

**CARACTERIZAÇÃO DE HOMENS IDOSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO
DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO EM SÃO LUÍS-MA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS

São Luís

2018

RENATO MENDES MIRANDA

CARACTERIZAÇÃO DE HOMENS IDOSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO EM SÃO LUÍS-MA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca de defesa do Curso
de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão para
obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.
Orientadora: Prof. Dr.^a Ana Hélia de
Lima Sardinha

São Luís

2018

Miranda, Renato Mendes.

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS HOMENS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO EM SÃO LUÍS-MA / Renato Mendes Miranda. - 2018.

55 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem, 2018.

1. Atenção básica. 2. Idoso. 3. Saúde do homem. I. Sardinha, Ana Hélia de Lima. II. Título.

RENATO MENDES MIRANDA

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS HOMENS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO EM SÃO LUÍS-MA

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do
Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha
(orientadora)
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Ms. Rafael de Abreu Lima – 1º membro
Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dr.^a Maria Lúcia Holanda Lopes – 2º membro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Introdução: O fenômeno do envelhecimento populacional é um fato no Brasil, estima-se que a população idosa em 2050 representará quase 30% da população nacional. Mesmo com muitas políticas voltadas para a população na terceira idade criadas, doenças crônicas não transmissíveis acometem essa população. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos homens idosos do Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís – MA. **Métodos:** Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados dos prontuários de 172 usuários do sexo masculino atendidos do Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís – MA. A coleta de dados foi realizada nos dias 15 de outubro de 2017 a 15 de janeiro de 2018; os critérios de inclusão na pesquisa foram prontuários completos e usuários do sexo masculino que frequentaram a unidade durante a coleta de dados. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 73 anos, de maioria com baixa escolaridade (63,9%), cor parda (52,3%). O sedentarismo foi o fator de risco mais apresentado (67,4%), 92% dos prontuários verificados apontou que o cliente possuía algum tipo de problema de saúde, sendo problemas cardiovasculares o mais comum (59%) e dentre estes, o diagnóstico mais comum foi Hipertensão Arterial Sistêmica. **Conclusões:** Alta frequência de sedentarismo, doenças cardiovasculares e endócrinas encontradas entre os pacientes. Sugere-se foco na educação e promoção em saúde continuamente com a finalidade de traçar-se estratégias mais eficazes para a população alvo.

Palavras-chave: Idoso, atenção básica, saúde do homem.

ABSTRACT

Introduction: Population-aging is a fact in Brazil, it is estimated that in 2050, the seniors will compose about 30% of the country's total population. Although there are many policies focused on elderly people, non-communicable diseases still affect this population. **Objective:** Characterize the profile of elderly men on Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís – MA. **Methods:** Qualitative, descriptive approach on this research. The data were collected from 172 male patient records in Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís – MA. The time cut used on the data gathering was patient records from 2012 to 2018, and the last medical appointment should be at least 3 months from the day of the data gathering. The ethical matters were followed and the identities of the patients were preserved following the rules of the resolution 422 from December 12 of 2012 from the National Health Council. **Results:** The average age of the participants were 73 years old, mostly illiterate or without complete elementary school (63,9%), brown skin (52,3%). The sedentary life style was the most common factor of risk found between them (67,4%), 92% of the medical records pointed out that the client had at least one health problem, which cardiovascular problems were the most common (59%) and among them, the most found diagnosis was systemic arterial hypertension. **Conclusion:** High sedentary life style rates, cardiovascular and endocrine diseases were found among the patients. It is suggested more focus on continued health education and health promotion for the purpose to create more effective strategies to the target population.

Keywords: Elderly, primary attention, men's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária do Brasil nos anos 80.....	17
Figura 2: Pirâmide etária do Brasil no ano 2010.....	18
Gráfico 1: Riscos de saúde nos pacientes.....	37
Gráfico 2: Problemas de saúde encontrados nos pacientes.....	38

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço à minha amada mãe Noraney dos Remédios Mendes Machado e meu igualmente amado pai Haroldo Mattosinhos de Miranda por terem me dado amor, educação digna além da escola e me preparado para a vida; tudo com paciência e incontáveis horas de conversa que tivemos.

Agradeço a minha orientadora Ana Hélia de Lima Sardinha, por em tão pouco tempo, conseguir fazer tanto, e claro, pelo carinho e cuidado que ela tem.

Ao Josafá Barbosa Marins, que além de amigo, foi um excelente orientador extraoficial, sempre respondendo em tempo hábil, bom humor e otimismo.

Aos meus irmãos Felipe Mendes Miranda e Marta Rosália Mendes Miranda, pelo eterno amor e união que sempre me ajudou nos momentos difíceis superando qualquer distância física.

Agradeço a minha noiva Monica Correa de Sousa por todo o incentivo e ter sempre sido a mão que me levantou quando eu caía.

Aos meus amigos Jesiniel Martins (Jota) e ao grande Tiago Campos Quevedo, com discussões acaloradas além de um pedaço de orientação não oficial e alguns salvamentos de última hora, vocês são demais!

Ao meu primo Raimundo Brandão que sempre me apoiou nessa empreitada desde o Ensino Médio.

A minha grande amiga Apoana Câmara Raposo, que me despertou prazer em estudar, puxou minha orelha nos momentos necessários e nunca saiu do meu lado, mesmo quando estava distante. Uma verdadeira inspiração para mim.

Agradeço também a todos envolvidos no processo, alunos e corpo docente do curso de Enfermagem, no fim dessa jornada.

“Se eu vi mais longe que outros, foi por estar sobre os ombros de gigantes” (Isaac Newton).

“O calado é o vencedor” (Lázaro José da Rocha).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 O processo de envelhecimento mundial:	16
3.2 A fisiologia do envelhecimento.	18
3.3 Patologias associadas à idade avançada.	20
3.4 Assistência em saúde à pessoa idosa:	21
3.5 O papel do idoso na sociedade contemporânea.	23
4. OBJETIVOS	25
5. METODOLOGIA	26
5.1 Tipo de estudo	26
5.2 Local do estudo	26
5.3 População e amostra	27
5.4 Coleta de dados e instrumentos.....	27
5.5 Análise de dados	28
5.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa	28
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	47

ANEXO B: NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA “CUIDADO É FUNDAMENTAL”	49
---	----

1. INTRODUÇÃO

Na cultura oriental desde a Idade Antiga, os anciãos eram considerados fontes de sabedoria e experiência de vida infindáveis, sendo comumente associados à tomadas de decisões importantes nas cidades. A própria Grécia Antiga era regida por uma gerontocracia, onde um conselho de anciãos ajudava os reis em assuntos de Estado. Essa visão foi mudando com o tempo, principalmente no Ocidente e após a Revolução Industrial, foi havendo uma desvalorização onde a pessoa idosa era considerada como inválido, pois já tinha trabalhado o suficiente e não tinha mais valia, uma cultura que foi se estendendo até os dias de hoje em boa parte do mundo (BORLOTI, 2015).

Com os avanços da medicina, acesso a saneamento básico e melhorias na educação como um todo, cada dia que passa o ser humano está vivendo cada vez mais, com mais qualidade de vida e por consequência, a população idosa aumenta tanto em números absolutos como proporcionalmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população idosa nos últimos 50 anos aumentou 700% e as previsões para 2050 são que a população da terceira idade será de 64 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 29,7% de toda a população brasileira (IBGE, 2012).

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), considera a pessoa idosa toda aquela acima de 60 anos e a elas garantido direitos à vida e à saúde através de políticas públicas que permitam um processo de envelhecimento saudável como atividades preventivas, promoção à saúde e acesso prioritário a tais serviços. Também é dever da sociedade proporcionar dignidade, liberdade e respeito. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), exige das esferas tanto públicas como privadas que a assistência seja multiprofissional, multidisciplinar, pois a interação entre família, fatores físicos, psicológicos e sociais são cruciais para a qualidade de vida do sujeito.

A Organização Mundial de Saúde define o idoso por idade cronológica, sendo todas as pessoas à partir de 60 anos em países em desenvolvimento e pessoas com 65 anos em países desenvolvidos (WHO, 2005), deixando bem claro que ser idoso não depende apenas de idade, mas também contexto social.

O processo de envelhecimento do organismo é natural e inevitável, apesar de variar entre indivíduos, todos os seres humanos passam por esse processo de perdas e ganhos do envelhecimento. A senescência, ou o envelhecimento natural e saudável, é o declínio gradual das funções biológicas, que conseqüentemente acaba por diminuir a

chance de sobrevivência e as capacidades de auto-regulação e reparação do organismo. Esse processo não ocorre da mesma maneira em todos os indivíduos, tendo uma variação baseada em genética, hábitos de vida e seus riscos (sedentarismo, tabagismo, etilismo, rotina alimentar) e fatores psicossociais (estresse, círculo de amizades, apoio familiar) (FREITAS, 2016).

Apesar de um expressivo avanço, a sociedade brasileira só começou a discutir o envelhecimento populacional e cuidados à pessoa idosa recentemente, tendo em vista que o Estatuto do Idoso só foi publicado em 2003 e a Política Nacional, três anos depois em 2006. Além de assegurar atendimentos prioritários e assentos reservados, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe, acima de tudo, um atendimento multidisciplinar e integral ao idoso, propondo a inclusão em grupos sociais e estimulando um estilo de vida ativa. A PNSPI também deixa bem claro, que apesar de muitas vezes associadas, a incapacidade funcional e limitações físicas e cognitivas, são perfeitamente evitáveis, dependendo muito mais do estilo de vida do cidadão do que necessariamente o processo de envelhecimento em si (BRASIL, 2006).

Com o aumento da população de idosos no mundo e a procura constante aos serviços de saúde, espera-se que o contingente profissional esteja pronto para atender a clientela, essa tendência tem-se mostrado em escala mundial. Esse aumento da população idosa também implica em um aumento dos custos na assistência, o que pode comprometer a qualidade de vida da clientela idosa (CUNHA, 2014).

Atualmente, o homem morre cada vez menos de doenças infecto-parasitárias, o que aumenta a perspectiva e esperança de vida, em contrapartida, a falta de adesão a hábitos de vida saudáveis e o próprio processo de envelhecimento em si, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentando de maneira alarmante. Em um estudo realizado por Lopes (2014) que traçava o perfil epidemiológico dos idosos em uma unidade de Estratégia Saúde da Família, apenas 5,2% dos entrevistados afirmaram não ter nenhum problema de saúde, sendo problemas cardiovasculares os mais comuns (60,3%).

Já outro estudo realizado por Cunha (2014) em uma unidade de emergência do Rio de Janeiro, aponta que a maior causa de internações nesse setor são as doenças cardiovasculares, sendo que em todos os pacientes foram encontrados pelo menos um fator de risco como diabetes ou hipertensão arterial sistêmica, as insuficiências renais crônicas devido a um agravamento no quadro, tanto em homens quanto mulheres.

Conseqüentemente, isso mostra principalmente que as entradas na emergência não são somente “males súbitos”, mas sim uma forte evidência na deficiência de autocuidado desses idosos e conseqüentemente, uma carência na acessibilidade de serviços de saúde básica com a finalidade de prevenir justamente esses agravos (CUNHA, 2014)

É esperado que os profissionais da saúde, sobretudo da enfermagem estejam capacitados para esta demanda. O atendimento ao idoso se difere principalmente na detecção precoce dos agravos afim de diminuir o dano ou mesmo evitar que aconteça, é de suma importância também, a sensibilidade do profissional e a constante atenção não somente na doença do idoso, mas nele como um ser humano e tentar introduzir os familiares do paciente no atendimento (RESENDE et al, 2015).

Entretanto, o que normalmente é visto, é um atendimento mecanizado, despreparado sem diferenciação da pessoa na terceira idade a qualquer adulto. Inclusive, muitas vezes, a unidade não tem nenhum tipo de atendimento específico na rotina, sendo muitas vezes agendados e classificados em quaisquer grupos (RESENDE et al, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

O objeto de investigação dessa pesquisa foi o perfil dos homens idosos atendidos por um centro de atenção em São Luís.

Lendo artigos, como no próprio dia a dia, vemos um descaso com as pessoas acima de 65 anos, principalmente no Brasil; talvez isso seja o reflexo do nosso próprio medo de envelhecer. Esta problemática é multifatorial, pois vai desde a falta de incentivo a atenção aos idosos, já que a cada dia que passa, as pessoas em idade produtiva têm que trabalhar mais, portanto, menos tempo disponível para cuidar da família e ao invés da responsabilidade do cuidado ser delegada entre os familiares, acaba passando para um cuidador contratado e na maioria das vezes, não qualificado.

Durante minha vida acadêmica e pessoal, me deparei muitas vezes com a falta de preparo com a pessoa idosa por parte dos familiares, do estado e profissionais da saúde. A dificuldade dos familiares está mais quanto a quem vai ficar cuidando dos seus entes enquanto trabalham e da divisão de trabalho entre os outros membros da família; especialmente quando a pessoa idosa possui alguma demência ou deficiência física.

No decorrer dos estágios e práticas nos hospitais, a queixa mais comum por parte dos acompanhantes era justamente a sobrecarga de tarefas a um único membro da família. Da parte do estado, a falta de programas específicos aos idosos para a inclusão e incentivo a atividades estimulantes e lúdicas. E dos profissionais da saúde, a falta de sensibilidade ao lidar com esse público o que muitas vezes reflete uma falta de preparo enquanto estavam na academia.

Quando se fala de assistência à terceira idade, normalmente o que se vê é assistência ambulatorial e hospitalar, mesmo na atenção básica, porém, para um envelhecer mais saudável é primordial o acesso a atividades com a finalidade de estimular as esferas psicossociais e cognitivas, gerando também promoção à saúde, como exercícios físicos, dança, jogos que estimulem a memória e entretenimento de modo geral (PILGER et al, 2013).

O presente estudo foi realizado com a população masculina pois esta apresenta uma esperança de vida menor que a feminina, frequenta menos serviços de saúde e demonstra índices maiores de doenças crônicas (IBGE, 2009).

A principal relevância deste trabalho está em tornar público tanto aos profissionais da saúde, estudantes da área e ao poder público, uma amostra da realidade que se encontra em São Luís no seu principal centro de atenção a idosos. Ver como são os idosos dessa geração, quais as doenças mais comuns, nos dará uma ideia de quais problemas nós mesmos enfrentaremos e possivelmente nos prepararmos para quando nossa vez chegar. Conhecer o perfil da população é importante para o planejamento das ações e desenvolvimento de estratégias voltadas para a realidade do local.

A pergunta norteadora da pesquisa foi: Qual perfil dos homens atendidos no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso em São Luís – MA?

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O processo de envelhecimento mundial:

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial, se dá ao aumento da esperança de vida e da diminuição expressiva da taxa de fecundidade. O aumento da esperança de vida é justificado pelos avanços tecnológicos e científicos, processo de urbanização e maior acesso a educação, o que conseqüentemente diminui a mortalidade relacionada a doenças infecto-parasitárias; já o processo de educação diminui hábitos de risco e as chances de acidentes. A diminuição da fecundidade é um processo natural mundial associado ao aumento do acesso a métodos contraceptivos, também correlacionados a melhorias na educação e urbanização (IBGE, 2012).

Muitas políticas públicas voltadas ao idoso foram criadas no Brasil nos últimos 20 anos, porém, a velocidade que o processo de envelhecimento populacional ocorre é maior do que a dos órgãos responsáveis se adaptarem a esta situação (BARRETO, 2015).

Mesmo em países desenvolvidos, esse fenômeno acarretou uma problemática desafiadora e, sendo o Brasil um país em desenvolvimento, junto a uma crise financeira, agrava ainda mais a situação; pois essa mudança na pirâmide populacional reflete em vários âmbitos da administração como previdência, leis trabalhistas, políticas em saúde, especialmente em gastos com medicamentos voltados para DCNTs e a arrecadação do Estado; questões sociais de pobreza e fragilidade também se incluem como assuntos que devem ser discutidos e reestruturados. O setor privado não é isento de conseqüências, tendo muitas vezes que adaptar as estruturas e serviços voltados para a clientela crescente de idosos (BARRETO, 2015).

Outro agravante do Brasil é a situação epidemiológica, que apesar de constantemente diminuindo a incidência de doenças infecto-parasitárias, o país ainda apresenta índices expressivos e uma agenda incompleta na resolução dessas endemias, além da desnutrição ainda existente em praticamente todas as regiões do país (BRITO et al, 2013).

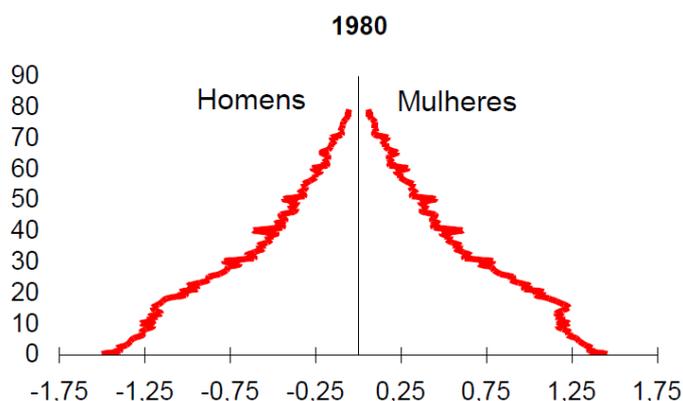
Apesar de multissetorial, fica evidente que o segmento administrativo mais afetado com o aumento da população da terceira idade é o setor da saúde, tendo em vista que a população idosa procura mais frequentemente estes serviços, as internações tendem a demorar mais (BRITO et al, 2013).

Além da ocupação física, ainda há uma carência de profissionais capacitados, já que essa clientela possui suas especificidades fisiopatológicas e sociais, não obstante, além do maior tempo de permanência, são comuns idosos com múltiplos diagnósticos, especialmente as DCNTs, que demandam procura aos serviços de saúde frequentemente e medicações de manutenção do estado de saúde, medicações essas que oneram ainda mais o setor público. Fatores ambientais também devem ser levados em consideração, já que quedas estão relacionadas a fraturas, gerando internações recorrentes (BRITO et al, 2013).

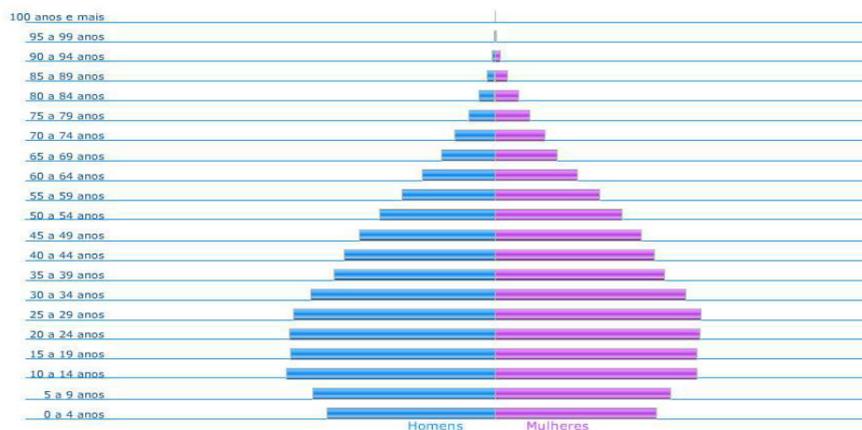
Sendo assim, o Estado incentiva soluções práticas e economicamente viáveis para amenizar a problemática e otimizar os recursos já disponíveis. Fica evidente a falta de produção científica sobre envelhecimento populacional e ainda menos propostas para a solução do problema de aumento de gastos na saúde. Estima-se que foram gastos em 2002 aproximadamente 3,8 bilhões de reais em atendimentos ambulatoriais e 3,7 bilhões em internações, isso apenas associado às DCNTs, sendo que a tendência é aumentar os gastos (SILVA et al, 2015).

Um processo que está acontecendo em nível tanto mundial como local é o estreitamento da base da pirâmide populacional, que significa que tanto a fecundidade diminuiu significativamente nas últimas décadas. Entre os anos 2000 e 2010, os níveis de fecundidade caíram um total de 20,2% a nível nacional e 23,4% na região nordeste, mesmo nas áreas rurais que ainda têm índices altos de fecundidade, a tendência é diminuir (IBGE, 2012). Outra alteração que vem sido notada na pirâmide, é o alargamento do topo, aumentando a quantidade de adultos e idosos, entre os anos 2000 e 2010, o percentual de pessoas acima de 65 anos aumentou de 5,8% para 7,2%; isso se dá principalmente pelo aumento da esperança de vida de modo geral. Essas características na pirâmide são comuns em regiões urbanizadas e países desenvolvidos e são um fator associado a uma boa qualidade de vida (IBGE, 2012).

Figura 01: Pirâmide etária do Brasil nos anos 80.



Extraído de: IBGE, 2012.

Figura 02: Pirâmide etária do Brasil no ano 2010

Extraído de: IBGE, 2012.

3.2 A fisiologia do envelhecimento.

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, no qual há uma diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo. Com hábitos de vida saudáveis, equilíbrio psicossocial e fatores ambientais favoráveis, esse processo, além de ocorrer de maneira mais lenta, também não acarreta demais consequências; este processo é conhecido como senescência. No entanto, fatores genéticos, hábitos de vida não favoráveis e um ambiente estressante acabam sobrecarregando o indivíduo e conseqüentemente, acarretar em uma condição patológica que necessita de assistência, a senilidade (VICENTE, 2013).

A maior parte de nossas células está em processo constante de renovação, onde as mitoses acontecem sincronizadas à apoptose, a morte celular programada, porém, as células humanas têm uma capacidade limitada de replicação, chegando um momento onde não ocorrerá mais. A senescência celular começa justamente no período em que essas células param de se replicar (FREITAS, 2016).

Quando isso acontece mais frequentemente com o passar dos anos, os sinais fisiológicos do envelhecimento celular começam a aparecer no indivíduo, porém o gatilho para essa diminuição da renovação tecidual ainda não é totalmente esclarecido. Sabe-se entretanto que fatores externos, como alimentação e estresse estão intimamente

ligados a esse processo, desde o acúmulo de radicais livres, a alterações celulares propriamente ditas, como a poluição do ar, ou alguns tipos de radiação (FREITAS, 2016).

O conjunto dessas alterações em vários sistemas no corpo, causam alterações fisiológicas comuns da senescência, o metabolismo do idoso diminui e há uma diminuição de massa muscular magra, a diminuição da quantidade de água no corpo também decai, havendo conseqüentemente diminuição dos órgãos e da estatura geral. O epitélio perde até 20% da espessura, há a perda de colágeno no tecido o deixando mais flácido, mais suscetível a infecções e cicatrização mais demorada (FREITAS, 2016).

Os órgãos dos sentidos também são afetados pela senescência, há uma diminuição da acuidade visual, acuidade auditiva, especialmente em sons de alta frequência, uma alteração comum também ocorre no paladar, diminuindo a sensação do sabor salgado (FREITAS, 2016).

Nos sistemas cardíaco e respiratório, a maior parte das alterações está associada à perda de flexibilidade tecidual, gerando, por exemplo, espessamento dos vasos, o que acaba sendo um fator de risco natural para a Hipertensão Arterial Sistêmica. O próprio miocárdio aumenta de volume, especialmente no ventrículo esquerdo. Há alterações em outros órgãos, por exemplo, aumento da próstata e diminuição do peristaltismo, sendo comum; idosos constipados e com dificuldades digestivas (BRASIL, 2013).

O sistema nervoso central entra em pico de ação entre os 20 a 30 anos, à partir de então, estabiliza-se em um platô que só se altera à partir dos 80 anos de idade em um expressivo declínio, porém o tamanho do cérebro em si não varia entre indivíduos jovens e idosos. Novos neurônios são formados durante a vida inteira, porém, as perdas sempre serão maiores que a geração de novas células. Os neurônios com o passar dos anos apresentam envelados neurofibrilares e “placas senis”, causadores de um pequeno declínio da funcionalidade cerebral, há também a diminuição da “troca de informações” em diversos tipos de neurotransmissores, mas os prejuízos são mínimos, não devendo ser confundidos com sintomas de Doença de Alzheimer, por exemplo (FREITAS, 2016).

No sistema endócrino, há diminuição de secreção de hormônios nas glândulas tireoide, paratireoide, hipófise (causada por hipertrofia da glândula em si) e do pâncreas. Apesar da diminuição da funcionalidade no pâncreas, as alterações na glicemia em jejum são pequenas (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que as alterações apresentadas estão associadas ao risco de doenças e agravos, mas não necessariamente são as causas delas.

3.3 Patologias associadas à idade avançada.

Com o declínio gradativo da funcionalidade fisiológica associada ao processo de envelhecimento, o corpo fica mais suscetível ao surgimento de doenças, especialmente neoplasias e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vale lembrar que apesar da suscetibilidade da população idosa a esses agravos; estes não podem ser considerados como consequências naturais no decorrer da vida, sendo evitáveis e mesmo quando manifestados, podem ser controlados diminuindo o máximo possível os prejuízos acarretados. Este problema não se manifesta somente na esfera nacional, estima-se que cerca de 80% das mortes no mundo inteiro estejam associadas às DCNTs (WHO, 2015).

Nos últimos anos, as doenças crônicas não transmissíveis estão associadas a uma expressiva quantidade de óbitos no país, onde a hipertensão está diretamente relacionada às doenças cardíacas que lideram o ranking (CARVALHO et al, 2014).

Entre as DCNTs mais prevalentes, estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) que são importantes destacar, pois estão associadas a diversas complicações renais, endócrinas e vasculares (FREITAS, 2016).

A HAS é uma doença de alta prevalência e baixa taxa de controle, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (acima de 140/90 mmHg); em alguns estudos, chega a afetar 69,9% da população idosa (PIMENTA et al, 2015) e em países como a Alemanha, a prevalência atinge 55% de toda a população adulta. A mortalidade por doenças cardiovasculares aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) à partir de 115/75 mmHg, além de ser fator de risco para doenças isquêmicas cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, o que a torna um expressivo redutor na qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

O DM é um transtorno metabólico caracterizado por hiperglicemia (maior ou igual a 126 mg/dl em jejum) e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultante de defeitos na produção ou ação da insulina; sua importância epidemiológica aumentou com o passar dos anos justamente por um acréscimo de sua prevalência em todas as populações, principalmente a idosa.

O DM está associado a outros agravos como dislipidemias, disfunção endotelial e diversas complicações renais. Um levantamento em nível nacional mostrou que 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos são portadores (BRASIL, 2013).

A maioria das DCNTs são de baixa adesão ao tratamento e com dificuldades na busca ativa da população alvo, pelo fato de muitas vezes, serem assintomáticas, ou sintomas leves, o que faz com que o cliente só procure o serviço de saúde quando as manifestações clínicas já estão deveras avançadas, dificultando a reabilitação. Outra questão a ser apontada é o fato das DCNTs em sua maioria possuem um curso lento e contínuo, assim como seus tratamentos, o que acarreta em abandono do tratamento assim que o quadro se estabiliza e os sintomas aliviam ou desaparecem; esses fatores são além de dificultores, oneram ainda mais os órgãos de saúde responsáveis (BARRETO, 2015).

3.4 Assistência em saúde à pessoa idosa:

Em uma sociedade onde a ciência é cada vez mais especializada, não é surpresa que existam algumas áreas da saúde especificamente dedicadas aos idosos. A geriatria surgiu no século XIX, sendo seu maior expoente, a França, no contexto que se mostrava o país, a população mais velha estava em grande número, conseqüentemente, houve a criação de diversos asilos para acomodar essa população e naturalmente, foram surgindo os primeiros especialistas. Mas nesse contexto histórico e social, a velhice ainda era considerada quase uma patologia, sendo a geriatria o ramo da ciência que estudava as doenças associadas à velhice (PORTO, 2013).

Baseada na geriatria, no século seguinte, surge a gerontologia, um ramo de estudo paralelo, mas com uma visão mais completa do indivíduo, levando em consideração o processo de envelhecimento do ser humano não somente como a “fase final da vida”, mas sim como um processo natural segundo os planos biológicos, psíquicos e sociais (PORTO, 2013).

A Associação Brasileira de Gerontologia impera a necessidade da garantia de um processo de envelhecimento que seja orientado e bem assistido por uma equipe multidisciplinar para que assim possa ser garantida uma qualidade de vida adequada e conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida de forma saudável (ABG, 2017).

Em 2003 no Brasil, entra em vigor o Estatuto do Idoso, elaborado para atender as necessidades e assegurar os direitos da população brasileira acima de 60 anos de idade. Foi nesse estatuto, por exemplo, que surgiram as leis de gratuidade e atendimento preferencial a nível nacional, um dos focos do estatuto, também, foram penas mais severas a agressões a idosos, com a finalidade de proteger essa população (BRASIL, 2003).

Em 2006, é criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), criando uma política adaptada a crescente clientela de pessoas idosas, pois até então, eram vistos apenas como “adultos mais velhos”, sem levar em consideração as necessidades e desafios específicos dos idosos. A PNSPI agregou principalmente a promoção da saúde através de hábitos de vida mais saudáveis, a redução do sedentarismo, foco em doenças crônicas associadas à idade avançada, imunização contra a influenza, etc. É importante frisar que a PNSPI não é apenas aplicada ao SUS, mas também há uma série de normas e sugestões aos serviços de saúde privados (BRASIL, 2006).

O papel da enfermagem na assistência da pessoa idosa está focada principalmente na prevenção de agravos, promoção à saúde e quando já foi detectado alguma doença, reabilitação ou manutenção do tratamento. O atendimento deve sempre ser feito da maneira mais humanizada possível, com uma visão biopsicossocial e tendo em vista que essa clientela muitas vezes se encontra em estado frágil, demandando atenção especial (BRASIL, 2013).

A porta de entrada ao atendimento em saúde do cidadão brasileiro está na atenção primária, nela está a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo prestar um atendimento de qualidade à população, integral e humano, garantindo o acesso à assistência e prevenção a toda população, porém nem sempre acaba sendo o que realmente acontece. Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde com a equipe de enfermagem mostrou muitas dificuldades da parte dos profissionais quanto ao atendimento ao idoso. O enfermeiro atuante na Atenção Primária deve atender a população em todas as fases da vida, desde a infância até a terceira idade levando em consideração suas especificidades e elaborando atividades programadas que possam atender a essas necessidades da demanda (BRASIL, 2011).

Nesse estudo, a primeira principal dificuldade encontrada foi justamente a falta de atendimento específico à pessoa idosa, o atendimento é realizado e agendado como se fosse para qualquer usuário, sem nenhum tipo de atividade direcionada a esse público, somente nas atividades já programadas pelo cronograma da instituição, como o “*hiperdia*”, sendo este focado em patologias, não no público alvo. A consulta de enfermagem também acaba sendo genérica, sem observar, por exemplo, vestígios de violência doméstica (RESENDE et al, 2015).

Quando se trata de atendimento à pessoas da terceira idade, é indispensável a formação de uma rede de apoio familiar, mesmo com idosos independentes, para que

integre e faça do cuidado uma atividade compartilhada consequentemente fortalecendo os vínculos afetivos, já que no Brasil, a cada dia está crescente o número de cuidadores familiares, onde nem sempre o elo profissionais da saúde/família é bem estabelecido, já que o atendimento é focado completamente no sujeito, não na rede familiar, deixando assim os cuidadores sem conhecimentos técnicos necessários para uma melhoria na qualidade do cuidado (MARANHA, 2017).

Outro problema ocorre durante a consulta de enfermagem realizada nas UBS, onde o cliente idoso muitas vezes não sente a necessidade de participar da consulta, já que na AB em sua maioria se resume a aferição de pressão arterial e glicemia, coleta de exame preventivo de colo do útero, consultas de pré-natal e procedimentos curativos, novamente não levando em consideração as especificidades, consequentemente diminuindo o interesse de procura da clientela (MARANHA, 2017).

Uma das principais causas desses agentes dificultores está justamente na falta de preparo dos profissionais da enfermagem no atendimento dessa clientela que vem crescendo de maneira rápida sem o assunto ser abordado com o cuidado que deveria, já que a consulta de enfermagem muitas vezes não é realizada seguindo uma sistemática pré-estabelecida, sequer com algum *background* da própria unidade (SILVA, 2014).

O enfermeiro além do atendimento, também trabalha com diversas funções distintas nas unidades. É esperado que atue como cuidador, gestor de equipes, mediador entre a unidade e a gestão pública e administrador do serviço, o que acaba sobrecarregando o profissional, tirando o foco e o mais importante, a qualidade e humanização do serviço (SILVA, 2014).

3.5 O papel do idoso na sociedade contemporânea.

Durante a Idade Antiga ao redor do mundo, o ancião normalmente desenvolvia um papel de conselheiro, líder político ou religioso nas mais diversas sociedades justamente por ser considerado como uma pessoa mais experiente e baseado nisso, compartilhar seus conhecimentos. Na cidade-estado de Esparta, por exemplo, viviam em um regime conhecido como gerontocracia, onde as decisões dos reis (eram dois), passavam por um conselho de homens mais velhos e estes também representavam os interesses do povo comum (BARLOTI, 2015).

Já no século XX, o papel do ancião na sociedade passa por uma severa desvalorização, já que a produtividade laboral passa a ser a engrenagem que move a sociedade. Baseado neste cenário, a sociedade contemporânea se encontra em um

dilema no qual aqueles que se encontram em idade produtiva acabam por dedicar mais tempo em suas vidas profissionais, restando pouco tempo para o cuidado dos seus anciãos, o que conseqüentemente aumentou significativamente a institucionalização desses idosos, ou então o cuidado em casa, porém a tarefa do cuidado não somente físico, mas também dos fatores sociais acaba muitas vezes sendo atribuída a apenas um membro da família, o que em um cenário ideal, deveria haver toda uma rede de apoio tanto familiar, como da própria comunidade e círculos de amizades (BARRETO, 2015).

Para um envelhecimento saudável, é necessário um longo processo individual, social e familiar, onde cada uma dessas esferas opera um papel importante no processo, desde o autocuidado baseado em hábitos de vida saudáveis, a fim de evitar doenças crônico-degenerativas, um âmbito familiar estável que dê suporte e uma série de políticas públicas para assegurar informação, atendimento humanizado e resolutivo, não se limitando ao setor público (PIMENTA, 2015).

Um dos maiores medos do idoso, é a dependência, e a função de postergar ao máximo esse processo, está nos profissionais da saúde, ou seja, através de um processo de avaliação da funcionalidade e prevenção de agravos, junto a um atendimento humanizado, é possível se obter um resultado adequado. Este processo de avaliação atenciosa é fundamental, principalmente para que alterações e agravos não sejam confundidos com o processo de senescência, outro desafio é fazer com que as limitações vindas da idade sejam encarados com o máximo de qualidade de vida possível (PIMENTA, 2015).

Atualmente incorporada no Brasil, a política do Envelhecimento Ativo, sendo que foram considerados como principais determinantes desse processo: serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais e pessoais, ambiente físico e determinantes socioeconômicos, onde todos precisam estar em harmonia para o êxito no processo (WHO, 2005).

Como consequência das constantes políticas direcionadas ao idoso feitas de maneira multidisciplinar, já se nota uma maior procura a centros de convivência, aos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Creasi) e também ao retorno ao mercado de trabalho, tanto com um emprego formal, como autônomos ou voluntários em obras sociais (VICENTE; SANTOS, 2013).

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Caracterizar o perfil dos idosos homens do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, São Luís- MA.

4.2 Específicos

- Identificar a faixa etária, os dados econômicos e sociodemográficos dos usuários;
- Verificar fatores clínicos da população estudada;
- Verificar os problemas de saúde dos usuários;

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva é aquela quando o pesquisador descreve e registra os fatos sem ocorrer a interferência neles. Também está associada normalmente a levantamentos com a finalidade de determinar um fato ou discorrer sobre ocorrência de um evento e possíveis correlações entre variáveis. (PRONADOV, FREITAS 2013)

A abordagem utilizada nessa pesquisa foi quantitativa, já que em sua essência é a tentativa de mostrar a realidade de tudo que é mensurável através de dados, normalmente usando gráficos, tabelas e estatísticas; sendo esta, comumente usada com a pesquisa descritiva (PRONADOV; FREITAS 2013).

Para melhor delimitar a problemática estudada, o primeiro passo do trabalho foi uma pesquisa bibliográfica através de artigos, periódicos, teses e livros com a finalidade de fortalecer a argumentação. A partir de então, a coleta de dados.

O presente estudo será escrito em forma de artigo, seguindo as normas de publicação da revista “*Cuidado é Fundamental Online*” de ISSN 2175-5361, onde será submetido.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), localizado na Rua Salvador de Oliveira, 300 - Sítio Leal, São Luís – MA. O CAISI é uma unidade na esfera municipal cujo principal objetivo é atender a população idosa local com uma equipe multidisciplinar, visando assim uma melhoria da autonomia e qualidade de vida do cliente.

O CAISI é um Centro de Atenção à Saúde do Idoso vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA, que além de consultas médicas, faz um acompanhamento geral e específico da saúde da clientela, oferecendo serviços de fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e preparador físico; além de atividades lúdicas promovidas como yoga, bailes de carnaval, festivais de dança, oficinas de reciclagem, exercícios para a memória, etc. Cada especialidade possui um consultório específico e devidamente equipado. O principal objetivo da instituição é oferecer uma assistência humanizada que atenda não somente às

necessidades físicas, mas também psicossociais. A unidade faz atendimentos exclusivamente eletivos e funciona de manhã e de tarde das 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 de segunda a sexta.

5.3 População e amostra

O CAISI não possui nenhum tipo de sistema digitalizado, os cadastros são criados e um número de prontuário é gerado para esse cliente, em caso de ausência da unidade por seis meses ou mais, um novo cadastro é feito gerando um novo número de prontuário. Outra situação recorrente é o cliente perder a caderneta da pessoa idosa com seus dados anexados, havendo a necessidade novamente de criar outro prontuário. A instituição conta com um número de prontuários total de aproximadamente 18.500.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, do sexo masculino, cadastrados no CAISI, cujos prontuários estavam com os dados completos. Fatores para exclusão foram prontuários incompletos ou de usuário repetido, sendo escolhido o prontuário mais recente.

A amostra é composta por 172 prontuários de usuários do sexo masculino que frequentaram o Centro durante o período da coleta. É importante ressaltar a desproporção do público feminino quanto ao grupo masculino de usuários, sendo o sexo feminino expressivamente mais presente.

5.4 Coleta de dados e instrumentos

Os dados foram coletados no CAISI, localizado na Rua Salvador de Oliveira, 300 - Sítio Leal, São Luís – MA no decorrer do segundo semestre de 2017.

A coleta foi iniciada no dia 15 outubro de 2017 até a 15 de janeiro de 2018.

Para a coleta de dados foram usadas as informações disponibilizadas nos prontuários dos usuários da unidade como dados socioeconômicos e demográficos. O instrumento de coleta de dados é uma versão adaptada à nossa demanda, baseado no artigo de Lopes (2014) (APÊNDICE A).

O instrumento usado foi constituído pelos seguintes dados: identificação (iniciais e número de prontuário), idade, cor, escolaridade, agregação familiar (se mora sozinho ou não) e renda familiar. Os riscos à saúde coletados foram: etilismo, mesmo que esporádico, tabagismo e sedentarismo, especialmente pelo fato da unidade promover atividades físicas regularmente. Quanto aos problemas de saúde, foram postas as

categorias: dor, problemas oftalmológicos, digestivos, endócrinos, neurológicos, cardiovasculares e “outros”. Além das categorias mostradas, também foram coletados os diagnósticos em cada uma dessas categorias.

5.5 Análise de dados

Os dados foram compilados, organizados e analisados utilizando os softwares Microsoft Office Excel 2016® e BioEstat 5.0®, através de gráficos e tabelas. Os dados foram meticulosamente embasados em literatura atualizada durante o decorrer da pesquisa.

A análise estatística é baseada na estatística descritiva, para saber a frequência e a incidência de comorbidades na clientela estudada.

5.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto da pesquisa foi encaminhado ao colegiado do Departamento de Enfermagem da UFMA e aprovado, assim como o Parecer Consubstanciado do CEP de número: **1.757.188**, **o projeto maior é intitulado: Avaliação da saúde da pessoa idosa** (ANEXO A).

As identidades dos participantes da pesquisa permaneceram em anonimato seguindo as normas de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O quesito “Identificação” mostrado no instrumento de coleta foi preenchido com as iniciais do paciente e o número do prontuário, mantendo assim a integridade do anonimato do participante. A presente pesquisa dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratarem de dados coletado dos prontuários.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Caracterização de homens idosos atendidos em um centro de atenção integral ao idoso em são luís-MA

Characterization of elderly men attended in an integral care center for elders in são luís- MA

Caracterización de hombres mayores atendidos en un centro de atención integral a ancianos en são luís- MA

Renato Mendes Miranda: Graduando em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão.

Ana Hélia de Lima Sardinha: Doutora em Ciências Pedagógicas, Professora do Departamento de Enfermagem da Unidade Federal do Maranhão

Josafá Barbosa Marins: Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão, Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

Artigo escrito à partir de um trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da UFMA.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil dos homens idosos do Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís - MA. Métodos: Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados dos prontuários de 172 clientes do sexo masculino do Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís - MA no período de 15 de outubro de 2017 a 15 de janeiro de 2018. A amostra é composta por homens idosos que frequentaram o Centro no período da coleta. As questões éticas foram seguidas e as identidades dos participantes da pesquisa permaneceram em anonimato seguindo as normas de acordo com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: A média de idade dos participantes foi de 73 anos, de maioria analfabeta ou sem ensino fundamental concluído (63,9%), cor parda (52,3%). O sedentarismo foi o fator de risco mais apresentado (67,4%), 92% dos prontuários verificados apontou que o cliente possuía algum tipo de problema de saúde, sendo problemas cardiovasculares o mais comum (59%) e dentre estes, o diagnóstico mais comum foi Hipertensão Arterial Sistêmica. Conclusões: Altos índices de sedentarismo e doenças cardiovasculares encontrados entre os pacientes; importante frisar a associação já constatada entre os dois fatores na população mundial. Sugere-se foco na educação e promoção em saúde continuamente.

ABSTRACT

Objective: Characterize the profile of elderly men on Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís - MA. **Methods:** Qualitative, descriptive approach on this research. The data were collected from 172 male patient records in Centro de Atenção Integral do Idoso, São Luís - MA. The time cut used on the data gathering was patient records from 2012 to 2018, and the last medical appointment should be at least 3 months from the day of the data gathering. The ethical matters were followed and the identities of the patients were preserved following the rules of the resolution 422 from December 12 of 2012 from the National Health Council. **Results:** The average age of the participants were 73 years old, mostly illiterate or without complete elementary school (63,9%), brown skin (52,3%). The sedentary life style was the most common factor of risk found between them (67,4%), 92% of the medical records pointed out that the client had at least one health problem, which cardiovascular problems were the most common (59%) and among them, the most found diagnosis was systemic arterial hypertension. **Conclusion:** High sedentary life style rates and cardiovascular diseases found among the patients; it's important to emphasize the already verified connection between these two factors on world's population. It is suggested more focus on continued health education and health promotion.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil de los hombres ancianos en el Centro de Atención Integral a los adultos mayores, São Luís - MA. **Métodos:** Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Los datos han sido obtenidos de los registros de 172 pacientes del sexo masculino del Centro de Atención Integral a los adultos mayores, São Luís - MA. El corte temporal para la recolección en los registros ha sido de 2012 a 2018. Sólo han sido utilizados los datos de los pacientes con cita médica registrada con tiempo mínimo de 3 meses antes del día de la recolección. La identidad de los participantes ha permanecido en el anonimato respetando las cuestiones éticas y siguiendo las normas previstas en la resolución 422 de 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud. **Resultados:** La edad media de los participantes ha sido de 73 años, de mayoría analfabeta o sin educación primaria concluida (63,9%), y color pardo (52,3%). El sedentarismo ha sido el factor de riesgo más presentado (67,4%), 92% de los registros han apuntado que los participantes presentan algún tipo de problema de salud, siendo las enfermedades cardiovasculares las más comunes (59%), y entre ellas, el diagnóstico más frecuente ha sido la Hipertensión Arterial Sistémica. **Conclusiones:** Altos índices de sedentarismo y enfermedades cardiovasculares han

sido encontrados entre los pacientes; es importante resaltar la asociación ya constatada entre los dos factores en la población mundial. Se sugiere centrarse en la educación y la promoción de la salud continuamente.

Introdução:

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, no qual há uma diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo. Com hábitos de vida saudáveis, equilíbrio psicossocial e fatores ambientais favoráveis, esse processo, além de ocorrer de maneira mais lenta, também não acarreta demais consequências; este processo é conhecido como senescência. No entanto, fatores genéticos, hábitos de vida não favoráveis e um ambiente estressante acabam sobrecarregando o indivíduo e conseqüentemente, acarreta em uma condição patológica que necessita de assistência, a senilidade(1).

Com os avanços da medicina, acesso a saneamento básico e melhorias na educação como um todo, cada dia que passa o ser humano está vivendo cada vez mais, com mais qualidade de vida e por consequência, a população idosa aumenta tanto em números absolutos como proporcionalmente.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa nos últimos 50 anos aumentou 700% e as previsões para 2050 são que a população da terceira idade será de 64 milhões de pessoas, ou seja, aproximadamente 29,7% de toda a população brasileira(2).

De acordo com o Estatuto do Idoso(3), é considerada pessoa idosa toda aquela acima de 60 anos e a elas garantido direitos à vida e à saúde através de políticas públicas que permitam um processo de envelhecimento saudável como atividades preventivas, promoção à saúde e acesso prioritário a tais serviços. Também é dever da sociedade proporcionar dignidade, liberdade e respeito. Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa(4), exige das esferas tanto públicas como privadas que a assistência seja multiprofissional, multidisciplinar, pois a interação entre família, fatores físicos, psicológicos e sociais são cruciais para a qualidade de vida do sujeito.

Apesar de um expressivo avanço, a sociedade brasileira só começou a voltar seus olhos para a pessoa idosa recentemente, tendo em vista que o Estatuto do Idoso só foi publicado em 2003 e a Política Nacional, três anos depois em 2006. Além de assegurar atendimentos prioritários e assentos reservados, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) propõe, acima de tudo, um atendimento multidisciplinar e

integral ao idoso, propondo a inclusão em grupos sociais e estimulando um estilo de vida ativa.

A PNSPI também deixa bem claro, que apesar de muitas vezes associadas, a incapacidade funcional e limitações físicas e cognitivas, são perfeitamente evitáveis, dependendo muito mais do estilo de vida do cidadão do que necessariamente o processo de envelhecimento em si(4).

O processo de envelhecimento do organismo é natural e inevitável, apesar de variar entre indivíduos, todos os seres humanos passam por esse processo de perdas e ganhos do envelhecimento.

A senescência, ou o envelhecimento natural e saudável, é o declínio gradual das funções biológicas, que conseqüentemente acaba por diminuir a chance de sobrevivência e as capacidades de autorregulação e reparação do organismo. Esse processo não ocorre da mesma maneira em todos os indivíduos, tendo uma variação baseada em genética, hábitos de vida e seus riscos (sedentarismo, tabagismo, etilismo, rotina alimentar) e fatores psicossociais (estresse, círculo de amizades, apoio familiar)(5).

Na cultura oriental desde a Idade Antiga, os anciãos eram considerados fontes de sabedoria e experiência de vida infindáveis, sendo comumente associados à tomadas de decisões importantes nas cidades. A própria Grécia Antiga era regida por uma gerontocracia, onde um conselho de anciãos ajudava os reis em assuntos de Estado. Essa visão foi mudando com o tempo, principalmente no Ocidente e após a Revolução Industrial, foi havendo uma desvalorização onde a pessoa idosa era considerada como inválido, pois já tinha trabalhado o suficiente e não tinha mais valia, uma cultura que foi se estendendo até os dias de hoje em boa parte do mundo(6).

Com o avanço da tecnologia e medicina, o homem morre cada vez menos de doenças infecto-parasitárias, o que aumenta a perspectiva e esperança de vida, em contrapartida, a falta de adesão a hábitos de vida saudáveis e o próprio processo de envelhecimento em si, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis vem aumentado de maneira alarmante. Em um estudo realizado por Lopes(7) que traçava o perfil epidemiológico dos idosos em uma unidade de Estratégia Saúde da Família, apenas 5,2% dos entrevistados afirmaram não ter nenhum problema de saúde, sendo problemas cardiovasculares os mais comuns (60,3%).

Já outro estudo realizado por Cunha(8) em uma unidade de emergência do Rio de Janeiro, aponta que a maior causa de internações nesse setor são as doenças cardiovasculares, sendo que em todos os pacientes foram encontrados pelo

menos um fator de risco como diabetes ou hipertensão arterial sistêmica, as insuficiências renais crônicas devido a um agravo no quadro, tanto em homens quanto mulheres. Isso mostra principalmente que as entradas na emergência não são somente “males súbitos”, mas sim uma forte evidência na deficiência de autocuidado desses idosos e conseqüentemente, uma carência na acessibilidade de serviços de saúde básica com a finalidade de prevenir justamente esses agravos.

Com o aumento da população de idosos no mundo e a procura constante aos serviços de saúde, espera-se que o contingente profissional esteja capacitado para atender a clientela, essa tendência tem-se mostrado em escala mundial. Esse aumento da população idosa também implica em um aumento dos custos na assistência, o que pode comprometer a qualidade de vida da clientela idosa(8).

É esperado que os profissionais da saúde, sobretudo da enfermagem estejam qualificados para para esta demanda. O atendimento ao idoso se difere principalmente na detecção precoce dos agravos afim de diminuir o dano ou mesmo evitar que aconteça, é de suma importância também, a sensibilidade do profissional e a constante atenção não somente na doença do idoso, mas nele como um ser humano e tentar introduzir os familiares do paciente no cuidado(9)

O presente estudo foi realizado com a população masculina pois esta apresenta uma esperança de vida menor que a feminina, frequenta menos serviços de saúde e demonstra índices maiores de doenças crônicas (2). Conhecer o perfil desse público, facilita o planejamento de ações focadas na resolução de problemas específicos da demanda.

O objetivo do trabalho apresentado é caracterizar o perfil dos idosos homens do Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, São Luís- MA.

Métodos:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa(10).

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), localizado na Rua Salvador de Oliveira, 300 - Sítio Leal, São Luís - MA. O CAISI é uma unidade na esfera municipal cujo principal objetivo é atender a população idosa local com uma equipe multidisciplinar, visando assim uma melhoria da autonomia e qualidade de vida do cliente.

A amostra foi composta por 172 prontuários de homens cadastrados na unidade e que frequentaram o Centro no período da coleta. É importante ressaltar a desproporção do público feminino quanto ao grupo masculino de usuários, sendo o sexo feminino expressivamente mais presente. Os critérios de inclusão para a

pesquisa foram pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, do sexo masculino, cadastrados no CAISI, cujos prontuários estavam com os dados completos. Fatores para exclusão foram prontuários incompletos, mal preenchidos ou de usuário repetido, sendo escolhido o prontuário mais recente. A coleta de dados foi realizada a partir do dia 15 de outubro de 2017 a 15 de janeiro de 2018.

O instrumento usado foi constituído pelos seguintes dados: identificação (iniciais e número de prontuário), idade, cor, escolaridade, agregação familiar (se mora sozinho ou não) e renda familiar. Os riscos à saúde coletados foram: etilismo, mesmo que esporádico, tabagismo e sedentarismo, especialmente pelo fato da unidade promover atividades físicas regularmente; pacientes cadeirantes ou acamados não foram inclusos na categoria “sedentário”. Quanto aos problemas de saúde, foram postas as categorias: dor, problemas oftalmológicos, digestivos, endócrinos, neurológicos, cardiovasculares e “outros”. Além das categorias mostradas, também foram coletados os diagnósticos em cada uma dessas categorias.

Os dados foram compilados, organizados e analisados utilizando os softwares Microsoft Office 2007® e BioEstat 5.0®, apresentados em gráficos.

As identidades dos participantes da pesquisa permaneceram no anonimato de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa fazia parte do projeto maior: Avaliação da saúde da pessoa idosa aprovado por Parecer Consubstanciado CEP de número: 1.757.188

Resultados:

Os dados foram coletados de 172 prontuários da unidade. A média de idade dos participantes foi de 73 anos, a idade máxima foi de 92 anos. A maioria dos idosos da unidade se identificavam como pardos, sendo 52,3% dos participantes. A maioria deles morava com pelo menos duas pessoas na mesma casa sendo 75,58% e apenas 5,81% relataram morar sozinhos.

A variável escolaridade mostrou os seguintes resultados: 18,6% da amostra é analfabeta, 45,3% não completaram o Ensino Fundamental, 16,3% completaram o Ensino Fundamental, 2,3% não completaram o Ensino Médio, 14% completaram o Ensino Médio e 3,5% entre Ensino Superior completo e incompleto.

Sedentarismo indiscutivelmente foi o fator de risco mais relatado, 67,4% dos usuários relataram que não fazem exercícios pelo menos 3 vezes por semana durante no mínimo 30 minutos. Quanto ao etilismo e tabagismo mesmo que esporádico, 14% foram classificados como etilista e 4,7%, tabagistas.

Quanto à renda familiar, a maioria dos lares que vivem os idosos recebe de 2 a 3 salários mínimos (60%), 12% dos lares da população estudada vive com um salário mínimo, 7% vivem com menos de um salário mínimo e 21% vivem com quatro salários mínimos ou mais.

A cor mais autodeclarada pela amostra foi parda (52,3%), seguida de negros (22,0%) e brancos (18,6%) e ainda alguns se declaram como amarelos (5,8%), por último e em menor número, os clientes que se declararam como índios (1,3%).

92% dos idosos têm pelo menos um problema de saúde, sendo 36% com apenas um problema, 24% com dois, 26% com três, 6% com quatro e apenas 8% dos pacientes frequentam a unidade, mas não referiram problema algum de saúde.

Os problemas de saúde mais relatados foram os cardiovasculares em 59% dos casos, logo seguido de problemas endócrinos com 36% dos pacientes e em terceiro lugar, problemas oftalmológicos, em 31% da clientela. Apenas 10% da população estudada sofrem de algum tipo de dor recorrente. Os diagnósticos mais comuns foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em 58% da amostra, seguido de Diabetes Mellitus (DM), em 28%, em terceiro lugar, a Catarata, atingindo 24% da amostra.

Discussão:

A escolaridade dos participantes se mostrou deficitária, onde 18,6% são analfabetos e 45,3% possuem o Ensino Fundamental incompleto, o que muitas vezes significa que a pessoa passou somente pelo processo de alfabetização. Esse resultado sugere que a equipe de saúde deve ficar atenta quanto ao processo de educação em saúde da clientela, tentando passar as orientações de uma maneira mais adaptada e de fácil entendimento(11). Estes números condizem com a realidade dos índices de alfabetização do Maranhão, especialmente quando se trata da população idosa muitas vezes proveniente das regiões interioranas, onde o acesso a educação de qualidade é mais precário, corroborando com estudos feitos em áreas rurais com índices parecidos(12).

Em um estudo realizado em Teresina, traçando o perfil dos idosos que frequentam um centro de convivência(13); aponta que 50,4% da população estudada possui Ensino Fundamental incompleto, 19,3% com Ensino Fundamental completo, porém apenas 2,6% se declararam Analfabeto. Em outro estudo no interior de Minas Gerais(14) contabilizou 61,8% dos idosos com Ensino Fundamental incompleto e 28,5% sem escolaridade alguma, somando mais de 90% da população total do estudo não possui escolaridade alguma ou sequer completou o ensino básico. Esses dados mostram a carência do ensino, especialmente nas áreas rurais; mostra também um

reflexo do sistema educacional na época da juventude dessas pessoas. Os resultados se assemelham ao presente estudo, demonstrando um padrão de idosos com baixa escolaridade (12).

A renda mensal dos participantes foi baseada na renda familiar mais os dados de agregação familiar (quantas pessoas moram na casa) com a intenção de fornecer uma estimativa mais realista da situação financeira dos indivíduos. Dos 5,8% dos idosos que moram só, 60% deles recebiam 1 salário mínimo, os outros 40% recebiam de 2 a 3 salários. A maioria da população do estudo mora acompanhado de pelo menos mais duas pessoas em seus lares (75,58%) e a estimativa da renda familiar é que 7,7% recebiam apenas um salário, 3,1% recebem menos de um salário, 63% recebem de 2 a 3 salários mínimos e 26,2% recebem quatro salários ou mais. Esses dados além de apontarem para o fato do CAISI receber clientes de diversas classes sociais, também aponta que a renda de algumas famílias depende inteiramente da aposentadoria de apenas um idoso, ou então a maior parte da renda, sendo auxiliada por uma pessoa a mais. Esses dados condizem com a renda per capita domiciliar estimada pelo IBGE no ano de 2016, apontando a renda do estado do Maranhão como R\$ 575,00 por pessoa, a menor renda do país(15).

Os resultados do presente estudo se mostraram diferentes em relação por exemplo, a um trabalho realizado no município de Santana-AP. De acordo com Freire(13), 61,2% das famílias estudadas vivem com apenas um salário mínimo e 31,4% com 1 a 2 SM, sendo apenas 7,4% com 3 ou mais; apresentado índices abaixo desta pesquisa, porém, variabilidade dos resultados depende também, da área onde a pesquisa foi realizada, ou se é zona rural/urbana.

Em um estudo similar em Recife(11); a renda familiar em média com um SM foi de 28,8% e 21,2% com até dois SM, contando com 50% das famílias recebendo valores acima destes. Tais resultados apontam pra uma questão socioeconômica séria no Brasil. Tais resultados apontam que mesmo em variadas regiões do país, é recorrente a renda familiar das amostras ser abaixo de 4 ou mais salários mínimos.

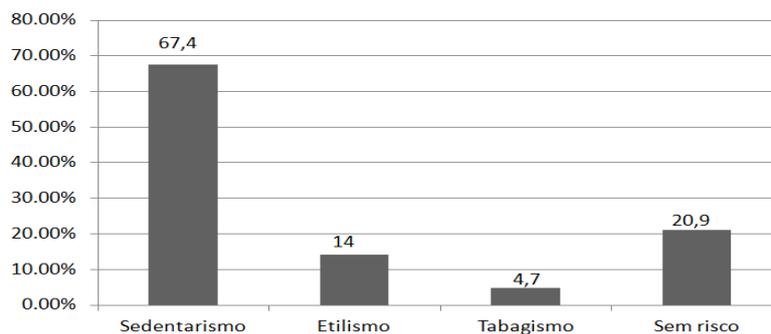
Os fatores de risco mais encontrados durante o presente estudo foram o sedentarismo (67,4%) e o etilismo (14%), o que pode estar relacionado com a alta incidência de DCNT na população estudada. A prática de exercícios físicos é uma das prioridades na promoção da saúde, pois além de ajudar na manutenção das funções fisiológicas, é essencial durante o processo de senescência, a fim de diminuir a perda de massa muscular e óssea, assim como a prevenção de doenças cardiovasculares(16). A prática de atividades físicas por estar associada à liberação de endorfina, ajuda no alívio de dores por ser um analgésico natural, também

diminuí o risco de morte em pessoas diagnosticadas com doenças cardiovasculares em até 25%(17).

Dos fatores de risco estudados por Lopes (2014), o mais recorrente foi o sedentarismo, ocorrendo em 66,7% dos homens, logo seguido por tabagismo, em 16,7% e nenhum dos usuários referiu consumir bebidas alcoólicas. Em comparação a esse estudo, os índices de sedentarismo foram muito similares, mostrando que existe uma séria carência na promoção da saúde e incentivo à prática de atividades físicas, em especial, à população idosa.

A baixa adesão de idosos do sexo masculino aos exercícios físicos pode estar também relacionada ao preconceito, já que na maioria dos centros de atenção ao idoso, essas atividades são por meio de dança, yoga ou aeróbica. Em uma observação empírica, notava-se muitas vezes que os esposos levavam suas companheiras ao centro, porém não participavam das atividades físicas/lúdicas, limitando-se apenas às consultas médicas e de enfermagem.

Gráfico 1: Riscos de saúde nos pacientes

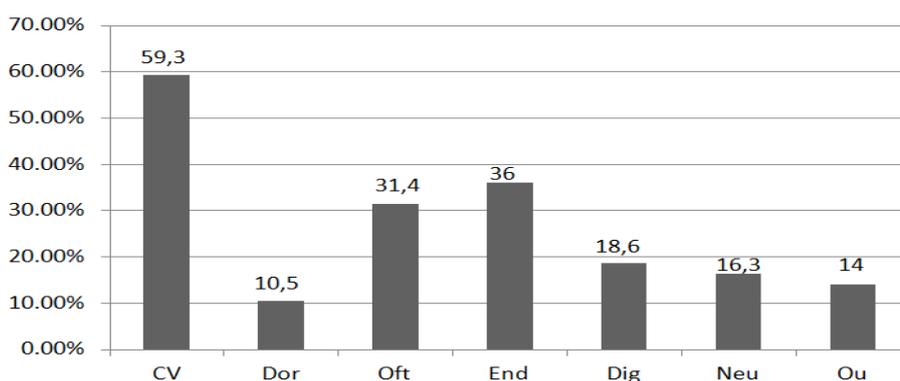


O álcool é uma droga socialmente aceita na cultura contemporânea, apesar disso, os riscos oferecidos à população idosa são mais severos, pois estes são mais suscetíveis a doenças relacionadas ao etilismo, como agravos no pâncreas, fígado, além de maior risco de quedas. O álcool também pode ter interações medicamentosas não desejadas, diminuindo a eficácia no longo prazo (17).

A pesquisa também apontou um índice de 4,7% da amostra como tabagistas, o que corrobora com a pesquisa da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) na qual afirma que São Luís é uma das capitais com o menor número de fumantes do Brasil, com uma estimativa de 5,4% da população, assumindo a terceira colocação no ranking das capitais com menos fumantes(16).

O problema de saúde mais frequente foi o cardiovascular, atingindo 59,3% dos usuários, esse resultado condiz com a situação nacional, pois as doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar no ranking de causas de mortes, e com o aumentar da idade, as chances aumentam linear e constantemente(5). O principal diagnóstico relacionado a esse problema de saúde, foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 58,1% da população total estudada, estando associada a quase todos na categoria “problemas cardíacos”. Esses resultados também condizem com estudos epidemiológicos que relatam atualmente uma incidência de HAS em até 75% da população nacional da acima de 70 anos(17). Outro estudo com uma população idosa em Minas Gerais mostra um resultado parecido, com um percentual de 69,9% da população idosa analisada (19).

Gráfico 2: Problemas de saúde encontrados nos pacientes



O segundo problema de saúde mais prevalente foram os distúrbios endócrinos, afetando 36% da população estudada, dentre eles, Diabetes Mellitus foi o diagnóstico mais comum, ocorrendo em 27,9% dos usuários, seguido de dislipidemia (12,8%). Esses resultados também corroboram com estudos a nível nacional, de acordo com uma pesquisa realizada por inquérito telefônico em 2016, 27,2% da população acima de 65 anos referiu ser portador de diabetes(18).

Houve também uma semelhança significativa entre doenças cardiovasculares e endócrinas; 24,4% apresentam diagnósticos em ambas as categorias, sendo todas elas associadas à HAS. Segundo Lopes, os problemas cardiovasculares também são os de maior ocorrência na população idosa estudada em Uberaba-MG, com um índice de 60,3% da amostra, doenças endócrinas estão em 20,7% das pessoas, sendo estes resultados muito similares tanto ao estudo presente, como aos índices levantados por

órgãos de saúde nacionais. Quanto aos diagnósticos, tanto Santos(14) como Freire(13) destacam que a HAS é a principal patologia, presente em respectivamente 71% e 42,7%; levando a reflexão de que estratégia podem ser traçadas para uma mudança no quadro atual nas doenças crônicas na população masculina.

Os problemas oftalmológicos também apontaram uma população expressiva (31,4%), e todos os diagnósticos relacionados era de catarata e/ou glaucoma, sendo catarata com o maior número representando 24,4% da população total. Apenas 8,1% da amostra não possuía nenhum diagnóstico, frequentando o local com finalidade preventiva e de promoção à saúde através das atividades realizadas pela instituição.

Conclusão:

O presente estudo descreveu o perfil dos homens atendidos pelo CAISI em São Luís- MA, mostrando desde a condição socioeconômica, fatores de risco e os principais problemas de saúde. Foi constatado baixa escolaridade entre os usuários, onde um número substancial é analfabeto e a maioria possui apenas o Ensino Fundamental Incompleto. A quantidade elevada de problemas de saúde e diagnósticos de DCNT pode estar relacionada aos hábitos de risco, como o etilismo e principalmente, sedentarismo.

É importante ressaltar que o CAISI dispõe de uma gama de atividades relacionadas a educação física, mas com uma baixa adesão do grupo masculino. Conhecer o perfil dos idosos de uma unidade se faz relevante para que tanto a comunidade acadêmica quanto os órgãos de saúde tenham acesso ao perfil que existe na população e reflita o que pode se esperar da população de jovens adultos no futuro.

A atenção primária não pode ser negligenciada, especialmente por ser o primeiro contato do cidadão com o serviço de saúde; medidas de promoção à saúde devem ser estimuladas tendo em vista a busca por uma assistência humanizada e de qualidade com a finalidade de que aquela pessoa não chegue a precisar das esferas secundárias e terciárias, onerando ainda mais o serviço de saúde.

Referências:

1. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Brasil; 2009.
3. Brasil. Estatuto do Idoso. Brasília, Brasil: Secretaria dos Direitos Humanos; 2003.
4. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; 2006.
5. Freitas E. Tratado de geriatria e gerontologia (4a. ed.). Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2016.
6. Fernanda Borloti K. História da Educação. 1st ed. Rio de Janeiro: SESES; 2015.
7. Augusta Moreira Lopes F, Langona Montanholi L, Moreira Lacerda da Silva J, Aparecida de Oliveira F. Perfil Epidemiológico em Idosos Assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 2014;3(1).
8. Silva e Silva Cunha B, Silva Nascimento A, Petra Chaves Sá S. Perfil Clínico e Sociodemográfico de Internação de Idosos na Unidade de Emergência de um Hospital Geral. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*. 2014;19(1).
9. Oliveira Resende J, Marcelino de Resende e Silva F, Silva Assunção R, Amaral Nogueira Quadros K. Assistência do Enfermeiro ao Idoso na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2015;5(3).
10. Cristiano Pronadov C, César Freitas E. Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2nd ed. Rio Grande do Sul: Feevale; 2013.
11. Román da Porciúncula R, Lima Barreto E, Kátia M, Moura Moreira Leite V. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17(2).
12. Assunta Busato M, Rosane Paz Arruda Teo C. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;38(3).
13. Veloso Freire G, Pereira da Silva I, Bezerra de Moura W, Cecília Viana Rocha F, Zélia de Araújo Madeira M, Miranda Amorim F. Perfil de idosos que frequentam um centro de convivência da terceira idade. *Revista Interdisciplinar*. 2015;8(2):11-19.
14. da Silva Santos Á, Meneguci J, Eurípedes da Silveira R, Avelar Marquez F, Aparecida Ferreira V, Aparecida Viana D. Perfil de saúde e qualidade de vida de idosos de Santa Juliana-MG. *Enfermagem em foco*. 2015;5(3/4):61-64.
15. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2016. Rio de Janeiro: Brasil; 2016.

16. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 1st ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
17. da Silva Barreto M, Carreira L, Silva Marcon S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2018;18(1).
18. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2016.
19. Batista Pimenta F, Pinho L, Fagundes Silveira M, de Carvalho Botelho, A. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(8).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os dados apresentados na pesquisa em sua maioria condizem não somente com outras pesquisas de temas relacionados, mas também com os índices nacionais fornecidos por órgãos públicos, como o IBGE.

A situação da população idosa masculina atendida nesse centro em São Luís aponta índices de escolaridade muito aquém do ideal, refletindo a imagem do sistema educacional de algumas décadas atrás. A principal sugestão em relação a essa situação são medidas educativas adaptadas a essa clientela, sempre evitado ao máximo termos técnicos e prolixia, com informações concisas e diretas, sem deixar de lado o cuidado e foco individual com o cliente.

Em uma observação empírica durante a coleta de dados, pôde-se perceber que proporcionalmente falando, a população masculina frequentante do CAISI é expressivamente menor que a feminina, assim como a proporção na prática das atividades físicas, onde muitos homens acompanhavam suas parceiras até o local, faziam consultas, porém não participavam das atividades. É possível que esta razão se relacione ao preconceito masculino e resistência a aderência de atividades físicas em grupos, especialmente quando o público é predominantemente feminino. Sugere-se um foco dos profissionais no público masculino a fim de tentar tornar mais atrativo a essa clientela, a prática das atividades.

O principal fator de risco foi o sedentarismo, muitas vezes por ser subestimado. Dificilmente se olha promoção em saúde focada nessa área, apesar do Estado eventualmente realizar algum evento como uma maratona ou mutirão de ginástica; mas muito raramente é explicada a população o porquê de praticar atividades físicas e os riscos que o sedentarismo provoca. Dito isto, nem sempre o idoso vai saber que a simples prática de ginástica pode, por exemplo, ajudar no alívio de uma dor crônica ou que diminui o risco de infarto significativamente.

Os problemas de saúde mais recorrentes foram consecutivamente os cardiovasculares, seguidos pelos endócrinos. Dentre os cardiovasculares, o mais diagnosticado foi a HAS, já nos endócrinos, foi o diabetes mellitus. Ambas as doenças estão associados à idade avançada, pois há o aumento do risco pela própria fisiologia na terceira idade; ainda assim, a quantidade de casos no Brasil aumenta a cada ano e mesmo com medidas preventivas e específicas, como no caso o “Hiperdia”, esses problemas de saúde ainda lideram os rankings de morbimortalidade a nível mundial. É

sugerido quanto a essa questão um foco de prevenção que deve ir além da pessoa idosa, justamente com a finalidade de evitar o problema no futuro, pois apesar de ambas as doenças possuírem fatores genéticos, é justamente o conjunto de hábitos de vida que acabam por manifestar, ou não as patologias. Campanhas de promoção à saúde na juventude em combinação com ações de diminuições dos agravos para as pessoas já diagnosticadas. Medidas de promoção à saúde não somente são de alta eficiência, como possuem um custo baixo para a sua execução, porém os resultados são a longo prazo e é necessário que seja realizado como processo contínuo.

A relevância da pesquisa apresentada se dá por construir um perfil da população idosa masculina de um centro especializado, que à partir desse, é possível saber não somente o perfil propriamente dito, mas também as peculiaridades desse público, as principais dificuldades encontradas, para assim, ser um ponto de partida pra possíveis melhorias; e não obstante, ter uma noção de como será a atual população jovem no futuro.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA. **O que é gerontologia?**. Disponível em: <<http://abgeronto.blogspot.com.br/p/o-que-e-gerontologia.html>>. Acesso em: 02 nov. 2017.
- BARRETO, Mayckel Da Silva; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública.. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo-SP, v. 18, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>>. Acesso em: 07 dez. 2017.
- BORLOTI, K. F. **História da Educação**. 1º ed, Rio de Janeiro: SESES, 2015.
- BRASIL, . **Cadernos de atenção básica nº36**: Estratégia para o cuidado de pessoas com doença crônica diabetes mellitus. 1 ed. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, . **Cadernos de atenção básica nº37**: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial. 1 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Estatuto do idoso. Lei federal nº 10741, 01 de outubro de 2003. Secretaria dos Direitos Humanos, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, poder Executivo, 2006 out 20.
- BRASIL, . Ministério da Saúde .Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, [S.L], out. 2011.
- BRITO, M. D. C. C. et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo(SP), v. 16, n. 3, p. 161-178, jun. 2013.
- CARVALHO, M. H. R. D. et al. Tendência de mortalidade por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 347-354, abr./jun. 2014.
- CUNHA, B. S e S; NASCIMENTO, A. S; SÁ, S. P. C. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.* Vol19, nº1, pg. 189-200, 2014.
- FREITAS, Elizabete Viana De; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edel, 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010 – **Evolução demográfica 1950-2010**. Rio de Janeiro: Brasil, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010 – **Nupcialidade, Fecundidade e Migração**. Rio de Janeiro: Brasil, 2012.

LOPES, F. A. M; et al. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. P84-94, 2014.

MARANHA, Noemi Braga; SILVA, Mayara Christina Alves Da; BRITO, Isabel Cristina De. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*, [S.L], v. 2, n. 1, jan./abr. 2017.

PILGER, C. et al. Compreensão Sobre o Envelhecimento e Ações Desenvolvidas pelo Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Ciencia y Enfermeria*, [S.L], v. 19, n. 1, mar. 2013.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63040294021>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

PORTO, Andréia Ramos Do; ROECKER, Simone; SALVAGIONI, Denise Albieri Jodas. O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria-RS, v. 3, n. 1, p. 35-43, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7205>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

RESENDE, J. O et al. Assistência do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, ed. set/dez, 2015.

SILVA, J. V. F. D. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Caderno de graduação Ciências biológicas e da saúde*, Maceió, v. 2, n. 3, p. 91-100, mai. 2015.

SILVA, Kelly Maciel; VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Silvia Maria Azevedo Dos. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jul./set. 2014.

VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Silvia Maria Azevedo Dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto- Enfermagem*, Florianópolis- SC, v. 22, n. 2, abr./jun. 2013.

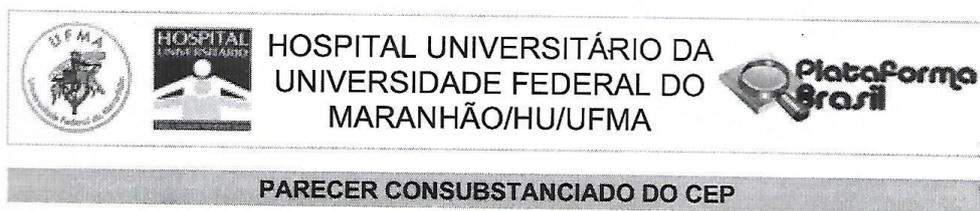
WHO, World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1 ed. Brasília(DF): Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 62 p.

WHO, World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2015. 176 p.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação:**1- Idade:****2- Sexo:** () Masculino () Feminino**3- Cor:****4- Agregação Familiar:****5- Escolaridade:** () Analfabeto () Fundamental Incompleto
() Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo
() Superior Incompleto () Superior Completo**6- Renda Familiar:** () Menos de 1 salário mínimo () 1 salário
mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 4 ou mais salários mínimos**7- Fatores de Risco:** () Tabagismo () Etilismo () Sedentarismo**8- Problemas de saúde:** () Dor () Oftalmológicos () Digestivos
() Endócrinos () Cardiovasculares () Neurológicos () Outros

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde da pessoa idosa

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58513916.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.757.188

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento é um processo de desafio para o indivíduo que envelhece, devido às diversas mudanças que o mesmo acarreta em diversos níveis, tais como o biológico, bioquímicas, funcionais, psicológicos e sociais. Esta pesquisa tem como objetivo primário avaliar a atenção a saúde do idoso no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo - analítico, de abordagem mista baseado nos pressupostos de pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Centro de Atenção Integrada a Saúde do Idoso (CAISI). A amostra do estudo serão os idosos cadastrados e que fazem acompanhamento no CAISI. A escolha dos pacientes será de forma aleatória, para garantir que todos os elementos que compor a amostra terão a mesma oportunidade. Como critérios de inclusão têm-se: idosos com idade igual ou maior ou igual 60 anos de ambos os sexos, ter com condições para comunicar-se com o pesquisador, segundo o Mine exame do estado mental e que consentirem em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Já os critérios de exclusão serão: aqueles que não apresentarem nível cognitivo satisfatório, segundo o Mine exame do estado mental. As entrevistas serão realizadas individualmente durante a espera da consulta de qualquer especialidade em uma sala reservada. Serão utilizados questionários com perguntas semiestruturadas para a obtenção de dados quantitativos e um roteiro de entrevista para os dados qualitativos. Os dados serão armazenados no programa Excel. Financiamento próprio

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.757.188

social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais de saúde oportunizando os participantes a discutirem sobre avaliação da atenção a saúde dos idosos no Maranhão, visando à melhoria da assistência dos mesmos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de importância, pois possibilitará conhecer o perfil populacional de idosos contribuindo dessa forma com atendimento, ações e políticas voltadas para esse público que é cada vez crescente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº466/12 em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa original na íntegra, Declaração de compromisso em anexar os resultados na Plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado e Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer elaborado de acordo com a Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Apreciado e APROVADO em Assembléia do CEP.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEPHUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B: NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA “CUIDADO É FUNDAMENTAL”

Preparo dos manuscritos QUANTO À REDAÇÃO — os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. QUANTO À AUTORIA — o conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. QUANTO À FORMATAÇÃO — os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com: a) 25 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4. b) Fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 11, espaço 1,5 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações). c) Páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação. d) Margens laterais, superiores e inferiores de 3,0 cm cada.

e) Os resumos devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, entre 150 e

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA DE PESQUISA: Cuidado é Fundamental Online ISSN 2175-5361

200 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-llave. Usar: DESCRITORES, DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, respectivamente. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente. f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água), exceto para títulos e subtítulos. Nos subtítulos NÃO USAR numeração nem no final o sinal de: . O texto deve ser escrito abaixo. g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto. h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados por negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de: . O texto deve ser escrito abaixo. i) Não usar rodapé ou cabeçalhos. j) As referências devem ser

numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << BIBLIOGRÁFICAS >> 1) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,5 cm para as referências. QUANTO À ESTRUTURA a) Página de rosto — título do manuscrito que deve ser centralizado e somente a primeira letra em maiúscula; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive. Abaixo do título, justificado:

1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail; 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável para troca de correspondência; 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier; 4) Se elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada. O nome do orientador deve ser incluído como autor. b) Resumos — devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, entre 150 e 200 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. DESCRITORES — indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health — MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br> TESE E DISSERTAÇÃO — enviar o resumo, abstract e resumen. c) Texto — os textos de manuscritos Pesquisa, Pesquisa de Iniciação científica, Ensaio e de revisão devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional); 8) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver). As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias. Os textos de manuscritos Pesquisa, Página de Iniciação Científica, Ensaio e de revisão devem conter as seguintes seções:

1) INTRODUÇÃO — deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes. 2) MÉTODOS — devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou

animais, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo.

Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP, deve ser considerada; para os estrangeiros, se adotaram a Declaração de Helsinki, disponível na página URL: <http://www.wma.net>. 3) RESULTADOS — devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. a) TABELAS — devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

b) ILUSTRAÇÕES — fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução de acordo com o formato da REPEF, em preto e branco, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. c) CITAÇÕES — No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data. d) DEPOIMENTOS - na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. Exemplo: Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson). As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem uso do parêntese e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números seqüenciais devem ser

separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. *Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese e colocado após o ponto final. . 1 4) DISCUSSÃO — deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. 5) CONCLUSÃO — relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

6) AGRADECIMENTOS — devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo. 7) REFERÊNCIAS — A REPEF adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português). Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> . Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”. Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver. “Exemplos: 1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7. 2. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4^a ed. St. Louis: Mosby; 2002. 4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW,

editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5. Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

6. Tannouri AJR, Silveira PG. *Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis* [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

7. Abood S. *Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role*. *Am J Nurs* [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

8. *Cancer-Pain.org* [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

OUTROS Livros como um todo: Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002. Livros traduzidos:

Nightingale F. *Notas de enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989. Livros com organizador, coordenador, editor ou compilador: Figueiredo NMA, Viana DL, coordenadoras. *Tratado prático de enfermagem*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006. Capítulo de livro: Moreira A. *Movimentos de profissionalização da enfermagem*. In: Oguisso T, organizadora. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 1ª. São Paulo (SP): Manole; 2005. Teses, dissertações e monografias acadêmicas: Melo ECP. *Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004. Porto F. *A cartografia de luta das enfermeiras obstetras na maternidade Leila Diniz (1996-1998): do soldado ao batom* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2001. Alessandra CM. *O enfermeiro diante do corpo do cliente em fase terminal: o cuidado que transcende o real e o concreto* [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2005.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos: Amorim WM, Barreira IA. *As circunstâncias do processo de reconfiguração da Escola Profissional da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal*. In *Anais do 2º Colóquio*

Latino-americano de História de Enfermagem; 2005 set 12-15; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2005. p 148-53.

Artigo padrão publicado em periódico impresso: Moreira MC, Carvalho V. Manifestações de ansiedade de clientes durante tratamento quimioterápico: indicativo para o planejamento do cuidado de enfermagem. R. pesq.: cuidado é fundamental 2005 jan/dez; 9 (1/2): 7-16.

Artigo publicado em periódico de meio eletrônico: Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadania: modelo sociopolitico. Freire Online – A journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico on line] 2003 jul; [citado 10 set 2003]; 1(2): [aprox. 3 telas]. Disponível em <http://www.paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.html> Artigo consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas: Carvalho V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

[on line] 2003 jul/ago; [citado 22 dez 2003]; 11(4): [aprox. 8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br> Artigo no prelo (com confirmação para publicação): Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. No prelo 2004. Artigo em periódico de divulgação comercial (revista e jornal): Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113. Resumo, editorial e resenha publicados em periódicos: Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2003 dez; 3(7): 309-10. Instituição como autor: Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990; 39(RR-21): 1-27.

Trabalhos em CD-ROM: Motta MCS, Marin HF, Zeitone RC. Exame físico em consulta de enfermagem de puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro (RJ): NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001. Página da Web: Mascagni PMA. Adolescência e diabetes. São Paulo (SP): ABC da saúde; 2003. [citado 18 ago 2005]. Disponível em: URL: <http://www.abcdasaude.com.br/DM/adolesc.htm> Verbete de dicionário: Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ); Nova Fronteira; 1986. Cuidado; p. 507. Relatório técnico e científico: Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000. Paes FRC, Nogueira ARR, Dias DS. Protótipo de sistemas de informação: um

estudo sobre a tecnologia utilizada. Rio de Janeiro (RJ): IBM/Centro Científico; 1998. Relatório técnico nº CCR-60. Ata de reunião: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Ata da reunião ordinária nº 7 do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Fundamental para tratar reunião ordinária para a implantação do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ); 2000 set.

Documentos jurídicos (leis, atos normativos, portarias e resoluções): Senado Federal (BR). Constituição: República Federativa do Brasil: 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico: 1988.

Decreto lei nº 2268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a lei nº 9434 sobre doação de órgãos no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1997 jul; 123 (99): 6110. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996. [citado em 17 jun 2000]. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>. Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.