

ISSN 2238-9113

ÁREA TEMÁTICA: (marque uma das opções)

- COMUNICAÇÃO
- CULTURA
- DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA
- EDUCAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- SAÚDE
- TRABALHO
- TECNOLOGIA

ANÁLISE DA ADERÊNCIA DE IDOSOS A ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Hendrick Luiz Scharneski (hlscharneski@hotmail.com)

Fabiana Postiglione Mansani (fpmansani@gmail.com)

RESUMO – com aumento da proporção de idosos na população brasileira nas últimas décadas, as doenças crônico-degenerativas associadas à senilidade ganham mais importância, sendo que entre seus fatores predisponentes figuram as dislipidemias. Porém, seu controle exige mudanças nos hábitos de vida. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência e a adesão de intervenções educativas relacionadas com estímulo a mudanças nos hábitos de vida para controle do perfil lipídico em um grupo de idosos. Para isso, foram oferecidas atividades de educação em saúde para idosos participantes de um grupo de convivência localizado no município de Ponta Grossa/Pr, com análise prévia dos seus perfis lipídicos e tabulação dos valores encontrados. Durante cada atividade, foi registrada a participação dos idosos. Como resultado, obtivemos uma boa aderência dos idosos em atividades como bingo, preparação de alimentos benéficos sobre o perfil lipídico, palestra e uma baixa aderência em algumas sessões de atividades físicas. Consideramos então que, com os dados levantados neste estudo, conseguimos verificar as atividades de educação em saúde que têm boa e má aderência por parte de indivíduos pertencentes à terceira idade. São necessários novos estudos buscando as causas de não aderência às atividades em que a recusa à participação foi significativa.

PALAVRAS-CHAVE – Envelhecimento. Lipídeos. Estilo de vida.

Introdução

A população senil está crescendo no Brasil, o que aponta melhoria da qualidade de vida do brasileiro. Com isso, associado a uma redução das taxas de natalidade, há uma alteração no perfil etário populacional, que vai deixando de ser predominantemente jovem para dar lugar a uma proporção aumentada de idosos (VERAS, 2012). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) estima que a população de idosos chegue a cerca de

65 milhões de pessoas ou 29,7% da população brasileira no ano de 2050. Segundo Mendes e colaboradores (2014), o grupo de idosos que mais ganha espaço nas estatísticas demográficas são o de idosos muito velhos (80 anos ou mais), formado em sua maioria por mulheres, processo denominado de feminilização da velhice.

Concomitante a essa mudança no perfil etário populacional, há uma alteração do quadro mórbido, que deixa de ser representado pelas doenças infecto-contagiosas e passa a ser representado pelas doenças crônico-degenerativas. Estas já correspondem a maior causa de morbimortalidade no Brasil, sendo responsável em 2009 por 72,4% do total de óbitos (DUNCAN et al., 2011).

Entre essas doenças crônicas figuram os distúrbios cardiovasculares. Isso porque além das alterações circulatórias decorrentes do próprio envelhecimento, a senilidade está associada a uma grande prevalência de fatores de risco, entre eles as dislipidemias (KRAUSE; HALLAGE; MICULIS, 2008; FERREIRA et al., 2010). Grande parte dos idosos não tem acesso a um tratamento adequado ou sequer conhece seu perfil lipídico (MOREIRA et al, 2006). Além disso, estudos nacionais (VACANTI et al, 2005) e internacionais (NAGASHIMA & KAZANUKI, 2005) mostraram que grande parte dos indivíduos que fez uso de medicação hipolipemiante de maneira isolada não conseguiu atingir suas metas lipídicas. Isso demonstra a necessidade de associar o tratamento medicamentoso à mudança dos hábitos de vida, a qual inclui dieta e exercícios físicos (YUSUF et al., 2004; GRUNDY et al., 2004).

Vários estudos têm comprovado que programas de incentivo à mudança nos hábitos de vida têm impacto positivo sobre a redução de admissões hospitalares, qualidade de vida, capacidade funcional e prevenção de infarto em indivíduos com fatores de risco coronarianos, reduzindo consideravelmente os gastos públicos (ROMERO, 2000; MCALISTER et al 2001; PIRICH; BISOVSKY; SINZINGER, 1992). Porém, é necessário verificar a assiduidade dos participantes às diferentes atividades para, em seguida, buscar as causas de não adesão e formas de intervir sobre elas.

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência e a adesão de intervenções educativas relacionadas com estímulo à mudanças nos hábitos de vida em um grupo de idosos para o controle do perfil lipídico.

Referencial teórico-metodológico

Após aprovação do comitê de ética em pesquisa (COEP), foram analisadas as

taxas séricas de colesterol total (e suas frações col-LDL e col-HDL), triglicerídeos (TG) e de 21 idosos de um grupo de convivência do município de Ponta Grossa - PR, denominado São Vicente. Ao fim do período de 3 meses de intervenções, será levantado novamente o perfil lipídico dos integrantes, a fim de se comparar com a amostra inicial e levantadas informações quanto ao possível impacto das atividades sobre ele. A coleta foi feita junto à sede de encontros do grupo, onde também ocorreram as atividades de incentivo à mudança nos hábitos de vida. Estas foram organizadas por acadêmicos dos cursos de enfermagem e de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa e ocorriam aos sábados no período da tarde, horário habitual de encontro dos idosos.

Foram incluídos idosos dislipidêmicos e não dislipidêmicos que aceitaram por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) a análise de seu perfil lipídico e a participação das atividades que compreenderam três caminhadas consecutivas de 19, 17 e 16 minutos, um bingo, uma palestra e duas cozinhas lúdicas, sendo uma sobre chá e outra sobre suco verde. Foram excluídos do estudo os idosos que tinham contraindicação à prática de caminhada, verificada por 4 de eletrocardiograma, os idosos que possuíam perda da sensibilidade nos pés devido à neuropatia periférica e os que vieram a falecer durante a pesquisa.

A primeira caminhada durou 19 minutos, a segunda 17 e a terceira 16. Todas tiveram o mesmo trajeto, que consistia em uma volta de em torno de uma quadra aos arredores da sede de encontros do grupo, o que perfazia um total de 250 metros no plano. Após cada caminhada, foi feito alongamento dos membros superiores, inferiores, cabeça e pescoço. Teve como objetivo o incentivo à prática de exercícios aeróbios de intensidade moderada. Entre os pacientes diabéticos, tomou-se o devido cuidado com hidratação adequada durante a prática.

A palestra durou em torno de uma hora e nela os idosos eram informados sobre a definição de dislipidemias, suas possíveis complicações e os benefícios de mudanças de hábitos de vida sobre a patologia. Eram estimulados a comer moderadamente, diminuindo a ingestão de carne vermelha, gordura animal, bolos, queijos amarelos, manteigas, sorvetes e orientados a comer trigo integral, peixe, legumes e verduras. Também incentivou-se a prática regular de exercícios físicos, com uma frequência mínima de 4 vezes por semana durante 30 minutos, aumentando a intensidade dos exercícios gradativamente (SCHULER; ADAMS; GOTO, 2013).

Nas cozinhas interativas os voluntários do projeto ensinaram a preparar e serviram suco e chá verde e falaram sobre o benefício do consumo dessas bebidas que, segundo

evidências, tem impacto positivo sobre o perfil lipídico e gordura corporal (JUNIOR & LEMOS, 2010; BATISTA, 2009). No suco verde foram utilizados 2 folhas de couve, 1 colher de suco de gengibre, 2 colheres de suco de limão e hortelã para cada copo (300ml) de suco. No chá foram utilizados 4 ramos de hortelã fresca, uma colher de suco de limão, um saquinho de chá verde e 100ml de suco de maçã para cada copo (300ml) de água fervente.

O bingo consistiu em 23 perguntas diversas sobre dislipidemias, dando mais ênfase aos cuidados para prevenção das dislipidemias. Foi realizado por três acadêmicos de medicina, sendo um animador que liderava a atividade e dois assistentes que auxiliavam os idosos em suas dúvidas. Elas eram numeradas e ordenadas por sorteio e após o animador do bingo fazer cada pergunta ele estimulava os idosos a responder com o intuito de tornar a atividade interativa. Se não houvesse resposta, o animador respondia e os idosos deveriam procurar e marcar a imagem com a resposta em suas respectivas cartelas. Venceu quem preencheu toda a cartela. O prêmio ao vencedor foi uma cesta de frutas.

Em cada atividade houve registro da participação dos idosos.

Resultados

A atividade que teve maior aderência foi a palestra com 90% de participação (n=19 idosos) e a que teve menor foi a segunda caminhada com apenas 23% dos integrantes (n=5 idosos) participando. A primeira caminhada obteve 76% (n=16) de participação, a terceira, 33% (n=7), o bingo, 71% (n=15), a cozinha interativa envolvendo chá-verde, 76% (n=16) e suco verde 66% (n=14). Os valores diferentes de adesão às sessões de caminhada deve-se possivelmente ao tempo chuvoso e porque coincidiu com dias que alguns idosos já haviam participado de atividades físicas e por isso relataram indisposição de as praticar novamente. Os idosos não participantes relataram como barreiras à prática das atividades a indisposição, limitações físicas e dores.

Considerações Finais

O presente trabalho evidenciou as modalidades de atuações da área de educação em saúde que tiveram maior aceitação por parte do público alvo, que no caso deste estudo era formado por idosos. Mais pesquisas são necessárias com o objetivo de levantar as causas mais

frequentes de não adesão, a fim de possibilitar intervenções nessas causas e, conseqüentemente, maior adesão às atividades para a melhoria da qualidade de vida.

APOIO: Fundação Araucária.

Referências

BATISTA, G.A.P.; CUNHA, C.L.P.; SCARTEZINI M., et al. **Estudo prospectivo, duplo cego e cruzado da camellia sinensis (chá verde) nas dislipidemias.** Arq bras cardiol. Vol. 93, nº2, 128-134, 2009.

DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A.M; *et al*; **Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.** Lancet, nº 377, 1949-61, 2011.

FERREIRA, C.C.C.; PEIXOTO, M.R.G.; BARBOSA, M.A; *et al*. **Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia.** Arq. Bras. Cardiol.[internet]. 2010 [acesso em mar 2016]; 95(5): 621-628. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500010>

GRUNDY, S.M; CLEMANN J.I.; MERZ, C.N.B. et al. **Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines.** Circulation, nº 110, p. 227-39, 2004.

Instituto brasileiro de geografia e Estatística [internet]. Síntese de indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: 24 março 2016

JUNIOR, H.P.L; LEMOS, A.L.A.; Gengibre. Diagn Tratamento. Vol. 15, nº4, p.174-8. 2010.

KRAUSE, M.P.; HALLAGE, T.; MICULIS, C.P. **Análise do perfil lipídico de mulheres idosas de Curitiba – Paraná.** Arq. Bras. Cardiol. vol.90, nº5, p. 327-332. 2008.

MCALISTER, F.A.; LAWSON, F.M; TEO, K.K. et al. **Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review.** BMJ; Vol. 323, p. 957-62, 2001.

MENDES, T.A.B; WAKSMAN, R.D.; FARAH, O.G.D. et al. **Manual de Especialização – Geriatria e Gerontologia.** 1. Ed. Barueri: Manole; 2014. p.862.

MOREIRA, R.O.; SANTOS, R.D.; MARTINEZ L. D. et al. **Perfil lipídico de pacientes com alto risco para eventos cardiovasculares na prática clínica diária.** Arq Bras Endocrinol Metab. V.50, no 3, p. 481-9, 2006.

NAGASHIMA, H.; KAZANUKI H. The status of lipid management in 1836 patients with coronary artery disease: a multicenter survey to evaluate the percentage of japanese coronary artery disease patients achieving the target low-density lipoprotein cholesterol level specified by the Japan Atherosclerosis Society. J Atheroscler Thromb; v.12, p. 338-342, 2005.

PIRICH, C.; BISOVSKY, S.; SINZINGER, H. Economic aspects of therapy for lipid metabolism disorders. Wien Klin Wochenschr, v.104, no14, p.401-8, 1992.

ROMERO T. Cardiac rehabilitation as a first step in the secondary prevention of coronary heart disease. Rev Med Chil. v.128, no8, p. 923-34, 2000.

SCHULER, G.; ADAMS, V.; GOTO, Y. Role of exercise in the prevention of cardiovascular disease: results, mechanisms, and new perspectives. Eur Heart J., vol. 62, No.5, 634-7, 2013.

VACANTI, L.J.; SANTOS, S.C.M; FUJITA, A.M. et al A baixa taxa de obtenção da meta do LDL colesterol numa população de baixa renda. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 85, No 3, 162-5, 2005.

VERAS R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Cad. Saúde Pública, nº 28, 1834-1840, 2012.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 364, p. 937-52, 2004.