alimentação costumes muito ligados a memórias e sentimentos afetivos que vão se construindo ao longo da vida, variando com a cultura, clima dentre outros fatores. Por outro lado, existe uma perda de interesses por certos alimentos devido a mudança de morfologia durante a velhice, além da perda de apetite e doenças crônicas que “forçam” a adaptação da dieta. Uma dieta composta de frutas, verduras, alimentos ricos em fibras e baixa quantidade de gordura saturada mostra ser eficaz para a nutrição dos idosos, com adaptação daqueles que possuam alguma doença crônica (SOUZA et al., 2016). Também, uma postura cada vez mais adotada pela população idosa, é a adoção dos hábitos saudáveis acompanhados de atividade física para a sua rotina.

Comportamento preventivo refere-se a ações coletivas e individuais no cuidado com a própria saúde, nos níveis primários de saúde, envolvendo a prevenção e os níveis secundário e terciário que promovem o tratamento e a reabilitação de enfermidades comuns durante o processo de envelhecimento (BRASIL, 2006). Este fator vai implicar em ações que identifiquem e impeçam o agravamento da enfermidade, que por sua vez vão proporcionar o conhecimento sobre sua própria saúde permitindo a adoção de padrões de comportamentos saudáveis, o que, é de fundamental importância para a longevidade e para a melhoria da qualidade de vida (SANTOS et al., 2019).

Ainda de acordo com Souza et al., (2016) as relações interpessoais e amizades satisfatórias correspondem ao aumento de até 22% na longevidade da pessoa idosa, além da diminuição do risco de problemas cardiovasculares para quem possui melhores amigos.



Melhores amigos também ajudam na preservação da memória, independente de etnia, gênero e idade.

## **AUTOESTIMA COMO UMAS DAS CONTRIBUIÇÕES PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

Envelhecer é um processo tão natural e esperado quanto nascer, crescer e mudar; mudar no sentido de sofrer transformações acompanhadas de alterações, que vão desde a aparência física ao comportamento e aos papéis sociais, passando pelas experiências e relações estabelecidas ao longo dos anos (MEIRA et al., 2017). É importante considerar que não existe um só envelhecer, mas processos de envelhecimento de gênero, etnia, de classe social, de cultura determinados socialmente (DAWALIBI et al., 2013).

A velhice é temida e vista por muitas pessoas e pela própria sociedade como uma etapa ruim da vida, em que muitos idosos rejeitam este processo, com uma imagem distorcida de si mesmo, bem como sua desvalorização interna. Como consequência, isso acaba acarretando uma piora na autoestima do idoso, podendo causar fobias, dificuldades interpessoais, diversos transtornos psicológicos, entre outros problemas. Por outro lado, uma elevada autoestima pode contribuir à saúde e autorrealização da pessoa com idade avançada (MOURA; SOUZA, 2012).

Gatti et al., (2014), acreditaram que envelhecer é um processo natural da vida do ser humano e se caracteriza por grandes mudanças em todas os âmbitos, no qual cada indivíduo irá reagir de uma forma diferente, sendo importante incentivar os idosos acerca de suas potencialidades e independência. Também se faz necessário que o processo do envelhecimento seja fortalecido e conscientizado à toda população por diversas estratégias que propiciem condições para um envelhecimento ativo e que o idoso seja visto de forma biopsicossocial (PARIOL et al., 2019).

Ter uma autoestima elevada é importante por proporcionar segurança e confiança para o idoso, e vale ressaltar que o estilo de vida adotado durante o desenvolvimento humano está totalmente ligado à sua saúde na velhice (COPATTI et al., 2017). O cuidado, promoção à saúde e a prevenção de doenças são fundamentais para um envelhecimento de qualidade, pois alcançar a terceira idade com aspectos psicológicos elevados, controle pessoal, autoestima elevada e otimismo permitem viver com confiança o último ciclo de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O idoso deve ser alvo de ações educativas, visto que o envelhecimento ainda representa um desafio para os indivíduos que alcançam a terceira idade, tornando importante o fortalecimento da autoestima e a valorização da imagem corporal, que são aspectos importantes



para a consciência de si mesmo. Num contexto de envelhecimento populacional, os programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais necessários (SILVA; OLIVEIRA, 2019).

Para uma vida satisfatória é indispensável a presença de uma autoestima positiva, que permita ao indivíduo sentir-se confiante, adequado à vida e merecedor, uma vez que, a valorização pessoal deve ser composta pelos sentimentos de competência, acrescida de autorrespeito e autoconfiança. Portanto é importante que se desenvolva de uma forma harmônica a autoestima da pessoa idosa para que esta não tenha como consequência o desenvolvimento de estados psicopatológicos (SENA; MAIA, 2017).

É necessário incentivar através dos programas e políticas de envelhecimento ativo o cuidado consigo mesmo, as famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Uma autoestima positiva na velhice conduz a que o indivíduo se sinta seguro, independente, respeitado, reconhecido, adequado à vida e merecedor da felicidade (SANTANA et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é uma fase da vida inevitável e que acontece naturalmente a todos os seres humanos. Consequentemente, cabe à sociedade em geral a promoção de um envelhecimento saudável que, apesar da complexidade que o caracteriza, exige uma ação multidisciplinar concertada entre as áreas da saúde, da educação e da segurança social, sem esquecer os aspectos econômicos, da justiça, do planejamento e do desenvolvimento urbanístico, da cultura e dos valores que cada sociedade defende.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 14 jun. 2021.

BENEDICTO, M. Longevidade, viver bem e cada vez mais. **Retratos: a Revista do IBGE**. Rio de Janeiro: Veloprint Gráfica e Editora Ltda, 2019. 28p.

CANÊDO, A. C.; LOURENÇO, R. A. Determinantes do envelhecimento bem-sucedido. **Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 51-55, 27 mar. 2018. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2017.33269>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/33269/26661>. Acesso em: 12 abr. 2021.

COPATTI, S. D.; KUCZMAINSKI, A. G.; SÁ, C. A.; FERRETTI, F. Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 22, n. 3, p. 47-62, 2017.

DAWALIBI, N. W.; ANACLETO, G. M. C.; VITTER, C.; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, p. 393-403, 2013.

FRAGOSO, M. A. J. Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso: Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer). 2020. Dissertação (Mestre em Comunicação Organizacional) - Escola Superior de Educação de Coimbra, Coimbra, 2020. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34533/1/MONICA\\_FRAGOSO.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34533/1/MONICA_FRAGOSO.pdf). Acesso em: 13 mai. 2021.

GALLEGUILLOS, T. G. B. **Epidemiologia: indicadores de saúde e análise de dados**. p. 22. 2014.

GATTI, A. L.; SANTOS, F. S.; DURIDAN A. Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p.174-187, 2014.

MEIRA, S. S.; VILELA, A. B. A.; CASOTTI, C. A.; SILVA, D. M. Autoestima e fatores associados às condições sociais em idosos. **Rev de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 738-744, 2017.

MOURA, G. A.; SOUZA, L. K. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 172-183, 2012.

OLIVEIRA, J. I. S. Envelhecimento bem-sucedido e envolvimento social: um estudo em universidades sénior. 2019. 103 f. Dissertação (Gerontologia Social) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 2019. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2425/1/Joana\\_Oliveira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2425/1/Joana_Oliveira.pdf). Acesso em: 12 mai. 2021.

PARIOL, C.; BOVOLINI, T.; SARDINHA, L.; LEMOS, V. A influência da autoestima no processo do envelhecimento. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2019.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SANTOS, P.; MAIA, J. Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 2, p. 253-268, 2003.

SANTOS, M. S.; ANDRADE, E. L.; LIMA, W. R. COMPORTAMENTO PREVENTIVO DE SAÚDE DE IDOSOS MUITO VELHOS DE UMA COMUNIDADE **Anais do 2º Congresso Internacional de Enfermagem**, v. 1, n. 1 10 de maio 2019. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/11819>. Acesso em: 10 de maio de 2021

SANTANA, L. S.; BRITO, L. P.; GUIMARÃES, M. S.; OLIVEIRA, P.A A. Autoestima nos idosos: relato de experiência na UATI. **Anais V CIEH**. Campina Grande: Realize Editora, 2017.

SENA, R. M. C.; MAIA, E. M. C. A utilização do constructo da autoestima nas pesquisas em saúde no Brasil: Contribuições conceituais à prática clínica. **Humanidades Médicas**, v.17, n.2, p.383-395, 2017.

SILVA, A. L. M. R.; A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade. 2013. Dissertação (Mestre em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/33270/1/TRABALHO%20FINAL.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SILVA, C. D.; OLIVEIRA, L. D. S. A promoção da autoestima na saúde do idoso: o enfermeiro como facilitador. **Anais VI CIEH**. Campina Grande: Realize Editora, 2019.

SILVA, M. S. A.; DA SILVA, G. H. M.; SANGLARD, C. Bioética e envelhecimento: respeito ao idoso. **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, Manhuaçu, MG, v. 1, n. 1, p. 1-3, 1 dez. 2020. Disponível em: <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatrics/article/view/2579>. Acesso em: 11 maio 2021.

RODRIGUES, P. F. C. Ansiedade, autoestima e qualidade de vida: estudo comparativo em idosos praticantes e não praticantes de atividade física. 2015. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48583885.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2021.

SOUZA, M. A. H.; PORTO, E. F.; DE SOUZA, E. L.; DA SILVA, K. I. PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE LONGEVOS. **Rev Brasileira de Geriatria**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/TH9LQWDVQPKMTjdCZKKrsNq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 de mai. 2021.

SOUZA, L. B. C. de; LEAL, M. C. C.; BEZERRA, A. F. B.; SILVA, I. C. de L.; SOUZA, L. C. G. de; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. do. Fatores de postergação da aposentadoria de idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 25, ed. 10, 28 set. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n10/3889-3900/>. Acesso em: 10 maio 2021.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects 2019: Highlights**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. ST/ESA/SER.A/423. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.



# CAPÍTULO 5

## ATIVIDADES DE SAÚDE COMO PREVENÇÃO DAS DOENÇAS EVITÁVEIS NA TERCEIRA IDADE

Caroline Santos Pereira  
Erisson Leite Lemos  
Thaize Medeiros de Azevedo  
Yana Soares Elias  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fenômeno que teve início nos países de alta renda, realidade semelhante vem acontecendo também nos países de média e baixa renda, dentre eles o Brasil (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021). Com isso torna-se fundamental o aprimoramento de políticas públicas a fim de propiciar a promoção de saúde e a prevenção de doenças na terceira idade. Essa promoção de saúde tem como finalidade assegurar qualidade de vida mesmo com o decorrer do idade, iniciativa que, para ser colocada em prática depende de uma atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde que, nesse sentido, irão contribuir para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável (LELES; CARLOS; PAULIN, 2018). A atividade de saúde refere-se a uma série de ações que irão contribuir para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas, melhorando assim a qualidade de vida e a saúde da população. Logo, os profissionais de saúde da atenção básica têm a função de promover programas e atividades de educação em saúde, devendo estas ações estarem também integradas ao cuidado do idoso. As ações estão voltadas para alimentação saudável e a prática de atividades físicas, que são realizadas por meio de seminários, oficinas grupais e palestras (SEABRA et al., 2019).

Com a adoção da prática da Educação Popular em Saúde (EPS), aprimorado pelo educador Paulo Freire a partir do ano de 1960, iniciou-se uma nova fase na Educação em Saúde. A EPS estruturou-se a partir das práticas pedagógicas junto, e não para, à população, com a finalidade de aumentar a autonomia desta, contudo de forma participativa. A promoção de saúde, definida pela Carta de Ottawa, amplamente utilizada na área da saúde, traz a ideia de empoderamento ao sugerir que é um processo que proporciona às pessoas e à comunidade a possibilidade de se ter o controle sobre sua saúde (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).



Com essa linha de aprimoramento e também em busca de melhor estado de saúde, considerando a imprescindibilidade de atenção à população idosa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2005 a perspectiva de envelhecimento ativo, sendo definido como aprimoramento das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o propósito de se obter uma melhor qualidade de vida à medida que as pessoas vão ficando mais velhas. O envelhecimento ativo possui como principal objetivo a ampliação da expectativa de vida ativa, possuindo qualidade de vida independente da idade do indivíduo. Para isso se concretizar é levado em consideração sua capacidade funcional, o grau de independência na realização de atividades e autonomia (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).

### **DOENÇAS EVITÁVEIS NA TERCEIRA IDADE**

O processo natural de envelhecimento sadio, experimentado sem a presença de doenças é conhecido como senescência, tida como uma meta a ser alcançada, em detrimento da senilidade, onde o indivíduo vivencia o envelhecimento patológico. Sabendo que a sobrecarga decorrente de doenças ao longo do processo de envelhecimento interferem na autonomia e na independência do indivíduo, é necessário reforçar as atividades de saúde ofertadas em todas as idades, como fator preventivo de doenças, uma vez que uma das maiores causas para desistência da prática de atividades físicas por idosos é a limitação física decorrente de doenças apresentadas (SANTOS; DORSI; RECH, 2020).

Em virtude do aumento crescente de pessoas idosas se faz necessário produzir um ambiente social e cultural mais promissor para população idosa e dessa forma é necessário que ocorram mudanças. O Brasil, hoje, pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, de acordo com os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra uma estimativa no aumento na proporção de idosos, no ano de 2030 seria de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2015). Para que o Brasil possa atender às exigências impostas pela transição demográfica, e conseqüentemente, a transição epidemiológica, a atenção à saúde tem sido estruturada com base em ações de promoção à saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como a prática de atividade física, especialmente para a população de idosos. Mesmo com início tardio, a prática de atividade física em populações idosas têm benefícios à saúde, sendo produtivo para portadores de doenças crônicas, prevenindo principalmente as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, acidente vascular



encefálico, osteoporose, osteoartrite, câncer de próstata, mama e cólon intestinal (PONTES et al., 2019).

### **ATIVIDADES REALIZADAS COMO PREVENÇÃO DAS DOENÇAS EVITÁVEIS**

Diversos fatores podem reduzir o processo de envelhecimento ou contribuir para que esse processo seja de forma ativa e saudável, como a diminuição do tabagismo, as dietas balanceadas, os processos de hidratação e principalmente a prática regular de exercícios. Alguns autores apresentaram as capacidades aeróbicas seguidas de boa condição física como fatores determinantes na atenuação dos riscos para aterosclerose e redução da obesidade abdominal. Em contrapartida, o tabagismo, a dieta não balanceada e o sedentarismo são associados ao aumento de duas a quatro vezes do risco de acidente vascular encefálico, isquêmico ou hemorrágico, alterando diretamente o processo de envelhecimento. As atividades físicas reduzem o risco de doenças crônicas complexas, como doenças cardiovasculares, contribui também para o controle da pressão arterial e da glicemia e resulta em melhoras relacionadas com saúde e a qualidade de vida. A prática regular, principalmente de exercícios aeróbicos, está relacionada diretamente com a prevenção de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) (ESTRELA; BAUER, 2017).

Diante disso, essa abordagem relacionada à adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas por parte dos jovens, adultos e idosos torna-se imprescindível, tendo em vista que as evidências científicas demonstraram que fatores ligados à alimentação e ao sedentarismo estão diretamente envolvidos principalmente com o desenvolvimento de obesidade, DM2, doenças cardiovasculares, câncer e osteoporose. O consumo elevado de alimentos gordurosos (principalmente gorduras saturadas) e colesterol dietético aumenta consideravelmente o risco de doenças coronarianas, isquemia e outras doenças do coração, além de contribuir para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, como os de intestino, endométrio e até o de próstata (BRASIL, 2016).

O desenvolvimento de habilidades pessoais saudáveis em alimentação implica pensar na educação alimentar e nutricional como um importante processo de diálogo entre os profissionais de saúde e a população, sendo essa ação fundamental para que exista o exercício da autonomia e do autocuidado. Para isso, deve-se trabalhar com práticas de acordo com a realidade local, problematizadoras e construtivas, levando em consideração as desigualdades e os vários contrastes sociais que interferem diretamente no direito universal à alimentação. A



partir desse pressuposto, algumas recomendações gerais podem ser adotadas no que diz respeito à promoção da alimentação saudável:

- Sal: o consumo deve ser restrito a cinco gramas (uma colher de chá) por dia. Além disso, deve-se evitar a ingestão de alimentos industrializados e fast foods;
- Gorduras: diminuir o consumo de carnes e outros alimentos gordurosos, como embutidos, leites e derivados integrais, além de evitar ingerir a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. É essencial sempre dar preferência a óleos vegetais como soja, canola, girassol e oliva (uma colher de sopa ao dia);
- Açúcar: a ingestão também deve ser limitada para açúcares simples, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral;
- Peixe: o consumo de pescados deve ser incentivado, devido a presença de gorduras consideradas boas, proteínas e vitaminas na sua composição, conferindo-lhe propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias;
- Fibras: a ingestão de alimentos com alta concentração de fibras auxilia na prevenção de várias doenças, como câncer de cólon e hiperlipidemias. As principais fontes de fibras são os alimentos vegetais como frutas, legumes, verduras e leguminosas;
- Álcool: o consumo excessivo deve ser sempre evitado (SBC, 2016).

Portanto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição deve fundamentar-se nas dimensões quanto ao incentivo, apoio, proteção e promoção de saúde através de iniciativas focadas em:

- Políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais os indivíduos das comunidades, incluindo os idosos, possam o comportamento saudável;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimentos de habilidades pessoais por meio de atividades participativas;
- Reorientação dos serviços quanto à perspectiva da promoção de atividades de saúde (BRASIL, 2013).

Em relação à prática de atividades físicas, é considerado um importante fator para a determinação do gasto e equilíbrio energético pelo organismo, além de ser fundamental para o controle de peso corporal. A combinação de uma alimentação saudável e a prática de exercícios está intimamente associada a uma maior redução de peso do que apenas a alimentação de forma isolada, além aumentar significativamente a perda de gordura, preservar a massa magra



(músculos) e diminuir o depósito de gordura visceral, fator importante para atenuação dos riscos para aterosclerose (SBC, 2016).

Nesse sentido, a conduta ativa de pessoas jovens, adultas e idosos pode trazer bons resultados fisiológicos, como por exemplo: melhor força e resistência muscular, melhor capacidade aeróbica e o sistema imunológico, promove uma maior flexibilidade articular, melhor equilíbrio e a coordenação motora, além de promover bem-estar psicológico, perda de peso e estabilizar os perfis glicêmicos e lipídicos. Pode também ser um fator na prevenção da osteoporose e redução de riscos hipertensivos (FREIRE et al., 2014).

Dessa forma, é importante que a prática de exercícios físicos seja incentivada para todas as pessoas, independentemente da faixa etária, gênero, considerando também as condições socioeconômicas, aspectos biológicos, familiares, culturais e sociais, visto que, o treinamento físico tem manifestado grandes benefícios, principalmente na população idosa, exercendo grande efeito sobre algumas propriedades fisiológicas e funcionais as quais esse grupo está mais suscetível devido aos fatores acometidos por eles (PONTES et al., 2019). De acordo com o estudo realizado por Estrela e Bauer (2017) “o baixo condicionamento físico é independentemente um preditor de mortalidade em muitas populações ao desenvolverem doenças crônicas”, relacionando transversalmente o sedentarismo como um precursor para o desenvolvimento de doenças evitáveis.

Contudo, é importante ressaltar que tais comportamentos, atitudes e hábitos adquiridos na infância e na juventude influenciam a qualidade de saúde na velhice. Sendo assim, é de fundamental importância estimular a participação social e a realização de práticas saudáveis para que possam ser prolongadas na longevidade, refletindo, assim, na qualidade de vida dos idosos (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em consideração que o envelhecimento ativo apresenta como principal objetivo o aumento da longevidade, no qual o indivíduo irá apresentar qualidade de vida independente da sua idade, é de extrema importância que as práticas de atividade em saúde sejam implantadas, de forma estratégica e eficiente, ainda na atenção básica e para todas as pessoas, a fim de promover programas e atividades de educação em saúde, onde estas ações devem estar intimamente integradas principalmente ao cuidado com a população de terceira idade. Tais ações devem apresentar direcionamento quanto a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. Assim, as práticas de atividade em saúde podem ser utilizadas como fator

preventivo de doenças, proporcionando bons resultados fisiológicos, ampliando também a capacidade funcional e grau de autonomia dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: MS, 2013. 86p.

ESTRELA, A. L.; BAUER, M. E. Envelhecimento saudável e atividade física: uma revisão sistemática sobre os efeitos do exercício nas doenças cardiovasculares. **Sci Med**, v. 27, n.1, p. 1-11, 2017.

FREIRE, R. S.; LÉLIS, F. L. de O.; FONSECA FILHO, J. A. da; NEPOMUCENO, M. O.; SILVEIRA, M. F. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras de Med do Esporte**, v. 20, n. 5, p. 345–349, 2014.

LELES, T. S.; CARLOS, M. M.; PAULIN, G. S. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. **Rev Interinst Bras Ter Ocup**, v. 2, n. 2, p. 305–318, 30 abr. 2018.

PONTE, M. K. C.; MACENA, R. H. M.; OLIVEIRA, R. C. S. de; BASTOS, V. P. D.; VASCONCELOS, T. B. de. Saúde do idoso: abordagem preventiva em um grupo de caminhada. **Rev Expressão Católica Saúde**, v. 4, n. 1, 2019.

SANTOS, C. E. S. dos; D'ORSI, E.; RECH, C. R. Percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas. **Rev Motricidade**, v. 16, n. 4, p. 353-360, 2020.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SEABRA, C. A. M.; QUIRINO, G. da S.; MACHADO, M. de F. A. S.; OLIVEIRA, M. F. de; XAVIER, S. P. L.; SAMPAIO, Y. P. C. C. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 22, n. 4, p. 1-12, 2019.

SOUZA, E. M. de; SILVA, D. P. P.; BARROS, A. S. de. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Rev Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 4, p. 1355-1368, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n4/1355-1368/>. Acesso em: 10 mai. 2021.



# CAPÍTULO 6

## CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL E DA GLICEMIA CASUAL EM IDOSOS, ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Thaysa Roberta Justino Cordeiro Herculano  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme as pessoas vão envelhecendo, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. Dessa forma, um dos principais obstáculos enfrentados para a execução de ações que envolvem a promoção em saúde e o uso racional de medicamentos, é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil (OMS, 2015).

Para Tavares et al., (2006), a maior parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pode ser controlada pelo uso de medicamentos, desde que o paciente tenha acesso aos medicamentos que necessita e os utilize de forma adequada, sendo esses requisitos fundamentais para o sucesso terapêutico.

Determinadas condições de saúde ou tratamentos podem apresentar características específicas e conseqüentemente acabam dificultando a adesão do paciente ao tratamento. Nesse contexto, estudos que estimem a adesão ao tratamento da população brasileira portadora de doença crônica, são de extrema importância para subsidiar políticas públicas e práticas em saúde voltadas a melhorar o acesso e o uso racional de medicamentos. De maneira geral, vários fatores contribuem para essa baixa adesão, como: diferenças regionais, características sócio demográficas e relacionadas à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico. Buscando solucionar esse problema, se faz necessário implantar estratégias de orientação ao paciente, ressaltando-se a importância da adesão do tratamento prescrito. Devendo também, haver ações coordenadas entre os profissionais de saúde e os gestores para a elaboração de políticas que priorizem a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito (TAVARES et al., 2006).

O desenvolvimento de resistência ao regime terapêutico é um problema grave de saúde pública, relacionado à deficiente adesão a farmacoterapia, ocasionando a mortalidade prematura e altos custos no mundo todo. Esse problema, por sua vez, poderia ser evitado, se



houvesse maior investimento estimulando a aderência ao tratamento o que resultaria em menos consequências econômicas posteriormente.

A adesão engloba vários comportamentos relacionados à saúde que vão além dos medicamentos prescritos. Sendo um dos maiores desafios para a promoção do uso racional de medicamentos, portanto, há a necessidade de avaliação constante deste comportamento, principalmente na população idosa, que é a principal portadora de doenças crônicas, requerendo uma atenção e um cuidado especializado (TRAUTHMAN et al., 2014.)

No contexto atual, é interessante destacar que o número de idosos que apresentam algum tipo de doença crônica, vem crescendo com índices preocupantes, entre essas doenças sendo as principais: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *mellitus* (DM), que apresentam alta prevalência e grande impacto socioeconômico (CAMPOS et al., 2020).

Diante da problemática do aumento de doenças crônicas em idosos, como também a baixa adesão ao tratamento, em especial naqueles indivíduos portadores de HAS e DM, surge a importância do acompanhamento, e dos serviços realizado pelo farmacêutico, ao qual, envolvem diversas atividades técnico-gerenciais, sobretudo aquelas voltadas ao cuidado em saúde, devendo comprometer-se com o apoio direto ao usuário e com a obtenção de resultados em saúde. Esse conjunto de atividades, executadas de maneira articulada com ações multiprofissionais e intersetoriais, são fundamentais à garantia do acesso a medicamentos de qualidade e à promoção de seu uso apropriado (ARAÚJO et al., 2017).

Na atenção básica de saúde, o cuidado farmacêutico aos usuários de medicamentos se desenvolve através da criação de serviços de clínica farmacêutica que mantém a relação com o usuário e exige do farmacêutico habilidades e autonomia para trabalhar de forma integrada com os demais profissionais que constituem a equipe de saúde. Constituindo-se então como ação integrada, o cuidado farmacêutico, centra-se no usuário, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Por meio da educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, utilizando-se dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Nesse contexto de atuação do cuidado farmacêutico, evidencia-se que pacientes idosos, em sua maioria são hipertensos e diabéticos, e para controle de tais comorbidades necessitam de adesão a farmacoterapia para que se tenha avanços positivos, ressaltando-se a importância



da avaliação das medidas de pressão arterial e glicemia casual, com o objetivo de promover o rastreamento de tais comorbidades, como também realizar o acompanhamento desses pacientes, a fim de orientá-los a respeito do tratamento farmacológico e não-farmacológico.

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Sendo também, o principal fator de risco para as complicações, especialmente o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Cerca de 17 milhões da população brasileira é portadora de HAS, correspondente a 35% da população de 40 anos ou mais. E esse número tende a crescer ao longo dos anos, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam futuras portadoras desse tipo de agravo. Gera uma alta morbimortalidade decorrente de suas complicações, o que a torna um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a).

## **TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbimortalidade cardiovascular, que surgem em decorrência dos altos níveis pressóricos, entre outros fatores agravantes. (BRASIL, 2006a).

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado para cada paciente, o primeiro passo é a confirmação do diagnóstico de HAS. Em seguida, é necessária a classificação da estratificação de risco, a qual leva em conta fatores, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS: o tratamento não - farmacológico, baseado em modificações do estilo de vida, como perda de peso, prática de atividades físicas, alimentação balanceada com restrição do consumo de sódio. E o tratamento farmacológico, que pode envolver apenas um medicamento anti-hipertensivo (monoterapia) ou a associação de mais de uma classe de anti-hipertensivo (BRASIL, 2006a; BRASIL 2006b).

## **DIABETES *MELLITUS* (DM)**

Diabetes *mellitus* (DM) constitui um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. O aumento da prevalência do diabetes, em especial o do tipo 2 (corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM, caracterizado pela resistência à insulina), está associado a diversos fatores, como: rápida



urbanização, transição epidemiológica e nutricional, estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional, como também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (SBD, 2017).

Cerca de 50% da população portadora de DM, não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, ressalta-se a importância da realização de testes de rastreamento em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença. Na pessoa idosa, a forma mais frequente de apresentação do DM, por vezes, é um achado casual, devido a uma doença intercorrente (infecções), uma manifestação de complicação típica do diabetes a longo prazo (doença cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio, arteriopatia periférica), um exame de saúde ou até a medida de glicemia casual não diretamente relacionado com a suspeita de diabetes. Outras formas clássicas de apresentação da doença são: aumento da sede (polidipsia), aumento da micção (poliúria), aumento do apetite, fadiga, visão turva, infecções que demoram a curar-se e impotência, no caso de homens (BRASIL, 2006a).

### **TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS**

O objetivo principal do tratamento da DM é estabilizar os níveis de glicose sérica e evitar as complicações da doença, principalmente relacionado a sua morbimortalidade. É importante controlar os outros fatores de risco, especialmente a HAS, para a prevenção das complicações vasculares, que pode se desenvolver em curtos períodos de tempo, especialmente, em presença de outros fatores de risco vascular (HAS e hipercolesterolemia), sendo tão importante quanto o controle da glicemia (BRASIL, 2006a).

Inicialmente, dependendo dos valores de glicemia encontrados, recomenda-se adoção de uma dieta com restrição de açúcar e carboidratos e prática de atividades físicas, caso não haja redução do valor glicêmico, será necessário o uso de medicação (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, para a escolha do medicamento antidiabético, deve se levar em consideração vários fatores, como: estado do paciente, peso e idade, presença de outras comorbidades, valores de glicemia de jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada, eficácia do medicamento, risco de hipoglicemia e custo do medicamento (SBD, 2017).

Nas pessoas idosas, o uso de insulina deve ser iniciado cautelosamente, pois o objetivo é aliviar os sintomas decorrentes da hiperglicemia, prevenindo as complicações agudas da



descompensação do diabetes e também evitando a hipoglicemia. Sobre a prática de exercícios físicos, deve-se levar em conta o risco de hipoglicemia, principalmente em usuários de insulina (BRASIL, 2006a).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o grande acometimento da população por DCNT, especialmente os idosos, destaca-se a importância dos serviços da atenção básica de saúde voltados a esse público, no intuito de promover uma melhoria da qualidade de vida, associado a um esquema terapêutico acessível à população idosa, sendo o cumprimento do tratamento prescrito, essencial para o controle tanto da HAS, quanto da DM.

Neste cenário de acompanhamento de pacientes idosos hipertensos e diabéticos, a intervenção do profissional farmacêutico é peça fundamental para se obter sucesso no tratamento. No qual o mesmo poderá desenvolver atividades de orientação e promoção ao uso correto dos medicamentos, sempre ressaltando a importância de seguir o tratamento medicamentoso, como também estimular a prática de atividades físicas, alimentação saudável, entre outras atividades que promovam bem estar e lazer aos pacientes idosos.

É de suma importância que os centros de saúde organizem grupos de apoio e autoajuda para pacientes com HAS e DM, facilitando a aprendizagem e a adesão ao tratamento por parte dos pacientes. Também é recomendável que toda pessoa com esses tipos de DCNT sempre esteja portando uma identificação, como a Caderneta do Idoso, que tem um espaço específico para anotação dos dados da glicemia e Pressão Arterial, com o objetivo de facilitar o acompanhamento e o controle dessas comorbidades nas unidades básicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica. n. 19, p. 192, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica. n. 15, p. 53, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica a Saúde**. Caderno n. 1, p. 108, 2014.



CAMPOS, L. S. et al. A prática da atenção farmacêutica no acompanhamento farmacoterapêutico de idosos diabéticos e hipertensos: relato de caso. **Brazilian Journal of health Review**. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2287-2296 mar/abr. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS, 2015. 92p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=81F1FE72C9B2885349A6A8162143D861?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=81F1FE72C9B2885349A6A8162143D861?sequence=6). Acesso em: 02 jul. 2021.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. CLANNAD: São Paulo, 2017. p.383.

TRAUTHMAN, S. C. et al. Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil. **Rev Infarma Ciências Farmacêuticas**. 2014. p.11-26.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Rev de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, S. 1, 2016.



# CAPÍTULO 7

## ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Maria Fatima Gonçalves de Araújo  
Cadm Vinícius Lopes Rêgo  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### ANTES ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, HOJE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) começou em 1920, no Reino Unido, por Dawson que preconizou em diversos níveis no seu relatório sobre a organização do sistema de atenção à saúde, como: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (DEMARZO, 2011). No Brasil, a APS abrange os princípios da Reforma Sanitária, levando-o a adotar a designação da Atenção Básica à Saúde (ABS) que visa a reorientação do modelo assistencial na população, garantindo um sistema integrado voltado para comunidade nas ações preventivas, curativas e na promoção da saúde (PEREIRA; LIMA, 2008). Corresponde a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como responsabilidade solucionar os problemas enfrentados pela população, organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários, de informações e de produtos entre os componentes das redes e zelar à saúde dos usuários em quaisquer aspectos (SHIMAZAKI, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a ABS caracteriza-se como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, voltado para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2014).

### O IDOSO NO CENÁRIO BRASILEIRO

O público idoso é o setor populacional que mais cresce nos últimos anos. Analisando o cenário brasileiro, são consideradas pessoas idosas aquelas que apresentam idade igual ou superior aos 60 anos (BRASIL, 2010). De acordo com United Nations (2017), cerca de 962 milhões da população mundial apresentava 60 anos ou mais, o que correspondia a 13% da



população total. Ainda destacou que, a cada ano, a taxa de crescimento da população idosa está aumentando aproximadamente a 3%, em 2030, essa população será constituída por 1,4 bilhões de pessoas e em 2050 será de 2,1 bilhões. No Brasil, em 2017, 13% correspondeu a esta população e deverá chegar a 29,3% em 2050, o que evidencia o dinamismo do envelhecimento no país (UNITED NATIONS, 2015; UNITED NATIONS, 2017). O aumento progressivo da população idosa se deve ao crescimento da expectativa de vida por melhoria das condições de saúde, bem como à redução da taxa de fecundidade observada nos últimos anos (IBGE, 2017).

Entende-se por envelhecimento um progresso ao longo da vida que começa na concepção e termina com a morte, estando todos os indivíduos, envelhecendo desde o nascimento (CHALISE, 2019). O envelhecimento é complexo e multifatorial, apresentando variação em cada pessoa, de acordo com fatores ambientais e genéticos, sendo considerado como parte de um processo natural de diminuição progressiva da capacidade funcional (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; BRASIL, 2010).

Além da perda destas capacidades é comum que muitos idosos também sejam acometidos por doenças e agravos não transmissíveis (DANTs), como por exemplo as doenças crônicas que se manifestam com o avançar da idade. Essas condições geram na maioria dos casos um processo de incapacidade do idoso, prejudicando ou impossibilitando o desempenho das atividades do dia a dia de forma autônoma. Apesar de não ser fatal, essas condições afetam a qualidade de vida da pessoa idosa. A dependência para o desempenho de atividade de vida diária tende a aumentar 5% a partir dos 60 anos e 50% entre os idosos com idade superior aos 90 anos (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o envelhecimento da população implica em grandes obstáculos para a saúde pública, considerando as necessidades e os cuidados especiais para indivíduos com essa faixa de idade. É fundamental também que ocorra mudanças na família, visto que alguns planejamentos familiares favorecem que o idoso acabe morando sozinho ou com outros parentes de mesma idade, podendo trazer prejuízos no tratamento de doenças em que o paciente necessita de algum tipo de auxílio especial.

Em relação aos idosos que moram sozinhos enfatiza-se a importância do acompanhamento e o cuidado de profissionais da saúde que atuam na atenção primária, pois estudos mostraram que existe uma forte ligação entre os vínculos interpessoais e a melhora nas condições de saúde, tendo em vista que interações sociais diminui o comprometimento funcional bem como os sintomas depressivos (ROMERO, 2002). Apesar do grau de



independência para as atividades do cotidiano, pessoas com idade avançada que moram sozinhas precisam receber maiores cuidados formais, dessa forma estar desacompanhado é um indicativo de vulnerabilidade para o idoso (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

## **VULNERABILIDADE**

O termo vulnerabilidade, etimologicamente, deriva do latim, *vulnerare* = que pode ferir, e *vulnerabilis* = que causa lesão. Pode, assim, ser definido como a susceptibilidade de ser ferido, prejudicado, derrotado ou ainda como a capacidade de um indivíduo ou sistema sofrer danos em resposta a um estímulo assim considerando, que todo ser humano estaria vulnerável (BARCHIFONTAINE, 2007). Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos utilizou o conceito de vulnerabilidade para designar grupos ou indivíduos, jurídica ou politicamente fragilizados na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (LIMA, 2006).

No âmbito da bioética, considerando-se a definição proposta pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, evidencia-se que a vulnerabilidade é um estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido (CNS, 2012).

No domínio da saúde, o termo vulnerabilidade é comumente empregado para denotar suscetibilidade das pessoas aos problemas e danos à saúde, admitindo-se que cada indivíduo possui um limiar de vulnerabilidade que, ao ser ultrapassado, resulta em adoecimento. A abordagem do referido conceito no campo da saúde tem como propósito trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada (NICHIATA et al., 2008).

Diferentemente dos estudos de risco, as investigações conduzidas no marco teórico da vulnerabilidade buscam a universalidade, e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que enquanto o risco indica a probabilidade, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e da desigualdade social que antecede o risco (NICHIATA et al., 2008).

O conceito de vulnerabilidade procura responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos que geram maior suscetibilidade às doenças e, de modo



inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises da vulnerabilidade buscam integrar eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidade ou, até mesmo, nações <sup>(22)</sup>.

## **VULNERABILIDADE E ENVELHECIMENTO**

Dada a sua magnitude, o envelhecimento pode ser considerado uma relevante questão de saúde pública. Por se tratar de um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo, tornando-se, assim, imprescindível que o processo de envelhecimento seja analisado sob uma perspectiva mais abrangente (WHO, 2014).

Consubstancia essa demanda o fato dos idosos formarem um grupo especialmente exposto à vulnerabilidade, em virtude da ação de variáveis genético-biológicas, psicológicas e socioculturais que permeiam as mudanças fisiológicas e comportamentais típicas do envelhecimento. Considerando o exposto, assim como a imprescindibilidade de subsídios que possam aprimorar os serviços destinados a essa população, abordam-se os aspectos inerentes às dimensões da vulnerabilidade no âmbito da gerontologia. Autores sugerem que a utilização desse conceito possibilita a proposição de uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção e à proteção da saúde do idoso (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

A exemplo, se considerar a doença do idoso como resultante de comportamentos de saúde inadequados ao longo da vida, como influenciadas apenas pelas condições biológicas e comportamentais, está se imputando, quase exclusivamente, ao indivíduo a responsabilidade por sua condição. Nega-se, assim, que aspectos coletivos e contextuais possam influenciar, de forma direta, o processo de envelhecer, resultando na adoção de estratégias pouco efetivas de promoção e prevenção da saúde (WHO, 2014).

Diante das peculiaridades próprias do envelhecimento, ressalta-se que a vulnerabilidade entre os idosos possui características específicas que diferem das demais fases do ciclo vital (SIMÕES; CARVALHO, 2011). Em detrimento das alterações biológicas, o idoso torna-se menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações indicam maior suscetibilidade à doenças crônicas, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).



Associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, verifica-se o declínio progressivo da capacidade funcional do idoso, conduzindo a uma limitação ou perda total do desempenho de determinadas atividades, levando-o a experimentar uma sensação de vulnerabilidade em relação ao declínio físico e mental (SIMÕES; CARVALHO, 2011).

Além disso, apesar do reconhecimento de que o envelhecimento populacional é uma conquista social, constata-se que ainda há a percepção de que, quando o ser humano se torna idoso, há um processo de "desinvestimento" político e social (MINAYO, 2003). Estudo sugere que os idosos são marginalizados se comparados a outras fases da vida, devido principalmente à exclusão e a diferenças em oportunidades de emprego, política, na própria comunidade e nas atividades recreativas, transmitindo um sentimento de desvantagem e injustiça, sentindo-se vulneráveis (SIMÕES; CARVALHO, 2011).

A vulnerabilidade social entre a população idosa decorre da diversidade de cenários enfrentados no cotidiano, relacionados aos aspectos culturais, sociais, econômicos, de saúde, entre outros. A exemplo, evidencia-se o baixo valor das aposentadorias que não consegue prover condição social adequada e qualidade de vida, tanto para o idoso como também para o grupo familiar envolvido. Além disso, o morar sozinho, a discriminação etária e a própria idade somados à baixa renda e à baixa escolaridade predis põem à vulnerabilidade social, podendo expor os idosos ao pouco envolvimento social, solidão, perda de autonomia e baixa qualidade de vida (SIMÕES; CARVALHO, 2011).

Em virtude do aumento da longevidade e das transformações decorrentes do envelhecimento, é reconhecido que a procura por serviços de saúde é maior dentre a população idosa. Verifica-se que essa procura dá-se, principalmente, nos serviços públicos, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades físicas, ocupando os leitos hospitalares por maior tempo e gerando maiores gastos para o sistema de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Ressalta-se também que são evidentes as desigualdades no uso de serviços de saúde, de forma que os mais velhos e com menor nível de escolaridade valem-se menos desses serviços, assinalando uma menor atenção para prevenção em idosos com piores condições sociais (WHO, 2014).

Convém destacar que a vulnerabilidade programática reporta-se ao acesso e à forma de organização dos serviços de saúde, incluindo programas voltados para prevenção, assistência e reabilitação (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). À medida que aumenta a procura pelos serviços de saúde, verifica-se a necessidade de reorganização do modelo assistencial para



atendimento qualificado à população idosa.

Constata-se que ainda há lacunas importantes a serem preenchidas, como a demora para a marcação de consultas e da qualidade dos atendimentos, acompanhamentos e encaminhamentos, podendo resultar em maior desgaste para os idosos (WHO, 2014). A omissão do Estado, na oferta e na avaliação das instituições que oferecem assistência, gera espaços de violência contra o idoso, necessitando a inclusão de formas de intervenção por meio da vigilância à saúde, da proteção e da educação em saúde, elencando como parceiros a família, os profissionais e o Estado (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

A vulnerabilidade é mais do que o impacto físico, dano emocional e mental, resulta também de uma construção social e contexto histórico, não podendo ser totalmente apreciada sem uma compreensão adequada das suas dimensões. Embora seja um conceito pouco explorado na área de gerontologia, é possível beneficiar-se dessa abordagem para compreender as questões centrais do envelhecimento (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008). Dessa forma, através do constructo desenvolvido a partir das diferentes nuances da vulnerabilidade, enfatiza-se o cuidado integral e contextualizado na saúde do idoso, por meio do reconhecimento de necessidades e aspectos individuais e coletivos.

## **SERVIÇOS DESENVOLVIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO**

Os serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de ABS compreendem: a vigilância em saúde, promoção à saúde, atenção e cuidados centrados na saúde do adulto e do idoso, atenção e cuidados centrados na saúde da criança e do adolescente, procedimentos na APS e atenção e cuidados relacionados à saúde bucal. Neste contexto, os cuidados aos idosos devem-se realizar de forma domiciliar para aqueles que apresentam dificuldade de mobilidade, o acompanhamento contínuo dos idosos com multimorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes *mellitus* (DM), uso de polifarmácia, bem como os distúrbios nutricionais. São as ações que o farmacêutico juntamente com outros profissionais de saúde devem realizar às comunidades com uma atenção integral, que visa em todos os aspectos, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas (FERNANDES; FRAGOSO, 2005; BRASIL, 2020).

A presença de multimorbidades registrada em grande número de idosos tem como consequência o uso de polifarmácia que favorece a ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), como: erros de administração, discrepâncias e duplicidades na



terapia, baixa efetividade dos tratamentos, ocorrência de eventos adversos e dificuldades para a adesão aos tratamentos. Somados a isso, a redução da capacidade de reserva comum ao envelhecimento resulta em maior vulnerabilidade no uso de tais medicamentos e riscos de eventos adversos, justificando a necessidade de acompanhamento farmacêutico aos idosos nos diferentes níveis de complexidade (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2017).

O farmacêutico auxilia no manejo dos PRM a partir da atenção especial para a identificação de medicamentos potencialmente inapropriados, interações medicamentosas, uso de doses subterapêuticas ou sobredosagem, reações adversas a medicamentos, uso inadequado, automedicação e administração incorreta das doses, verificados por meio da anamnese e da avaliação dos medicamentos em uso. Neste contexto, é função do farmacêutico fornecer informações sobre as doenças e os medicamentos prescritos, bem como alertar o prescritor quanto aos PRM identificados, visando a melhoria na adesão do paciente ao tratamento e redução dos riscos associados com monitoramento ao longo do seguimento farmacoterapêutico (QUINALHA; CORRER, 2019). Todas essas informações devem ser registradas em prontuário e contribuirão para a elaboração do plano terapêutico. A participação do farmacêutico na discussão dos casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde, traz como consequência maior adesão e melhor resolutividade dos tratamentos, redução de morbidades relacionadas a reações adversas e interações medicamentosas, além de impacto farmacoeconômico positivo na farmacoterapia adotada.

Em resumo, a heterogeneidade e a complexidade dos tratamentos comumente identificadas entre os idosos, justificam a necessidade do farmacêutico clínico na atenção a essa população por reunir competências e habilidades inerentes à sua atuação profissional, consideradas fundamentais para o acompanhamento dos medicamentos em uso, identificação de eventos adversos evitáveis, bem como de fatores que podem interferir na adesão ao tratamento e cumprimento correto das farmacoterapias, resultando na interação com o paciente e a equipe multiprofissional, a fim de favorecer o uso racional dos medicamentos, buscando como resultado a melhor qualidade de vida dos idosos.

É importante destacar que o farmacêutico que busca atuar no cuidado ao idoso deve reunir algumas características fundamentais, muitas delas até incomuns se comparadas a funções inerentes à sua profissão. Destacamos a empatia, proatividade, dinamismo, habilidades em comunicação e de gerenciamento de situações complexas, além de facilidade de interação com membros da equipe multiprofissional. As atividades do farmacêutico devem ser pautadas



em princípios morais e éticos, respeitando-se as diversidades sociais, econômicas, de gênero, sexo, idade, visando sempre a proteção, promoção e recuperação da saúde. Dentre as competências essenciais ao farmacêutico para o cuidado ao idoso estão os conhecimentos em farmacologia clínica e farmacoterapia aplicadas a esta faixa etária, bem como conhecer com profundidade os parâmetros farmacocinéticos e suas prováveis alterações durante o envelhecimento. A interpretação de exames laboratoriais e aspectos fisiopatológicos; além do conhecimento das políticas públicas relacionadas ao idoso e escalas para avaliação geriátrica ampla facilitarão o acompanhamento destes pacientes.

De acordo com o Ministério da Saúde o Cuidado Farmacêutico corresponde aos serviços executados pelo profissional farmacêutico, visando a promoção da saúde e o uso racional de medicamentos para inteirar os resultados terapêuticos (BRASIL, 2014). Para Melo e Castro (2017), visam de modo integrado no paciente, nas necessidades de tratamento de transtornos agudos e crônicos, na documentação do serviço prestado e na capacitação e promoção de educação em saúde. Correr e Otuki (2013), afirmaram que corresponde ao processo de cuidado aos pacientes idosos e para ser realizado deve seguir quatro etapas: acolher e coletar os dados do paciente (perfil do paciente, história clínica e farmacoterapêutica); identificar os problemas relacionados à farmacoterapia (análise situacional, revisão da farmacoterapia e identificação de problemas e fatores de risco); elaborar um plano de cuidado com o paciente (metas terapêuticas, intervenções e agendamento de retorno) e realizar o seguimento individual do paciente (resultados e progresso do paciente, alcance das metas terapêuticas e novos problemas). Quanto maior o acesso às informações do paciente, mais completa e resolutiva poderá ser a intervenção oferecida.

Portanto, é indispensável os serviços do farmacêutico juntamente com outros profissionais de saúde na ABS, visando assim o restabelecimento da saúde do paciente idoso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Atenção Básica à Saúde representa a principal forma de ingressar no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como função primordial atender as necessidades de saúde em geral. O envelhecimento da população implica em grandes obstáculos para a saúde pública, pois há necessidade de profissionais com competências e habilidades adaptadas para lidar com pacientes com algum tipo de vulnerabilidade e/ou mobilidade reduzida. Esses profissionais devem promover, caso necessário, atendimentos domiciliares de forma eficaz e humanizada proporcionando melhora na qualidade de vida do idoso, através da acessibilidade.



Nas equipes multiprofissionais, destaca-se a importância clínica do farmacêutico, já que é comum entre os idosos a prática da polifarmácia, facilitando o surgimento de problemas relacionados a medicamentos (PRM). As correções necessárias podem ser realizadas através da avaliação dos medicamentos e da anamnese feita pelo farmacêutico, colocando todas as informações coletas em prontuário para que seja realizado juntamente com outros profissionais o melhor plano terapêutico. Portanto, a participação ativa do farmacêutico nas equipes de atenção básica é indispensável tanto por favorecer a adesão do paciente ao tratamento, como também reduzir eventuais transtornos relacionados ao mal uso ou desinformação à respeito das medicações.

## REFERÊNCIAS

ANGELO, F. A. A importância do cuidado farmacêutico na atenção básica no âmbito do sistema único de saúde. **Rev Acadêmica Oswaldo Cruz**, 19ed, 2019. Disponível em [http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao\\_19\\_Fabio\\_Angelo.pdf](http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_19_Fabio_Angelo.pdf). Acesso em: 12 mai. 2021.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a Resolução nº 196/96 acerca das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2021.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. 2011. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_3.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf). Acesso em: 11 mai. 2021.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. **Rev Ampl**, 2008. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 46p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. n. 1, 2014.108p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 85p.

CHALISE, H. N. Aging: basic concept. **American Journal of Biomedical Science & Research**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 2019.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R.N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev Brasileira de Estudos de População**, v. 28, p. 217-30, jan./jun. 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013, 454 p.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 173-180, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE Notícias. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>. Acesso em: 11 mai. 2021.

LIMA, A. M. M. de L.; Silva, h. s. DA; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**, v. 27, n. 12, p. 1-13, 2008. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gZJj8GhfrcVG4cPfgCWpTHM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. **Arch of Gerontology and Geriatrics**, v. 68, p. 55-61, 2017.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 235-244, 2017.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLL, L. A. A Utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 1-7, 2008.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. de F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n.1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/9m9RQxkZrTJDHRRRYjHb8XQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

QUINALHA, J.V.; CORRER, J.C. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia idoso: uma revisão. **Rev Bras de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v13n3/a14v13n3.pdf>. Acesso em: 31 out. 2019.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777-94, 2002.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos Psicológicos**, v. 25, n. 4, p. 585-93, 2008.



SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3972.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2021.

SIMÕES, A. C. de A.; CARVALHO, D. M. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2975-2982, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R7JXp37vyGGCnVY4kZ6SM5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

UNITED NATIONS. World population prospects: key findings and advance tables. The 2015 revision. New York: United Nations, 2015. Disponível em: [https://population.un.org/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

UNITED NATIONS. World population prospects: key findings and advance tables. The 2017 revision. New York: United Nations, 2017. Available in: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf). Access in: 21 abr. 2021.

WHO, World Health Organization. **World health statistics annual**. Geneva, 2014.

# CAPÍTULO 8

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Brunna Emanuely Guedes de Oliveira  
Ivania Alves Guedes  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Com o processo natural do envelhecimento, é muito comum observar-se a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como também de problemas de saúde decorrentes dessas, ou de outros que ocorrem com maior frequência nos idosos. Com isso, o uso de medicamentos ocupa posição de destaque tanto no tratamento quanto na recuperação, sendo importantes na atenção à saúde dos idosos. Justamente por conta do uso de tantos medicamentos, pode ocorrer sobrecarga dos órgãos desses usuários levando ao comprometimento de suas funções, por isso, é de grande importância que medidas sejam tomadas de forma a prevenir agravos (MARQUES et al., 2020).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Em 27 de março de 2017, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849, totalizando 19 práticas. A implementação da PNPIC foi mais uma vez atualizada a partir da publicação de nova Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, que através desta, ampliou a oferta com a inclusão de novas práticas, sendo autorizados 29 tipos de PICS.

Dessa forma, tal política fortalece o compromisso do cidadão com sua saúde, baseado no trabalho multiprofissional, grupalidade, construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas, resultando em sujeitos mais saudáveis (VIEIRA, 2018). A PNPIC, foi implantada com o objetivo de adequar ações/serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica, garantindo a integralidade da atenção, com ênfase na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, na atenção básica (BRASIL, 2012).



As PICS opõem-se ao medicinal, pois visam ao ser humano em todas as suas esferas, não tratando apenas da comorbidade ou dos sintomas, mas do que originou tal doença. A nomenclatura “Integrativas e Complementares” dá-se pelo fato de não substituírem o tratamento biomédico, mas de complementar para que este tenha maior êxito. Nesse sentido, se trata de uma alternativa sem praticamente nenhuma contraindicação, capazes de incentivar a redução de complicações, promover a saúde, de forma segura e comprovada cientificamente (MATOS, 2018). Além disso, as PICS estimulam o autocuidado, o cuidado com os outros indivíduos, principalmente no vínculo saúde-doença, a sociabilidade dos indivíduos e a perspectiva de participação e de criação de cada um. Sendo assim, as PICS possuem eficácia quando se trata de uma melhoria da qualidade de vida em relação ao sono, à dor, ao estresse, ao bem-estar, tornando-se bastante relevante para o idoso (SANTOS et al., 2018). Segundo Teixeira e Guariento (2016), a utilização das PICS, tem sido muito importante principalmente no processo de senescência, que o corpo começa a declinar em suas funções, devido às mudanças fisiológicas ocasionais das células do corpo com a idade. Para Schlindwein-Zanini (2009) a utilização dessas terapias muitas vezes por idosos acontece devido a tradição e aos costumes antigos, que demonstraram grande aceitação por possuírem recursos terapêuticos naturais e grande efetividade em suas aplicações.

Embora o uso das PICS seja comum em doenças crônicas e em situações graves, como medicina paliativa e oncologia, há consenso sobre seu lócus mais importante nos sistemas de saúde ser a Atenção Primária à Saúde (APS) (SIEGEL; BARROS, 2013; WHO, 2013). Isso se deve ao seu estímulo ao potencial de autocura, mais efetivo quando utilizadas em situações iniciais menos graves, típicas da APS; à sua ampla aceitação pelas populações; à maior participação dos doentes no cuidado, com melhor compartilhamento simbólico devido à proximidade das cosmologias de várias PICS com a visão de mundo dos usuários; à fuga da iatrogenia, frequente nos adoecimentos crônicos, cada vez mais prevalentes e à sua contribuição para a capacidade interpretativa e terapêutica de sintomas não explicáveis pela nosologia biomédica, estimados em 15-30% das novas consultas na APS (THE JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH, 2017).

A APS brasileira deve incorporar as PICS na oferta de serviços de saúde à população, no entanto, os principais problemas envolvidos na sua inserção correspondem a presença institucional na APS, a pesquisa sobre PICS e a formação e/ou capacitação de profissionais na área.

## TIPOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

De acordo com as políticas de saúde relacionadas as Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Portarias GM/MS nº 971/ 2006, Portaria GM/MS nº 849/2017 e Portaria nº 702/2018, no Brasil, são autorizados 29 tipos de PICS, assim relacionadas:

### MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa é amplamente utilizada em todo o mundo. A acupuntura é uma das suas práticas mais difundidas e é utilizada pela medicina ocidental como complemento ao tratamento médico convencional. O princípio básico da acupuntura sustenta que o equilíbrio é mantido no corpo humano por meio do fluxo suave de energia e qualquer desequilíbrio nesse fluxo pode originar algum tipo de disfunção ou patologia. A partir do momento em que alguma patologia se instala no organismo, uma das formas de eliminá-la ou de diminuí-la seria a inserção de agulhas em pontos específicos do corpo, para restabelecer esse fluxo suave. Tendo esse princípio como base, qualquer tipo de disfunção ou patologia, como por exemplo, as queixas ginecológicas, podem ser tratadas por essa técnica, porém é um procedimento tão simples de se realizar.

A auriculoterapia se associa a acupuntura e a reflexologia. Tais práticas agem de forma conjunta, atuando no corpo através de pontos específicos que promovem a regulação psíquico-orgânica do corpo. Uma das formas de alívio da dor encontrada por ação da compreensão desses pontos pela auriculoterapia, é a liberação de endorfinas, atuando no relaxamento muscular (MASCARENHAS et al., 2019).

Na auriculoterapia, são utilizados pontos energéticos e específicos encontrados na orelha, onde todo o corpo fica representado como em um micro-sistema, a técnica estimula as zonas neuro reativas por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, preparadas para a aplicação (BRASIL, 2018). Com relação aos pontos específicos atuantes na auriculoterapia, o ponto Shenmen atua na estimulação do tronco e córtex cerebral no processo de receber, decodificar, modular e condicionar os reflexos dos próximos pontos estimulados, impedindo desequilíbrios e novas enfermidades, agindo também através da analgesia por meio da liberação de endorfinas, que é um hormônio responsável pelo bem-estar. O ponto simpático atua no equilíbrio geral do organismo, equilibrando as funções simpáticas e parassimpáticas do indivíduo ao promover o reequilíbrio do sistema nervoso autônomo, mostrando-se de alta importância na promoção da analgesia, relaxamento de fibras musculares e ação anti-inflamatória (RUELA, 2018).



A implantação do uso da auriculoterapia, mostra-se como terapia bem sucedida na manutenção da saúde do indivíduo, atuando desde a liberação de endorfinas, controle da inflamação vinculado à ação da acetilcolina até o controle do processamento emocional através do sistema límbico (HOHENBERGER; DALLEGRAVE, 2016).

## **HOMEOPATIA**

É uma especificação médica complexa de caráter global baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes. Foi uma das PICS que se tornou realidade na Saúde Pública em todo país e se destacou devido a baixo custo, restauração do equilíbrio como um todo, redução ao retorno nas consultas e intoxicação zero.

## **PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA**

O uso de plantas medicinais e a fitoterapia fazem parte da prática da medicina popular, constituindo um conjunto de saberes internalizados nos diversos usuários e praticantes, especialmente pela tradição oral. Esta prática diminuiu frente ao processo de industrialização, ocorrido no país, nas décadas de 1940 e 1950. Trata-se de uma forma eficaz de atendimento primário a saúde, podendo complementar ao tratamento usualmente empregado, para a população de menor renda.

A orientação para uma utilização adequada, sem perda da efetividade dos princípios ativos localizados nas plantas e sem riscos de intoxicações por uso inadequado é fundamental para complementar o tratamento usualmente empregado para a população.

## **TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA**

É conhecida como termalismo e consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde (BRASIL, 2018).

## **ARTETERAPIA**

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. Estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo.



Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, por meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

## **AYURVEDA**

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado. Significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência. Os tratamentos dessa prática levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha à energia mental.



A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

## **BIODANÇA**

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo, gerar processos adaptativos e integrativos através da otimização da homeostase do organismo.

## **DANÇA CIRCULAR**

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque da PIC não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam



e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

## **MEDITAÇÃO**

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Arelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, o relaxamento, a redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

## MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e o movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

Favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e os profissionais.

## NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão. Utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal (por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais); identificar e tratar as causas fundamentais da doença (identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas); ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista (compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde); tratar o indivíduo como um todo por meio de um



tratamento individualizado (compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo); dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde (avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença) e, dar suporte ao poder de cura do organismo (reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo).

## **OSTEOPATIA**

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana e osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

## **QUIROPAXIA**

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.



São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

## **REFLEXOTERAPIA**

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

## **REIKI**

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.



A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios, "nós energéticos", eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

### **SHANTALA**

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos tais como: cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

### **TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)**

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência.



Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuindo o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir e melhorar a dor lombar. Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

## **YOGA**

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

## **AROMATERAPIA**

É prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais, os óleos essenciais (OE), a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. No Brasil, é reconhecida como uma PIC com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo (BRASIL, 2018).

## **APITERAPIA**

Utiliza os produtos obtidos das abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas. A utilização da apitoxina age como anestésico na pele, e apesar da dor inicial acaba relaxando a área de aplicação.



## **BIOENERGÉTICA**

Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.

## **CONSTELAÇÃO FAMILIAR**

É uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade a origem, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema, mostrando uma solução prática de respeito e equilíbrio.

## **CROMOTERAPIA**

É uma prática que utiliza as cores no qual procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, além disso, a cromoterapia pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, por meditação, dentre outros.

## **GEOTERAPIA**

Utiliza a argila no qual é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo para ser aplicada no corpo, permitindo reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde.

## **HIPNOTERAPIA**

É um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado favorecendo o autoconhecimento.

## **IMPOSIÇÃO DE MÃOS**

Envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente.

## **MEDICINA ANTROPOSÓFICA/ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE**

É considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde.

## **OZONIOTERAPIA**

Utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica.

## **TERAPIA DE FLORAIS**

É uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo.

## **FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)**

A formação em PICS no Brasil é insuficiente e difusa, com limitações na oferta e na qualidade. Ela está concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de pós-graduação lato sensu. De modo geral, tende a reproduzir modelos de formação com impacto na produção de cuidado adequados à realidade da prática privada, que não atendem às necessidades da APS ou do SUS, sendo essa situação reconhecida como um dos maiores desafios para a ampliação dessas terapias (TESSER, 2009; AZEVEDO; PELICIONI, 2012; TEIXEIRA, 2017).

Quanto à formação em serviço, o Ministério da Saúde oferta cinco cursos a distância sobre PICS em ambiente virtual de aprendizagem do SUS, a maioria de caráter introdutório, o que tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema (BRASIL, 2017). Além desses, um curso semipresencial de auriculoterapia de 80 horas, financiado pelo mesmo órgão, com polos regionais em 21 estados brasileiros, capacitou, em 2016 e 2017, mais de 4 mil profissionais (BOTELHO, 2017). Houve também uma formação presencial para número semelhante de profissionais das Estratégia Saúde da Família de todas as regiões do País em Terapia Comunitária e Integrativa que é uma técnica de condução de grupos criada no Brasil, voltada para a partilha de experiências, sofrimentos psíquicos e autoajuda comunitária (BARRETO et al., 2011). Algumas secretarias municipais de saúde ofertam ações de educação permanente a seus profissionais e/ou cursos de especialização numa ou mais PICS, especificamente voltados para a APS.

## **PESQUISA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO BRASIL E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Nas últimas décadas, observa-se o crescimento de pesquisas em PIC no Brasil, apesar de serem ainda escassas. Isso pode ser evidenciado analisando três aspectos: fomento à



pesquisa, grupos/linhas de pesquisas e publicações. No que se refere ao fomento, Sant'ana (2016) analisou, entre os anos de 2002 e 2014, 173 editais, sendo 172 oriundos do Sistema Pesquisa Saúde. Destes, 110 eram editais do tipo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) (estaduais) e 62 editais do tipo Fomento (nacionais). Encontrou que apesar das PIC não terem uma subagenda de pesquisa, foram contempladas em 19 editais, perfazendo 1% de todo o investimento no período, principalmente em editais do campo biomédico. O Nordeste teve o maior volume de investimentos nesse tema, recebendo R\$ 1.584.274,84 para execução de 32 projetos.

Em 2013, a pesquisa em PICS teve seu primeiro edital específico, o único durante os 10 anos de PNPIC. O edital de Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit N° 07/2013, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde contemplou pesquisadores de 10 estados. Os projetos investigaram as seguintes PIC: acupuntura (26%), fitoterapia (21%), auriculoterapia (10%), medicina antroposófica (4%), homeopatia (2%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%); e 19% não especificaram o tipo PIC. Tais achados denotaram que o Edital contemplou o que era naquele momento institucionalizado pela PNPIC, no entanto, como foi apresentado anteriormente, é vasta a diversidade atual de PIC existente no SUS, carente de mais investigações que elucidem seus limites e potencialidades na APS (CNPQ, 2013; CONTATORE et al., 2015).

Há diversidade também nos grupos de pesquisa registrados no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em 2017, a presença das PIC nesse diretório se deu com diferentes designações, categorias e ou conceitos, tais como: medicina alternativa, complementar, integrativa, racionalidades médicas, saúde, vibração mecânica, auto-humanescente, vitalismo, entre outros; indicando a heterogeneidade e a polissemia que envolvem o tema. Os grupos de pesquisas estão inseridos em diferentes áreas, como: biofísica, sociologia, medicina veterinária, agronomia e outras da saúde, sendo o maior número na saúde coletiva, com 27 grupos. Ao todo, são 59 grupos de pesquisas que estudam especificamente as PICS ou que possuem uma linha de pesquisa vinculada a elas. Nota-se que há necessidade de investigações que possam produzir um arcabouço teórico integrador, e que proporcionem a construção de análises mais aprofundadas em cada campo. No momento, observa-se que, entre as categorias e linhas de pesquisas apresentadas pelos grupos, há uma generalização do termo PICS que se tornou um 'guarda-chuva' para os mais diferentes objetos de investigação, inclusive fora do campo da saúde (CONTATORE et al., 2015).



Apesar da diversidade de grupos de pesquisa, a produção científica nacional ainda é pequena. Na base de dados Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), de 7.243 publicações científicas sobre PICS entre os anos de 2006 e 2016, apenas 285 (3%) têm afiliação institucional brasileira. Porém, nota-se que 69% destas têm também como descritor 'atenção primária em saúde', ressaltando a potente relação das PICS com a APS em pesquisa (CONTATORE et al., 2015).

Uma revisão de literatura, entre 2002 e 2011, sobre PIC na APS na Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed/Medline resultou em apenas 22 artigos brasileiros, de um total de 180 publicações de acesso aberto contendo no título ou resumo, pelo menos, um dos descritores selecionados (homeopatia, acupuntura, fitoterapia, práticas corporais associados à APS, em espanhol, inglês ou português). Houve dispersão em 106 periódicos, indicando não haver veículos especializados em PIC na APS. Das publicações, 80% eram europeias, principalmente inglesas (50%), provavelmente pela força da sua APS; e 30%, norte-americanas. Pouco mais da metade tinha abordagem quantitativa (sobretudo ensaios clínicos); 30%, abordagens qualitativas e 20% discutiam políticas públicas, promoção e gestão do uso das PICS (CONTATORE et al., 2015).

As PICS concentram em si o importante e estratégico desafio de romper com o monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizador e iatrogênico. Nesse sentido, elas podem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos, capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS (BRASIL, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há vários benefícios identificados para pacientes que fazem o uso do tratamento com as PICS, são muitas as evidências científicas que embasam esses benefícios, assim, o Ministério da Saúde vem apoiando a junção das PICS com a medicina tradicional para o tratamento da população, diante disso, o SUS disponibiliza de forma integral e gratuita o acesso às terapias, iniciando o tratamento na atenção básica, que é a principal porta de entrada para o SUS.

É importante ressaltar que diversos autores aprovaram os efeitos benéficos das Práticas Integrativas e Complementares na Saúde como uma alternativa eficaz no tratamento de diversas doenças e melhoria da saúde mental do indivíduo. Além disso, as PICS retratam não apenas como uma alternativa de saúde curativa, mas, como uma forma preventiva, prevenindo o sofrimento mental e diversos outros transtornos gerados. Ademais, se faz necessário fomentar

ativamente outras pesquisas, estudos, saberes e técnicas no sentido de aprofundar a discussão sobre a eficácia das práticas complementares.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab educ saúde (online)**, v. 9, n. 3, p. 361-378, 2012.

BARRETO, A. P.; BARRETO, M. C. R.; BARRETO, D.; OLIVEIRA, D.; BARRETO, I. A inserção da Terapia Comunitária e Integrativa na Estratégia de Saúde da Família. Fortaleza, 2011. Disponível em:

[https://www.academia.edu/22384738/BARRETO\\_A\\_de\\_P.\\_BARRETO\\_M.\\_C.\\_R.\\_GOMES\\_D.\\_O.\\_BARRETO\\_I.\\_C.\\_de\\_H.\\_C.\\_ABDALA-COSTA\\_M.\\_P.\\_-\\_TERAPIA\\_COMUNIT%C3%81RIA\\_INTEGRATIVA\\_NA\\_ESF\\_SUS](https://www.academia.edu/22384738/BARRETO_A_de_P._BARRETO_M._C._R._GOMES_D._O._BARRETO_I._C._de_H._C._ABDALA-COSTA_M._P._-_TERAPIA_COMUNIT%C3%81RIA_INTEGRATIVA_NA_ESF_SUS). Acesso em: 12 mai. 2021.

BOTELHO, L. J. **Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica**. Relatório Final. Florianópolis: UFSC, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_971.pdf](https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf). Acesso em: 12 mai. 2021. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prática integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017. Inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 84, de 4 de maio de 2006, Seção 1, p. 20, as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Disponível em: [https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_971.pdf](https://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_971.pdf). Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Diário Oficial da União. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. 2019. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 12 mai. 2021.

CNPQ. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit nº 07/2013. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.bvshomeopatia.org.br/texto/edital-PNPIC-SUS-Chamada07-2013versao-final-publicacao.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

CONTATORE, O. A.; BARROS, N. F.; DURVAL, M. R.; BARRIO, P. C. da C.; COUTINHO, B. D.; SANTOS, J. A.; NASCIMENTO, J. L. do; OLIVEIRA, S. de L.; PERES, S. M. de P. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p.3263-3273, 2015.

HOHENBERGER, G. F.; DALLEGRAVE, D. Auriculoterapia para profissionais de saúde: Percursos possíveis da aprendizagem à implantação na Unidade de Saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, p. 372-382, 2016.

MARQUES, P. P.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BACURAU, A. G. M.; RODRIGUES, P. S.; MALTA, D. C.; BARROS, N. F. Uso de Práticas Integrativas e Complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, 2020.

MASCARENHAS, V. H. A., LIMA, T. R. de; SILVA, F. M. D. e; NEGREIROS, F. dos S.; SANTOS, J. D. M.; MOURA, M. A. P.; GOUVEIA, M. T. de O.; JORGE, H. M.F. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 3, p. 350-357, 2019.

MATOS, P. C., LAVERDE, C.R., MARTINS, P.G., SOUZA, J.M., OLIVEIRA, N.F., PILGER, C.; Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm**, v.23, n. 2, 2018.

RUELA, L.O.; IUNES, D. H.; NOGUEIRA, D. A.; STEFANELLO, J.; GRADIM, C. V. C. Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e. 03402, 2018.

SANT'ANA, V. Análise do fomento do SUS à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 71 p. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/16305>. Acesso em: 12 mai. 2021.

SANTOS, M. S.; AMARELLO, M. M.; VIGETA, S. M.G.; HORTA, A. L. M.; TANAKA, L. H.; SOUZA, K. M. J. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Rev Min Enferm**, v. 22, n. 112, e-1125, 2018.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. ASPECTOS PSICOLÓGICOS E NEUROPSICOLÓGICOS DO IDOSO. In: ROSA NETO, F. Manual de atividade motora para terceira idade. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. O que é a Oncologia Integrativa? **Cad Saúde Colet**, v. 21, n. 3, p. 348-354, 2013.

TEIXEIRA, I. N. A.O.; GARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, 2016.

TEIXEIRA, M. Z. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). **Rev Homeopatia**, v. 80, n. ½, p. 18-39, 2017.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.



THE JOINT COMMISSIONING PANEL FOR MENTAL HEALTH. Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms [internet]. 2017. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2021.

VIEIRA, A. B. D.; MARQUES, P. F. P.; VARGAS V.; OLIVEIRA L.; NASCIMENTO, B. G.; MOURA, L. B. A. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como um caminho para a sensibilização e formação de acadêmicos da saúde: relato de experiência. **Rev Cienc Saude**, v. 30, n. 1, p. 137-143, 2018. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/7493>. Acesso em: 11 mai. 2021.

WHO. World Health Organization. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: WHO, 2013.



# CAPÍTULO 9

## IMPACTO DA VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE

Anna Júlia de Souza Freitas  
Daiana Mendes Félix  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### ASSISTÊNCIA DOMICILIAR REALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela promoção e prevenção à saúde, sendo marcada por elevados números de indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A APS tem por característica sua composição multidisciplinar com ações pautadas na realidade do indivíduo e em suas singularidades (BERTACHINI, 2012; TOLEDO et al., 2017).

Nas últimas décadas, o padrão de doenças da população mundial vem sofrendo expressiva mudança, devido ao envelhecimento e às alterações no estilo de vida. Dessa forma, as DCNT potencialmente incapacitantes tornaram-se as principais causas de óbito no mundo (72%) e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e um alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, no entanto expressam sintomas de forma mais intensa naqueles pertencentes aos grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011; FREITAS, 2018).

O profissional de saúde da atenção primária tem papel importante na promoção da autonomia do cuidado para o enfrentamento das restrições e de reação a essa nova condição. O cuidado multiprofissional pertencente à APS exige processos nos quais o indivíduo e os profissionais pactuarão os roteiros terapêuticos respeitando as necessidades da condição clínica e as singularidades do indivíduo (JUNGES; BARBIANI, 2012).

Nesse contexto, a assistência domiciliar vem sendo desenvolvida para acompanhar as necessidades de pacientes com doenças crônicas de modo efetivo. No Brasil, a visita domiciliar aparece como uma atividade realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de atenção primária, chamadas de Estratégia Saúde da Família (ESF)



que fazem a retaguarda especializada para as equipes de atenção primária (FREIRE; PICHELLI, 2013).

O acompanhamento domiciliar é voltado ao usuário que possui dificuldades para se deslocar até o serviço de saúde. É a partir desse acompanhamento que são traçados o plano e as estratégias de ações da equipe junto à família, para prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. Nas visitas, é possível aplicar medidas de controle das doenças transmissíveis e parasitárias, promover orientações para o autocuidado e desenvolver outras ações de educação em saúde (SANTOS et al., 2020).

Para sua efetividade são necessários vários procedimentos, entre eles priorizar os grupos mais vulneráveis (idade avançada, doenças crônico-degenerativas, dependência física ou psíquica, situações terminais e Aids), definir os objetivos da visita domiciliar, reunir todas as informações possíveis sobre a família e o paciente (prontuários, informações dos agentes comunitários de saúde), reunir materiais apropriados para o atendimento, dentre outros (BRASIL, 2012).

Ademais, são necessários planejamento, execução, registro de dados e avaliação. O registro é considerado um critério de avaliação da assistência prestada nos serviços de saúde, aspecto relevante da informação sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais, além de um instrumento fundamental para o planejamento e a avaliação das ações realizadas (ANDRADE et al., 2014; MARASQUIN, 2014).

A visita domiciliar pode ser de forma compartilhada ou individual, surgindo como aliada durante a avaliação do usuário, pois durante a consulta numa Unidade Básica de Saúde alguns aspectos podem não ser avaliados por passarem despercebidos como em casos de excesso ou ausência de medicamentos para tratar determinada patologia (BRASIL, 2015). A assistência domiciliar deve ser prestada de acordo com as características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir pessoas, de modo a impulsionar a construção do cuidado centrado no usuário com fortalecimento do vínculo, acolhimento e autonomia, com potencial significativo para se reverter a descontinuidade do cuidado ainda presente no cotidiano dos serviços de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No panorama atual, os medicamentos são os recursos de primeira escolha quando o objetivo é tratar uma condição de saúde, principalmente em casos de patologias que exigem seu uso contínuo. Entretanto, à medida que o Brasil tem garantido o acesso regular, outros



problemas têm sido levantados: a prescrição ou dispensação inadequadas favorecendo o uso incorreto ou abusivo dos mesmos e comprometimento da saúde (BRASIL, 2017).

Nesse cenário, foi implantada a Assistência Farmacêutica, que tem como objetivo garantir o abastecimento contínuo e o uso racional de medicamentos, através de processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e programação, tendo sempre como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida da população. Pode-se citar como as principais atribuições do farmacêutico no cuidado domiciliar orientações quanto: ao uso e efeitos adversos dos medicamentos; as interações medicamentosas; as vias de administração dos medicamentos, como por exemplo, por via de sondas parenterais; ao armazenamento e descarte de medicamentos da forma correta (MARQUES et al., 2011; BRASIL, 2017).

O processo de cuidado ao usuário, desenvolvido pelo farmacêutico, compõe-se, em sua grande maioria, de quatro etapas: a coleta e organização dos dados do usuário; avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; pactuação de um plano de cuidado com o usuário; e seguimento individual do usuário, quando necessário (CORRER; OTUKI, 2013).

O acompanhamento farmacêutico domiciliar tem por objetivo garantir uma farmacoterapia racional, segura e custo-efetiva, respeitando os valores e singularidades do indivíduo e sua família em sua residência e contribuindo para a obtenção de melhores prognósticos (PERES, 2015; PEREIRA, 2017). Através desse serviço, o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2017).

## **CUIDADOS FARMACÊUTICOS DOMICILIARES**

Durante a visita domiciliar é possível também se aplicar ações de educação permanente, como por exemplo em casos de pacientes com Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) que exige a necessidade de avaliar o grau de conhecimento e a prática com o uso de insumos como o glicosímetro e o manuseio da seringa em casos de necessidade de uso de insulina Além disso, é necessário executar estratégias que estimulem mudanças no estilo de vida e redução dos fatores de risco cardiovascular, baseando-se na interatividade, no diálogo para que portadores

de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) possam perceber a importância de alimentação saudável, prática de atividade física, importância do peso saudável, considerando suas crenças, mitos e conhecimentos sobre hábitos saudáveis (MACHADO et al., 2016; BRASIL, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se imprescindível que os cuidados farmacêuticos domiciliares sejam uma das estratégias para garantir a sustentabilidade da Assistência Farmacêutica e do uso racional de medicamentos. O profissional farmacêutico deve ser qualificado para atender as demandas da população usuária e desenvolver atividades clínicas e gerenciais, para aperfeiçoamento do cuidado centrado no usuário.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M.; GUIMARÃES, A. M. A. N.; COSTA, D. M.; MACHADO, L. C.; GOIS, C. F. L. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Rev Epidemiol Serv Saúde**, v. 23, n.1, p. 165-175, 2014.

BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p.507-520. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 33 p.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013. 454p.

FREIRE, F. M.; PICHELLI, A. A.W.S. O psicólogo apoiador matricial: Percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 162-173. 2013.

FREITAS, D. L. **Seguimento Farmacoterapêutico Domiciliar: A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família**. 2018. 66 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, 2018.



JUNGES, J. R.; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-400. 2012.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S. de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 611-620, 2016.

MARASQUIN, H.G.; DUARTE, R.V.C.; PEREIRA, R.B.L.; MONEGO, E.T. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. **Rev UFG**, Palmas, v. 6, n. especial. 2014.

MARQUES, L. A. M.; VALE, F. V. V. R.; NOGUEIRA, V. A. S.; MIALHE, F. L.; SILVA, L. C. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população São Joanense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 663-674, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 158-164. 2013.

PEREIRA, T. S. **A implantação de um serviço de cuidado farmacêutico por meio da visita domiciliar no município de Bom Jesus-PI**. 2017. 27p. Monografia (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

PERES, H. A.; PEREIRA, L. R.L. Hipertensão Arterial Resistente: Uma oportunidade para o farmacêutico desenvolver o cuidado farmacêutico. **Rev Ciênc Farm Básica**, v. 36, n. 4, p. 483-489. 2015.

SANTOS, J. B.; LUQUETTI, T. M.; CASTILHO, S. R.; CALIL-ELIAS, S. Cuidado farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1-18, 2020.

TOLEDO, M. T. T. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n.1, p.87-97. 2017.



# CAPÍTULO 10

## ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS COM GRUPO DE IDOSOS PARA PROMOÇÃO DO AUTOUIDADO EM SAÚDE

Ana Karla Casimiro de Aragão  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

O envelhecimento pode ser designado como um processo sócio vital complexo, que ocorre ao longo de todo o curso da vida do indivíduo, desta forma, o processo de envelhecimento e o consequente aumento da população idosa se devem principalmente a dois fatores: à redução constante tanto nas taxas de fecundidade como de mortalidade, decorrentes da ampliação e melhorias do sistema de saúde como a inclusão de medidas de imunização tendo, por exemplo, implementação de campanhas vacinais e promoção da qualidade de vida. Porém, esse processo tem acontecido em ritmo acelerado ao longo dos anos, como consequência desse crescimento desordenado essa população tem se tornado maior que as demais (OLIVEIRA et al., 2018).

A expectativa de vida é designada como uma estimativa dos anos que se espera viver a partir de determinada idade, de acordo com os dados populacionais e de mortalidade, e pode ser utilizada como medida para monitorar a saúde da população. Por outro lado, a expectativa de vida saudável está associada diretamente a morbimortalidade da população, ou seja, estima o número de anos que uma pessoa pode esperar viver com determinada condição clínica, avaliando assim a qualidade dos anos a serem vividos. A partir disto, observou-se que estudos realizados acerca das desigualdades na esperança de vida saudável por Unidade da Federação, identificou que a esperança de vida saudável aos 60 anos entre os homens variou de 17,7 a 21,4, enquanto que entre as mulheres a variação foi de 20,1 a 25,4. Por meio desta análise, pode-se avaliar que as condições de vida são influenciadas fortemente pelos indicadores de mortalidade, entretanto as desigualdades são fatores determinantes quando se leva em consideração o bem-estar e as limitações nas atividades habituais, indicando assim a necessidade de intervenções no gradiente socioespacial na qual o indivíduo conviva (BORTOLUZZI, 2021).

O processo de envelhecimento é responsável por ocasionar modificações biopsicossociais no indivíduo, que estão associadas à fragilidade, que resultam numa maior vulnerabilidade e dependência. Com isso, muitas doenças podem surgir e gerar limitações ao



idoso. É nesse contexto que os profissionais da saúde estão inseridos, como principais agentes encarregados de promover a saúde do idoso e fazer com que o envelhecimento ocorra de forma saudável e ativa, como preconizado nas políticas públicas de saúde. A promoção da saúde visa garantir a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população por meio da participação e do controle social, assim envelhecimento ativo concentra-se na otimização das oportunidades de saúde, na participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, além de segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos e conseqüentemente aumentar a expectativa de vida para que ocorra de forma saudável (MALLMANN et al., 2015).

Entretanto, apesar do aumento acelerado da expectativa de vida, o Brasil não apresenta políticas públicas eficientes que sejam capazes de modificar as condições de vida e de saúde da população de pessoas com idade acima de 60 anos. Observa-se que o país não conseguiu acompanhar a inversão da pirâmide etária, o que, conseqüentemente, influenciou no aumento de necessidades de saúde, no sentido de garantir a qualidade de vida desses idosos (CYRINO et al., 2016).

As mudanças sociais, econômicas e demográficas decorrentes da transição epidemiológica no Brasil contribuíram para o aumento considerável da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM), visto que são as mais frequentes no país. O enfrentamento destas doenças crônicas mostra-se como um desafio para a saúde pública, considerando que ambas têm um forte impacto na vida dos indivíduos afetados, causam morte prematura e geram grandes efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. Quando associadas ao processo de envelhecimento, estas doenças tornam-se ainda mais incômodas, impactando diretamente na qualidade de vida e muitas vezes na autonomia e na independência dos indivíduos. É importante relatar que portadores de DCNT passam a necessitar de tratamento constante com foco maior voltado para as mudanças de hábitos de vida e uso de medicamentos, além de necessitarem de acompanhamento individual e especializado a longo prazo por parte dos profissionais de saúde. Acredita-se que apenas mediante a conscientização sobre a necessidade de mudanças de hábitos acompanhada de uma boa adesão ao tratamento, seja possível manter estas doenças sob controle (MOTTA et al., 2014).

Com isso, envelhecer com qualidade de vida é uma preocupação da área de geriatria e gerontologia, desse modo originou-se formulações teóricas diversas e um extenso discurso a



respeito do envelhecimento bem-sucedido, no qual se formulou o conceito de envelhecimento ativo (OLIVEIRA et al., 2018). Dessa forma, Massi et al., (2018) comentaram que o envelhecimento ativo é um conceito que não se refere à força física de trabalho, mas à participação social do idoso, destacando-se para uma nova compreensão acerca da velhice. Nessa concepção, os idosos passam a ser vistos, para além de aspectos exclusivamente orgânicos, e tornam-se agentes responsáveis pelas contribuições e benefícios do desenvolvimento social.

Segundo Oliveira et al., (2018) a prática de atividades lúdicas e educativas possui importância indiscutível para proporcionar a mudança no estilo de vida de idosos, haja vista que este tipo de estratégia de educação em saúde permite que ocorram momentos de bem estar físico, mental e de interação entre os participantes, podendo propiciar melhora significativa na qualidade de vida de idosos, além do fortalecimento da autonomia, da autoestima, da descontração, da reflexão e melhor compreensão do tema em discussão.

Portanto, a educação possui importância evidente para a promoção da saúde, sendo utilizada como instrumento transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da independência e da qualidade de vida do usuário (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). Além das ações realizadas em grupos, como dinâmicas que proporcionam relatos de experiências dos pacientes, permitem um processo integrador entre eles, em que a situação de um paciente ajuda o outro a entender melhor o processo da sua doença e, muitas vezes, auxilia na compreensão de complicações tardias ocasionadas por diversas doenças, como a exemplo no caso da HAS e o DM, com isso estas práticas educativas tem o objetivo de alertar os idosos para uma maior preocupação com sua saúde. Por fim, existe a necessidade de criação de programas voltados ao autocuidado com o intuito de reduzir as complicações tardias, que afetem positivamente nos custos em saúde referentes ao tratamento destas complicações geradas (MAGRI et al., 2020).

A condição crônica pode ser considerada como uma experiência de vida permanente, ocasionada por doenças que provoquem perdas e disfunções, além da alteração no cotidiano. Essa permanência causa estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adaptação social e psicológica, além de alteração na expectativa de vida, entretanto, o sistema de saúde encontra-se focado na doença aguda ao invés de doenças crônicas, o que resulta em pacientes desinformados e despreparados para realizar o autocuidado, além do mais, os planejamentos das visitas são breves e não há certeza de que as necessidades agudas e crônicas



serão eficientemente atendidas. Por este motivo, se tem necessidade da prática do empoderamento que se trata de um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões em torno de sua saúde, porque pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados, ou seja mais autônomos, interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (TADDEO et al., 2012).

Assim, é necessário priorizar ações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais nesse contexto de atendimento, favorecendo a autonomia e o empoderamento das pessoas em condição crônica e, como consequência, potencializar a capacidade funcional (MARQUES et al., 2019). Para isto, são utilizadas estratégias de promoção do envelhecimento saudável, as quais devem ser baseadas na educação em saúde, que proporciona a participação dos pacientes em grupos, favorece o aumento do controle de suas vidas, transforma a realidade social e política e torna-os independentes para decidirem sobre sua saúde (MALLMANN et al., 2015).

A educação em saúde é a atividade a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, na qual é entendida como uma prática para a mudança nos estilos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde (MALLMANN et al., 2015). Desse modo, as práticas educativas devem ser elaboradas a partir de relações dialógicas, participativas e afetivas com a proposta de construir um conhecimento crítico em defesa dos direitos humanos. Ressalta-se, ainda, a importância de aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivenciada por seu paciente, para que seja possível assim atingir resultados positivos durante os processos educativos (CABRAL et al., 2015)

Pelo exposto, os profissionais de saúde, assumem um caráter essencial no desenvolvimento de atividades educativas capazes de propor caminhos para prevenção de doenças e promoção da saúde aos pacientes, especialmente, os idosos, fornecendo, dessa forma, meios que permitam vencer os desafios impostos pela idade, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar (CABRAL et al., 2015). Visto que nesses ambientes normalmente são desenvolvidos um processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e direitos, estimulando ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com isso, o cenário é propício ao desenvolvimento dos profissionais da saúde,



uma vez que os permitem conviver com as diferentes realidades e ampliar sua visão acerca dos múltiplos fatores relacionados à saúde do idoso (SERBIM et al., 2013)

A promoção da saúde é uma estratégia que proporciona visibilidade aos fatores de risco e aos agravos à saúde da população, focando no atendimento do indivíduo e criando mecanismos que diminuam significativamente as situações de vulnerabilidade (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). Sendo assim a promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições, dos grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. As estratégias a serem trabalhadas, para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de forma integral, é a reorganização dos serviços e as atitudes dos profissionais para com os portadores da doença. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental e importante para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde, na qual se tem conhecimento que o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o paciente aprendem e ensinam, assim esses podem mudar completamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, participantes do processo de construção da saúde, que é o caso dos grupos de gestantes, idosos, diabéticos e hipertensos (SIGNOR et al., 2016).

Neste seguimento, a educação em saúde, vista como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de conhecimentos favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e a permuta entre saber científico e popular. Praticar educação em saúde é, assim, ser capaz de qualificar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares por meio do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável (MOTTA et al., 2014). Com esta demanda, o papel do profissional de saúde cresce e se aperfeiçoa diante da necessidade de uma nova visão, em que a conscientização e a iniciativa de propostas cada vez mais humanizadas são fundamentais (ALVES et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Portanto, a educação em saúde é uma estratégia de ensino desenvolvida por parte dos profissionais de saúde em comunidades com a população, principalmente os idosos, visto que esta parcela é a mais acometida por diversas doenças, como Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, e que normalmente fazem uso de inúmeros medicamentos para o tratamento destas condições clínicas. Desta forma, a educação em saúde tem como objetivo desenvolver atividades interativas que promovam a participação de todo o grupo da terceira idade e uma

troca de saberes entre os profissionais de saúde e os idosos, na qual, a partir destas atividades, estes indivíduos poderão conhecer mais sobre a doença e como prevenir possíveis complicações, além de adquirirem conhecimento de como melhorar a sua qualidade de vida e aumentar sua expectativa de vida, através de práticas do autocuidado com seu corpo e sua mente.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. S., ARAUJO, M. C. F., NASCIMENTO, M. P., RIBEIRO, F. C., REBOUÇAS, P. T., SANTOS, T. A., SANTOS, A. N., OLIVEIRA, C. S., OLIVEIRA, J. I. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. **J Health Sci**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2016.

BORTOLUZZI, E. C., MASCARELO, A., DELLANI, M. P., ALVES, A. L. S. A., PORTELLA, M. R., DORING, M. Expectativa de vida de idosos e doenças crônicas. **Braz Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 3057-3071, 2021.

CABRAL, J. R., ALENCAR, D. L., VIEIRA, J. C. M., CABRAL, L. R., RAMOS, V. P., VASCONCELOS, E. M. R. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Rev Enfer Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 71-75, 2015.

CYRINO, R. S., SILVA, L. E. D., SOUZA, M. R., BORGES, C. J., PEREIRA, L. T. S. Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. **Rev Ciênc Ext**, v. 12, n. 3, p. 154–163, 2016.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480–490, abr/jun 2015.

MAGRI, S., AMARAL, N. W., MARTINI, D. N., SANTOS, L. Z. M., SIQUEIRA, L. O., Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 2, p. 386-400, 2020.

MALLMANN, D. G., GALINDO NETO, N. M., SOUSA, J. C., VASCONCELOS, E. M. R., Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1763–1772, 2015.

MARQUES, M. B., COUTINHO, J. F. V., MARTINS, M. C., LOPES, M. V. O., MAIA, J. C., SILVA, M. J. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, 2019.

MASSI, G., WOSIACKI, F. T., GUARINELLO, A. C., LACERDA, A. B. M., CARVALHO, T. P., WANDERBROOKE, A. C., CAIRO, N. G., LIMA, R. R. Envelhecimento ativo: um relato de pesquisa-intervenção. **Rev CEFAC**, v. 20, n. 1, p. 5-12, 2018

MOTTA, M. D. C., PETERNELLA, F. M. N., SANTOS, A. L., TESTON, E. F., MARCON, S. S. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. **Rev Uningá Review**, v. 18, n. 2, p. 48-53, 2014



OLIVEIRA, F. A., SOUSA, F. S., CAVALCANTE, S. L., COUTO, A. R. M., ALMEIDA, A. N. S., BRANCO, M. F. C. C. Atividades de educação em saúde realizadas com um grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. **Rev Eletron de Extensão**, v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018

SERBIM, A. K., GERLACK, L. F., MARCHI, D. S. M., GAVIOLLI, C., CECCONELLO, M., MOREIRA, L.B., WERLANG, M. C. Oficinas Multiprofissionais: Educação em saúde para idosos de uma comunidade. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1500-1510, 2013.

SIGNOR, F., LEGUISAMO, C. P., DE MARCHI, C. B., BAVARESCO, S. S., OLIVEIRA, L. Z., PILLATT, A. P. Conhecimento e educação em saúde de idosos portadores de diabetes mellitus. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 2, p. 171-175, 2016.

TADDEO, P. S., GOMES, K. W. L., CAPRARA, A., GOMES, A. M. A., OLIVEIRA, G. C., MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923–2930, 2012.



# CAPÍTULO 11

## UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS

Alessandra de Souza Silva  
Ivanildo Nascimento Almeida Júnior  
Thayse Maria Barbosa Soares  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

### UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A transição demográfica determina queda nas taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida. Estima-se que a população mundial em 2050 será composta por 2.1 bilhões de habitantes, sendo que 22% corresponderá a idosos. Entretanto, esse aumento da expectativa de vida, especificamente no envelhecimento humano, vem sendo cada vez mais suscetível a doenças crônicas e com isso, resultando no aumento do uso dos medicamentos, visto que, com o passar dos anos há alterações biológicas no organismo que repercutem em declínio funcional e cognitivo. A cada doença diagnosticada deve-se ter total responsabilidade ao prescrever os medicamentos, principalmente em idosos, considerando que as alterações farmacocinéticas interferem desde a absorção até a eliminação, além da farmacodinâmica que torna esse grupo específico de indivíduos mais propensos a terem reações adversas e interações medicamentosas, promovendo resultados negativos para a qualidade de vida dos mesmos, uma vez que, o uso de medicamentos, tem impacto positivo, agindo no controle das doenças ou impactos negativos, isto quando prescritos de forma irracional podendo agravar o estado de saúde do idoso (FREITAS, 2017).

Com o envelhecimento, a diminuição da massa muscular, da água corpórea e da capacidade de filtração e excreção renal, quando associada ao uso de medicamentos, pode contribuir com o acúmulo de resíduos tóxicos no organismo e ocasionar reações adversas (ROZENFELD, 2003; GORZONI; PASSARELI, 2013). A presença de múltiplas doenças, observada na maioria dos idosos, ocasiona a utilização de vários medicamentos, favorecendo a polifarmácia que foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o uso regular de quatro ou mais medicamentos ao mesmo tempo (WHO, 2017).

A utilização de medicamentos, muitas vezes, é feita de maneira desarticulada, pois o idoso é atendido por diferentes especialistas que, em geral, não questionam sobre os



medicamentos prescritos anteriormente. A duplicação de prescrições é uma razão para a presença da polifarmácia (OLIVEIRA; SANTOS, 2016). Também é importante observar que a automedicação do idoso prática que acontece quando alguns idosos utilizam medicamentos recomendados por amigos, vizinhos, farmacêuticos e meios de comunicação, sem passar pela avaliação médica contribui para a polifarmácia resultando em alguns casos na utilização de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) (CASSONI et al., 2014; ANDRADE, 2016).

## **SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS PARA OS IDOSOS**

A seleção dos medicamentos para os idosos trata-se de um grande desafio, no entanto, é uma prática fundamental tendo em vista que a escolha adequada irá proporcionar melhora na qualidade de vida do paciente. A prescrição deve ser sempre ajustada à condição clínica do idoso, analisando riscos e benefícios decorrentes do uso dos mesmos, garantindo a segurança na farmacoterapia. Essa avaliação inicia-se considerando o perfil do paciente; o problema de saúde e suas particularidades; seguindo a hereditariedade clínica, logo após, deve-se ter revisões dos casos com uma equipe multiprofissional de saúde, abordando questões pertinentes e levando em consideração tanto a farmacoterapia quanto a importância das referências para avaliar os Medicamentos Potencialmente Inapropriados para a terceira idade (MPIO) (ISMP, 2019).

Dentre as estratégias para diminuir os riscos à pessoa idosa oriundos do uso de medicamentos, listam-se algumas recomendações para prevenir a existência de eventos adversos envolvendo MPIO (ISMP, 2019):

- Tratar a população idosa como grupo-alvo de prioridade para prevenção de eventos adversos a medicamentos;
- Incluir na padronização dos medicamentos em serviços de saúde os itens mais seguros para os idosos, levando-se em consideração os princípios ativos, a dosagem e a forma farmacêutica;
- Adotar a listagem dos MPIO devidamente atualizados e divulgar nos serviços de saúde, com alternativas terapêuticas contribuindo para o desenvolvimento de protocolos diferenciados;
- Comunicar-se com pacientes, familiares e cuidadores dos idosos, conscientizando sobre a importância do tratamento não farmacológico no sucesso terapêutico;

- 
- Fazer a divulgação entre os profissionais de saúde sobre os principais eventos adversos, observados com o uso destes medicamentos e as especificidades das suas consequências de acordo com o serviço que for oferecido;
  - Adequar a farmacoterapia ao idoso, com a conciliação dos medicamentos, discutir casos clínicos com equipe multidisciplinar, revisar prescrições e incorporar referências dos medicamentos;
  - Analisar a possibilidade de reduzir o número dos medicamentos prescritos para idosos, atentando sempre a adesão de medidas não farmacológicas, fazendo a retirada de MPIO sempre que viável e analisando os riscos de síndrome de abstinência nos casos de medicamentos sujeitos à controle especial como os benzodiazepínicos;
  - Caso a utilização de MPIO for inevitável, adicionar o medicamento na menor dose terapêutica, de acordo com a função renal e hepática do paciente. Recomendar a suspensão do medicamento da farmacoterapia geriátrica, logo que, as situações agudas estiverem equilibradas;
  - Especificar medidas de efetividade e de segurança para a farmacoterapia geriátrica conforme o perfil do paciente e escolta-lo com regularidade buscando anular a ocorrência de eventos adversos;
  - Atentar a probabilidade de diminuir as sequelas de eventos adversos;
  - Instruir os idosos, familiares e os responsáveis cuidadores sobre os riscos associados à utilização de MPIO, introduzindo os isentos de prescrição que estão devidamente ligados à prática da automedicação (ISMP, 2019).

## **MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS (MPIO)**

É o termo utilizado para se referir àqueles medicamentos cujos riscos referentes a sua utilização consideram-se superiores aos benefícios terapêuticos. São fármacos em que os riscos superam os benefícios de sua utilização quando há opções terapêuticas com evidência científica equivalente mais segura (AGS, 2019). Estão fortemente relacionados a desfechos em saúde desfavoráveis, como reações adversas a medicamentos (delirium, sedação, hemorragias gastrintestinais, quedas, fraturas), internação hospitalar e maior morbimortalidade entre os idosos (NASCIMENTO et al., 2017).

A identificação desses medicamentos é uma importante estratégia para a prevenção de problemas de saúde adicionais entre idosos, para reduzir reações adversas, problemas relacionados a medicamentos e essencial para a manutenção de sua qualidade de vida (AGS,



2019). Vários países desenvolveram seus critérios baseando-se na sua realidade e mercado farmacêutico. Em 2016, foi publicado o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (CBMPI) para idosos, a partir da validação utilizando método Delphi do conteúdo dos Critérios AGS/Beers (2012) e do Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP) (2006), as mais utilizadas no mundo (OLIVEIRA et al. 2017).

Os critérios de Beers surge como uma das ferramentas mais consultadas para analisar a qualidade e a segurança do uso de medicamentos pela população, sendo bastante utilizados pelos profissionais de saúde e como forma de prevenir e obter um nível de eficiência no cuidado ao idoso (LIMA, 2019). Tem como objetivo listar tais medicamentos, relacionando as prescrições inapropriadas, interações e riscos, proporcionando o uso de forma racional e evitando o aumento das taxas de hospitalizações e eventos adversos como por exemplo, fraturas, constipação, piora no quadro de insuficiência cardíaca congestiva, depressão, disfunção renal, entre outros (FREITAS, 2017).

Portanto, a avaliação dos MPII irá contribuir para a redução dos riscos relacionados a esses medicamentos, seja por interações, uso inadequado ou uso irracional. A fim de diminuir equívocos na qualidade e na segurança da farmacoterapia utilizada, bem como, informar e identificar a população/pacientes-alvo com a problemática, resultando assim na melhoria da qualidade de vida.

## **IATROGENIA E O ENVELHECIMENTO**

A palavra iatrogenia provém do grego iatros (médico, curandeiro) e genia (origem, causa), e se refere a qualquer alteração patológica (efeitos adversos ou complicações), causada ao paciente por erros dos profissionais de saúde, advindos do tratamento e que geram consequências prejudiciais à saúde do paciente/cliente (PIERIN et al., 1983). A iatrogenia adquire maior importância nos indivíduos idosos nos quais, tanto à incidência como a intensidade de suas manifestações costumam ser mais acentuadas (ANASTÁCIO, 2019).

A população idosa no Brasil (com idade igual ou superior a 60 anos) vem crescendo rapidamente nas últimas décadas, tanto numericamente como em anos de sobrevida. Tal fato pode ocasionar, um aumento progressivo da demanda, principalmente no que diz respeito à internação hospitalar (ZERAH et al., 2020). Todo profissional está susceptível a erros, os quais, usualmente, se devem à excesso de carga-horária de trabalho, falta de atenção, conhecimento escasso, estresse do profissional, negligência, imprudência, dificuldades para entender as



prescrições e outras. Considerando que a iatrogenia é um indicador de qualidade do serviço prestado pela equipe de saúde de um hospital, a maioria dos autores recomenda que “deve-se incentivar a notificação, do evento iatrogênico, e utilizar-se de educação continuada para diminuir o número de erros” (CHITTINENI et al., 2019).

As negligências “contribuem, sobremaneira, para o aparecimento das grandes síndromes geriátricas, ou seja, os ‘5 is’ da geriatria: Instabilidade Postural, Incontinência Urinária, Insuficiência Cerebral, Iatrogenia e Isolamento Social. A prevalência destes eventos em idosos pode ser elevada, pois estas pessoas, usualmente não recebem um tratamento caracterizado para sua idade e assim, ficam mais suscetíveis a erros cometidos pelos profissionais de saúde. O atendimento do idoso apresenta um caráter multidisciplinar, onde profissionais de várias áreas associam-se, para oferecer uma assistência global ao paciente, o conceito de iatrogenia direcionada para clientes idosos tem significado mais amplo, relacionando-se às condutas tomadas pelos vários membros da equipe. Um olhar mais atento e alerta para as questões de ordem iatrogênica pode contribuir para que as equipes e instituições de saúde possam implementar outras formas de agir, buscando a diminuição dos problemas. Da atuação dos Conselhos de Medicina e de Enfermagem, assim como dos serviços (públicos e privados) de educação e saúde depende a diminuição desta problemática (LACERDA, 2018).

A iatrogenia remete a um dos problemas gigantes da geriatria, a precaução para que a mesma não ocorra, torna-se extremamente importante e merece maior atenção. A profilaxia das iatrogenias é de responsabilidade médica, dos profissionais de saúde, bem como dos educadores que trabalham na formação dos futuros médicos, sendo essenciais na luta contra esse fator. Ao obter uma posição humilde, o médico não cometerá erros, pois tem discernimento para fazer perguntas de uma perspectiva abrangente e trabalhar em equipe. É preciso respeitar e compreender o paciente como seu igual, por meio da escuta ativa, para determinar os reais fatores que o levaram a ingressar na instituição de saúde e adotar uma perspectiva biopsicossocial para melhorar a relação médico-paciente (ANASTÁCIO, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Portanto, vale ressaltar que a medicação para idosos é um aspecto importante dos cuidados geriátricos e que requer atenção. Dessa forma, a correção da polifarmácia com base em múltiplos medicamentos que o paciente faz uso, podem ser consideradas como uma das ferramentas mais importantes para prevenir a iatrogenicidade. Ademais, políticas públicas que incentivem a prescrição medicamentosa coerente devem ser implementadas. Assim, a avaliação

dos MPIO irá contribuir para a redução dos riscos relacionados a esses medicamentos, seja por interações, uso inadequado ou uso irracional. A fim de diminuir equívocos na qualidade e na segurança da farmacoterapia utilizada, bem como, informar e identificar a população/pacientes-alvo com a problemática, resultando assim na melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AGS. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **J Am Geriatr Soc**, v. 67, n. 4, p. 674-694, 2019.

ANASTÁCIO, L. B.; FROTA, R. E.; FREITAS, R. B.; ALMEIDA, C. F. Iatrogenia associada à polifarmácia no idoso. Anais do VI Congresso Internacional do Envelhecimento Humano, Campina Grande, 2019. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO\\_EV125\\_MD4\\_SA3\\_ID2663\\_10062019182146.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD4_SA3_ID2663_10062019182146.pdf). Acesso em: 02 ago. 2021.

ANDRADE, K.V. F.; FILHO, C. S.; JUNQUEIRA, L. L. Prescription of potentially inappropriate medications for older adults: a cross-sectional study in psychiatric institution. **J Bras Psiquiatr**, v. 65, n. 2, p.149-154, 2016.

CASSONI, T. C. J.; CORONA, L. P.; ROMANO-LIEBER, N. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cad Saude Publ**, v. 30, n. 8, p. 1708-1720, 2014.

CHITTINENI, C.; DRIVER, B. E.; HALVERSON, M.; COLE, J. B.; PREKKER, M. E.; PANDEY, V.; LAI, T.; HARRINGTON, J.; ZHAO, S.; KLEIN, L. R. Incidence and Causes of Iatrogenic Hypoglycemia in the Emergency Department. **West J Emerg Med**, v. 20, n. 5, p. 833-837, 2019.

FREITAS, P. E. F.; REIS, A. M. M. Prescrição inapropriada de medicamentos a idosos: análise dos critérios publicados de 2011 a 2016. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**, v. 8, n. 4, p. 31-36, 2018.

GORZONI, M.; PASSARELI, M. C. Farmacologia e terapêutica. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013. p.1046-1054.

ISMP. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. **Gerência de farmacovigilância da ANVISA lança pesquisa para conhecer o perfil dos notificadores de eventos adversos de medicamentos**. v. 8, n. 3, p. 1-9, 2019.

LACERDA, J. S. Saiba o que são os 5 IS da Geriatria. Projeto Cuidar. Disponível em: <https://geriatriagoiania.com.br/saiba-o-que-sao-os-5-is-da-geriatria/>. 2018. Acesso em: 02 ago. 2021.

LIMA, L. Y. R. de; REZENDE, D. M. R. P. de; GALETE J.; MOREIRA, L. R.; MOREIRA, R. S.; BARBOSA, S. R. M.; PENHA, R. M. P.; POLISEL, C. G. Utilização de medicamentos



potencialmente inapropriados por idosos hospitalizados. **Braz J of Develop**, v. 5, n. 10, p. 17952-17966, 2019.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A.; LEITE, S. N.; COSTA, K. S.; SOEIRO, O. M.; GUIBU, I. A.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ACURCIO, F. A. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, n. 51, S. 2, p. 1-5, 2017.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 167-179, 2016.

OLIVEIRA, M.G.; AMORIM, W. W.; OLIVEIRA, C. R. B.; COQUEIRO, H.L.; GUSMÃO, L. C.; PASSOS, L. C. Consenso Brasileiro de Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 10, n.4, p. 168-184, 2017.

PIERIN, A. M. G.; IDE, C. A. C.; PADILHA, K. G.; MARKIEVICZ, W. Iatrogenia em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 17, n. 2, p. 119-25, 1983.

ROZENFELD S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saude Publ**, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

ZERAH, L.; BIHAN, K.; KOHLER, S.; MARIANI, L. L. Iatrogenesis and neurological manifestations in the elderly. **Rev Neurol (Paris)**, v. 176, n. 9, p. 710-723, 2020.

WHO. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017. Available in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=F7127FF68114625583ECA40B0CB2BFB1?sequence=1>. Access in: 11 de jan. 2021.

# CAPÍTULO 12

## ASPECTOS ATUAIS DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas  
Paulo Rodrigues de Lima Filho

### A SAÚDE BUCAL DO IDOSO

A saúde bucal como parte indissociável da saúde do ser humano, naturalmente, sofre influência de diversos fatores e, em especial, dos determinantes sociais da saúde de uma população. Apesar destes fatores terem interferência no decorrer da vida, é no envelhecer que percebemos o resultado dos problemas bucais que foram se acumulando ao longo da vida.

Desde o final do século XX, o Brasil tem passado por uma profunda transição demográfica, passando a ter um elevado número de pessoas com mais de 60 anos (PAULA; ALMEIDA; ALVES, 2014). Neste sentido, a temática do envelhecimento assume posição de destaque na contemporaneidade, tornando-se pauta que desperta preocupações intelectuais e políticas por se constituir, além de um fenômeno demográfico, uma questão econômica, social, política, cultural e ética (MENDONÇA et al., 2021). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse acelerado envelhecimento da população brasileira traz importantes desafios para a sociedade (IBGE, 2015).

No Brasil, o envelhecimento da população ocorre em condições desfavoráveis, sobretudo para os mais pobres. O número de idosos aumenta principalmente devido à expansão das técnicas de saúde, medicamentos e hábitos de higiene, sem que represente, necessariamente, melhoria das condições de vida da população (OLIVEIRA, 2019).

Considerada como sendo de primordial importância fisiológica e metabólica, a cavidade bucal, como parte integrante do corpo e não vista de maneira isolada, também passa a sofrer com a chegada da idade (SALES; FERNANDES NETO; CATÃO, 2017). E, de acordo com Silva, Bonini e Bringel (2015), a saúde bucal do idoso, geralmente, reflete as condições em que essa pessoa viveu, sendo pior na velhice, quanto pior foi durante a vida pregressa.

É importante salientar que os cuidados com saúde bucal independem da idade da pessoa ou do número de dentes presentes na boca. Nesse sentido, investir em saúde bucal, além de trazer melhorias ao componente sistêmico da saúde, um sorriso harmônico, agradável e sem



dor, contribui positivamente para o aumento da autoestima e do convívio social (SILVA; BONINI; BRINGEL, 2015; SILVA et al., 2015).

Entretanto, de maneira peculiar, o retrato da saúde bucal no Brasil apresenta alta prevalência de cárie e doença periodontal, com exclusão dos adultos e dos idosos dos programas públicos de atenção à saúde bucal, fator que atua de forma determinante para a deterioração da saúde da boca com o passar do tempo (BRASIL, 2011). Esse conjunto de situações no cotidiano das pessoas, ao longo de um período extensivo, contribui para a perda da qualidade de vida (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015).

Dentre os problemas de saúde bucal mais comuns, decorrentes da cárie dentária e das doenças periodontais, está o Edentulismo que, muitas vezes, produz incapacidades importantes e que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes (CARNEIRO et al., 2005). Para Agostinho, Campos e Silveira (2015), esse nível de autopercepção pode ser considerado coerente com a precária condição bucal encontrada em sua pesquisa, marcada por alta prevalência de dentes perdidos.

Outro fator a ser levado em consideração é a necessidade de tratamento odontológico voltado para a população idosa, devido às patologias oriundas do próprio envelhecimento (SALES; FERNANDO NETO; CATÃO, 2017). Alguns idosos requerem ajuda com certas atividades necessárias para sua vida diária, seja por limitação física da idade ou advinda de um problema de saúde (TROCÓNIZ; CERRATO; DIAS, 1997). Esta função pode ser exercida por cuidador formal (profissional contratado) ou cuidador informal (pessoa da família ou amiga) (DINIZ et al., 2018).

Este capítulo objetiva tecer considerações sobre a saúde bucal do idoso brasileiro encontrada na literatura, frente à marcante transição demográfica pela qual passa o país, destacando os aspectos gerais sobre o Edentulismo nessa população, bem como os fatores que afetam a saúde bucal do idoso, os cuidados necessários nesta fase da vida e o papel fundamental dos cuidadores no processo de envelhecimento.

## **O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E OS NOVOS DESAFIOS PARA A SAÚDE BUCAL DO IDOSO**

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento submete o organismo a diversas alterações, a exemplo da redução do tecido muscular, aumento da gordura corpórea, diminuição do tecido ósseo, deficiências visuais e auditivas, menor proteção da mucosa gástrica, lentidão



no trânsito intestinal, além de outras alterações relacionadas aos sistemas endócrino, neurológico e imunológico (CABRERA, 2004).

Com o passar da idade, algumas dificuldades motoras podem se desenvolver, levando a um comprometimento da capacidade de higienização da pessoa idosa (ROVIDA et al., 2013), a qual pode apresentar dificuldades para executar também a higiene oral. Neste sentido, a saúde bucal caracteriza-se como um componente de extrema importância para a manutenção das condições de saúde sistêmicas da pessoa idosa (CAMPOS et al., 2014).

De acordo com Puturidze et al., (2018), a saúde bucal interfere diretamente no bem estar físico, mental e social do indivíduo e, portanto, necessita de atenção especial, pois uma higienização bucal precária pode desencadear a cárie e outras complicações, além de infecções localizadas, como periodontite e gengivite, que podem contribuir para a deterioração da qualidade de vida, principalmente em pessoas idosas.

Nos casos em que o idoso tem suas capacidades motoras ou psicomotoras reduzidas, é de extrema importância a figura do cuidador que possui papel fundamental para elevar a qualidade de vida da pessoa idosa, atuando como impulsionador das capacidades presentes e desenvolvedor de novas habilidades para que o idoso conquiste a máxima autonomia possível (ARHEGAS; SILVA; FERREIRA, 2020).

Existe, no Brasil, uma situação desfavorável com relação à saúde bucal da população idosa, seja ela institucionalizada ou não, havendo necessidade de programas voltados para a recuperação, melhora e manutenção da saúde bucal desse grupo etário (BARBOSA, 2011). Desta forma, a elaboração de políticas públicas e conscientização dos agentes responsáveis pela saúde dessa população são fatores primordiais para mudança do cenário dramático encontrado na atualidade.

## **DOENÇAS SISTÊMICAS E SAÚDE BUCAL**

Diversas enfermidades comuns ao paciente idoso apresentam repercussão na cavidade bucal, para as quais o cirurgião-dentista deve estar atento, no intuito de minimizar interferências no tratamento odontológico, a exemplo o câncer, a artrite, o diabetes e o mal de Parkinson (NAKAYAMA; WACHIO; MORI, 2004).

Pacientes que passam por terapia anti-neoplásica, muitas vezes, apresentam má nutrição, cicatrização alterada, perda da capacidade gustativa, diminuição da resistência às infecções, além de redução do fluxo salivar, fator que propicia um ambiente mais favorável ao



desenvolvimento de cárie dentária, dentre outros agravos. Os pacientes portadores de artrite e mal de Parkinson apresentam perda da habilidade manual necessária para uma completa higiene bucal e os diabéticos têm alta prevalência de xerostomia, candidíase, cáries múltiplas e doença periodontal (SOELL et al., 2007).

Reconhecidamente, algumas doenças bucais são mais prevalentes e apresentam maior severidade em portadores de certas doenças sistêmicas, como o Diabetes *mellitus* (DM) (SANTOS-PAUL et al., 2015). Além da periodontite agravada, a candidose oral representa uma das manifestações orais mais observadas em diabéticos descompensados, frequentemente nas formas clínicas: eritematosa (estomatite por dentadura), queilite angular e glossite romboidal mediana. Vale ressaltar ainda que a hipossalivação, juntamente com a alta concentração de glicose na saliva, também contribuem como fatores de risco para a cárie dentária (YAMACHITA et al., 2013). Desta forma, o DM é um problema de saúde pública, necessitando de grandes cuidados, não apenas por parte do cirurgião-dentista, como também por uma equipe multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2016).

As doenças degenerativas, como a doença de Parkinson, de acordo com estudos recentes, afetam negativamente a saúde bucal de idosos, os quais apresentam maiores índices de biofilme dental, provavelmente devido à dificuldade de executar os movimentos da escovação com maior precisão, favorecendo ao aparecimento de cárie e doença periodontal (SILVA et al., 2021).

Diante das alegações expostas, percebe-se a necessidade do cirurgião-dentista conhecer e dominar os diversos aspectos que tangem às condições de saúde sistêmica do paciente idoso, que podem refletir na saúde bucal do mesmo, de modo a ofertar um atendimento individualizado a cada caso.

## **RETRATO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO NO BRASIL**

Muitas famílias têm se valido das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na contemporaneidade, como uma tentativa de oferecer cuidados mais específicos à população da terceira idade (VELOSO et al., 2016). Entretanto, a literatura mostra que os residentes de ILPI apresentam saúde bucal mais debilitada (GUTHS et al, 2017). Este fato pode ser explicado pela dificuldade do auto cuidado e conhecimento insuficiente dos cuidadores sobre saúde bucal.

Para Santos et al., (2008), os cuidadores formais de idosos nem sempre são qualificados e treinados para ofertarem os cuidados necessários relacionados à higiene bucal. Também



sugeriram que, para os cuidadores, a saúde bucal situa-se, frequentemente, em segundo plano, quando se consideram as demais condições desestabilizadoras da saúde apresentadas por muitos idosos.

Numa revisão sistemática, realizada por Costa, Macedo e Souza (2020) foi concluído que a condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados é frágil, seja ela quando analisada separadamente ou em comparação com os idosos residentes em comunidades. Concluíram ainda que esses pacientes têm a necessidade de cuidados específicos provenientes de profissionais de saúde bucal especializados ou de capacitação dos cuidadores de tais instituições.

Um fato preocupante é que, seja para promoção de saúde ou de maneira curativa, são poucas as ILPI que contam com serviços odontológicos e aproximadamente metade dos idosos usa próteses removíveis parciais ou completas. Este fator pode explicar os altíssimos índices de alterações de mucosa oral encontrados, bem como o quadro de má higienização bucal (FERREIRA; MAGALHÃES; MOREIRA, 2010).

Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista faz-se de extrema importância, frente ao complexo quadro de falta de assistência odontológica encontrado na maioria das ILPI, atuando como agente promotor de saúde e prevenindo os principais agravos que acometem essa população.

## **SOBRE O EDENTULISMO NO BRASIL**

A perda dental total ou parcial não se constitui só num problema estético, mas pode gerar uma série de distúrbios, tanto físicos, funcionais, como psicológicos. Mesmo com a reabilitação, agravos como estomatites e úlceras estomacais podem ocorrer, relacionados ao uso de próteses dentárias. Cuidar bem dos dentes é fundamental para a saúde ao longo da vida, mas sobretudo na velhice.

Quando se fala em Edentulismo ou perda dentária, fica patente a interferência deste fator na saúde geral dos idosos, afetando a qualidade de vida. Além de dificultar a alimentação, diminui a capacidade funcional de fonação, acarreta prejuízos nutricionais, estéticos e psicológicos, reduz a autoestima e prejudica a integração social (MUSACCHIO et al., 2007). Pesquisa constatou que a ausência de dentes exacerba a deficiência cognitiva, que se agrava quando a arcada dentária não é devidamente reabilitada por mais de 15 anos (ROSSETTI; GEHRKE, 2017), algo comum entre grupos populacionais em desvantagem socioeconômica.



A perda dentária é um fenômeno complexo que envolve não apenas fatores biológicos, mas também fatores culturais, sociais e econômicos (MARCHI et al., 2012). De acordo com Ribeiro et al., (2011), o Brasil ainda apresenta uma alta prevalência de Edentulismo. Na nossa sociedade, tanto por parte da população idosa quanto por parte de cuidadores, existe a concepção errônea de que a perda dentária ao longo da idade é um processo natural (KURIHARA et al., 2013). A própria autopercepção de saúde bucal dos idosos pode ser considerada ruim, acompanhando a precária condição de saúde bucal encontrada, marcada por alta prevalência de dentes perdidos (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015). Entretanto, a perda de todos os dentes não pode ser naturalizada apenas como consequência da idade cronológica e do envelhecimento biológico (MAIA et al., 2020).

Para Maia et al., (2020), uma menor renda familiar mensal e baixa escolaridade são fatores relacionados à maior prevalência de Edentulismo total entre pessoas de idade avançada. É importante salientar que, para evitar o aumento da perda dentária, faz-se necessário um cuidado permanente com a saúde bucal, deve ser constante mesmo quando não houver mais a presença de dentes naturais, de modo a prevenir também outros problemas de saúde, como o aparecimento de desordens com potencial de malignidade.

### **LESÕES E DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIDADE NA TERCEIRA IDADE**

São várias as desordens com potencial de malignização que acometem a cavidade oral, dentre elas as mais comuns são: lesões brancas (leucoplasias, líquen plano e ceratose actínica); vermelhas (eritroplásicas); ou combinadas (eritroleucoplásicas) e a leucoplasia oral (CAVALCANTE et al., 2016).

As desordens com potencial de malignidade em boca estão associadas, principalmente, ao estilo de vida, como hábitos viciosos (tabagismo e etilismo), consumo de alimentos em temperaturas elevadas e próteses mal-adaptadas (DURANT et al., 2017). O aumento da incidência de casos novos de câncer bucal indica que essa doença constitui um problema de saúde pública (FURTADO et al., 2019).

Tanto as lesões com potencial de malignização quanto o câncer bucal são mais frequentes no gênero masculino, acima da sexta década de vida, que fazem uso de álcool, tabaco ou o uso combinado dos dois psicoativos (CAVALCANTE et al., 2016; DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2017). Vale salientar que algumas atividades profissionais favorecem o desenvolvimento de lesões com potencial de malignização e câncer bucal, como é

o caso dos trabalhadores rurais, devido à alta taxa de exposição à radiação solar (FERREIRA et al., 2016; DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2017).

Um dos maiores desafios no combate ao câncer bucal é o diagnóstico tardio das lesões, devido à demora do paciente em procurar um profissional ou a demora no atendimento dessas pessoas (MOSELE et al., 2008). De acordo com Martins et al., (2015), essa deficiência no diagnóstico, conseqüentemente, gera significativas taxas de morbimortalidade.

Para um melhor prognóstico do paciente, após o diagnóstico da lesão, é de extrema importância, que haja o acompanhamento do mesmo. Entretanto, é baixo e preocupante o percentual de pacientes diagnosticados com lesões bucais que retornam para realização do controle clínico da condição, como evidenciado por Rodrigues et al., (2018), em estudo realizado que concluíram que apenas 25,2% dos pacientes fizeram o retorno para acompanhamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrevemos neste cenário, alguns aspectos da saúde bucal de pessoas idosas e como a condição bucal pode afetar a saúde geral e esta similarmente, ter conseqüências na saúde bucal. Neste contexto, o cirurgião-dentista, como responsável pelo cuidado na saúde bucal, deve ter o compromisso de promover a saúde, contribuindo na elevação da qualidade e expectativa de vida do paciente, se constituindo um profissional fundamental, em todos os níveis de atenção à saúde, praticando uma odontologia humanizada seja ela curativa ou reabilitadora, sem deixar de priorizar a prevenção e a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. da. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Rev de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, 2015.

ARCHEGAS, L. R. P.; SILVA, S. M. L. M. da; FERREIRA, I. do R. C. Envelhecer com dignidade: Saúde bucal do idoso. **Divers@!**, v. 13, n. 1, p. 92-97, 2020.

BARBOSA, K. G. N. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira. **Rev Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 3, p. 221-225, 2011. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882011000300007&script=sci\\_arttext](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882011000300007&script=sci_arttext). Acesso em 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf). Acesso em 20 abr. 2021.

CABRERA, M. A. S. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 16-20, 2004.

CAMPOS, J. A. D. B.; CARRASCOS, A. C.; ZUCOLOTO, M. L. Validation of a measuring instrument for the perception of oral health in women. **Braz Oral Res**, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2014.

CARNEIRO, R. M. do V.; SILVA, D. D. da; SOUSA, M. da L. R. de; WADA, R. S. Saúde bucal de idosos institucionalizados, zona leste de São Paulo, Brasil, 1999. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 1709-1716, 2005.

CAVALCANTE, A. B. P.; ABRANTES, J. G. S. de; SOUSA, J. N. L. de; BARROSO, K. M. A. Estudo de prevalência de lesões orais malignas ou com potencial de malignização, como estratégia de prevenção do câncer oral: uma revisão da literatura. **Rev Saúde & Ciência Online**, v. 5, n. 2, p. 111-127, 2016.

COSTA, M. J. F.; MACEDO, L. P. V.; SOUZA, M. C. Condições de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil: revisão sistemática. **Arch of Health Investigation**, v. 9, n. 3, p. 286-289, 2020.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. de S.; NERI, K. H.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; GAIOLI, C. C. L. de OL; GRATÃO, A. C. M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3789-3798, 2018.

SANTOS DOMINGOS, P. A. dos; PASSALACQUA, M. L. da C.; OLIVEIRA, A. L. B. M. de. Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Rev de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 46-52, 2017.

DURANT, V.; COMIM, L.; LINDEN, M. S. S.; RINALDI, I.; CARLI, J. P. de. Lesão Cancerizável com aspecto clínico de lesão benigna em paciente tabagista. **Rev Salusvita (Online)**, p. 475-488, 2017. Disponível em: [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v36\\_n2\\_2017\\_art\\_08.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v36_n2_2017_art_08.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S. de; MOREIRA, A. N. Oral mucosal alterations among the institutionalized elderly in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 24, n. 3, p. 296-302, 2010.

FERREIRA, A. M.; LUCENA, E. E. de; OLIVEIRA, T. C. de; SILVEIRA, E. da; OLIVEIRA, P.T. de; LIMA, K. C. de. Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers. **Oral diseases**, v. 22, n. 6, p. 536-542, 2016.

FURTADO, L. S. F. A.; SALES, J. L. A. M.; FONTES, N. M.; BATISTA, M. I. H. de M.; CARVALHO, A. A. T.; PAULINO, M. R. Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: uma revisão integrativa. **Rev Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 4, p. 479-490, 2019.

GÜTHS, J. F. da S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V. dos; AROSSI, G. A.; BÉRIA, J. U. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras de Geriat e Gerontol**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4250>. Acesso em 21 abr. 2021.

KURIHARA, E.; NEVES, V. J. das; KITAYAMA, V. S.; ENDO, M. S.; TERADA, R. S. S.; MARCONDES, F. K. Relationship between oral health and psychological factors in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. **Rev Gaúch de Odontol (Online)**, v. 61, n. 2, p. 177-186, 2013. Available in: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372013000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372013000200003&script=sci_arttext&tlng=en). Access in 21 abr. 2021.

MAIA, L. C.; COSTA, S. de M.; MARTELLI, D. R. B.; CALDEIRA, A. P. Total edentulism in older adults: aging or social inequality? **Rev Bioética**, v. 28, n. 1, p. 173-181, 2020.

MARCHI, R. J. de; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N.; SANTOS, C. M. dos; MARTINS, A. B.; PADILHA, D. M. Four-year incidence and predictors of tooth loss among older adults in a southern Brazilian city. **Community Dent and Oral epidemiol**, v. 40, n. 5, p. 396-405, 2012.

MARTINS, A. M. E. de B. L.; BARRETO, S. M.; SANTOS-NETO, P. E. dos; SÁ, M. A. B. de; SOUZA, J. G. S.; HAIKAL, D. S.; FERREIRA, E. F.; PORDEUS, I. A. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2239-2253, 2015.

MENDONÇA, J. M. B. de; ABIGALIL, A. P. de; PEREIRA, P. A. P.; YUSTE, A.; RIBEIRO, J. H. de S. O sentido do envelhecer para o idoso dependente. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 57-65, 2021.

MOSELE, J. C.; STANGLER, L. P.; TRENTIN, M. S.; SILVA, S. O. da; CARLI, J. P. de. Levantamento epidemiológico dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade bucal registrados no serviço de diagnóstico histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo/RS. **Rev Odonto**, v. 16, n. 32, p. 18-24, 2008.

MUSACCHIO, E.; MUSACCHIO, E.; PERISSINOTTO, E.; BINOTTO, P. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. **Rev Acta Odontologica Scandinavica**, v. 65, n. 2, p. 78-86, 2007.

NAKAYAMA, Y.; WASHIO, M.; MORI, M. Oral health conditions in patients with Parkinson's disease. **Journal of epidemiology**, v. 14, n. 5, p. 143-150, 2004.

OLIVEIRA, T. F. de; MAFRA, R. P.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. **Rev Odontol Clín Cient (Online)**, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2016. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882016000100003&script=sci\\_arttext](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882016000100003&script=sci_arttext). Acesso em 21 abr. 2021.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Rev Bras de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

PAULA, B. G. de; ALMEIDA, M. R. B. de; ALVES, J. de F. C. S. Alterações bucais de idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo (Online)**, v. 26, n.

3, p. 219-226, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2015/v26n3/a4995.pdf>. Acesso em 21 abr. 2021.

PUTURIDZE, S. et al. Relationship between general health, oral health and healthy lifestyle in elderly population. **Georgian medical news**, v. 2, n. 2, p. 17-20, 2018.

RIBEIRO, M. T. F.; ROSA, M. A. C. da; LIMA, R. M. N. de; VARGAS, A. M. D. Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. **Rev de Saúde Pública**, v. 45, p. 817-823, 2011.

RODRIGUES, K. S.; ABRANTES FILHO, G. N. de; SOBRAL, A. P. V.; BARROSO, K. M. A.; NASCIMENTO, G. J. F. do; CARVALHO, C. H. P. de. Desordens orais potencialmente malignas: um estudo de prevalência. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v. 18, n.2, p. 6-16, 2018. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2018/02/Artigos/02ArtOriginalDesordensoraispotencialmentemalignas.pdf>. Acesso em 21 abr. 2021.

ROSSETTI, P. H. O.; GEHRKE, S. A. A perda dentária, o declínio cognitivo e a recuperação imediata do exercício mastigatório para, possivelmente, reduzir este problema mundial. Estamos perto de uma resposta? **Implant News Perio**, p. 242-246, 2017.

ROVIDA, T. A. S.; PERUCHINI, L. F. D.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, A. S. O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 12, n. 1, p. 43-46, 2013. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882013000100010](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882013000100010). Acesso em 21 abr. 2021.

SALES, M. V. G.; FERNANDES NETO, J. A.; CATÃO, M. H. C. V. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 3, p. 120-4, 2017.

SANTOS, P. S. da S. Use of oral rinse with enzymatic system in patients totally dependent in the intensive care unit. **Rev Bras de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 154-159, 2008.

SANTOS-PAUL, M. A. dos; NEVES, I. L. I.; NEVES, R. S.; RAMIRES, J. A. F. Local anesthesia with epinephrine is safe and effective for oral surgery in patients with type 2 diabetes mellitus and coronary disease: a prospective randomized study. **Clinics**, v. 70, n. 3, p. 185-189, 2015.

SILVA, B. L. A.; BONINI, J. A.; BRINGEL, F. de A. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Araguaína/TO. **Braz J Periodontol**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2015.

SILVA, J. L.; MARQUES, A. P. de O.; LEAL, M. C. C.; ALENCAR, D. L.; MELO, E. M. de A. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. **Rev Bras de Geriat e Gerontol**, v. 18, n. 2, p. 443-451, 2015.

SILVA, C. C.; SILVA, D. E. P. da; SILVA, R. M. da; LEITE, E. B. da C.; CORIOLANO, M. das G. W. de S.; LINS, C. C. dos A. Avaliação da correlação entre biofilme dental e qualidade de vida em pessoas com parkinson. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 28871-28880, 2021.



SOELL, M.; HASSAN, M.; MILIAUSKAITE, A.; HAIKEL, Y.; SELIMOVIC, D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. **Diabetes & metabolism**, v. 33, p. S10-S18, 2007.

TROCÓNIZ, M. I. F. de.; CERRATO, I. M.; DIAZ, P. V. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familia-res. Madrid: IMSERSO, 1997. Disponível em: <http://bit.ly/121b5Wv>. Acesso em: 13 de abr. 2021.

VELOSO, C.; BRITO, A. A. O. de; RODRIGUES, L. de P.; VELOSO, L. U. P. Perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 7, p. 2504-2512, 2016.

YAMASHITA, J. M.; MOURA-GRECA, P. G. de; CAPELARIA, M. M; SALES-PERESA, A.; SALES-PERES, S, H. de C. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. **Rev de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 3, p. 211-220, 2013.



# SOBRE A ORGANIZADORA



## **MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ**

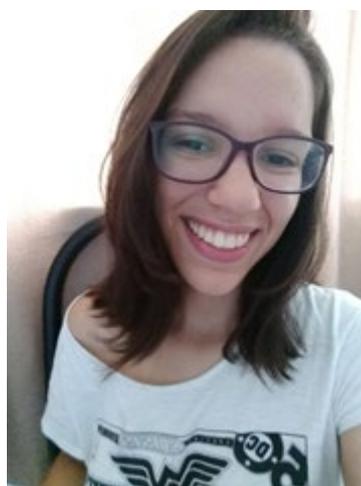
Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Regional do Nordeste (1987), especialização em Análises Clínicas (1989), mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba (1998) e doutorado em Biotecnologia em Saúde (2015). Tem experiência na área de Saúde Pública e Farmácia, com ênfase em Assistência Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: medicamentos, serviços farmacêuticos, leite humano, diabetes mellitus e hipertensão arterial. É membro dos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq: Atenção à Saúde, Assistência Farmacêutica e Bio Análises. Atua como tutora do Programa de Educação Tutorial - PET FARMÁCIA UEPB desde dezembro de 2010. Membro do Comitê de Acompanhamento e Avaliação (CLAA) dos grupos PET da UEPB. Docente da Universidade Estadual da Paraíba, desde 1992 lecionando os componentes Deontologia e Legislação Farmacêutica, Assistência Farmacêutica, Estágio Supervisionado em Farmácia Comunitária e Hospitalar e Estágio Supervisionado em Cuidados Farmacêuticos.

# COLABORADORES

**Alessandra de Souza Silva**



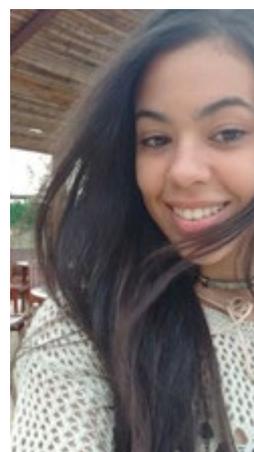
**Anna Júlia de Souza Freitas**



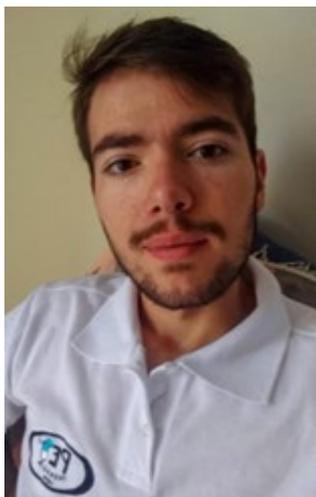
**Ana Catarina Guimarães Gomes**



**Brunna Emanuely Guedes de Oliveira**



**Cadmo Vinicius Lopes Rêgo**



**Daiana Mendes Felix**



**Caroline Santos Pereira**



**Dayverson Luan de Araújo Guimarães**



**Erisson Leite Lemos**



**Luana da Silva Noblat**



**Lethycia da Silva Barros**



**Thaize Medeiros de Azevedo**



**Thayse Maria Barbosa Soares**



**Maria Fátima Gonçalves de Araújo**



**Yana Soares Elias**



**Ivania Alves Guedes**



**Ana Karla Casimiro de Aragão**



**Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas**



**Ivanildo Nascimento Almeida Júnior**



**Yuri Barbosa Soares da Silva**



**Ygor Nathan Candido de Queiroz**



**Paulo Rodrigues de Lima Filho**



www.editorapublicar.com.br  
contato@editorapublicar.com.br  
@epublicar  
facebook.com.br/epublicar

# ENVELHECIMENTO HUMANO:

SAÚDE E DIREITOS  
DO IDOSO

---

Maria do Socorro Ramos de Queiroz  
Organizadora



2022



www.editorapublicar.com.br  
contato@editorapublicar.com.br  
@epublicar  
facebook.com.br/epublicar

# ENVELHECIMENTO HUMANO:

## SAÚDE E DIREITOS DO IDOSO

---

Maria do Socorro Ramos de Queiroz  
Organizadora



2022

