

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

LAURA LIGIANA DIAS SZERWIESKI

**USO DE PLANTAS MEDICINAIS, CAPACIDADE
COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**MARINGÁ
2016**

LAURA LIGIANA DIAS SZERWIESKI

**USO DE PLANTAS MEDICINAIS, CAPACIDADE
COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra Lucia Elaine Ranieri Cortez
Co-Orientadora: Dra Rose Mari Bennemann

MARINGÁ
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S997u Szerwieski, Laura Ligiana Dias.

Uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida de idosos usuários da Atenção Primária / Laura Ligiana Dias Szerwieski. – Maringá-PR, 2016.

111 f. : il.

Orientadora: Lucia Elaine Ranieri Cortez.

Coordenadora: Rose Mari Bennemann.

Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2016.

1. Envelhecimento. 2. Plantas medicinais. 3. Cognição. 4. Estilo de vida. 5. Qualidade de vida. I. Título.

LAURA LIGIANA DIAS SZERWIESKI

Uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida de idosos usuários da atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Lucia Elaine Ranieri Cortez
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Eraldo Schunk Silva
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Fernanda Sizue Nishida
Centro Universitário de Maringá

Aprovado em 14 de setembro de 2016.

DEDICATÓRIA

A minha amada mamãe Helena Albertina Diogo Dias, por ser uma pessoa sábia, inspiradora, amável e principalmente por ter me ajudado a realizar mais um sonho. É com imenso amor que dedico lhe esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão a Deus por ter sido o meu companheiro durante esta caminhada, por jamais ter deixado sem respostas as minhas preces, por ter me dado força e sabedoria para enfrentar às dificuldades e assim estar concluindo esta importante etapa de minha vida.

Aos meus pais Jeronimo Szerwieski e Helena Albertina Diogo Dias pelo amor incondicional que me oferecem e por terem me apoiado a conquistar mais um sonho. Aos meus irmãos, sobrinhos, namorado, amigos e colegas de trabalho que sempre estiveram me incentivando.

À minha orientadora Professora Dr^a Lucia Elaine Ranieri Cortez, por sua paciência, perseverança, por ter compartilhado em cada encontro um pouco de sua sabedoria, por ter servido como um estímulo na minha caminhada acadêmica, ampliando minha perspectiva sobre o envelhecer, pela ajuda na realização desta pesquisa e por ter acreditado na minha capacidade de aprender.

Agradeço a minha co-orientadora Dr^a Rose Mari Bennemann que também auxiliou no desenvolvimento deste estudo, com ideias construtivas e motivadoras.

A todos os professores que contribuíram para minha formação, que me passaram o que tinham de mais precioso que é o conhecimento.

Agradeço também ao meu querido Estatístico por ter sido sempre tão atencioso e por diversas vezes ter me ajudado tão prontamente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos.

Em último lugar, mas de modo nenhum menos importante, meu agradecimento a todos os idosos, por terem me mostrado a importância de viver a vida plenamente e ter um envelhecimento com qualidade de vida.

EPÍGRAFE

“... as atividades desenvolvidas despertam no homem, por mais avançada que seja a sua idade o sentimento de existir para algo ou para alguém.”

Victor Frankl (1990)

“Na velhice ainda darão frutos, serão cheios de seiva e verdor.”

Salmos 94:13

Uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida de idosos usuários da atenção primária

RESUMO

O panorama demográfico mundial destaca que atualmente tem ocorrido o envelhecimento populacional e isso tem repercutido na busca pela qualidade de vida à medida que se envelhece. O processo de envelhecimento é permeado por diversas mudanças que acometem o ser humano em sua integralidade, como alterações biológicas, psicológicas e comportamentais, que comprometem a autonomia, realização de atividades e participação social. Alcançar a qualidade de vida, manter um estilo de vida saudável e retardar o comprometimento cognitivo durante o envelhecimento tem sido um desafio. Além disso, tornou-se necessário conhecer o ser que está envelhecendo em todas as dimensões, verificando os costumes que possuem, os hábitos de vida, se fazem uso de plantas medicinais, se conhecem os efeitos adversos que as mesmas podem causar e casos de toxicidade. Buscando preencher a lacuna existente, este estudo teve como objetivo verificar o uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária. Foi desenvolvido um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa, com idosos residentes do meio urbano, cadastrados no sistema E-SUS e atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde de um município na região oeste do Paraná, que aceitaram participar do estudo. Os idosos foram identificados a partir dos dados cadastrais, seguido de um cálculo amostral, sendo definido que na Unidade Central seria por sorteio aleatório e nas Unidades periféricas seria uma amostra por conveniência. A amostra foi constituída por 252 idosos, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal, que se dirigiu aos domicílios, apresentando os objetivos da pesquisa e convite para participar, em caso de aceite seguiu-se as normativas éticas e foi aplicado um questionário semiestruturado contendo: características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, atividade econômica, classe social), uso de plantas medicinais (uso, local de aquisição, indicação, frequência, toxicidade, motivo de uso e modo de preparo), capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas. A associação entre as categorias foi verificada por

meio do teste Qui-quadrado ou Teste Exato de *Fisher*. A diferença entre grupos foi testada utilizando-se o Teste não-paramétrico de *Wilcoxon*. Os resultados evidenciaram o predomínio do sexo feminino, com média de idade de 70 anos, analfabetos ou com baixa escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo, inatividade econômica, e classe econômica D-E. Com relação ao uso de plantas medicinais, pode ser observado que mais de 70% dos idosos fazem uso de plantas que são adquiridas nos quintais e hortas, as mais citadas foram à hortelã, cidreira, boldo, alecrim, utilizam porque é “melhor para curar”, “gosta mais”, “não faz mal”, porém alguns idosos referem não fazer uso devido contra-indicação médica, e não indicam a outros por receio de causar malefício. Ao ser avaliado a função cognitiva dos idosos destaca-se o fato de que apresentaram baixos escores no Mini Exame do Estado Mental, refletindo assim déficit cognitivo em 68% dos entrevistados. Ao ser observado a presença de declínio cognitivo por Unidade de Saúde, verificou-se que a ausência de declínio cognitivo é maior nas unidades periféricas, enquanto que na Unidade Central a presença de declínio é mais expressiva, sendo estatisticamente significativo entre ambas. Quando considerado o estilo e a qualidade de vida dos idosos, ocorreu associação significativa entre a Unidade de Saúde central e as periféricas, em que os idosos do centro possuem um estilo de vida melhor. Em relação à qualidade de vida os idosos apresentaram boa percepção sobre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo que as Unidades periféricas apresentaram melhores pontuações. Após análise dos dados, os resultados foram apresentados aos idosos no “Dia da Promoção da Saúde e da qualidade de vida”, despertando assim o empoderamento, a autonomia e o desejo de viver a vida plenamente. Este estudo foi capaz de traçar um perfil dos idosos do município de Itaipulândia desvelando a vivência em sociedade, seus costumes, culturas e estigmas, além disso, fornece subsídios para a realização de novas pesquisas que podem avaliar as fragilidades causadas pela velhice e as estratégias de enfrentamento, despertando o interesse sobre este público seletivo que está envelhecendo e favorecendo a realização de futuras ações voltadas a promoção da saúde.

Palavras chaves: Envelhecimento; Plantas Mediciniais; Cognição; Estilo de vida; Qualidade de vida.

Medicinal plants usage, cognitive ability, style and quality of life of elderly people treated in primary care

ABSTRACT

The worldwide demographic landscape stands out that currently there has been a population aging, which has reflected in the search for quality of life as the people grow old. The aging process is permeated by several changes that affect the human being in its completeness, ranging from the biological, psychological and behavioral changes, which undermine autonomy, until the accomplishment of activities and social participation. Achieving quality of life, maintaining a healthy lifestyle and delaying cognitive impairment during aging have been considered as challenges. In addition, it has become necessary to know the human being who is aging in all dimensions, checking its customs, life habits, medicinal plants usage and its adverse effects, and cases of toxicity. By seeking to fill the existing gap, this study was intended to check the medicinal plants usage, cognitive ability, style and quality of life of elderly people treated in primary care. A cross-sectional, correlational, analytical and descriptive study, with a quantitative approach, was conducted with elderly people living in urban areas, enrolled in the E-SUS system and cared for by the Basic Health Units in a city of the west region of Paraná, who agreed to participate in the survey. The elderly patients were identified from the register data, followed by a sample calculation, where we defined that the Central Unit would hold a random drawing and the peripheral units would hold a convenience sample. The sample was composed of 252 elderly people, and the data collection was performed by the main researcher, who went to the households, introduced the research objectives and launched the invitation to participate. In case of acceptance, she followed the ethical guidelines and applied a semi-structured questionnaire containing the following variables: sociodemographic characteristics (gender, age, schooling level, marital status, economic activity and social class), medicinal plants usage (usage, place of acquisition, indication, frequency, toxicity, reason to use and preparation method) cognitive ability, style and quality of life. Quantitative data were described by means of average, standard deviation and variation coefficient. Categorical variables were analyzed by means of simple and crossed frequency tables. The association among the categories was checked by means of Chi-square test or Fisher's exact test. The difference among the groups was tested using the Wilcoxon

nonparametric test. The results highlighted the predominance of females, with an average age of 70 years, illiterate or with low schooling, with a monthly income of up to one minimum wage, economic inactivity and D-E economic class. Concerning the medicinal plants usage, one can note that over 90% of the elderly people make use of plants that are acquired in the backyards and gardens, and the most cited were: mint, lemon balm, boldo and rosemary. They claimed to use these plants because “it’s better to heal”, “I prefer this”, “it doesn’t harm”, but some elderly patients said they do not make use of plants because of medical contraindication, and they do not suggest to others for fear of causing damages. When assessing the cognitive function of the elderly patients, one can emphasize that they showed low scores on the Mini Mental State Examination, thereby reflecting a cognitive impairment in 68% of those interviewed. When observing the presence of cognitive decline for each Health Unit, it was found that the absence of cognitive decline is greater in the peripheral units, whilst the presence of decline is more significant in the Central Unit, and it is statistically significant between the two parts. By considering the style and quality of life of the elderly patients, there was a significant association between the Central Health Unit and the peripheral units, when it was realized that the elderly patients of the central region have a better lifestyle. Concerning the quality of life, the elderly patients showed a good perception about the physical and psychological domains, as well as about the domains of social relationships and environment, and the peripheral units showed better scores. Upon examination of the data, the results were displayed to the elderly patients in the “Health Promotion and Quality of Life Day”, thereby awakening the empowerment, the autonomy and the desire to fully enjoy life. This study was able to outline a profile of the city of Itaipulândia, thereby revealing the social coexistence, its customs, cultures and stigmas, in addition to providing subsidies for the accomplishment of new research that may assess the weaknesses caused by old age and support the production of confrontation strategies, which warns us about this select audience that is aging and also fosters the accomplishment of future actions oriented towards health promotion.

Keywords: Aging; Plants, Medicinal; Cognition; Life Style; Quality of Life

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos idosos por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia (PR), 2016.....	35
--	----

ARTIGO II- CAPACIDADE COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL

Quadro 1. Distribuição dos idosos por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia (PR), 2016.....	69
--	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I - USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

TABELA 1- Relação entre o uso de plantas e dados sociodemográficos, Itaipulândia, PR, 2016.....	45
TABELA 2- Caracterização do uso de plantas por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia, PR, 2016.....	46
TABELA 3- Principais plantas medicinais mencionadas, família, espécie, uso, parte utilizada.....	47

ARTIGO II- CAPACIDADE COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL

TABELA 1- Características sociodemográficas e declínio cognitivo dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde, de Itaipulândia (PR), 2016.....	71
TABELA 2- Unidades Básica de saúde e presença de declínio cognitivo em idosos usuários das Unidades Básicas de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.....	72
TABELA 3- Comparação dos escores (Teste de <i>Wilcoxon</i>), na presença ou não de declínio cognitivo para o Estilo e a Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde, de Itaipulândia (PR), 2016.....	72
TABELA 4- Comparação dos escores (Teste de <i>Wilcoxon</i>) do Estilo e Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.....	73

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 OBJETIVO GERAL	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 ENVELHECIMENTO NO BRASIL	19
2.2 CAPACIDADE COGNITIVA.....	20
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	24
2.4 ESTILO DE VIDA.....	26
2.4.1 ATIVIDADE FÍSICA.....	27
2.4.2 ALIMENTAÇÃO	28
2.4.3 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS.....	30
2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	31
3. METODOLOGIA.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2 LOCAL DO ESTUDO	34
3.3 POPULAÇÃO ALVO.....	34
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	35
3.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA	35
3.6 COLETA DE DADOS.....	36
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4. ARTIGO 1	41
5. NORMAS DA REVISTA	55
6. ARTIGO 2	66
7. NORMAS DA REVISTA	80
8. ATIVIDADE DE PROMOÇÃO A SAÚDE.....	87
9. CONCLUSÃO.....	88
10. REFERENCIAS	89
ANEXOS.....	95
ANEXO A	96

ANEXO B	99
ANEXO C	101
ANEXO D	103
ANEXO E.....	108
APÊNDICE.....	110
APÊNDICE A	111
APÊNDICE B.....	112
APÊNDICE C.....	113

1 INTRODUÇÃO

Em escala mundial, tem ocorrido um acelerado processo de envelhecimento, com queda na taxa de fecundidade e diminuição da mortalidade infantil, refletindo em aumento na expectativa de vida e no número populacional. Essa conquista da longevidade sempre foi almejada pelos seres humanos e, atualmente, tem sido vista como uma conquista para a sociedade, porém o envelhecimento traz consigo o desafio de manter a qualidade de vida e a capacidade cognitiva desses idosos pelo maior tempo possível (OPAS, 2005; PAPALÉO NETTO, 2007; WALKER 2015).

O aumento da expectativa de vida implica um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, social, econômica e psicológica, em virtude das várias mudanças que ocorrem nesse período da vida. O indivíduo, que possuía independência, autonomia e participava ativamente na sociedade, começa a perder os papéis que desenvolvia e tende a se isolar do meio que antes dominava. Além disso, o processo de envelhecimento traz consigo alterações na parte cognitiva, dificultando ao idoso aprender coisas novas. Pode também apresentar comprometimento da orientação espacial, maximizando os estigmas da sociedade sobre o idoso demenciado como algo comum do envelhecimento (MAGALHÃES; IBIAPINA; CARVALHO, 2014; LEITE et al., 2015).

Com o processo de envelhecimento, ocorre a morte dos neurônios levando à diminuição das sinapses neuronais, isso repercute em mudanças cognitivas consideradas normais, tais como a perda de funções executivas, dificuldade na comunicação, diminuição da capacidade de lembrar palavras ou nomear objetos, declínio das habilidades visuoespaciais e dificuldade de organização. Essas alterações fazem com que a memória fique mais lenta, e que o indivíduo apresente uma maior dificuldade de orientação. Desse modo, mesmo estando em ambientes familiares, pode não reconhecer o local, também possui um déficit cognitivo no que se refere ao armazenamento de informações, apresentando dificuldade na recuperação dos fatos recentes (MONTAÑO; RAMOS, 2011).

Dessa maneira, o comprometimento cognitivo acomete o indivíduo em sua integralidade. Assim torna-se necessária a adoção de medidas que previnam e avaliem essa perda da função cognitiva. Alguns instrumentos foram criados para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso, e podem determinar o grau de comprometimento cognitivo. Desse modo, conhecendo o grau de comprometimento que o indivíduo apresenta, é

possível pensar em estratégias de intervenção individuais, de forma precoce e eficiente (NUNES et al., 2010; FERREIRA, TAVARES, RODRIGUES, 2011).

Assim, tanto os idosos ativos, capazes de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, quanto os que já apresentam diminuição da capacidade cognitiva e estão com comprometimento funcional, devem participar de ações que promovam a saúde, para ter boa qualidade de vida e desenvolver um estilo de vida saudável, buscando prevenir que ocorram mais perdas e a evolução para um quadro de demências (LEITE et al., 2015).

O estilo e qualidade de vida são fatores determinantes na busca pela melhoria da capacidade cognitiva. O idoso que possui bons hábitos alimentares, pratica atividades físicas periodicamente, dorme o suficiente, evita o consumo de produtos maléficos, possui moradia, acesso ao serviço de saúde, mantém o convívio social e realiza algumas atividades intelectuais como leituras e jogos entre outros, é considerado um indivíduo que possui fatores positivos que podem aumentar sua qualidade e expectativa de vida (MAGALHÃES; IBIAPINA; CARVALHO, 2014; MAY et al., 2015; LEITE et al., 2015).

O estilo de vida engloba diversos hábitos e costumes, entre eles, considera-se também o uso de plantas medicinais, pois os idosos apresentam uma cultura com valores enraizados sobre esse assunto, sendo este conhecimento repassado entre as gerações e possuem práticas de uso comum, que são empregadas para aliviar, ou mesmo curar algumas enfermidades (ADNAN et al., 2015; BADKE et al., 2011).

A busca pela qualidade de vida e a melhora da capacidade cognitiva é possível por meio de ações de promoção à saúde, envolvendo grupos da terceira idade, com atividades culturais voltadas para este público que está envelhecendo, como palestras, orientações, discussões em grupos, fôlderes educativos. Ações coletivas podem interferir na qualidade de vida dos idosos, pois atuam como promotoras da saúde e incentivam para que eles mesmos se tornem empoderados e almejem a longevidade com poucas fragilidades (ARAÚJO et al., 2011).

Assim, diante do cenário apresentado, surge o seguinte questionamento: A qualidade e o estilo de vida dos idosos influenciam na capacidade cognitiva? Desse modo, este estudo tem por objetivo verificar o uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o uso de plantas medicinais, capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população quanto aos aspectos sociodemográficos;
- Verificar o uso de plantas medicinais pelos idosos;
- Avaliar a capacidade cognitiva dos idosos;
- Verificar o estilo e qualidade de vida dos idosos;
- Realizar com a equipe de saúde o “Dia da promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento da população se tornou um fato evidente e tem atingido tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento. No caso do Brasil, o envelhecimento se tornou um fenômeno visível em razão do aumento dos idosos na população total desde o final do século XX. Pesquisadores descrevem que essa acelerada transição demográfica no Brasil se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos revelando ser este um processo permanente e irreversível, com alterações na dinâmica populacional (ZANON; MORETTO; RODRIGUES, 2013; MORAES, 2012; IBGE, 2010a).

Segundo o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão do IBGE, o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos de idade ou mais passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Conforme as estatísticas, espera-se para os próximos 10 anos, um aumento de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

Os autores seguem descrevendo que entre os idosos tem ocorrido uma maior concentração de mulheres nesse grupo etário. A razão de sexos para a população com mais de 60 anos de idade é de cerca de 0,8%, indicando que existem aproximadamente 80 homens para cada 100 mulheres, resultado dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, cujas taxas para a população masculina são sempre maiores do que aquelas observadas entre as mulheres.

Estima-se que até o ano 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar no ranking geral de idosos, alcançando um contingente de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010c), em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, enquanto que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (IBGE, 2010d). Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (MORAES, 2012).

De acordo com o Banco Mundial, o processo de transição demográfica brasileiro se encontra muito mais avançado se comparado aos outros países da América Latina, a taxa de fecundidade no Brasil diminuiu de três para dois filhos por mulher em 19 anos, enquanto que, na Europa, a mesma queda levou 60 anos em média. Esses fatos evidenciam que a redução da mortalidade não tem sido tão rápida e profunda quanto à da fecundidade, além disso, a estrutura etária da população tem mudado rapidamente e tem sido muito favorável, dada à concentração da população em idade ativa (BRASIL, 2011).

O aumento do número de idosos trouxe uma nova visão sobre o processo do envelhecimento, e várias políticas foram implantadas, buscando diminuir as repercussões negativas, sendo que estas se referem não somente à área da saúde, mas abrangem uma perspectiva muito maior, englobando a previdência, alimentação e acessibilidade aos locais. Desse modo, o Brasil tem buscado uma reestruturação programática pensando na saúde e no bem-estar da crescente população de idosos, com o objetivo principal de minimizar a perda da capacidade funcional destes, e mantê-los na comunidade pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência (MORAES, 2012).

O principal desafio enfrentado, na atualidade, pelo Brasil, é a escassez de recursos para uma demanda crescente de idosos, pois esta população consome mais serviços de saúde e possui múltiplas doenças crônicas que perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Dessa forma, as medidas de intervenções devem tornar-se prioridade do sistema de saúde, identificando o elevado custo da atenção à saúde do idoso para os serviços de saúde, em especial, nos casos dos indivíduos dependentes, salientando a importância da assistência multiprofissional para a prestação do cuidado integral (BRITO et al., 2013).

É obvio que somente almejar a longevidade não será o suficiente, é preciso que ocorram, de forma paralela, profundas transformações socioeconômicas que visam à melhoria da qualidade de vida dos idosos, buscando minimizar as perdas cognitivas e promover o envelhecimento ativo, para, somente assim, poder ser algo agradável a todos (BRITO et al., 2013; PAPALÉO, 2007).

2.2 Capacidade cognitiva no processo de senescência

Discutir sobre o processo do envelhecimento traz a reformulação de conceitos e posturas sobre a velhice, quebrando paradigmas e estigmas cultivados pela sociedade. A senescência envolve diversas mudanças fisiológicas, entre elas ocorrem alterações na parte

cognitiva, que podem causar o isolamento, perda da autonomia e da independência, pois o desempenho físico e social do idoso depende da integridade de todas as suas funções. Os principais prejuízos estão relacionados com a memória recente e a incapacidade de realizar cálculo, indicando que tem ocorrido a redução das funções cognitivas (BRASIL, 2007).

A capacidade cognitiva do indivíduo está relacionada com a aprendizagem, memória e raciocínio, que durante o ciclo da vida compreendido entre infância e idade adulta formam esse sistema, porém, no decorrer do processo de envelhecimento, as estruturas neurais envolvidas na aprendizagem, memória e raciocínio sofrem mudanças físicas que podem ser em toda a parte cognitiva, mas são a atenção, a memória e a inteligência que sofrem os maiores danos (GUERREIRO; CALDAS, 2001).

O envelhecimento faz com que a memória acabe apresentando alterações, e repercute na dificuldade de aprender coisas novas. Pesquisadores relatam que a memória remota está ali, cristalizada, sendo que a pessoa lembra muito bem de coisas do passado. Além disso, eles destacam que a memória acaba se atrofiando pela falta de uso, devido à menor utilização do que ocorria na fase adulta. Desse modo, o idoso tem maior predisposição a apresentar algum comprometimento cognitivo (ZIMERMANN, 2000).

A literatura documenta que, com o envelhecimento, alguns aspectos da memória podem declinar, porém existe a possibilidade de adaptação e otimização da memória, e isso pode ser feito utilizando os recursos internos como a autoeficácia e o empoderamento. Existem evidências de que os programas de treinamento e reabilitação de memória trazem melhores resultados, mas isso só acontece quando o idoso acredita na sua capacidade para realizar as mudanças na memória (ZIMERMANN, 2000).

Desse modo, outros autores relatam que a perda de memória resulta do declínio cognitivo, que é considerado como algo normal que acomete o indivíduo que está passando pela senescência. Essas mudanças cognitivas fisiológicas que estão relacionadas à idade, como a perda de funções executivas, que são alterações que acometem as habilidades necessárias para lidar com ações do cotidiano; alterações da linguagem, diminuição da capacidade de lembrar palavras ou nomear objetos; declínio das habilidades visuoespaciais, dificuldade de organização visuperceptiva e construções mais lentas, podem levar à diminuição da prontidão da memória e à maior dificuldade de orientação, mesmo em ambientes familiares; assim como a dificuldade na recuperação de fatos, principalmente, os atuais (MONTAÑO; RAMOS, 2011).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos com idosos, um deles, realizado no Rio Grande do Sul, com 368 pessoas idosas, evidenciou que 46,3% apresentaram demência grave,

seguidos de 31,3% que tinham demência leve e 22,4% com demência moderada, evidenciando uma totalidade de entrevistados com algum comprometimento cognitivo (LEITE et al., 2015).

Já outro estudo realizado em Minas Gerais com 2.898 idosos, com predomínio do sexo feminino, evidenciou que no grupo com idosos acima de 80 anos houve maior comprometimento cognitivo do que no grupo com idosos de 60 a 70 anos. Isso se deve ao próprio processo de envelhecimento, em que quanto mais longo, mais comorbidades o indivíduo tende a apresentar (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Estudo realizado com 56 idosos divididos em dois grupos não pareados, sendo o G1 os participantes do Programa de Assistência e Cuidados para o Controle da Hipertensão Arterial do Hospital Universitário Onofre Lopes (PACHA) e G2 idosos da comunidade, realizou a avaliação da função cognitiva através do Mini Exame do Estado Mental. Verificou que 69% dos hipertensos apresentaram declínio cognitivo, ou seja, 29 idosos do G1 não atingiram a pontuação mínima de 20 pontos para indivíduos analfabetos e de 24 para escolarizados. Enquanto que 43% dos indivíduos normotensos apresentaram déficit cognitivo. Este estudo ainda observou que os idosos hipertensos possuem maior risco de apresentarem declínio da função cognitiva, quando comparados aos idosos do grupo de normotensos. Além disso, não houve diferença significativa entre atenção e cálculo, a memória, e a praxia construcional (SANTOS et al., 2011).

Buscando prevenir as incapacidades cognitivas, torna-se necessário realizar uma avaliação da capacidade funcional e cognitiva, pois o uso de instrumentos pode determinar o grau de comprometimento cognitivo, e consegue evidenciar os casos em que é necessário auxílio para as atividades de manutenção e promoção da própria saúde (NUNES et al., 2010).

2.2.2 Senilidade cognitiva

Por vezes, a perda ou o comprometimento da memória pode ser confundido com a demência, porém esquecer faz parte da vivência do ser humano, isso ocorre devido ao fato de algumas memórias serem de curto prazo e não apresentarem o grau de importância necessário para serem armazenadas por um período mais longo (MONTAÑO; RAMOS, 2011).

Já o processo de demência se constitui em uma síndrome crônica e progressiva, resultante de doença ou disfunção cerebral, que desencadeia alterações das funções cognitivas, que são: memória, atenção, aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. Ocorre a perda da função cerebral, que afeta a qualidade de

vida dos idosos, possibilitando, assim, o surgimento dos distúrbios cognitivos. Essas alterações podem causar perturbações do controle emocional, comportamento social ou motivação e redução da função intelectual (BRASIL, 2007; RAMOS, 2012).

As doenças cognitivas que mais acometem os idosos são a Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Alteração cognitiva leve e a Demência dos Corpos de Lewy. Essas patologias causam atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos, perda de neurônios, degeneração granulovacuolar, presença de placas neuríticas, formação de corpos de Lewy, formação de placas beta-amilóides e emaranhados neurofibrilares (NORDON et al., 2009).

A Doença de Alzheimer é a patologia mais comum no envelhecimento, o indivíduo apresenta déficit de memória e comprometimento nas atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, ir ao banheiro, necessita de acompanhante ao sair, pois pode não encontrar o caminho de volta. Além da dificuldade na realização de atividades, podem ocorrer alterações comportamentais como alucinações, agressividade e irritabilidade. Pelo fato de ser uma doença progressiva, o idoso com Alzheimer, em nível avançado, passa a depender totalmente do seu cuidador, desconhecendo seus familiares e ficando restrito ao leito (ALZHEIMER'S, 2010).

A presença de sintomas depressivos ou o surgimento de demências traz consequências negativas para o indivíduo e grandes implicações sociais. A depressão tem acometido os idosos e se tornou um problema de saúde pública, devido a sua amplitude e gravidade, sendo assim, é fundamental que a equipe multiprofissional da saúde acompanhe esses idosos e priorize condutas imediatas para o tratamento desses indivíduos (NUNES et al., 2010; OLIVEIRA, et al., 2012).

Desse modo, é primordial a adoção de medidas de intervenções, devido ao fato de serem capazes de identificar as causas tratáveis desses transtornos. Além disso, essas estratégias ajudam a manter o indivíduo na comunidade pelo maior tempo possível e aproveitando ao máximo sua autonomia e promovendo sua qualidade de vida (NUNES et al., 2010).

2.2.3 Estimulação cognitiva e qualidade de vida

Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo do envelhecimento alertam que existe uma grande necessidade de garantir à pessoa idosa a atenção em todas as dimensões. Sabe-se que para ter um bom envelhecimento é preciso pensar sobre o bem estar físico, dimensões psíquicas e sociais, e na melhora da qualidade de vida. Para que isso aconteça, o

idoso precisa ser estimulado a tornar-se uma pessoa ativa na sociedade e ser convencido a realizar algumas mudanças (PAPALÉO, 2007).

Estimular o autocuidado, encaminhá-lo ao tratamento e acompanhamento de agravos à saúde, propiciar um ambiente físico seguro e adequado às suas necessidades, estabelecer parcerias com a família, cuidadores e comunidade, a fim de reintegrá-lo ao convívio familiar e social são fatores determinantes para alcançar a qualidade de vida (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Para que o idoso continue inserido na sociedade de forma ativa, é necessário que existam mais programas de prevenção e combate às doenças crônicas degenerativas, programas que estimulem a capacidade cognitiva, e busquem a prevenção aos hábitos nocivos à saúde, como uso de cigarro, excesso de bebida alcoólica, uso indiscriminado de açúcares e gorduras, pois estes também são determinantes no surgimento de agravos cognitivos (SANTOS et al., 2011; MAY et al., 2015).

Em se tratando de idosos que já apresentam diminuição da capacidade cognitiva e estão com comprometimento funcional, se torna imperiosa a promoção de ações que busquem prevenir a evolução de mais perdas. Assim, é preconizada a adoção de hábitos de vida saudável, prática de exercícios físicos, dieta equilibrada, convívio social, estímulo a atividades intelectuais com leituras e jogos, e principalmente a busca pela qualidade de vida (LEITE et al., 2015).

2.3 Qualidade de vida

A qualidade de vida não é apenas a conquista plena de saúde, uma vez que engloba diversos aspectos como as relações sociais que a pessoa possui, a realização de atividades recreativas, momentos culturais e ambientais. Esses aspectos ajudam a desenvolver um papel protetor para o ser humano, e isso será mantido por todo o ciclo da vida até a velhice. A ausência da qualidade de vida se torna um fator de risco para o declínio físico, emocional e cognitivo (GIULINANI et al., 2014).

A qualidade de vida (QV) foi definida por um Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde em 1995, como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1995).

Esse conceito foi aperfeiçoado pela Organização Mundial de Saúde para a percepção que o ser humano tem em saber se as necessidades que possui estão sendo satisfeitas, ou se ainda

são negadas oportunidades para que ele conquiste a felicidade, autorrealização e se possua condições de saúde, sociais e econômicas (OMS, 1998).

Possui como indicadores a alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, e as necessidades de garantia de sobrevivência próprias da sociedade contemporânea. Porém este termo abrange muitos significados, que vêm sendo construídos com o decorrer do tempo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Em uma abordagem subjetiva, é uma noção eminentemente humana, que está relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, social, ambiental, amorosa e na própria existência (MINAYO, 2000). Além disso, as condições históricas, os conhecimentos adquiridos, as experiências, os valores e princípios, fatores ambientais e socioculturais também são alguns determinantes para alcançar a qualidade de vida. Porém, depende das condições de cada grupo, ou seja, países em desenvolvimento e países desenvolvidos possuem o entendimento e a percepção sobre qualidade de vida de maneira diferente. Isso se deve ao fato de possuírem necessidades distintas, sendo esta uma ótica variável e relativa entre eles (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

É vista também como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos que envolvem a felicidade, amor, prazer, realização pessoal, e também objetivos relacionados à saúde, moradia, lazer, hábitos de atividade física e alimentação, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade, em que a junção desses fatores leva a uma percepção positiva de bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; ALMEIDA, GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

É notada como um construto cultural que precisa constantemente ser revisado, discutido e transformado de acordo com o avanço do conhecimento e da sociedade. Assim, é importante que, ao se investigar os fatores relevantes na percepção de pessoas ou grupos para se ter boa qualidade de vida, exista uma reflexão acerca das formas pelas quais esses fatores se tornaram relevantes, considerando aspectos históricos, socioculturais, psíquicos, do ambiente e da inserção no mundo do trabalho (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A qualidade de vida deve ser construída ao longo do ciclo da vida, durante o qual, individual e coletivamente, deve-se conquistá-la. Percebe-se que, com o aumento da expectativa de vida, surgiram desafios ainda maiores na busca por melhoria ou manutenção de saúde e qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para conseguirmos que o processo de envelhecimento seja positivo, devemos buscar oportunidades contínuas de saúde, participando ativamente da sociedade e visando à segurança e ao bem-estar (OMS, 2005).

Adotou-se o termo Envelhecimento Ativo para expressar a visão desse processo de conquista. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida das pessoas, inclusive dos idosos frágeis que requerem cuidados, porém a OMS enfatiza que não basta aumentar a expectativa de vida, é preciso melhorar também a qualidade dos anos vividos, para, somente assim, alcançar a plenitude diária (OMS, 2005).

A longevidade tem sido vista como um desafio, pois os indivíduos possuem o desejo de viver mais, porém devem ser anos produtivos, com poucas perdas. No entanto, nem sempre isso é possível. Desse modo, é primordial que ocorram, de forma paralela ao envelhecimento, modificações na atenção primária, com um enfoque maior na promoção da saúde, em que cada pessoa se conscientize da importância de buscar alcançar a qualidade de vida, melhorar a capacidade cognitiva e manter um estilo de vida saudável (BRASIL, 2006).

2.4 Estilo de vida

O conceito de estilo de vida passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, pesquisadores descrevem que o modo de vida do sujeito tem um papel importante e pode promover a qualidade de vida ou prejudicá-la. O estilo e os hábitos de vida se referem à alimentação, prática de exercícios físicos, lazer, comportamentos aditivos, aspectos emocionais e psíquicos (MAY et al., 2015).

Tem sido considerado como fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade. Os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, em que o indivíduo recebe informações sobre como manter um estilo de vida saudável, porém ele classifica essas informações como importantes ou não, além disso, o estilo de vida sofre influência das oportunidades e barreiras sociais presentes na vida da pessoa (ANDRADE; MARTINS, 2011).

O estilo de vida é compreendido como um modo de viver que conduz à maneira de ser do sujeito, aos hábitos e suas expressões (NAHAS, 2006). A forma de vida da pessoa varia de acordo com o grupo social e cultural em que a mesma se encontra inserida. Dessa forma, a pessoa possui costumes, crenças e hábitos devido à influência da sociedade. O estilo de vida envolve todos os aspectos da ação e do pensamento humano, como educação, lazer, trabalho, família, habitação, higiene, segurança, alimentação, recursos econômicos e ambientais, comportamentos de risco, considerados como requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar físico, mental e social. Desse modo, a decisão do indivíduo para manter uma forma peculiar de vida é influenciada pelos aspectos externos do meio ambiente e da

sociedade e pelos processos mentais como ideias e escolhas (GONÇALVES; CARVALHO, 2007; RODRIGUEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Para alcançar bons hábitos de vida, é necessário ter motivação e satisfação pela vida. Quando o indivíduo possui problemas não resolvidos, realiza poucas atividades prazerosas, passa a apresentar um comprometimento com a satisfação do viver, coadjuvante às condições do contexto social, que também pode ser um gerador de conflitos. Desse modo, podem surgir doenças devido a essas dificuldades, porém é necessário ter desejo para enfrentar as diversas situações e tensões do cotidiano. O indivíduo passa por uma autoavaliação e toma uma atitude compreensiva nos cuidados com a saúde. É preciso facilitar a mudança de comportamento do sujeito, baseada num modelo de promoção à saúde (TEIXEIRA et al., 2006).

Possuir bons hábitos de saúde como não fumar, praticar atividade física no mínimo três vezes por semana ou 30 minutos por dia, aderir a uma dieta balanceada, dormir antes das 22h por um período de 8 horas ininterruptas, possuir um índice de massa corporal dentro dos parâmetros normais são fatores positivos que podem aumentar a expectativa de vida. Além disso, podem diminuir as incapacidades, prevenir as doenças crônicas não transmissíveis, e evitar maiores agravos (MAY et al., 2015).

2.4.1 Atividade física

Durante a senescência ocorre a degeneração das funções neuromotoras e estruturas orgânicas, isso acaba repercutindo em declínio gradativo das capacidades físicas, assim o idoso passa a perder a agilidade, mobilidade e flexibilidade favorecendo a dificuldade na marcha. Essa diminuição do desempenho físico sofre a influência das condições do comportamento, de estilo de vida e da incapacidade biológica, que pode comprometer a autonomia e independência do idoso (NOGUEIRA et al., 2010).

As evidências científicas e pesquisas de campo têm demonstrado que a atividade física, exercícios aeróbicos e de força, quando praticados regularmente, podem promover resultados significantes tanto na qualidade de vida como no enfrentamento de doenças crônicas e depressão. Além disso, é enfatizado que os diversos programas de intervenção de atividade física podem melhorar o desempenho motor e a autonomia de pessoas com idade avançada. Isso se deve ao fato de que praticantes de exercícios físicos se tornam mais capacitados, independentes, facilitando a participação social e possibilitando a realização das atividades diárias (MELO et al., 2014; SILVA, et al., 2012).

O idoso tende a apresentar algumas incapacidades no decorrer do processo de envelhecimento, a sarcopenia e diminuição da força muscular são as mais comuns e provocam no idoso o sentimento de inutilidade, repercutindo na inatividade física e causando ainda mais a perda da capacidade funcional. Se o idoso não receber nenhum estímulo ou treinamento, essas incapacidades irão proporcionar várias limitações como diminuição da mobilidade articular, lesões musculares, desvios posturais, dores na extensão e flexão dos membros e baixa capacidade de suportar esforços, causando, assim, um comprometimento da qualidade de vida do idoso (ROMA et al., 2013).

Pesquisa sugere que a prática regular de exercícios físicos, alongamentos ou qualquer atividade esportiva podem melhorar a capacidade física, ajudar a manter o vigor e promover a qualidade de vida à medida que se envelhece. Além disso, quando o idoso pratica qualquer atividade, permite a manutenção da aptidão física, traz autonomia e previne incapacidades. Sugere-se a realização de um treinamento de resistência, associado a um programa de aptidão física, pois ambos poderão prevenir um estado saudável e reverter ou otimizar os fatores de risco (PAULA; CUNHA; TUFAMIN, 2014).

Outros pesquisadores corroboram ao afirmar que além da realização de atividades físicas, podem ser realizados treinamentos de força motora, pois estes apresentam declínio considerável no processo de envelhecimento. Os principais benefícios elencados são a melhora da composição corporal, da densidade mineral óssea e na utilização de glicose, aumentando a taxa metabólica basal: de 7% a 15%, causando diminuição da pressão arterial de repouso, redução da dor relacionada à artrite, desconforto lombar reduzido, maior velocidade no trânsito gastrointestinal, melhora do perfil lipídico, aumento da autoconfiança e alívio da depressão (BAECHLE; WESTCOTT, 2013).

A prática de atividade física regular melhora a estabilidade postural, a marcha do idoso e também está associada ao desenvolvimento ou manutenção da eficiência dos reflexos envolvidos no controle postural, principalmente, por meio da adequação da informação neurossensorial, que permite uma resposta motora mais apropriada, conduzindo a melhores ajustes posturais em situações de desequilíbrio, prevenindo quedas e promovendo qualidade de vida (VALDUGA et al., 2013).

2.4.2 Alimentação

A transição da vida adulta para o envelhecimento ocorre de forma gradual, porém, no decorrer do ciclo da vida, causa diminuição da taxa metabólica basal, isso reflete na

alimentação do indivíduo. Pesquisadores salientam que a alimentação do idoso não sofre mudanças drásticas, ou seja, geralmente, o idoso não irá mudar o seu padrão alimentar porque envelheceu, porém é enfatizado que ocorre um declínio da ingestão alimentar, associado com um aumento no percentual de carboidratos, enquanto que a contribuição de gordura declina. Essas dietas, nutricionalmente inadequadas, podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas e agudas relacionadas à saúde (MENEZES; MARUCCI, 2012; MORENO; VÍBORA; GARCIA, 2015).

As alterações anatômicas (atrofia e perda da elasticidade da cavidade bucal) e metabólicas (diminuição da absorção alimentar) acabam sendo fatores que predispõem a mudança na dieta, principalmente, na consistência dos alimentos, pois, muitas vezes, o idoso apresenta dificuldade na mastigação e deglutição, o que pode acarretar déficits nutricionais e escolhas alimentares inadequadas. O idoso também pode apresentar redução da sensibilidade por sabores primários como o doce, amargo e ácido dos alimentos, influenciando na diminuição do consumo alimentar (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).

No que se refere à alimentação, o principal sistema envolvido é o sistema digestório, que também apresenta alterações devido ao processo de envelhecimento. Essas alterações iniciam-se desde a cavidade bucal, com diminuição das papilas gustativas, salivação, ação das enzimas e dificuldade de mastigação e aumentam o tempo de digestão e excreção do bolo alimentar. No entanto, mesmo que o tempo de absorção dos alimentos é mais lento, pode desencadear um déficit de nutrientes devido às alterações fisiológicas da mucosa gastrintestinal que possui um papel vital para a nutrição do idoso. Essas mudanças corporais acabam induzindo alguns idosos a um consumo alimentar inadequado, preferindo alimentos macios que são de fácil digestão (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011; ROACH, 2009).

Desse modo, tende a diminuir o consumo de fibras alimentares, devido à perda dentária e uso de próteses. Apresentando dificuldade na mastigação de alimentos rígidos como vegetais e frutas, devido à necessidade de força para mastigar, assim, aquele adulto que já não tinha interesse em consumir esses alimentos, torna-se um idoso que irá apresentar resistência para ingeri-los (SEGALLA; SPINELLI, 2011).

Além disso, o idoso pode passar a realizar uma ingestão excessiva de proteínas e aumento do consumo de lipídeos, como carnes, leite integral, entre outros. Os lipídeos em excesso são armazenados em depósitos subcutâneos, acarretando ganho de peso e aumento da gordura visceral (BARAZZETTI; SIVIERO; BONATTO, 2013; MORENO; VÍBORA; GARCIA, 2015).

Alimentos ricos em fibras devem ser consumidos diariamente, porém, em geral, os idosos consomem quantidades menores do que a recomendada, cabe ressaltar que o consumo de fibras deve estar associado com uma ingestão hídrica adequada, favorecendo a prevenção à constipação, que é bastante comum em idosos, o controle da glicemia, do colesterol e a redução do risco de algumas neoplasias (SEGALLA; SPINELLI, 2011).

Conquistar uma alimentação saudável e manter o estado nutricional adequado são fatores importantes para a saúde e para um envelhecimento ativo, porém a ocorrência de um desequilíbrio nutricional predispõe o idoso ao aumento da mortalidade, à susceptibilidade a infecções e à redução da qualidade de vida (FREITAS; PHILIPPI; RIBEIRO, 2011; CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).

A Organização Pan Americana de Saúde orienta que é necessário conservar o peso adequado na população idosa, pois idosos que apresentam sobrepeso, ou obesidade possuem um risco maior para quedas e fraturas. Ao manter um peso ideal, com ingestão alimentar adequada, o idoso poderá garantir a sua independência e a qualidade de vida por um tempo mais prolongado (MORAES, 2012). O cálculo de índice de massa corporal (IMC) pode ser utilizado como parâmetro para calcular o peso ideal dos idosos, porém é evidente que os valores do IMC aumentam com o passar da idade, uma vez que a adiposidade aumenta, mesmo com o peso estável. É importante estar atento aos valores de IMC abaixo de 22 e acima de 27, devido ao risco para a saúde em geral (MORAES, 2010).

2.4.3 Plantas medicinais e fitoterápicos

O uso de plantas medicinais sempre fez parte da história da humanidade, desde a antiguidade as civilizações perceberam que algumas plantas continham os princípios ativos que poderiam auxiliar no combate as doenças e revelaram empiricamente seu poder curativo, porém o uso destas sofreu influências dos costumes, crenças e épocas em que estavam inseridas. Na atualidade ainda percebe-se a utilização de práticas complementares para cuidar da saúde, como o uso das plantas medicinais, empregadas para aliviar ou mesmo curar algumas enfermidades (ADNAN et al., 2015; BADKE et al., 2011).

Devido à diversidade cultural brasileira e a utilização de fitoterápicos ou plantas medicinais, foi instituído em 2007 o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com o objetivo de “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2009).

São consideradas plantas medicinais todas as plantas secas *in natura* e aquelas colhidas frescas, as quais são utilizadas para o consumo do chá caseiro, sendo desconsiderado, portanto, qualquer outro tipo de planta, como, por exemplo, o chá industrializado (BADKE et al., 2011).

O uso de plantas medicinais está associado ao cotidiano do idoso, traz significados que foram construídos através das relações familiares, em que aprenderam sobre o uso destas com seus ascendentes, mães e avós principalmente. A aquisição dos saberes foi transmitida entre gerações, desse modo às pessoas mais idosas são consideradas como as guardiãs da fitoterapia (LIMA et al., 2012).

Os idosos utilizam as plantas medicinais acreditando na concepção de segurança, visto que, por serem naturais, teriam menor probabilidade de desencadear reações adversas. Além disso, possuem alguns mitos de que a planta não irá causar malefício a saúde, ou que não causa nenhuma interferência no tratamento medicamentoso tradicional. Porém, estes idosos podem apresentar falta de conhecimento relacionado às interações entre medicações e as plantas, bem como as consequências que podem ocorrer pelo uso indiscriminado (LIMA et al., 2012; ANGELO; RIBEIRO, 2014).

Destaca-se que a necessidade de conhecer a procedência das plantas, armazenar em locais próprios e com temperaturas adequadas, além disso, a forma de preparo deve ser adequada, pois o uso incorreto pode comprometer a qualidade, propriedades funcionais e benefícios à saúde. Desse modo, torna-se importante a realização de estudos sobre o assunto para garantir o uso seguro e sem complicações (FEIJÓ et al, 2012).

Além disso, é fundamental que os profissionais que atuam na área da saúde, em especial os enfermeiros, conheçam a realidade que estão inseridos, levando em consideração as plantas utilizadas pela comunidade assistida, buscando capacitar-se nesta área para que possam orientar adequadamente a utilização das plantas medicinais a população, e fazer os idosos compreenderem que mesmo sendo plantas, o uso em quantidade exagerada não aumenta o seu poder terapêutico, mas pode, isto sim, levar a quadros de intoxicação e até à morte (FEIJÓ et al, 2012; OLIVEIRA, ARAÚJO, 2007).

2.5 Promoção da saúde

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca grandes desafios à Saúde Pública, configura-se como utopia à medida que implica em mudanças na

comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde. Surge à necessidade de uma adequação dos serviços a essa nova demanda, com maior disponibilidade de estrutura física, tecnologias específicas, e profissionais capacitados a trabalhar na promoção, recuperação, reabilitação e tratamento dos idosos (WALKER, 2015).

Como forma de promover a saúde da população à medida que envelhecem, foi instituída em 2006 a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), com o objetivo principal de implementar estratégias voltadas para a alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

O termo promoção da saúde faz referência à conquista de saúde, cuidado consigo e com os outros, está ligada a equidade e justiça social, ao acesso, educação, informação, capacitação comunitária e criação de estratégias que melhoram a qualidade de vida. O Ministério da Saúde destaca como um conceito relevante para que as pessoas possam entendê-lo “como um recurso para a vida e não um objetivo de viver” (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que o conceito de promoção da saúde, possibilita a elaboração de formulações teóricas, como meio de compartilhar o conhecimento, com ênfase na promoção da saúde. Para alcançar uma melhora na qualidade de vida dos idosos, foram criados programas que possuem como alicerce o empoderamento, ajudando o ser que está envelhecendo a se tornar protagonista de sua própria vida e ser atuante nas escolhas que determinam seu estado de saúde e inserção na sua rede social (LOPES et al., 2010; ARAÚJO et al., 2011).

Desse modo, foram criados ambientes de suporte para a prevenção de agravos, aumentando a capacidade funcional e a qualidade de vida. Além disso, as instituições de ensino passaram a ser vinculadas aos serviços de atendimento aos idosos, como alternativas para o atendimento integral à saúde do idoso, realizando intervenções e orientações, além de propiciar o desenvolvimento de práticas sociais de atenção primária em saúde, priorizando a educação em saúde baseada não só na visão profissional, mas na perspectiva holística do sujeito (ARAÚJO et al., 2011).

Esse atendimento integral ao idoso deve envolver ações que busquem prevenir a perda da capacidade cognitiva, em que sejam realizados treinos cognitivos, os idosos devem aprender a fazer uso de diversas estratégias para evitar esquecer alguma coisa (bilhete na geladeira, lista de compra etc.) (NUNES et al., 2010). Também existe a necessidade de

verificar o uso de plantas medicinais por idosos, pois esta tem sido uma prática bastante comum na sociedade, a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para atender as queixas desses idosos, conhecer as principais plantas utilizadas na região assim como a forma de preparo, indicação, dosagem correta, casos de toxicidade para poder informar os usuários e incentivar o uso (BRASIL, 2009).

Pensando em promover a saúde do ser que está envelhecendo, o Ministério da Saúde Instituiu a Política Nacional de Promoção à Saúde, a partir de então surgiram estratégias eficazes, adotou-se a intersetorialidade, houve melhora na participação popular com maior responsabilização do setor público, diminuição das iniquidades, trazendo um impacto positivo na saúde. Porém, ainda é necessário ampliar essas conquistas, onde ocorra a partilha da responsabilidade entre estado, sociedade, organizações não governamentais (ONGs) e setor privado para mudar a situação de saúde da população (LOPES et al., 2010).

No entanto, devemos considerar a implantação e implementação da política de promoção da saúde como responsabilidade do setor público. Os conceitos de promoção da saúde, atenção primária, políticas públicas saudáveis, estão fundamentadas na busca por melhorar as condições de vida e saúde da população, e são possíveis de alcançar mediante ações multireferenciais e intersetoriais compartilhadas por todos os setores da sociedade (LOPES et al., 2010)

Os desafios ideológicos, culturais, burocráticos, e desigualdades no modo de envelhecer, ainda fazem parte da realidade dos idosos da atualidade, mas para conquistá-los e romper com as barreiras, é necessário que todos os países pensem em estratégias semelhantes para enfrentar esse processo sequencial e acumulativo que é o envelhecimento populacional, e essas mudanças devem ocorrerem em todos os âmbitos, tanto na sociedade, estado, como no próprio indivíduo (WALKER, 2015).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que o idoso poderá enfrentar, ele consiga redescobrir possibilidades para ser o protagonista de sua própria vida, buscando a melhor qualidade possível. Desse modo é necessário que a sociedade passe a considerar o contexto familiar e consiga ser capaz de reconhecer as potencialidades que o idoso possui, e o mais importante é que eles sejam valorizados como uma pessoa em potencial (ANS, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Itaipulândia (PR), localizado a 630 km de Curitiba, capital do Estado do Paraná, situado na região oeste. Itaipulândia originou-se em 19 de março de 1992, de São Miguel do Iguaçu, possui uma área de 331.288 km², sendo que desta, 176.000 km² foram desapropriadas pela Itaipu. Localiza-se no Terceiro Planalto Paranaense, na unidade de relevo Planalto central da Bacia do Paraná. O município é envolto pelo Lago de Itaipu, em virtude do represamento das águas do Rio Paraná. Apresenta como vegetação a floresta estacional semidecidual e vegetação secundária. Segundo IBGE a cidade possui uma população estimada de 10.236 habitantes, desse total 12% são idosos (IBGE, 2010a).

O município possui quatro Unidades Básicas de Saúde que prestam o atendimento desde o lactente até o idoso, sendo uma central e três periféricas, todas constituídas por uma equipe multiprofissional com enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, médicos e agentes comunitários de saúde. Em média, o município atende 250 idosos por semana em consultas periódicas, bem como, atendimentos para as especialidades, orientações quanto ao uso de medicações e realização de procedimentos.

3.3 População alvo

Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, idade estabelecida para o idoso no Brasil, de acordo com a Lei nº 10.741 de 3 de outubro de 2003 (BRASIL, 2016), de ambos os sexos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Itaipulândia (PR).

3.4 Aspectos éticos

Os preceitos éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/2012 foram seguidos. Inicialmente foi realizada uma apresentação verbal ao Secretário de Saúde da cidade de Itaipulândia (PR) e solicitado à autorização do mesmo, em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Cesumar - Unicesumar de Maringá (PR) com aprovação nº 1.401.270 (ANEXO E).

3.4.1 Critérios de inclusão

Indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes habituais em domicílios do município de Itaipulândia (PR), cadastrados no sistema E-SUS e acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde.

3.4.2 Critérios de exclusão

Indivíduos com idade menor do que sessenta anos ou com idade acima de sessenta anos que apresentam deficiências sensoriais (deficiência visual grave, surdez e/ou mudez) ou motoras (ortopédicas/reumatológicas) que podem impedir a realização das avaliações. Ausência de informante (caso houver necessidade) e ausência do idoso no domicílio, por tempo superior ao da pesquisa de campo.

3.5 Seleção da amostra

Primeiramente, foi realizado um levantamento no sistema informatizado do efetivo de idosos, junto às Unidades Básicas de Saúde: Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru e UBS Central. Considerou elegíveis os idosos com idade igual ou superior a 60 anos. No total foram considerados 754 idosos cadastrados para as quatro UBS's (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos idosos por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia (PR), 2016.

Local	Urbano	Rural	Total
UBS Santa Inês	68	114	182
UBS São José do Itavó	64	00	64
UBS Caramuru	93	00	93
UBS Centro	415	00	415

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se uma prevalência de doenças crônicas na população de idosos igual 50% ($p=0,5$). A regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas é dada pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot erro^2}$$

Considerou-se um total populacional de ($N=754$) idosos, um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$) e um erro de 5% ($erro=0,05$). Para se manter a representatividade na amostra dos idosos a serem entrevistados, a amostra de ($n=252$) idosos foi selecionada diretamente proporcional ao número de idosos atendidos nas UBS. Todavia, devido as dificuldades encontradas para coleta dos dados nas UBS's periféricas (Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru), nestas a seleção da amostra foi não-probabilística. Para a UBS localizada na região central a seleção da amostra foi aleatória.

3.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma aluna do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Cesumar-Unicesumar (PPGPS). Matriculada na Linha de Pesquisa 01: Envelhecimento Ativo, sendo submetida a treinamento, realizado pelos orientadores do estudo.

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas de Fevereiro à Abril de 2016. A pesquisadora principal identificou o domicílio e o idoso elegível, seguido de uma abordagem inicial, com a explicação dos objetivos da pesquisa, e convite para participar deste estudo. Em caso de aceite, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitado sua assinatura ou impregnação da polpa digital no TCLE (APÊNDICE A), nas duas vias, para em seguida ser realizado a aplicação dos questionários (ANEXO A,B,C,D).

Os questionários abordaram: Características sociodemográficas e plantas medicinais e/ou fitoterápicos, capacidade cognitiva estilo e qualidade de vida. Conforme ordem a seguir:

a) Identificação das características sociodemográficas

Para identificação do perfil sociodemográfico utilizou-se perguntas referentes à: idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos, 70-79 anos e 80 e mais), sexo (masculino e

feminino), escolaridade (categorizada por anos de estudo em: não alfabetizado, 1-4 anos de estudo; 5-8 anos de estudo, 9-11 anos de estudo e acima de 12 anos de estudo), estado civil (solteiro, casado, separado e viúvo), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), situação ocupacional (ativo ou inativo economicamente) classe econômica de acordo com o critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2014) agrupados em classe A (A1+A2), B (B1+B2), C (C1+C2) e D-E (D+E), renda familiar equivalente aos resultados de ganhos de todos os membros da residência, classificados em salários mínimos (SM) (até 1SM, de 1-2 SM, superior à 2 SM) e se frequenta a Academia da Terceira Idade (ATI). Seguido de questões referentes ao uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos (uso, local de aquisição, indicação, frequência, toxicidade, motivo de uso e modo de preparo).

b) Avaliação da Capacidade cognitiva

A capacidade cognitiva dos idosos foi analisada por meio do Mini-Exame do Estado Mental (ANEXO B), proposto por Brucki e colaboradores (2003), sendo que a pesquisadora principal fazia as perguntas referentes ao questionário, e os idosos respondiam conforme aptidão, em algumas questões foi solicitado que eles escrevessem uma frase e fizessem um desenho. Foi considerada a influência da escolaridade, assim os pontos de corte para a identificação da presença de declínio cognitivo serão aqueles sugeridos pelo mesmo autor. Sendo estes:

- 20 - para idosos sem grau de escolaridade;
- < 25 - para idosos com 1 a 4 anos de escolaridade;
- < 27 - para idosos com 5 a 8 anos de escolaridade;
- < 28 - para idosos com 9 a 11 anos de escolaridade;
- < 29 - para idosos com escolaridade \geq 12 anos.

O Grau de escolaridade foi relatado pelo idoso ou responsável, sendo considerados sem grau de escolaridade, aqueles que são analfabetos ou que nunca frequentaram à escola. Levando-se em conta os pontos de corte estabelecidos, os idosos foram classificados com ou sem declínio cognitivo, sendo considerados com declínio cognitivo aqueles que tiverem escores inferiores aos pontos de corte.

c) Estilo de vida

Foi utilizado como instrumento o questionário o Pentáculo do Bem estar, conceituado por Nahas, Barros e Francalacci (2000) com perguntas sobre nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e estresse (ANEXO C). Segundo ordem abaixo:

Componente nutrição: questões referentes à alimentação, se evita ou faz uso de alimentos gordurosos, se o consumo diário inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras, se faz de 4-5 refeições diárias, incluindo o desjejum.

Componente atividade física: se realiza atividade física ao menos por 30 minutos de forma moderada ou intensa, contínua ou acumulada, por 5 ou mais dias da semana; se ao menos por duas vezes na semana o indivíduo realiza exercícios que envolvem força e atividade muscular; se na vida diária caminha ou pedala como meio de transporte, e preferencialmente usa as escadas ao invés do elevador.

Comportamento preventivo: se o indivíduo conhece os valores normais de sua pressão arterial, os níveis de colesterol, e procura controla-los, não fuma ou ingere álcool ou o faz com moderação; se usa cinto de segurança, e quando dirige o faz respeitando as normas de transito nunca ingerindo álcool quando vai dirigir.

Relacionamento social: se procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos, se o lazer inclui reuniões com os amigos, atividades esportivas e em grupo e participação em associações, se procura ser ativo na comunidade, sentindo-se útil ao ambiente social.

Controle do estresse: se você reserva ao menos 5 minutos por dia para relaxar, consegue manter uma discussão sem se alterar, mesmo quando for contrariado, equilibra o tempo destinado ao lazer e o tempo destinado ao trabalho.

Estes itens representam características do estilo de vida relacionado ao bem estar individual, onde o indivíduo irá marcar (0) absolutamente não faz parte do seu estilo de vida; (1) as vezes corresponde ao meu comportamento; (2) quase sempre verdadeiro em seu

comportamento; (3) a afirmação é sempre verdadeira em seu dia-dia; faz parte de seu estilo de vida.

A avaliação é feita através de uma estrela de cinco pontas, onde a pessoa que conseguir completar todos os quadros possui um excelente estilo de vida. Se o idoso apresentou escore baixo nos cinco componentes que são avaliados possui um estilo de vida comprometido.

d) Qualidade de vida

Outro instrumento utilizado foi o questionário WHOQOL-OLD de Power, Quinn e Schimidt (2003) (ANEXO D).

Este questionário pergunta a respeito dos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da qualidade de vida do idoso. É um instrumento constituído de 24 questões e suas respostas seguem uma escala Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT).

Para calcular cada faceta seguiu-se Chachamovich e colaboradores (2008) em que calcula-se cada faceta a partir do número da questão:

Funcionamento do Sensório (FS): questões 1, 2, 10, 20.

Autonomia (AUT): questões 3, 4, 5, 11.

Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF): questões 12, 13, 15, 19.

Participação Social (PSO): questões 14, 16, 17, 18.

Morte e Morrer (MEM): questões 6, 7, 8, 9.

Intimidade (INT): questões 21, 22, 23, 24.

Cada uma das facetas possui 4 perguntas, podendo as respostas oscilar de 4 a 20.

Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, enquanto que escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Existem três formas de apresentar os dados: uma é em forma de total (de 4 a 20); outra é a média (1 a 5); outra é percentual (0 a 100).

Os autores sugerem que quando itens são expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Isso deve ser feito nas perguntas 1,2,6,7,8,9 e 10.

Para encontrar o resultado total é feito a soma de cada faceta (FS) + (AUT) + (PPF) + (PSO) + (MEM) + (INT), dando o valor final. Para obter a média será somado o resultado das questões e dividido por 24. Para obter o resultado em porcentagem é somado todas as perguntas, dividindo por 24, menos 1, dividido por 4, multiplicado por 100: $(\text{Soma das questões}/24) - 1/24 \times 100$. Os resultados expressos em porcentagem de 0 a 100% significa que quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências. A associação, entre as categorias foi testada por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de *Fisher*. A diferença entre grupos foi testada por meio do teste de *Wilcoxon*. A decisão de se rejeitar a H_0 ou não foi tomada, considerando-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), ou seja, p-valor menor que 0,05. Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software* (SAS, version 9.4, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo *Excel*).

4 ARTIGO 1 - USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Artigo submetido à **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Qualis interdisciplinar B2.

Autores: Laura Ligiana Dias Szerwieski, Diógenes Aparício Garcia Cortez, Rose Mari Bennemann, Eraldo Schunk Silva e Lucia Elaine Ranieri Cortez.

Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária

Laura Ligiana Dias Szerwieski. Enfermeira. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS e Pós-graduada em Urgência e Emergência. Mestranda em Promoção da Saúde pela Unicesumar, Maringá, PR. E-mail: laura.enfer@gmail.com.

Diógenes Aparício Garcia Cortez. Farmacêutico. Professor do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar, Maringá, PR. E-mail: dagcortez@gmail.com

Rose Mari Bennemann. Nutricionista. Professora do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar, Maringá, PR. E-mail: rose.bennemann@gmail.com.

Eraldo Schunk Silva. Estatístico. Professor da Universidade Estadual de Maringá, PR. E-mail: eraldoschunk@gmail.com.

Lucia Elaine Ranieri Cortez. Farmacêutica. Professora do curso de Medicina e do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar da Unicesumar, Maringá, PR. E-mail: lucia.cortez@unicesumar.edu.br

Resumo:

Este estudo tem como objetivo verificar o uso de plantas medicinais por idosos usuários da atenção primária. Caracterizou-se como um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Realizado em um Município no Oeste do Paraná. Foram aplicados 252 questionários aos idosos, contendo informações sócio-demográficas e questões relacionadas ao uso de plantas medicinais. Os resultados evidenciaram que 72,22% (n=182) dos idosos utilizam plantas e a maior parte destas é coletadas em hortas e quintais. Entre as plantas mais citadas destaca-se a hortelã, cidreira, boldo, alecrim, erva doce. Com relação ao motivo de uso foi citado é "melhor para curar", "gosta mais", "não faz mal". Dado discordante quanto às indicações, sendo que 36,81% (n=67) afirmam não indicar por receio de causar malefício. Quanto à toxicidade relataram efeitos adversos que não são apresentados por literatura científica. Ressalta-se a importância de uma orientação correta quanto aos efeitos adversos e toxicidades de algumas plantas, bem como seus benefícios, e a importância do enfermeiro neste contexto já que atua como um promotor da saúde.

Descritores: Enfermagem; Assistência a Idosos; Plantas Medicinais; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors: Plants Medicinal; Old Age Assistance; Phytotherapy; Primary Health Care.

Introdução

O uso de plantas medicinais sempre fez parte da história da humanidade, desde os primórdios as civilizações perceberam que algumas plantas poderiam auxiliar no combate as doenças e revelaram empiricamente seu poder curativo^(1,2).

A prática do uso de plantas medicinais traz significados que foram construídos através das relações familiares, em que os mais velhos aprenderam sobre o uso destas com seus ascendentes, principalmente mães e avós que desempenhavam o papel de cuidadoras. A aquisição dos saberes foi transmitida entre gerações, sendo os idosos considerados como os guardiões da fitoterapia⁽³⁾.

Dentro desse cenário de cuidado percebe-se a utilização de práticas complementares voltadas à saúde, com plantas medicinais empregadas para aliviar ou mesmo curar algumas enfermidades^(1,2). Assim, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que objetiva "garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos"⁽⁴⁾. Reiterando sobre a necessidade do fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, e incentivando à inserção em todos os níveis de atenção a saúde, especialmente na atenção primária⁽⁵⁾.

Entre os profissionais que atuam na rede de cuidados, a enfermagem integra o conhecimento científico com a realização de procedimentos técnicos e os cuidados alternativos, permitindo o cuidado multidimensional, humanizado e integral, atuando na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, especialmente na atenção primária⁽⁶⁾. Desse modo, reconhecendo a importância do enfermeiro como promotor da saúde, o Coren de Santa Catarina foi um dos precursores a considerar legítima a prescrição de plantas medicinais na forma de chás (rasurada, seca, in natura) pra uso de tratamento clínico pelo enfermeiro fitoterapeuta, desde que este esteja devidamente habilitado, com titulação em Terapia Alternativa conforme protocolo terapêutico das secretarias municipais de saúde⁽⁷⁾.

A partir dessas políticas, pesquisas foram incentivadas para promover o uso correto das plantas medicinais. Porém ainda existe uma carência de estudos voltados para esta temática, sendo necessário saber se as plantas utilizadas pelos idosos estão coincidentes com as indicações terapêuticas apresentadas nas pesquisas científicas, se os usuários conhecem os efeitos colaterais que as mesmas podem causar, e também para auxiliar os enfermeiros a incorporar o uso de plantas como um recurso terapêutico⁽⁸⁾. Desse modo, este estudo tem como objetivo verificar o uso de plantas medicinais em idosos usuários da atenção primária.

Métodos

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Realizado no Município de Itaipulândia (PR) que possui uma população estimada de 10.000h habitantes e apresenta 12% de idosos, transcendendo as taxas esperadas de idosos no Brasil⁽⁹⁾. Possui quatro unidades básicas de saúde que prestam o atendimento desde o lactente até o idoso, sendo uma central e três periféricas, todas constituídas por uma equipe multiprofissional com enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, médicos e agentes comunitários de saúde. Em média, o município atende 250 idosos por semana em consultas periódicas, bem como, atendimentos para as especialidades, orientações quanto ao uso de medicações e realização de procedimentos.

Inicialmente foi realizado um levantamento do estudo, sendo observado o número de idosos acompanhados pela atenção primária (n=754), em seguida foi definido por meio de cálculo estatístico que na Unidade central seria uma amostra por meio de sorteio aleatório, e nas periféricas por conveniência. O cálculo da amostra assumiu nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, com base em cálculos realizados no *Software Statistica 8.4*.

Assim, esta pesquisa foi constituída por 252 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no meio urbano, cadastrados no sistema E-SUS e acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídas as pessoas com idade menor do que sessenta anos, e aquelas com idade acima desta que apresentam deficiências sensoriais (surdez e/ou mudez)..

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas na residência habitual dos idosos (domicílios ou lar dos idosos), no período de Fevereiro à Abril de 2016. A pesquisadora principal identificou o idoso elegível para o estudo, seguido de uma abordagem inicial, explicando os objetivos da pesquisa. Em caso de aceite foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aplicado o questionário semiestruturado contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, atividade econômica) e questões relacionadas às plantas medicinais (uso, local de aquisição, indicação, frequência, toxicidade, motivo de uso e modo de preparo).

Os dados obtidos foram digitados no *Microsoft Excel 2010* e analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8.4*. Para as variáveis quantitativas foram utilizadas tabelas de frequências com percentual e tabelas de contingência com a utilização do Teste Exato de Fisher e Qui quadrado para verificar possíveis associações significativas entre as variáveis de interesse. Foi adotado um nível de significância de 5%, ou seja, foram consideradas significativas as associações cujo $p < 0,05$.

O estudo respeitou as normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho

Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá–Unicesumar, sob nº 1.401.270 em 03 de fevereiro de 2016.

Resultados

Foram entrevistados 252 idosos, desse total 72,22% (n=182) fazem uso de plantas medicinais, sendo 67,58% (n=123) do sexo feminino e 32,42% (n=59) do sexo masculino. Em relação à idade, 51,65% (n=94) referiram estar na faixa etária de 60-69 anos, 36,26% (n=66) de 70 a 79 anos, e 12,09% (n=22) com idade igual ou acima de 80 anos. Ao ser observado a escolaridade, 51,65% (n=94) dos participantes não são alfabetizados e 38,46% (n=70) possuem de 1 a 4 anos de estudo.

Foi verificada uma diferença significativa quanto ao uso de plantas medicinais em relação ao sexo (0,0043*) e escolaridade (0,0091*). Quanto à ocupação, 83,52% são inativos economicamente (n=152) e 16,48% possuem atividade com remuneração (n=30). A renda mensal de 33 (18,13%) idosos não atinge um salário mínimo, já a maior parte destes (n=144, 79,12%) recebem um salário mínimo. Esses dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Relação entre o uso de plantas e dados sócio-demográficos, Itaipulândia, PR, 2016.

Perfil	Plantas medicinais		Teste Exato de Fisher p-valor
	Sim n(%)	Não n(%)	
Gênero			
Mulheres	123(67,58)	35(50,00)	0,0043*
Homens	59(32,42)	35(50,00)	
Idade (anos)			
60 - 69	94(51,65)	33(47,14)	0,4765
70 - 79	66(36,26)	31(44,29)	
80 ou +	22 (12,09)	6(8,57)	
Escolaridade			
Não alfabetizado ou analfabeto	94(51,65)	23(32,86)	0,0091*
1 a 4 anos de estudos	70(38,46)	42(60,00)	
5 a 8 anos de estudos	4(5,71)	17(9,34)	
9 a 11 anos de estudos	1(0,55)	1(1,43)	
Ocupação			
Ativo	30(16,48)	7(10,00)	0,2356
Inativo	152(83,52)	63(90,00)	
Renda mensal (salários mínimos)			
< 1 sm.	33(18,13)	6(8,57)	0,1225
1 sm.	144(79,12)	61(87,14)	

2 a 3 sm.

5(2,75)

3(4,29)

* Significativo ao nível de confiança de 95%

A Tabela 2 apresenta o uso de plantas medicinais por Unidades Básicas de Saúde, sendo a Unidade central representada por (UBS A) e as periféricas por (UBS B,C,D).

Analisando o uso de plantas por unidade de saúde é verificada diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($p=0,0017^*$), bem como, na forma de utilizada ($p=0,0001^*$).

Tabela 2. Caracterização do uso de plantas por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia, PR, 2016.

	UBS(A)	UBS(B)	UBS(C)	UBS(D)	Qui quadrado	p- valor
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Uso de planta medicinal						
Não	23(46,00)	8(13,79)	12(21,82)	27(30,34)	15,1941	0,0017*
Sim	27(54,00)	50(86,21)	43(78,18)	62(69,66)		
Total	50(100,00)	58(100,00)	55(100,00)	89(100,00)		
Local de aquisição						
Quintal	26(89,66)	43(71,67)	39(75,00)	62(84,93)	89,417	0,1769
Vizinhos	1(3,45)	11(18,33)	5(9,62)	6(8,22)		
Outros	2(6,90)	6(10,00)	8(15,38)	5(6,85)		
Total	29(100,00)	60(100,00)	52(100,00)	73(100,00)		
Indica o uso plantas						
Não	23(46,00)	11(24,44)	21(33,87)	12(44,44)	56,940	0,1275
Sim	27(54,00)	34(75,56)	41(66,13)	15(55,56)		
Total	50(100,00)	45(100,00)	62(100,00)	27(100,00)		
Frequência						
Diariamente	14(23,33)	8(29,63)	15(33,33)	15(35,71)	39,542	0,6829
1xsemana	13(21,67)	7(25,93)	12(26,67)	7(16,67)		
3xsemana	33(55,00)	12(44,44)	18(40,00)	20(47,62)		
Total	60(100,00)	27(100,00)	45(100,00)	42(100,00)		
Motivo						
É melhor para curar	27(38,03)	31(50,82)	49(45,37)	20(58,82)	9,191	0,1281
Eu gosto mais	21(29,58)	10(16,39)	20(18,52)	9(26,47)		
Não faz mal	23(32,39)	20(32,79)	39(36,11)	5(14,71)		
Total	71(100,00)	61(100,00)	108(100,00)	34(100,00)		
Modo de preparo						
Infusão	27(96,43)	33(42,86)	34(64,15)	42(40,00)	37,629	0,0001*
Maceração	0(0,00)	16(20,78)	12(22,64)	30(28,57)		
Outros	1(3,57)	28(36,36)	7(13,21)	33(31,43)		

Total	28(100,00)	77(100,00)	53(100,00)	105(100,00)
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------------

* Significativo ao nível de confiança de 95%

Com relação ao local de aquisição das plantas, 93,40% (n=170) dos idosos adquirem no próprio quintal e hortas, seguido de 12,63% (n=23) nos vizinhos, e 11,53% (n=21) em outros locais como farmácias, mercados, raizeiros etc.

O principal modo de preparo foi à infusão com 74,72% (n=136), utilizado três vezes na semana (42,85%, n=78). Quanto ao motivo de uso, 69,78% (n=127) dos idosos acham melhor para curar, 47,80% (n=87) usam por não fazer mal a saúde e 32,96% (n= 60) por gostarem mais.

Quanto à indicação a outras pessoas, 69,78% (n=127) indicam o uso de plantas, enquanto que 36,81% (n=67) afirmam não indicar por receio de causar malefício. Já em relação à toxicidade, 87,36% (n=159) dos idosos não sentiram nenhum efeito colateral após o uso, porém 12,6% (n=23) descreveram que algumas plantas como cidreira, guaco, folha de laranja e alecrim podem causar "batedeira no coração", além disso, referiram que cidreira e chuchu diminuem muito a pressão e fazem mal para o fígado, enquanto que Taioá, Chapéu de coro e folha de goiaba causam forte dor no estomago, e o hortelã aumenta o açúcar no sangue.

No que se refere às principais plantas medicinais utilizadas, 11,22% dos idosos relataram hortelã (n=123), 11,13% cidreira (n=122), 9,03% boldo (n=99), 6,84% alecrim (n=75), 6,84% erva-doce (n=75), 6,20% arruda (n=68), 5,93% chuchu (n=65), 5,66% camomila (n=62), 4,93% melissa (n=54), 4,38% guaco (n=48), 2,83% losna (n=31) entre outras. Quanto à finalidade e parte utilizada os resultados encontrados apresentam semelhanças com a literatura consultada (Tabela 3).

Tabela 3. Principais plantas medicinais mencionadas, família, espécie, uso, parte utilizada.

Planta medicinal	Família	Espécie	Uso mencionado pelos idosos	Uso mencionado na literatura	Parte utilizada	Total N(%)
Hortelã	Lamiaceae	<i>Mentha piperita L.</i>	Gripe, má digestão, vermes	Digestivo, Antisséptico ¹⁰	Folhas	123(11,22)
Cidreira	Gramíneas	<i>Cymbopogon citratus</i>	Calmanete	Antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve ¹⁰	Folhas	122(11,13)
Boldo	Laminaceae	<i>Plectranthus barbatus</i>	Má digestão	Digestivo ¹⁰	Folhas	99(9,03)
Alecrim	Laminaceae	<i>Rosmarinus officinalis L.</i>	Problema no estômago	Distúrbios intestinais ¹⁰	Folhas	75(6,84)
Erva doce	Apiaceae	<i>Foeniculum vulgare Mill</i>	Gases, digestão	Bronquite, tosse, dispepsia, flatulência ¹⁰	Semente	75(6,84)
Arruda	Rutáceas	<i>Ruta graveolens L.</i>	Gases	Carminativa, antiespasmódica	Folhas	68(6,20)
Chuchu	Cucurbitaceae	<i>Sechium edule (Jacq.) S</i>	Pressão alta	Hipertensão ¹⁰	Folhas/fruto	65(5,93)
Camomila	Asteraceae	<i>Matricaria chamomilla L.</i>	Calmanete	Ansiedade, insônia, dispepsia, flatulência ¹⁰	Folhas	62(5,66)

Melissa	Lamiaceae	<i>Melissa officinalis</i>	Calmante	Antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve ¹⁰	Folhas	54(4,93)
Guaco	Asteraceae	<i>Mikania glomerata Spreng</i>	Gripe, Resfriados	Prevenção e tratamento da asma, broncodilatador, antiséptico das vias respiratórias ¹⁰	Folhas	48(4,38)
Losna	Asteraceae	<i>Artemisia absinthium L.</i>	Dor no estômago	Dispepsia ¹⁰	Folhas	31(2,83)
Marcela	Asteraceae	<i>Achyrocline satureioides (Lam.)</i>	Digestão	Antidispéptico, antiespasmódico e anti-inflamatório ¹⁰	Flor	18(1,64)
Carqueja	Asteraceae	<i>Baccharis trimera (Less) DC</i>	Melhora a digestão	Doenças do fígado, estômago e intestinos ¹⁰	Folhas	18(1,64)
Ponta alívio	Asteraceae	<i>Achillea millefolium</i>	Dor no estômago, cólica	Aperiente, antidispéptico, anti-inflamatório e antiespasmódico ¹⁰	Folhas	17(1,55)
Manjerona	Lamiaceae	<i>Origanum majorana</i>	Melhora a digestão	Digestivo	Folhas	16(1,46)
Poejo	Lamiaceae	<i>Mentha pulegium</i>	Gripe, problema intestinal	Antioxidante, hiperglicêmico, antiinflamatório, antimicrobiana ¹¹	anti- Folhas	11(1,00)
Espinheira-santa	Celastraceae	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Melhora a digestão	Digestivo ¹⁰	Folhas	10(0,91)
Quebra pedra	Euphorbiaceae	<i>Phyllanthus niruri L.</i>	Pedra nos rins	Litolítico ¹⁰	Folhas	10(0,91)
Malva	Malvaceae	<i>Malva sylvestris L.</i>	Laxante	Antiinflamatório; laxativa ¹⁰	Folhas/ flores	9(0,82)
Lima da pérsia	Rutaceae	<i>Citrus aurantium subsp. bergamia</i>	Melhora a digestão	Digestiva ¹⁰	Fruto	11(1,00)

Discussão

Os dados evidenciam o uso de plantas medicinais pela maioria dos idosos acompanhados pela atenção primária, porém destaca-se que quinze idosos não utilizam nenhum tipo de planta devido proibição médica “meu médico proíbe”, “pediu pra não usar”, “o médico disse que pode fazer mal com os de farmácia” ou por terem medo de reações adversas. Esse dado enfatizou que é primordial quebrar a resistência cultural frente ao cientificismo biomédico imposto pelo mundo contemporâneo. Sendo extremamente necessária a capacitação quanto à prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais, com informações acerca do uso seguro de plantas medicinais e incentivo a prática⁽¹²⁾.

Assim demonstra que o enfermeiro precisa articular o saber popular que os idosos possuem com o conhecimento científico, pois entre as áreas da saúde, a enfermagem tem sido uma das mais atuantes, talvez pelo fato de realizar um atendimento multidimensional, humanizado e integral, e por atuar como promotora da saúde^(5,6,12).

Como coordenador da atenção primária, o enfermeiro tem o papel de preparar a equipe multiprofissional para atender esses usuários e promover o uso de plantas, isso pode ser realizado através de grupos de educação continuada, com discussão de casos clínicos, buscando conhecer as possíveis interações entre plantas e medicamentos tradicionais, modo de preparo e dosagem correta de cada planta, desse modo toda a equipe estará apta a repassar as informações a esses idosos. Ao conhecerem a realidade

podem pensar em estratégias voltadas para as necessidades específicas que aquela população apresenta^(5,6).

No caso deste estudo houve o predomínio de idosos do sexo feminino, com baixa escolaridade, recebendo até um salário mínimo mensal e inativas economicamente. Esses dados corroboram com outros estudos realizados que afirmam que atualmente tem ocorrido a feminização do envelhecimento⁽¹³⁾, e que as mulheres tem desenvolvido ao longo da história da humanidade o papel de cuidadoras e aderiram ao cultivo e uso de plantas medicinais para minimizar e curar enfermidades⁽¹⁴⁾.

È visto em outros estudos também o predomínio do sexo feminino e os autores descreveram que essa trajetória do envelhecimento feminino foi marcada pela pouca escolarização, baixa inserção no mercado de trabalho formal, baixa qualificação profissional, assim a mulher se tornou responsável pelos afazeres domésticos, por cultivar plantas medicinais e cuidar dos parentes mais idosos e do esposo⁽¹³⁾.

Além disso, outro estudo destaca que os idosos apresentam baixa escolaridade devido à própria época e cultura que estavam inseridos e que apresentam o conhecimento empírico sobre plantas medicinais que foi passado entre as gerações⁽¹⁵⁾.

Quanto à renda, os dados encontrados coincidem com pesquisa realizada no sul do Brasil, observou-se que 67,7% dos usuários apresentam renda de até um salário mínimo e meio. A inatividade econômica remete ao fato de que após a aposentadoria os idosos diminuem seus papéis na comunidade e acabam por manter suas atividades somente no domicílio⁽¹⁶⁾.

Ao conhecer o perfil dos idosos, é possível compreender que eles estão inseridos em uma cultura que incentiva o uso de plantas medicinais. Ao serem questionados sobre o local de aquisição dessas plantas relataram principalmente os quintais e vizinhos, isso ocorre devido às limitações impostas pelo envelhecimento tanto biológicas quanto psíquicas, assim eles buscam as plantas em locais próximos e de fácil acesso⁽¹⁷⁾. Estudo realizado também evidenciou que os quintais e jardins são os principais locais de cultivo de plantas medicinais⁽³⁾.

Em relação ao modo de preparo, como primeira escolha foi relatado à infusão, essa técnica ocorre com a fervura da água, seguido da imersão da planta e abafamento por tempo determinado. Outro modo de preparo citado foi a maceração que consiste no contato da planta medicinal com água, à temperatura ambiente, por tempo determinado⁽⁹⁾. Quanto à parte utilizada foi referido principalmente as folhas, que devido serem mais frágeis devem ser preparadas por meio da infusão, resultados coincidentes com literatura⁽¹⁸⁾.

Ao ser observado o motivo de uso, foi relatado por "achar melhor para curar", por "não fazer mal a saúde", "gostar mais", e por "ser mais barato" respectivamente. Esse dado é discordante, porque quando questionados sobre a indicação terapêutica, 36,81%

(n=67) referiram não indicar por receio de causar malefício, desse modo, infere-se que eles acreditam não fazer mal para si próprio, porém não indicam por medo de toxicidade aos outros. Corroborando com esses resultados pesquisas descrevem que o motivo do uso de plantas medicinais remete ao fato de “não fazerem mal à saúde”, e que os usuários desconhecem as reações adversas que podem ser desencadeadas^(19,20).

Neste estudo foi possível evidenciar que alguns idosos relatam o uso da planta medicinal de forma correta segundo dados da literatura, no entanto quando questionados quanto a toxicidade das mesmas, a afirmação está equivocada. Entre as de uso comum, o hortelã citado pela maioria dos idosos, para melhorar a digestão e utilizada em casos de verminoses, resultado este coincidente com a literatura⁽⁹⁾, porém referiram que a mesma apresenta toxicidade devido causar um aumento do açúcar no sangue. Esse conceito é equivocado pois entre os diversos efeitos colaterais que podem ser desencadeados pelo uso indiscriminado do hortelã está a inibição da absorção do ferro, potencialização da ação de fármacos, aumento dos hormônios folículo estimulante e testosterona e pode minimizar efeito de antissupressores no organismo, porém não há evidência de causar hiperglicemia⁽²¹⁾.

Foi relatado em segundo lugar, que a cidreira, utilizada como calmante pode causar “batedeira no coração” e diminuir muito a pressão. A Anvisa reitera que ela apenas pode potencializar o efeito de medicamentos sedativos⁽⁹⁾, outro estudo relata que ao ser associada com benzodiazepínicos pode acentuar sintomas como sonolência excessiva⁽²²⁾. Também foi relatado “batedeira no coração” ao fazer uso do guaco e alecrim, porém pesquisa orienta que o uso de guaco com anti-inflamatórios não-esteroides pode interferir na coagulação sanguínea com risco de sangramento em coagulopatias⁽²³⁾. O Alecrim é usado para tratamentos cardíacos, hipertensão, insuficiência cardíaca e taquicardia⁽²⁴⁾. Desse modo os participantes relataram alguns efeitos colaterais que não são causados pelo uso dessas plantas.

O chuchu popularmente utilizado para diminuir a pressão⁽⁹⁾ pode realmente causar hipotensão arterial, isso ocorre por ser capaz de potencializar o efeito de fármacos utilizados no controle da pressão, desse modo aumenta o risco de hipotensão e predis põe a quedas⁽²²⁾.

Não foram relatados casos de toxicidade nas demais plantas descritas. Entretanto, salientamos para a necessidade de conhecer a finalidade de cada uma delas, devido o relato de que essas duas principais plantas medicinais utilizadas poderiam apresentar esses efeitos colaterais nos idosos, minimizando desse modo o risco do acúmulo de substâncias nocivas ao organismo e por essa prática ser realizada na maioria das vezes sem a orientação de um profissional⁽²⁰⁾.

Entre as plantas citadas, o boldo, alecrim, lima, malva, poejo, espinheira santa, manjerona, losna, ponta alívio e arruda são indicadas principalmente para tratar afecções

do trato gastrointestinal⁽²⁵⁾. Enquanto que o guaco e erva doce atuam como broncodilatadores do Sistema Respiratório⁽²⁵⁾. Já a carqueja e arruda podem ser utilizadas nas afecções hepáticas, devido ações carminativas⁽⁹⁾. A camomila e a melissa agem como sedativos leves, ansiolíticos e antiespasmódicas no Sistema Nervoso Central⁽²²⁾. O chuchu atua no Sistema Cardiovascular como hipotensor arterial⁽²²⁾, e o quebra-pedra conhecido por suas propriedades litolíticas, atua no Sistema Renal⁽⁹⁾. Pesquisa destacou que entre as diversas indicações terapêuticas citadas no uso de plantas com fins medicinais, as mais constatadas foram para estômago e o uso para a gripe, estando coincidentes com este estudo⁽²⁵⁾.

Conclusão

Este estudo evidenciou que os idosos acompanhados pela atenção primária fazem uso de plantas medicinais e que mesmo possuindo o conhecimento empírico sobre o uso destas, as utilizam de forma correta. No entanto, os relatos quanto aos efeitos colaterais e toxicidade das plantas foi bem divergente aos descritos na literatura. Este resultado evidencia a importância de que os profissionais da enfermagem desenvolvam ações com os idosos buscando compreender a prática de uso de plantas medicinais, o cuidado ao uso indiscriminado, forma de preparo, evitando desta forma casos de intoxicação.

Assim, o enfermeiro quanto educador deve capacitar à equipe multiprofissional para atender esses usuários, informando os benefícios que as plantas trazem para o envelhecimento e despertando o interesse para que consigam desvelar os estigmas sociais quanto ao uso de plantas, e incentivar a busca por conhecimento.

Referências

1. Adnan M, Tariq A, Mussarat S, Begum S, AbdEIsalam NM, UllahR. Ethnogynaecological Assessment of Medicinal Plants in Pashtun's Tribal Society. *BioMed Research International*. [Internet]. 2015;9. [acesso em 9 jun 2016]. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/196475/>.
2. Mendieta MC, Heck RM, Ceolin S, Souza ADZ, Vargas NRC, Piriz MA, et al. Medicinal plants indicated for flu and colds in the South of Brazil. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015. [acesso em 16 jun 2016];17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.28882>.
3. Lima SCS, Arruda GO, Renovato RD, Alvarenga MRM. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012

[acesso em: 06 jun 2016]; 20(4)08 telas. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400019>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. [on-line]. Brasil, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf.

5. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

6. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm.

7. Coren. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73. Parecer Coren-SC nº003/CT/2010. Aprovado na 474ª Reunião Ordinária dos Conselheiros do Coren-SC, realizada no dia 28 de outubro de 2010.

8. Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contributions of medicinal plants to care and health promotion in primary healthcare. Interface. [Internet]. 2013 [acesso em: 05 jun 2016];17(46):615-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000014>.

9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2010. [acesso em: 05 jun 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, Brasília, 2012. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/arquivos/2012/FNFB%20Revisao_2_COFAR_setembro_2012_atual.pdf.

11. Shekarchi M, Hajimehdipoor H, Saeidnia S, Gohari AR, Hamedani. Comparative study of rosmarinic acid content in some plants of Labiatae family. Phcog Mag. [Internet]. 2012 [acesso em: 08 jun];8(29):37-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22438661>.

12. Carvalho TB, Lemos ICS, Sales VD, Figueiredo FRSDN, Rodrigues CKS, Kerntopf MR. Role of the Elderly on the Medicinal Plants Context: Contributions to Traditional Medicine. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. [Internet]. 2015 [acesso em: 09 jun 2016];19(1):38-41. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/260/26042167006/>.
13. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Texto-contexto* [Internet]. 2015 [acesso em 08 jun 2016];14(1):115-31. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>
14. Lima ARA, Vasconcelos MKP, Barbieri RL, Heck RM. Plantas medicinais utilizadas pelos octogenários e nonagenários de uma vila periférica de Rio Grande/RS, Brasil. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2011[acesso em: 29 mai 2016];5(5):329-36.
15. Ceolin T, Heck RM, Barbieri RL, Schwartz E, Muniz RM, Pillon CN. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no sul do RS. *Rev Esc Enferm. USP*. [Internet]. 2011. [acesso em: 07 jun 2016];45(1), 47-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>.
16. Colet CF, Cavalheiro CAN, Molin GTD, Schiavo M, Schwambach KH, Oliveira KR. Medicinal plant use by patients using the public health service of the city of Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2015 [acesso em: 06 jun 2016];10(36):1-13. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)930](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)930).
17. OLiveira ER, Menini LN. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas pelos moradores do povoado de Manejo, Lima Duarte–MG. *Rev Bras PI Med*. [Internet]. 2012 [acesso em 12 jun 2016];14(2)311-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722012000200010>.
18. Silva LE, Quadros DA, Neto AJM. Estudo etnobotânico e etnofarmacológico de plantas medicinais utilizadas na região de Matinhos – PR. *Ciência e Natura*. [Internet]. 2015 [acesso em 07 jun 2016];37(2):266-76. Disponível em: DOI:10.5902/2179460X15473.
19. Angelo T, Ribeiro CC. Utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por idosos. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. [Internet]. 2014 [acesso em: 08 jun 2016];7(1):18-31. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/246/188>.

20. Carneiro FM, Silva MJP, Borges LL, Albernaz LC, Costa JDP. Tendências dos estudos com plantas medicinais no Brasil. *Revista Sapiência*. [Internet]. 2014 [acesso em: 05 jun 2016];3(2):44-75 . Disponível em: http://www.ufrgs.br/ppgcf/escoladeverao/wp-content/uploads/2016/02/estudos_com_plantas_medicinais.pdf.
21. Felten RD, Magnus K, Santos L, Souza AH. Drug Interactions Associated with Herbal Provided by the Unified Health System. *Revista Inova Saúde*. [Internet] 2015. [acesso em: 06 jun 2016];4(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i1.1909>.
22. Silva NCS. Tudo que é natural não faz mal? Investigação sobre o uso de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos por idosos, na cidade de Iapu - Leste de Minas Gerais. *Única Cadernos Academicos*. [Internet]. 2015 [acesso em: 07 jun 2016]; 2(2). Disponível em: <http://www.faculdadeunica.com.br/periodicos/index.php/UNICA/article/view/29>.
23. Tsai HH, Lin HW, Simon Pickard A, Tsai HY, Mahady GB. Evaluation of documented drug interactions and contraindications associated with herbs and dietary supplements: a systematic literature review. *Int J Clin Pract*. [Internet]. 2012 [acesso em: 21 maio 2016];66(11):1056-78. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2012.03008.x>.
24. Afonso MS, Sant´Ana LS, Mancini-Filho J. Interação entre antioxidantes naturais e espécies reativas de oxigênio nas doenças cardiovasculares: perspectivas para a contribuição do alecrim (*Rosmarinus officinalis*L.). *Nutrire*. [Internet]. 2010 [acesso em: 28 mai 2016];35(1):129-48. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2010/v35n1/a010.pdf>.
25. Löbler L, Santos D, Rodrigues ES, Santos NRZ. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais no bairro Três de Outubro da cidade de São Gabriel, RS, Brasil. *R. bras. Bioci*. [Internet]. 2014 [acesso em: 03 jun 2016];12(2):81-89. Disponível em: www.ufrgs.br/seerbio/ojs/index.php/rbb/article/download/2756/1246.

5 NORMAS DA REVISTA

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Em 2015, a REE passou a publicar os seus artigos em dois idiomas. Assim, após aprovação do artigo, o texto será traduzido para o inglês, se sua versão original for em português ou espanhol. Textos em inglês deverão ser traduzidos para o português. A REE se reserva o direito de indicar empresas credenciadas para o serviço de tradução, tendo em vista o objetivo de garantir a qualidade e padrão das traduções. O pagamento da tradução é responsabilidades dos autores.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>). Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE - <http://www.icmje.org>), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro. Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- **Ensaio clínico randomizado** – CONSORT (<http://www.consort-statement.org/downloads>)

- **Revisão sistemática e metanálise** – PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>)

- **Estudos epidemiológicos STROBE** (http://strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf)

- **Estudos qualitativos** – COREQ (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>)

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões que foram feitas há mais de um ano. As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou 2 qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão de Editoração que atenta para o cumprimento das normas de publicação. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão de Editoração o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito. Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo de identificação. No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- Declaração de autoria e transferência de direitos;

- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares” (Passo 4 do processo de submissão). No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos. Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados.

Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.

- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.

- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações:

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.

- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos e precisos, apresentados abaixo da figura;

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na SciELO. Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(esp):20-8.

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento:

Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*.; 2010 [cited 2016 Mar 31];32 supl. 2:S96–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento:

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número:

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-67

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién

nacidos. *Enferm. glob.*[Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor:

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

Livro, com único autor:

Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigh MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras LivresUnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.8

Livro com tradutor:

Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília:Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia / Dissertação / Tese:

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Trabalhos em anais de evento científico:

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico, disponível na internet:

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal, disponível na internet:

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 18 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

6 ARTIGO 2 - CAPACIDADE COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL

Artigo submetido à Online Brazilian Journal of Nursing, Qualis interdisciplinar B1.

Autores: Laura Ligiana Dias Szerwieski, Diógenes Aparício Garcia Cortez, Rose Mari Bennemann, Eraldo Schunk Silva e Lucia Elaine Ranieri Cortez.

Capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos: estudo transversal

RESUMO

Objetivo: Verificar a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária. **Método:** Estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Foram aplicados 252 questionários semiestruturados aos idosos urbanos, contendo informações sociodemográficas, avaliação da capacidade cognitiva, e questões referentes ao estilo e qualidade de vida. **Resultado:** Houve predomínio do sexo feminino, com baixa escolaridade, presença de declínio cognitivo em 68,25% (n=172) dos idosos e associação significativa entre as Unidades de Saúde (p=0,0351). **Discussão.** Destaca-se que idosos que não apresentam declínio possuem melhor escore no componente nutrição, esse dado enfatiza que manter bons hábitos alimentares influencia positivamente na capacidade cognitiva. **Conclusão:** Os entrevistados são idosos jovens que apresentam declínio cognitivo, enfatiza-se a importância do enfermeiro atuar como promotor da saúde favorecendo o envelhecimento ativo. **Descritores:** Envelhecimento; Cognição; Estilo de vida; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O panorama demográfico mundial destaca que atualmente tem ocorrido o envelhecimento populacional e traz consigo o desafio de manter os idosos ativos pelo maior tempo possível, prolongar a perda da capacidade cognitiva e prevenir o surgimento de doenças que possam comprometer a qualidade de vida desses indivíduos à medida que envelhecem^(1,2).

O processo de envelhecimento implica em um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, social, econômica e psicológica, em virtude das várias mudanças que ocorrem nesse período da vida. Além disso, traz consigo alterações na parte cognitiva, dificultando o idoso a aprender coisas novas, a receber informações atuais e pode apresentar comprometimento da orientação espacial^(2,3).

Assim, os idosos que apresentam comprometimento cognitivo começam a demonstrar limitações que interferem desde a realização de atividades cotidianas, perda da autonomia até a sobrecarga de cuidadores. Essas perdas funcionais e psicossociais podem repercutir no surgimento de patologias como a depressão e demências, que irão prejudicar a vivência do idoso no ambiente familiar e social^(2,4).

Destaca-se que o comprometimento cognitivo acomete o indivíduo em sua integralidade, assim torna-se necessário a adoção de medidas que previnam e avaliem essa perda da função cognitiva. Alguns instrumentos foram criados para avaliar a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso, e podem determinar o grau de comprometimento cognitivo. A partir de então, é possível que a equipe de saúde conheça as fragilidades que o indivíduo apresenta e realize estratégias de intervenção individuais, de forma precoce e eficiente⁽⁴⁾.

Considerando esses aspectos, é primordial que os idosos ativos, capazes de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como os que já apresentam diminuição da capacidade cognitiva e estão com comprometimento funcional, participem de ações que promovam a saúde, busquem ter boa qualidade de vida e desenvolvam um estilo de vida saudável, prevenindo assim que ocorram mais perdas cognitivas e a evolução para um quadro de demências⁽²⁾.

O estilo e qualidade de vida são fatores determinantes na busca pela melhoria da capacidade cognitiva. O idoso que possui bons hábitos alimentares, pratica atividades físicas periodicamente, dorme o suficiente, evita o consumo de produtos maléficos, possui moradia, acesso ao serviço de saúde, mantém o convívio social e realiza atividades intelectuais, é considerado um indivíduo que possui fatores positivos que podem aumentar sua qualidade e expectativa de vida^(2,3,5).

Mesmo com diversas pesquisas enfatizando que a capacidade cognitiva sofre a influência do estilo e da qualidade de vida, poucos estudos foram realizados em idosos, e estes estão voltados somente para as perdas biológicas e culturais^(2,6). Diante do exposto, considera-se a necessidade de pesquisas que desvelem as particularidades do envelhecimento e contribuam para o planejamento de ações da enfermagem. Visando preencher a lacuna existente este estudo tem por objetivo verificar a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida dos idosos usuários da atenção primária.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram 252 idosos residentes do meio urbano, do município de Itaipulândia (PR), que possui uma população estimada de 10.236 habitantes e apresenta 12% de idosos, transcendendo as taxas esperadas de idosos no Brasil⁽⁷⁾. Existem quatro Unidades Básicas de Saúde que prestam cuidado a população, uma central que atende o maior fluxo de pessoas e três periféricas que fornecem atendimento aos demais bairros, todas possuem um sistema informatizado, o E-SUS, para o cadastro e acompanhamento dos pacientes. Em média, são atendidos 250 idosos por semana, que procuraram por

atendimento médico, de enfermagem, nutrição, odontologia e orientações com os agentes de saúde.

Primeiramente, foi realizado um levantamento no sistema informatizado do efetivo de idosos, junto às Unidades Básicas de Saúde: Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru e UBS Central. Consideraram-se elegíveis os idosos com idade igual ou superior a 60 anos. No total foram considerados 754 idosos cadastrados para as quatro UBS's (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos idosos por Unidade Básica de Saúde, Itaipulândia (PR).

Local	Urbano	Rural	Total
UBS Santa Inês	68	114	182
UBS São José do Itavó	64	00	64
UBS Caramuru	93	00	93
UBS Centro	415	00	415

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se uma prevalência de doenças crônicas na população de idosos igual 50% ($p=0,5$). A regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas é dada pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot \text{erro}^2}$$

Considerou-se um total populacional de ($N=754$) idosos, um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$) e um erro de 5% ($\text{erro}=0,05$). Para se manter a representatividade na amostra dos idosos a serem entrevistados, a amostra de idosos ($n=252$) foi selecionada diretamente proporcional ao número de idosos atendidos nas UBS. Todavia, devido as dificuldades encontradas para coleta dos dados nas UBS's periféricas (Santa Inês, São José do Itavó, Caramuru), nestas a seleção da amostra foi não-probabilística. Para a UBS localizada na região central a seleção da amostra foi aleatória.

Foram excluídas as pessoas acima de 60 anos que apresentaram deficiências sensoriais (cegueira, surdez, mudez) e motoras (ortopédicas, reumatológicas) que podem impedir a realização das avaliações.

As entrevistas para coleta de dados foram realizadas no domicílio dos idosos de fevereiro a abril de 2016. A pesquisadora principal identificou os idosos elegíveis para o estudo, seguido da apresentação dos objetivos da pesquisa e convite para participar. Em caso de aceite, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou realizado a impregnação da polpa digital, em seguida aplicou-se um questionário com questões sociodemográficas referentes à idade, sexo, escolaridade, renda mensal, ocupação,

arranjo familiar, frequenta academia da terceira idade, e questões que avaliam a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida.

Como instrumentos de coleta dos dados, foi utilizado o Questionário Mini Exame do Estado Mental⁽⁸⁾ que avalia a capacidade cognitiva do idoso em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, lembranças e linguagem, com escores de 0 ponto, o qual indica maior comprometimento cognitivo, a 30 pontos que corresponde a melhor capacidade cognitiva, os entrevistados foram classificados com ou sem declínio cognitivo. O questionário do Perfil do Estilo de Vida Individual⁽⁹⁾ que avalia: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse classificados segundo escala *Likert* de 0-3 em cada componente. E o questionário Whoqol Old⁽¹⁰⁾ que avalia seis facetas da qualidade de vida: funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas presentes e futuras, participação social, morte e morrer, intimidade, com pontuação de 4 a 20 em cada faceta e escore total de 24 a 120 pontos, em que escores baixos sinalizam baixa percepção de saúde e escores altos boa percepção de saúde.

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências. A associação, entre as categorias foi testada por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de *Fisher*. A diferença entre grupos foi testada por meio do teste de *Wilcoxon*. A decisão de se rejeitar a H_0 ou não foi tomada, considerando-se um nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), ou seja, *p*-valor menor que 0,05. Os dados foram analisados no Programa *Statistical Analysis Software* (SAS, version 9.4, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo *Excel*).

Este estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá - Unicesumar e aprovado sob parecer nº 1.401.270.

RESULTADOS

A média de idade foi de 70,22 anos, 62,69% (n=158) declararam ser do sexo feminino e 37,70% (n=94) do sexo masculino. Quanto à presença de declínio cognitivo, verifica-se associação significativa entre os gêneros ($p=0,0451$). Em relação ao estado civil, predominou os casados com 59,92% (n=151), sendo também estatisticamente significativa a presença do declínio entre as diferentes condições ($p=0,0492$).

Quanto à escolaridade pode-se verificar que a maioria dos idosos são analfabetos ou possuem até quatro anos de estudo, sendo 70,23% (n=117) e 44,44% (n=112) respectivamente. Já em relação à renda mensal 96,81% (n=244) recebem até um salário mínimo, e 85,31% (n=215) referem ser inativos economicamente. Ao ser observado o

arranjo familiar, é possível verificar associação significativa ($p=0,0215$) entre os que moram acompanhados e os sozinhos (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas e declínio cognitivo dos idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Perfil	Declínio Cognitivo		p-valor
	Não n (%)	Sim n (%)	
Gênero			
Mulheres	55 (68,75)	103 (59,98)	0,0451*
Homens	25 (31,25)	69 (40,12)	
Idade (anos)			
60 - 69	46 (57,50)	81 (47,09)	
70 - 79	29 (36,25)	68 (39,53)	0,1481
80 ou +	5 (6,25)	23 (13,37)	
Estado civil			
Solteiro	1 (1,25)	10 (5,81)	
Casado	55 (68,75)	96 (55,81)	0,0492*
Viúvo	16 (20,00)	55 (31,98)	
Divorciado	8 (10,00)	11 (6,40)	
Escolaridade			
Não alfabetizado	49 (61,25)	68 (39,53)	
1 a 4 anos de estudos	27 (33,75)	85 (49,42)	----
5 a 8 anos de estudos	4 (5,00)	17 (9,88)	
9 a 11 anos de estudos	0 (0,00)	2 (1,16)	
Renda mensal (salários mínimos)			
< 1 sm	14 (17,50)	25 (14,33)	
1 sm	64 (80,00)	141 (81,98)	0,7771
2 a 3 sm	2 (2,50)	6 (3,49)	
Ocupação econômica			
Ativo	15 (18,75)	22 (12,79)	0,0689
Inativo	65 (81,25)	150 (87,21)	
Arranjo familiar			
Sozinho	14 (17,50)	49 (28,49)	0,0215*
Acompanhado	66 (82,50)	123 (71,51)	
Frequenta Academia da Terceira Idade			
Sim	21 (26,25)	54 (31,40)	0,0847

Não	59 (73,75)	118 (68,60)	
Classe Econômica			
B	0 (0,00)	3 (1,74)	
C	15 (18,75)	24 (13,95)	-----
D-E	65 (81,25)	145 (84,30)	

*significativo ao nível de confiança de 95%

A Tabela 2 apresenta o número de idosos por Unidade Básica de Saúde (central e periféricas) quanto ao declínio cognitivo. Pode ser observado que independente da unidade de saúde, a maior parte dos idosos possuem declínio cognitivo, numa totalidade de 68,25% (n=172).

Verifica-se que a ausência de declínio cognitivo é maior nas unidades periféricas (34,16%), enquanto a presença de declínio é mais expressiva (78,00%) na Unidade Central, com associação significativa entre ambas ($p=0,0351$).

Tabela 2- Unidades Básicas de Saúde e presença de declínio cognitivo em idosos, Itaipulândia (PR), 2016.

Declínio Cognitivo	Unidades Periféricas	Unidade Central	p-valor
	n(%)	n(%)	
Não	69(34,16)	11(22,00)	0,0351*
Sim	133(65,84)	39(78,00)	
Total	202(100)	50(100,00)	

*significativo ao nível de confiança de 95%

Em relação à presença de declínio cognitivo para o Estilo e Qualidade de vida dos idosos, apenas 31,74% (n=80) dos idosos não apresentam declínio cognitivo. Ao ser observado os domínios do Estilo e Qualidade de vida, verifica-se associação significativa ($p=0,0350$) no componente nutrição, sendo que os idosos com ausência de declínio cognitivo apresentam escore médio maior neste componente, assim verificou-se que bons hábitos alimentares influencia positivamente na capacidade cognitiva (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação dos escores (Teste de *Wilcoxon*), na presença ou não de declínio cognitivo para o Estilo e a Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Domínios	Declínio cognitivo				p-valor
	Não (n = 80)		Sim (n = 172)		
	Mediana	Escore	Mediana	Escore	

	médio		médio		
Estilo de Vida					
Escore total	31,00	130,89	30,00	124,46	0,2571
Nutrição	8,00	138,47	7,00	120,93	0,0350*
Atividade física	3,00	118,80	3,00	130,08	0,1244
Comportamento preventivo	6,00	129,21	6,00	125,23	0,3408
Relacionamento social	7,00	137,04	6,00	121,60	0,0564
Controle do estresse	8,00	126,20	8,00	126,64	0,4822
Qualidade de Vida					
Escore total	88,50	118,96	89,00	129,29	0,1469
Funcionamento do sensório	12,00	124,44	12,00	127,46	0,3785
Autonomia	14,00	125,86	14,00	126,79	0,4620
Atividades passadas presentes e futuras	15,00	122,35	15,00	128,43	0,2681
Participação social	13,00	118,91	14,00	130,03	0,1288
Morte e morrer	16,00	121,57	16,00	128,79	0,2258
Intimidade	18,00	125,01	18,00	127,19	0,4115

*significativo ao nível de confiança de 95%

A Tabela 4 apresenta a avaliação do Estilo e Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básicas de saúde, com associação significativa entre ambas. A Unidade Central apresentou melhores pontuações no Escore total do Estilo de Vida ($p=0,0005$), no componente nutrição ($p=0,0191$), comportamento preventivo ($p=0,0272$) e controle do estresse ($p=0,0174$). Ao ser observado a Qualidade de vida, também é possível verificar associação significativa, em que as Unidades Periféricas apresentam escore médio maior no Escore total da Qualidade de vida ($p=0,0444$) e na faceta Atividades passadas presentes e futuras ($p=0,0461$). Destaca-se que os idosos da Unidade Central referem melhor estilo de vida enquanto que os idosos da Unidades periféricas apresentaram uma percepção da qualidade de vida melhor.

Tabela 4- Comparação dos escores (Teste de *Wilcoxon*) do Estilo e Qualidade de vida dos idosos usuários das Unidades Básica de saúde de Itaipulândia (PR), 2016.

Domínios	Unidade Básica de Saúde				p-valor
	Periféricas (n = 202)		Central (n = 50)		
	Mediana	Escore médio	Mediana	Escore médio	
Estilo de Vida					
Escore total	29,00	119,00	34,00	156,79	0,0005*
Nutrição	7,0	121,85	8,0	145,28	0,0191*

Atividade física	3,0	125,93	3,5	128,81	0,4007
Comportamento preventivo	6,0	122,19	8,0	143,90	0,0272*
Relacionamento social	6,0	123,81	7,0	137,36	0,1167
Controle do estresse	8,0	121,79	8,0	145,52	0,0174*
Qualidade de Vida					
Escore total	90,00	129,89	85,00	110,36	0,0444*
Funcionamento do sensório	12,00	129,56	12,00	114,13	0,0867
Autonomia	14,00	128,24	14,00	119,46	0,2216
Atividades passadas presentes e futuras	15,00	130,32	14,00	111,05	0,0461*
Participação social	14,00	126,83	13,50	125,15	0,4420
Morte e morrer	20,00	127,54	16,00	122,31	0,3204
Intimidade	18,00	129,63	18,00	113,84	0,0816

*significativo ao nível de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Neste estudo houve predomínio do sexo feminino com baixa escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo, residem com acompanhante, não frequentam a Academia da Terceira Idade e pertencem a classe econômica D-E. Esses dados corroboram com estudos que afirmam que atualmente tem ocorrido a feminização do envelhecimento associado à baixa escolaridade e classe econômica desfavorecida^(5,11).

Ao ser avaliado a capacidade cognitiva 68,25% dos entrevistados apresentou declínio cognitivo, com diferença estatisticamente significativa entre os gêneros ($p=0,0451$), sendo que as mulheres apresentam mais comprometimento do que os homens. Isto tem ocorrido porque a expectativa de vida feminina é mais alta, o que influencia na perda da capacidade cognitiva⁽⁶⁾. Além da longevidade, um estudo destaca que o comprometimento cognitivo pode ser associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, sendo considerado a escolaridade como um dos fatores determinantes para a presença de declínio cognitivo. Os autores ressaltam que a disfunção cognitiva sofre a influência das condições individuais, sociais, e ambientais, assim idosos com baixa escolaridade estão na maioria das vezes expostos a condições precárias de vida e escassa estimulação neuropsicomotora podendo contribuir para o declínio cognitivo e comprometer a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Em relação à atividade econômica e presença de declínio cognitivo, não ocorreu diferença significativa, porém pesquisadores relatam que idosos inativos possuem mais declínio cognitivo do que os ativos. Destaca-se que permanecer economicamente ativos os torna autônomos e mais independentes, podendo resolver os problemas, manter a interação

social e gerir a realização de tarefas cotidianas, além de auxiliar na prevenção de incapacidades cognitivas e na perda de memória⁽¹³⁾.

A avaliação da capacidade cognitiva dos idosos permite compreender que a perda cognitiva pode limitar a capacidade de desempenhar as atividades básicas da vida diária, assim é possível a partir desse panorama, que o enfermeiro possa intervir com estratégias que contribuam para minimizar e retardar as incapacidades, também é possível que toda a equipe de saúde realize treinos cognitivos e atividades psicomotoras que possam reabilitar as incapacidades detectadas buscando melhorar a qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Outro dado que merece destaque é que os entrevistados encontram-se na faixa etária principal de 60 a 69 anos, sendo considerados idosos jovens. Pesquisas evidenciaram que o aumento da idade relaciona-se com a presença de declínio cognitivo, sendo duas vezes maiores naqueles com idade igual ou acima de 80 anos⁽¹⁵⁾. Neste estudo pode-se perceber que a presença de declínio cognitivo em idosos mais velhos (80 ou +) está coincidente com a literatura. Esses resultados sinalizam para a necessidade de manter os idosos ativos, diminuir ou retardar as fragilidades causadas pelo envelhecimento⁽¹⁾.

Autores verificaram que residir com uma ou mais pessoas, incluindo netos, filhos ou cônjuge reflete positivamente na vida do idoso, possuem melhor interação social e bem estar subjetivo, sentindo-se mais úteis do que os que residem sozinhos⁽¹¹⁾. Para outros pesquisadores o idoso que reside acompanhado possui menos declínio cognitivo do que os que moram sozinhos e apresentaram melhores escores ao serem questionados sobre a qualidade de vida⁽²⁾. Neste estudo 59,92% referem morar acompanhados, esse fato ressalta que mesmo com diversos fatores negativos como baixa escolaridade, classe econômica D-E e presença de declínio cognitivo, esses idosos possuem fatores positivos para a qualidade de vida.

A partir desses resultados, percebemos a necessidade de verificar a presença de declínio cognitivo por Unidades Básicas de Saúde, facilitando a realização de estratégias voltadas para as necessidades locais⁽¹⁶⁾. Assim, foi constatado que a ausência de declínio cognitivo é maior nas Unidades periféricas enquanto que a presença de declínio é mais expressiva na Unidade Central, sendo estatisticamente significativa entre ambas, isso ocorre porque a estimativa de vida no centro é mais alta do que nos bairros ao redor, além disso, este estudo demonstrou que os idosos que residem nesta região central possuem um estilo de vida melhor, o que reflete na longevidade⁽⁵⁾. Desse modo é necessário pensar em estratégias voltadas para a promoção de saúde desses idosos que estão envelhecendo. Uma pesquisa realizada na região sul do Brasil também verificou essa necessidade e passou a desenvolver grupos de artesanatos, dança, passeios, exercícios físicos e socialização no centro perto das residências dos idosos, buscando minimizar as perdas causadas pela velhice e melhorar a capacidade cognitiva⁽²⁾. Outro estudo destacou que os

idosos que participam de grupos sociais, realizam atividades físicas, intelectuais e sociais, mantêm um comportamento preventivo para doenças. Além disso, os idosos que estão envolvidos socialmente conseguem manter boa capacidade mental e possuem menos estresse⁽²⁾.

Além disso, destacamos que tanto na Unidade Central como nas periféricas os idosos estão apresentando declínio cognitivo, desse modo salientamos que mesmo vivenciando uma situação de vulnerabilidade econômica ou baixa escolaridade, o idoso pode manter-se ativo, fortalecendo os laços familiares, participando de encontros intergeracionais, pois esses fatores influenciam positivamente a capacidade cognitiva^(13,17).

A literatura apresenta que as funções mnésicas sofrem a influência de diversos fatores tanto ambientais, biológicos, como comportamentais^(4,6,11), e pode-se evidenciar que o estilo e qualidade de vida interferem no estado cognitivo do idosos. Destaca-se neste estudo o componente nutrição, visto que idosos com a ausência de declínio cognitivo, apresentam melhores escores, esse dado enfatiza que manter bons hábitos alimentares influencia positivamente na capacidade cognitiva⁽³⁾. Pesquisadores ressaltam que o estado nutricional influencia na realização de atividades da vida diária, e manter bons hábitos alimentares traz inúmeros benefícios para a saúde⁽¹³⁾.

Uma investigação pioneira realizada na região nordeste com idosos verificou a importância da alimentação nos níveis de hemoglobina. Os autores descrevem que estes indivíduos apresentam uma alimentação insuficiente em ferro, ácido fólico e vitamina B12, o que leva a baixas concentrações de hemoglobina no organismo e este fato está relacionado com a presença de distúrbios cognitivos. Salientaram que quanto menor a concentração de hemoglobina, maior o comprometimento da memória dos idosos⁽¹⁸⁾.

Pesquisadores descrevem que a atividade física promove a autonomia, ajuda a minimizar as perdas causadas pela velhice, auxiliam na circulação sanguínea melhorando a memória, e podem retardar as perdas cognitivas^(1,2). Resultados contraditórios foram observados neste estudo, já que uma maior parte dos idosos com declínio cognitivo relataram atividade física. Como no questionamento desses idosos não foi mensurado o número de vezes, bem como o tempo e início da prática de atividade física, este pode ter sido um fator limitante. Esse fato também foi descrito em pesquisa realizada com idosos da região Sul do Brasil, visto que foi observado que entre os idosos que apresentaram déficit cognitivo havia uma maior realização de atividade física do que os demais. É ressaltado que para alcançar a qualidade de vida, o idoso deve estar integrado à sociedade, ser independente e autônomo, manter a capacidade funcional com condições físicas e cognitivas⁽¹⁹⁾.

Nos outros componentes não houve diferença significativa, porém percebe-se que os idosos sem comprometimento cognitivo apresentaram escore médio maior no relacionamento social. Estudos salientam que manter uma rede social permite ao idoso

continuar envolvido, fazendo parte da sociedade e influencia positivamente na melhora da capacidade cognitiva, podendo retardar déficits neurológicos⁽¹³⁾.

Diversos estudos descrevem que manter relacionamentos sociais⁽¹¹⁾, prevenir o surgimento de doenças⁽⁴⁾, manter hábitos saudáveis⁽⁵⁾, ser autônomo e independente são alguns determinantes que ajudam a minimizar as perdas cognitivas e promove a qualidade de vida⁽¹⁶⁾.

Ao ser verificado a Qualidade de vida por Unidade de Saúde, é possível verificar diferença significativa entre a Central e as Periféricas, sendo que as Unidades Periféricas apresentam o escore total e a faceta Atividades Passadas Presentes e Futuras maior do que na Unidade Central. Em uma pesquisa realizada com idosos jovens e idosos mais velhos, esta faceta também apresentou melhor pontuação do que as demais, para os autores esse fato demonstra que a oportunidade de amar e sentir-se amado, estar satisfeito com os objetivos alcançados, com os projetos realizados durante o percurso da vida tem uma influência muito intensa sobre a Qualidade de vida dos idosos, independentemente da classe econômica ou faixa etária que eles se encontram⁽¹⁷⁾.

Pesquisa ressalta que conhecer o estado cognitivo e a qualidade de vida dos idosos contribui para o planejamento de cuidados. Além disso, permite que o profissional da saúde busque estratégias voltadas para a promoção da saúde visando minimizar as perdas cognitivas⁽¹⁵⁾. Desse modo, ressaltamos que o enfermeiro como precursor dos cuidados deve desenvolver grupos de apoio a esses idosos que fazem parte da comunidade, além disso deve incentivar a equipe de saúde a promover o envelhecimento ativo e fortalecer os vínculos sociais que esses idosos possuem^(2,15).

Para promover a qualidade de vida do ser que está envelhecendo é necessário conhecê-lo nas dimensões fisiológicas, sociais, espirituais e emocionais, sendo necessário estimulá-los de forma contínua e com graus de complexidade crescentes. Em contrapartida o idoso como protagonista de sua vida deve perceber que manter a capacidade cognitiva depende do esforço individual. Pesquisadores evidenciaram que os programas de treinamento e reabilitação trazem bons resultados quando o idoso acredita na sua capacidade para realizar as mudanças⁽²⁰⁾.

Diante dessas considerações, é primordial que o enfermeiro atue como promotor da saúde e incentive os idosos a manterem-se ativos fisicamente e mentalmente. Ações simples promovem a qualidade de vida e ajudam o envelhecimento ativo e saudável⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

O declínio cognitivo esta presente na maioria dos entrevistados, sendo mais expressiva em idosos mais velhos. Existe uma relação entre o estilo e a qualidade de vida na

capacidade cognitiva, evidenciando uma maior influencia no componente nutrição para os idosos.

Sugere-se novos estudos com uma abrangência maior de idosos, a fim de verificar a relação entre estilo e qualidade de vida. Salientamos sobre a importância do enfermeiro atuar como promotor da saúde, incentivando os idosos na realização de atividades físicas, sociais, intelectuais, uma vez que foi verificado que a qualidade de vida ajuda a retardar perdas cognitivas, favorecendo o envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Walker A. Active ageing: Realising its potential. *Australasian Journal on Ageing*. [internet]. 2015 [Cited 2016 June 22];34(1):2-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12219>.
2. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enferm global*. [internet]. 2015 [Cited 2016 June 18];37. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001.
3. Magalhães BS, Ibiapina DF, Carvalho DR. Avaliação nutricional e prevalência de diabetes e hipertensão em idosos. *R interd*. [internet]. 2014 [Cited 2016 June 27];7(4):131-38. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/476/pdf_167
4. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta paul enferm*. [internet]. 2011 [Cited 2016 June 29];24(1):29-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a04.pdf>.
5. May AM, Struijk EA, Fransen HP, Onland-Moret NC, de Wit GA, Boer JM, et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC med*. [internet]. 2015 [Cited 2016 May 08];13(39). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858161>.
6. Beckert M, Irigaray TQ, Trentini CM. Quality of life, cognition and performance of executive functions in the elderly. *Estud psicol*. [internet]. 2012 [Cited 2016 June 24];29(2):155-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200001.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2016. [Cited 2016 July 12]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm
8. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuro-psiquiatr*. [internet]. 2003 [Cited 2016 June 15];61(3B):777-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014.
9. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci V. O pentágulo do bem estar- base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. *Rev bras ativ fis saúde*. [internet] 2000. [Cited 2016 June 15];5(2):48-59. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002>.
10. Power M, Quinn K, Schimdt S. Whoqol-Old Group. *Qual life res*. [internet] 2005. [Cited 2016 June 15];14:2197-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328900>.
11. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. Social support and intergenerational contact: studying elderly patients with cognitive alterations *Rev. Eletr. Enf*. [internet].

- 2015 [Cited 2016 Aug 02]:17(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.25597>.
12. Gurian MBF, De Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [internet] 2012 [Cited 2016 Aug 04];15(2):275-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200010>.
13. Ribeiro DKM, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [Cited 2016 Aug 04];49(1):89-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>.
14. Chaves AS, Santos AM, Alves MTSSB, Salgado Filho N. Association between cognitive decline and quality of life of hypertensive elderly individuals. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. [internet]. 2015 [Cited 2016 July 30];18(3):545-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14043>.
15. Holz AW, Nunes BP, Thumé CL, Facchini LA. Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev bras epidemiol*. [internet]. 2013 [Cited 2016 Aug 04];16(4):880-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400008>.
16. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognition, functionality and depression indicative among elderly. *Rev Rene*. [internet]. 2016 [Cited 2016 Aug 01] 17(1):103-11. jan-fev. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2611>.
17. Maués CR, Paschoal SM, Jaluul O, França CC, Jacob-Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med*. [internet] 2010 [Cited 2016 Aug 06];8(5):405-10, set-out, São Paulo. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>.
18. Souza NDS, Menezes T, Silva N, Paiva AA, Eulálio MC. Prevalence of anemia and hemoglobin concentration correlation with cognitive factors in elderly. *Rev. Saúde Pública*. [internet]. 2014 [Cited 2016 Aug 02];48(5):723-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005039>.
19. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Anacleto da Silva LA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. [internet]. 2012 [Cited 2016 Aug 04];15(3):481-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300009>.
20. Oliveira C, Pena O, Silva M. Aging, Memory and Cognitive Stimulus, *Journal of Aging & Innovation*. [Internet]. 2015 [Cited Aug 18];4(2):21-31. Available from: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp=content/uploads/3-Envelhecimento-memoria-estimulo-cognitivo.pdf>.

7 NORMAS DA REVISTA

Online Brazilian Journal of Nursing

O OBJN foi criado em 23 de abril de 2002 como consequência do primeiro programa de mestrado profissional em enfermagem do Brasil, o Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA), da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Para todo o acervo foi atribuída a numeração de Digital Object Identifier (DOI), convertido à metodologia DTD da SciELO e, publicados trimestralmente (Março – Edição de Outono; Junho – Edição de Inverno; Setembro – Edição de Primavera; Dezembro – Edição de Verão) nos formatos HTML, PDF e EPUB). O OBJN é mantido pela EEAC/UFF e recebe financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação da UFF. Os artigos submetidos ao periódico são avaliados cegamente por pares e, visando fidedignidade e uniformidade de critérios, adota-se, no processo de avaliação, checklists próprios (estudos descritivos, transversais, observacionais, teoria fundamentada em dados, fenomenologia, ensaios clínicos, revisões, representações sociais entre outros), elaborados com base em guidelines internacionais. Os checklists são sucessivos e eliminatórios, quais sejam: Check A – pré-análise, de responsabilidade do Bibliotecário; Check B – avaliação de método, de responsabilidade do Editor de Seção e; Check C – avaliação de experto, de responsabilidade dos revisores. O OBJN utiliza a licença Creative Commons Atribuição – Uso Não Comercial – Não a Obras Derivadas (CC BY-NC-ND 3.0) e é de acesso aberto, proporcionando o intercâmbio de conhecimento entre pesquisadores brasileiros e internacionais e profissionais da área de saúde. O OBJN é membro da Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC) e está indexado em importantes bases de dados: SCOPUS, CINAHL, REVENF, LILACS /BIREME, DOAJ, LATINDEX, PERIODICOS CAPES, OASIS, CUIDEN, HINARI-WHO, EBSCO entre outras. Está classificado em 17 áreas pelo Qualis Capes, das quais, no estrato A2 para administração, ciências contábeis e turismo; B1 para as áreas de enfermagem, educação física, psicologia, serviço social e interdisciplinar. Possui mais de 12.000 usuários cadastrados.

NORMAS DE SUBMISSÃO

1. Todo e qualquer trabalho deverá ser submetido única e exclusivamente através do site da revista.

2. Os artigos deverão ser submetidos nos idiomas INGLÊS, ESPANHOL ou PORTUGUÊS, respeitando o idioma pátrio do primeiro autor. Ou seja, caso este seja brasileiro, o trabalho deverá ser submetido em português.

3. No processo de submissão, no **passo 3** (Metadados da submissão - Indexação) deverão ser preenchidos somente: **prenome, nome do meio, sobrenome, email** (de todos os autores), **título e resumo do trabalho**.

4. O DOCUMENTO ÚNICO DE DECLARAÇÕES DE ÉTICA (DUDE) é um **documento obrigatório**, disponível AQUI e, que sintetiza as seguintes declarações:

- a. Registro brasileiro de ensaios clínicos ou identificador no clinicaltrials.gov
- b. Declaração de autoria e responsabilidade exclusiva de conteúdo
- c. Conflito de interesses
- d. Autorização de uso de imagem
- e. Transferência de direitos autorais
- f. Responsabilidade exclusiva por utilização de software
- g. Declaração de utilização ética de animais (se aplicável)

5. Nos trabalhos realizados no Brasil, que envolverem seres humanos, no **método**, deverá constar o **nome do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)**, **data** e **número do parecer de aprovação pelo comitê**, bem como deverá ser anexado como **documento suplementar o parecer consubstanciado do CEP e/ou CONEP** comprovando aprovação do projeto, em conformidade com o item XII. 2 da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6. Em **resumos de tese** ou **dissertações**, acrescentar os **nomes dos componentes da banca, data da defesa e referência original** que devem constar em arquivo anexo, em formato .DOC, em fonte Verdana, tamanho 10.

7. Deverá ser enviado como **documento suplementar**, o **Documento Único de Declarações de Ética (DUDE)** devidamente preenchido e assinado digitalmente (tutorial disponível neste link: http://www.objnursing.uff.br/normas/Tutorial_Como_assinarPDF_OBJN_09-12-2013.pdf) por **todos os autores** na submissão de todo e qualquer trabalho.

8. Para melhor visualização de como se procedeu ao arrolamento das unidades amostrais, é altamente encorajada a utilização de fluxogramas, para quaisquer tipos de pesquisas.

9. Na seção de **referências**, quando utilizado material que possua versão em mais de um idioma, deverá ser referenciado aquele publicado em **inglês**.

10. Ao submeter o manuscrito, o(s) autor(es) atribui(em) ao OBJN licença de uso não comercial – não a obras derivadas (Creative commons BY-NC-ND 2.0 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>).

11. Quando o processo de submissão for realizado de maneira adequada, ao final, o autor deverá confirmar o pagamento no sistema dentro do seu perfil para validar a submissão.

NORMAS DE FORMATAÇÃO DO ARQUIVO

Formatos aceitos: .DOC e .DOCX

DA CONFIGURAÇÃO DA PÁGINA:

1. A página deve estar orientada em Retrato (vertical)
2. Todas as margens de 2,5 cm
3. As páginas não devem ser numeradas
4. Não deve conter notas de rodapé

DO TÍTULO

1. Formatação:

- Fonte Verdana
 - Tamanho 12
 - No idioma em que foi escrito o artigo submetido
 - Letra maiúscula somente na primeira palavra, salvo quando houver substantivos próprios
 - Em negrito, justificado, e com espaçamento DUPLO entrelinhas
2. É vedado o uso de siglas, salvo para siglas internacionais;
 3. Deve conter o DESENHO DE PESQUISA (MÉTODO) utilizado. Preferencialmente no final, precedido de dois pontos (:).
 4. O título e/ou objetivo não deve conter local de realização da pesquisa, salvo em se tratando de capitais, macrorregiões ou país.
 5. QUALITATIVO ou QUANTITATIVO não são considerados métodos pela revista.
 6. Deve conter até 12 palavras, incluindo o método. Preposições e artigos são considerados na contagem

DA AUTORIA

1. São permitidos até 6 (seis) autores por trabalho submetido.
2. No arquivo contendo o artigo a ser submetido não deve constar autoria ou afiliação dos autores.

DO RESUMO

1. Formatação:

- Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Espaçamento simples
 - Justificado
 - Conter obrigatoriamente as seções: objetivo(s), método, resultado, discussão, conclusão, e descritores, em negrito, no corpo do resumo.
 - Deve conter entre 120 e 150 palavras
2. As seções INTRODUÇÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS são opcionais.

DOS DESCRITORES

1. Formatação:

- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Grafia idêntica àquela apresentada no DECs
- Separados por ponta e vírgula

2. Os descritores devem seguir um ordenamento de importância no que se refere à caracterização do manuscrito e constar na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

DAS SEÇÕES

1. Formatação:

- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Em negrito
- Todas as letras maiúsculas

2. As seções RESULTADOS e DISCUSSÃO são obrigatórias

3. Adotar o termo MÉTODO em detrimento a metodologia.

4. Usar o termo CONCLUSÃO em detrimento a considerações finais.

5. Deve haver espaçamento de duas linhas entre as seções.

DO CONTEÚDO DAS SEÇÕES

1. Formatação:

- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Sem recuo de parágrafo

2. Limites de PALAVRAS, ILUSTRAÇÕES e REFERÊNCIAS para cada seção:

3. O número de palavras é contabilizado desde o título à última referência.

4. Citações de dados empíricos, como entrevistas, devem ser formatadas da seguinte maneira:

- Em bloco próprio, distinto do texto normal, seguindo ordem lógica dentro do conteúdo
- Em itálico
- Sem aspas
- Espaçamento simples
- Recuo de 4 cm da margem esquerda.

5. A data da coleta dos dados deverá constar no fim de cada bloco, e limitada em até **3 anos antes da data de submissão**.

TIPO DE SEÇÃO	PALAVRAS	ILUSTRAÇÕES	REFERÊNCIAS
Notas prévias	1000	1	3
Resumos de tese e dissertações	1000	1	5
Brief Communications	2000-2500	4	10
Artigos de revisão e bibliométricos	5000	6	20
Artigos originais e demais seções	5000	6	20

3. O número de palavras é contabilizado desde o título à última referência.

4. Citações de dados empíricos, como entrevistas, devem ser formatadas da seguinte maneira:

- Em bloco próprio, distinto do texto normal, seguindo ordem lógica dentro do conteúdo
- Em itálico
- Sem aspas
- Espaçamento simples
- Recuo de 4 cm da margem esquerda.

5. A data da coleta dos dados deverá constar no fim de cada bloco, e limitada em até **3 anos antes da data de submissão**.

DAS ILUSTRAÇÕES

1. Considera-se ilustração todo tipo de representação visual não textual. Exemplos: fotografia, gráfico, esquema, fluxograma, tabela.

2. As ilustrações devem ser incluídas no texto da seguinte forma:

- Numeradas em arábico, de acordo com a ordem de aparição no trabalho

A legenda deverá conter: título, ano, local, e deve ser escrita em fonte Verdana, tamanho 9, com espaçamento duplo.

3. As ilustrações deverão se limitar a 16 centímetros de largura e estar em orientação vertical.

4. As ilustrações deverão ser incorporadas ao texto em ordem lógica, de acordo com o conteúdo ao qual fazem referência, precedidas de indicação de sua localização em texto em vermelho, E anexadas como **documentos suplementares** nos seguintes formatos de acordo com a tipologia:

Gráficos e tabelas: Microsoft Excel 2003

b) Diagramas/fluxogramas: Microsoft Powerpoint 2003

5. Nas tabelas, os **títulos e o número de identificação** devem vir em uma linha acima da figura.

6. Fotografias, que permitam a identificação do sujeito, deverão ser submetidas juntamente com termo, ou documento equivalente, de autorização de direito de imagem, possuir resolução mínima de 300 dpi, e remetidas em formato TIF (Tagged Image File Format).

7. Quando houver combinação de gráfico e imagem na mesma ilustração, a resolução deve ser de no mínimo 500 dpi, e o formato deverá ser TIF ou EPS (Encapsulated Post Script).

8. Figuras devem conter título e fonte, devem ser mencionadas no decorrer do texto, e devem também obrigatoriamente ser enviadas como **documento suplementar** em formato EDITÁVEL, como Excel®, Powerpoint®.

9. Tutorial para carregamento de documento suplementar pode auxiliar em caso de dificuldades.

DOS TÓPICOS

1. Quando o conteúdo incluir listagens em tópicos, cada item deve ser incluído no texto desta forma:

Precedido de hífen, em caso de texto

Em caso de enumeração, usar somente algarismos arábicos seguido de ponto

Fonte Verdana

Tamanho 10

Em Itálico

Espaçamento 1,5

Alinhado ao conteúdo do texto

REFERÊNCIAS

1. Nas citações no corpo do texto, o número da referência deverá estar sobrescrito, entre parênteses, após a citação e sucedido de ponto.

Exemplo: O tratamento da insuficiência cardíaca (IC) consiste na otimização de fármacos com impacto comprovado em morbidade e mortalidade(1).

2. Adotar no mínimo 5 (cinco) referências de artigos publicados **em inglês nos últimos 5 (cinco) anos**.

3. Artigos publicados em mais de um idioma devem ser referenciados segundo a **versão em inglês**.

4. Todas as referências, salvo artigos históricos ou excepcionalmente autorizados, deverão ter até 5 (cinco) anos de publicação.

5. As referências deverão ser formatadas da seguinte maneira:

Numeradas na ordem sequencial de aparecimento no corpo do texto

De acordo com os Requisitos Uniformes de Vancouver

Fonte Verdana

Tamanho 10

Justificada

Espaçamento simples

Espaçamento ANTES e DEPOIS = 2 pt.

6. No corpo do artigo TODAS as referências devem ser apresentadas sequencialmente, **a exceção** das recorrentes

7. Na seção de REFERÊNCIAS, apresentar TODAS as referências em LISTA ÚNICA, obedecendo a seguinte ordem:

1º As referências relacionadas ao artigo (Não resultantes do processo de revisão)

*Devem atender às normas de publicações em geral (limitadas ao número de 20, até cinco anos de publicação, minimamente cinco internacionais);

2º Referências resultantes do processo de revisão (sem limite de data ou quantidade)

*Deve-se escrever o termo "[incluída na revisão]", entre colchetes.

Exemplo:

a) Referência relacionadas ao artigo:

Magnago C, Pierantoni C, França T, Garcia A, Ney M, Matsumoto K. The influence of family health strategy on health indicators in the municipalities of Rio de Janeiro, Brazil. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 May 3 [Cited 2013 Apr 5] 10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3211>.

b) Referência incluída na revisão:

Lima D. Design of research: a contribution for authors. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 Oct 17 [Cited 2013 Apr 24] 10(2):. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648> [included in the review]

8. Trabalhos de revisão deverão ser confeccionados na maior conformidade possível com o preconizado em: **Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Lancet 1999; Nov 27;354(9193):1896-900.**

9. Deve-se utilizar os termos de formatação de referências das normas de Vancouver **em inglês**.

8 ATIVIDADE DE PROMOÇÃO A SAÚDE

Após a coleta de dados e análise dos resultados, foi realizado com a equipe de saúde o “Dia da promoção da saúde e da qualidade de vida” para os idosos de Itaipulândia (PR). O encontro foi realizado durante a semana de saúde do município. A pesquisadora principal realizou uma palestra abordando os resultados da pesquisa, salientando que mesmo os questionários sendo aplicados somente no meio urbano foi possível verificar o uso considerável de plantas medicinais por mais de 70% da população em estudo.

Além disso, destacou que os idosos mesmo possuindo fatores negativos para a qualidade de vida como baixa escolaridade, com 96,8% recebendo até um salário mínimo mensal, apresentaram escores favoráveis para a qualidade de vida.

Ao ser observado a capacidade cognitiva, mais de 60% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, remetendo ao fato de baixa escolaridade e classe econômica D-E. Foi abordado também que uma parcela significativa dos entrevistados não realiza nenhum tipo de atividade física, devido às limitações causadas pelo envelhecimento, mas possuem um estilo de vida saudável.

Em relação à avaliação realizada por meio do teste Whoqol Old evidenciou-se que os idosos possuem uma boa qualidade de vida. A pesquisadora enfatizou ainda que os idosos devem se tornar pessoas empoderadas, participativas e incentivou a realizarem atividades físicas em grupos, manter bons hábitos alimentares, realizar atividades educativas para manter a capacidade cognitiva, melhorar o estilo de vida e buscar sempre a qualidade de vida.

O encontro ainda promoveu um coffe-break com frutas, suco natural e ofertou uma variedade de chás medicinais para os idosos degustarem durante a programação, com plaquinhas explicativas sobre a finalidade de cada planta medicinal e o nome científico. Ao final foi entregue um folder explicativo confeccionado pelas nutricionistas do município com sugestões para melhorar a alimentação.

9 CONCLUSÃO

Este estudo foi capaz de traçar um perfil dos idosos do município de Itaipulândia (PR) desvelando a vivência do idoso na sociedade, seus costumes, culturas e estigmas. Verificou o predomínio do sexo feminino, com baixa escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo, inativos economicamente, e classe econômica D-E.

Observou-se que os idosos entrevistados fazem uso de diversas plantas medicinais, que possuem um conhecimento empírico sobre as mesmas e as utilizam de forma correta. No entanto, os relatos quanto aos efeitos colaterais e toxicidade das plantas foi bem divergente aos descritos na literatura. Este resultado evidencia a importância de que os profissionais da saúde desenvolvam ações com os idosos buscando compreender a prática de uso de plantas medicinais, o cuidado ao uso indiscriminado, forma de preparo, evitando desta forma casos de intoxicação.

Além disso, foi observado que os idosos apresentaram baixos escores no Mini Exame do Estado Mental, refletindo déficit cognitivo em mais da metade dos participantes. Porém destaca-se o fato de mesmo possuindo vários fatores negativos os idosos buscam alcançar a qualidade de vida.

Este estudo fornece subsídios para a realização de novas pesquisas que pretendem avaliar a capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida, despertando o interesse sobre este público seletivo que está envelhecendo e favorecendo a realização de futuras ações voltadas a promoção da saúde. Tem como limitação ter sido realizado em um município de pequeno porte, não refletindo a realidade atual, porém já foi capaz de retratar a vivência e costumes dos idosos desse local. Além disso, pode desvelar as fragilidades causadas pela velhice e as estratégias de enfrentamento evidenciando que mesmo com fatores negativos o idoso pode manter a qualidade de vida.

10 REFERENCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**, 2014. Disponível em: www.abep.org.

ADNAN, M.; TARIQ, A.; MUSSARAT, S.; BEGUM, S.; ABDEISALAM, N.M.; et al. Ethnogaecological Assessment of Medicinal Plants in Pashtun's Tribal Society. **BioMed Research International**, Pakistan, v. 2015, p.9, 2015.

ANDRADE, A.I.N.P.A; MARTINS, R.M.L. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. **Millenium**, n.40, p. 185-199, 2011.

ALMEIDA, M.A.B; GUTIERREZ G.L; MARQUES, R. **Qualidade de vida**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, EACH/USP, 2012.

ALZHEIMER'S Disease International. **World Alzheimer's report 2010: the global economic impact of dementia**. London: Alzheimer's Disease International, 2010.

ANGELO, T; RIBEIRO, C.C. Utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por idosos. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.1, p.18-31, jan./jun. 2014.

ANS. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

ARAÚJO, L.F; COELHO, C.G; MENDONÇA, E.T.; VAZ, A.V.M.; SIQUEIRA-BATISTA R.; COTTA, R.M.M. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.1 p. 80–86, 2011.

BADKE, M.R; BUDÓ, M.L.D; SILVA, F.M; RESSEL, L.B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.1, p.132-139, jan./mar. 2011.

BAECHLE, T.R; WESTCOTT, W.L. **Treinamento de Força para a Terceira Idade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARAZZETTI, R.; SIVIERO, J; BONATTO, S. Estado nutricional, consumo de calorias e macronutrientes de mulheres participantes de uma universidade da terceira idade no sul do país. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 331-347, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466/12 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Estatuto do idoso: **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. 5. ed., rev. e ampl. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção n° 19**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM n° 687, de 30 de março de 2006**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Banco Mundial/LAC, Brasil, 2011.

BRITO, M.C.C; FREITAS, C.A.S.L; MESQUITA, K.O; LIMA, G.K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16. n.3, p.161-178, jun. 2013.

BRUCKI, S. M.D; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H.F; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.

BORGES, G.M.; CAMPOS, M.B.; SILVA, L.G.C. **Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas**, IN: Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das população, Rio de Janeiro, 2015.

CATÃO, M.H.C.V; XAVIER, F.C.; PINTO, T.C.A. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. **Revista Brasileira Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 9, n. 29, p. 73-78, jul./set. 2011.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M.P.; SCHMIDT, S.; POWER. M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MP e col. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.102-11.

FERREIRA, P.C.S; TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, R.A.P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**. v.24, n.1, p.29-35, 2011.

FREITAS, A.M.P; PHILIPI, S.T; RIBEIRO, S.M.L. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 161-77, mar. 2011.

GIULIANI, A.R; MATTEI, A.; SANTILLI, F.; CLORI, G.; SCATIGNA, M; FABIANI, L. Well-Being and Perceived Quality of Life in Elderly People Displaced After the Earthquake in L'Aquila, Italy. **J Community Health**. v.39, n. 3, p.531-537, 2014.

GONÇALVES, A; CARVALHO, G.S. **Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (boticas) e de meio urbano (Braga)**. ed. lit. “Novas realidades, novas práticas: Actas do Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde, 3, Braga, Portugal, 2007”. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, 2007.

GUERREIRO, T.; CALDAS, C.P. **Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado**. UNATI-UERJ. Rio de Janeiro: 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2010**, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estatísticas de gênero. 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,73,74,75,76,77,128&ind=4707>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: revisão 2010**. Série Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2010d. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

FEIJÓ, A.M; BUENO, M.E.N.; CEOLIN, T.; LINCK, C.L.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.14, n.1, p.50-56, 2012.

LEITE, M.T.; CASTIONI, D.; KIRCHNER, R. M.; HILDEBRANDT, L.M. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. **Rev. Eletrônica trimestral de Enfermería**. n.37, jan. 2015.

LIMA, S.C.S; ARRUDA, G.O.; RENOVATO, R.D.; ALVARENGA, M.R.M. Representações e usos de plantas medicinais por homens idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.4, 08 telas, jul./ago., 2012.

LOPES, M.S.V; SARAIVA, K.R.O; FERNANDES, A.F.C; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.3 p.461-468, jul./set. 2010.

MAGALHÃES, B.S; IBIAPINA, D.F; CARVALHO, D.R. Avaliação nutricional e prevalência de diabetes e hipertensão em idosos. **R. Interd**. v.7, n.4, p.131-138, out./nov./dez. 2014.

MAY, A.M; STRUIJK, E.A., FRANSEN, H.P., ONLAND-MORET, N.C., WIT, G.A, BOER, J.M., et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. **BMC Med**. v. 13, n.39, 2015.

MELO, B; MORAES, H.S; SILVEIRA, H; OLIVEIRA, N; DESLANDES, A.C; LAKS, J. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas/RS, v.19, n.2, p.205-214, mar. 2014.

MENEZES, T.N.; MARUCCI, M.F.N. Valor energético total e contribuição percentual de calorias por macronutrientes da alimentação de idosos domiciliados em Fortaleza – CE. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 33-40, jan./fev. 2012.

MINAYO, M.C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MONTAÑO, M. B. M. M.; RAMOS, L.R. Declínio Cognitivo e Quadros demenciais. In: RAMOS, Luis Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra. **Geriatrics e Gerontologia**. 2. ed. cap. 14. p. 185-196. Barueri: Manole, 2011.

MORAES, E.N. **Avaliação multidimensional do idoso**. Belo Horizonte: Folium, 2010.

MORAES, E.N. **Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: DF, 2012.

MORENO, R.M; VÍBORA P.I.B, GARCIA, M.A.T. Hábitos de vida, de alimentación e evaluación nutricional em personal sanitario del hospital de Mérida. **Nutr Hosp**. v.31, n.4, p.1763-1770, 2015.

NAHAS, M.V, BARROS, M.V.G; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** v.5, n.2, p.48-59, 2000.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, Editora Mediograf, 4ª edição, 2006.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.14, n.4, 2010.

NORDON, D.G.; GUIMARÃES, R.R.; KOZONOE, D.Y.; MANCILHA, V.S.; NETO, V.S.D. Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5-8, set. 2009.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.I.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.16, p.2887-2898, 2010.

OLIVEIRA, M.F.; BEZERRA, V.P.; SILVA, A.O.; ALVES, M.S.C.F.; MOREIRA, M.A.S.P.; CALDAS, C.P. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, ago. 2012.

OLIVEIRA, C.J., ARAÚJO, T.L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], v.9, n.1, p: 93-105, Jan-Abr, 2007.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo.** [Título original: Active aging: a policy framework]. Brasília: OPAS, 2005.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine.** v.41, n.10, p.403-409, 1995.

OMS. **Promoción de la salud: glosario.** Genebra: OMS, 1998.

OPAS, World Health Organization. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005.

PAULA, C.C.; CUNHA, R.M.; TUFAMIN, A.T. Análise do Impacto do treinamento resistido no perfil lipídico de idosos. **R. Bras. Ci. e Mov.** v.22, n.1, p. 150-156, 2014.

PAPALÉO NETTO, M. **Processo de Envelhecimento e longevidade.** In: PAPALÉO, N.M. 1. Tratado de Gerontologia. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PEREIRA, E.F; TEIXEIRA, C.L; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte,** São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

POWER. M.; QUINN, K.; SCHIMIDT, S. **WHOQOL-OLD Group. Quality of Life Research,** v.14, p. 2197-2214, 2005.

RAMOS, M.R. Análisis de las principales variables determinantes de la evolución de la mortalidade por Demências em Andalucía. **Revista Española de Salud Pública,** Madrid, v. 86, n. 3, p. 219-228, 2012.

ROACH, S. Promovendo a saúde fisiológica. **Enfermagem na saúde do Idoso.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.17, n.8, p.2129-39, 2012.

RODRIGUEZ, C.R.A.; REIS, R.S.; PETROSKI, E.L. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008.

ROMA, M. F.; BUSSE, A. L.; BETONI, R. A.; MELO, A. C.; KONG, J.; SANTAREM, J. M.; JACOB FILHO, W. Efeitos das atividades físicas resistida e aeróbia em idosos em relação à aptidão física e à funcionalidade: ensaio clínico prospectivo. **Einstein.** v.11, n.2, p. 153-7, 2013.

SANTOS, C.C.C.; PEDROSA, R.; COSTA, F.A.; MENDONÇA, K.M.P.P. Holanda, G.M. Análise da Função Cognitiva e Capacidade Funcional em Idosos Hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.241-250, 2011.

SEGALLA, R.; SPINELLI, R.G. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy, em Erechim, RS. **Perspectiva**, v. 35, n. 129, p. 189-201, mar. 2011.

SILVA, M.F.; GOULART, N.B.A.; LANFERDIN, F.J.; MARCON, M.; DIAS, C.P. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.15, n.4, p.635-642, 2012.

TEIXEIRA, E.R.; SILVA, J.C.; LAMAS, A.R.; MATOS, R.M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery R Enferm.** v.10, n.3, p.378-384, dez. 2006.

TRINDADE, F.T; ANTUNES, H.L.; SOUZA, N.S.; CRUZ, C.M.S. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 496-505, abr/jun. 2013.

VALDUGA, R.; VALDUGA, L.V.A.; ALMEIDA, J.A.; CARVALHO, G.A. Relação entre o padrão postural e o nível de atividade física em idosas. **R. bras. Ci. e Mov.** v.21, n.3, p. 5-12, 2013.

WALKER, A. Active ageing: Realising its potential. **Australasian Journal on Ageing.** v.34, n.1, p. 2-8, 2015.

WHO. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health, 2009.

ZANON, R.R.; MORETTO, A.C.; RODRIGUES, R.L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 30, supl. p. S45-S67, 2013.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANEXOS

ANEXO A

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS

Dados de identificação da pesquisa	Dados de identificação do participante					
Protocolo: _____ Data da entrevista: _____ Incluído: () Não incluído () Motivos: Recusa () Portador de deficiência visual grave não corrigida () Portador de deficiência auditiva grave não corrigida () Deficiência física ()	Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: () _____ Data de nascimento: ____/____/____. Idade: _____ Grupo etário: () 60 – 69 () 70 – 79 () 80 + Sexo: () Masculino () Feminino Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () União consensual () Divorciado/Separado/Desquitado Renda Familiar Mensal: () Menor que 1 () 1 Salário Mínimo () 2 a 3 Salário Mínimo () 3 a 4 Salário Mínimo () 5 ou mais Frequenta a Academia da Terceira Idade (ATI) () Sim () Não					
<p>Arranjo familiar: () mora sozinho () mora acompanhado</p> <p>Escolaridade (considerar nível de escolaridade e não número de anos que frequentou a escola).</p> <ol style="list-style-type: none"> () não alfabetizado ou analfabeto* () 1 a 4 anos de estudos () 5 a 8 anos de estudos () 9 a 11 anos de estudos <p>*considerar analfabeto aquele que nunca apendeu a ler, ou embora tenha aprendido, mas nunca frequentou qualquer tipo de curso escolar. Incluem-se neste grupo as pessoas que só forem capazes de escrever o próprio nome.</p> <p>Situação ocupacional: () ativo economicamente () inativo economicamente</p> <p>Classe econômica () A () B () C () D</p> <p>Conforme critério de classificação ABEP 2014: A (A1+A2) B (B1+B2) C (C1+C2) D (D+E) Conforme pontuação a seguir:</p>						
	Quantidade de Itens					
	0	1	2	3	4ou+	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava-roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora de roupas	0	2	2	2	2	

7 - Local de aquisição das plantas?

- quintal vizinhos Raizeiros Farmácia
 Outros _____

8 - O senhor (a) indica o uso de plantas medicinais a outras pessoas?

- Não Sim, por que ? _____

9- Teve um resultado satisfatório quanto ao uso ?

- Sim Não

10 – Sente algum efeito indesejado ao utilizar alguma planta?

- Não Sim Qual ? _____

11- Frequência de uso

- diariamente até três vezes na semana até uma vez na semana
 raramente

ANEXO B

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____ / ____ / ____ Avaliador: _____

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrumpa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

ANEXO C

56

Volume 5, Número 2, 2000

Veja e utilize livremente o instrumento apresentado a seguir, desde que citada a fonte.

PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

O **ESTILO DE VIDA** corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- | 0 | absolutamente **não** faz parte do seu estilo de vida
- | 1 | **às vezes** corresponde ao seu comportamento
- | 2 | **quase sempre** verdadeiro no seu comportamento
- | 3 | a afirmação é **sempre** verdadeira no seu dia a dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: **Nutrição**

- a. Sua alimentação diária inclui ao menos **5** porções de frutas e verduras. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz **4 a 5** refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo. []

Componente: **Atividade Física**

- d. Você realiza ao menos **30** minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, **5** ou mais dias na semana. []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: **Comportamento Preventivo**

- g. Você conhece sua **PRESSÃO ARTERIAL**, seus níveis de **COLESTEROL** e procura controlá-los. []
- h. Você **NÃO FUMA** e ingere **ÁLCOOL** com moderação (menos de 2 doses ao dia). []
- i. Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool de vai dirigir. []

Componente: **Relacionamento Social**

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: **Controle do Stress**

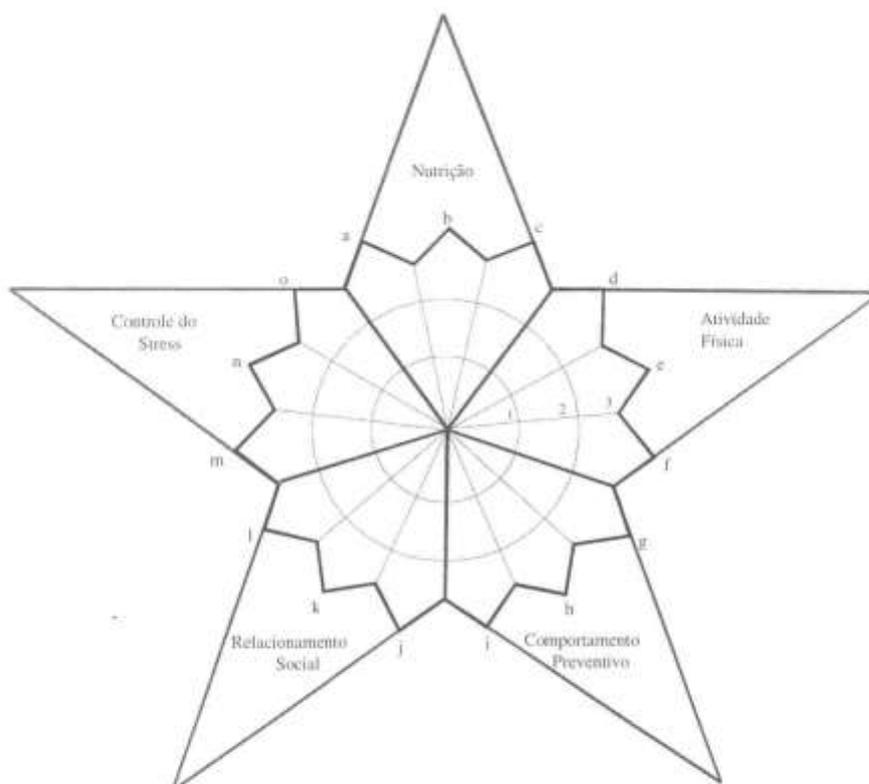
- m. Você reserva tempo (ao menos **5** minutos) todos os dias para relaxar. []
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []



Considerando suas respostas aos 15 itens da página anterior, procure colorir a figura abaixo, construindo uma representação visual do seu Estilo de Vida atual.

- Deixe em branco se você marcou zero para o item;
- Preencha do centro até o primeiro círculo se marcou [1] ;
- Preencha do centro até o segundo círculo se marcou [2] ;
- Preencha do centro até o terceiro círculo se marcou [3] .

Data: ___/___/___



ANEXO D



WHOQOL-OLD

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO E

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS DE ITAIPULÂNDIA-PR: CAPACIDADE COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

Pesquisador: Laura Ligiana Dias Szerwieski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51922315.9.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.401.270

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os idosos de Itaipulândia-PR quanto à capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não oferece nenhum risco a população em estudo.

Benefícios: O trabalho proposto contempla a interdisciplinaridade e promoção da saúde, servindo de base para a realização de novas pesquisas, com abordagens diferenciadas que irão auxiliar na busca pelo envelhecimento ativo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de Pesquisa: estudo transversal, correlacional, analítico e descritivo. Com abordagem quantitativa.

Sujeitos: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Itaipulândia-PR.

Instrumentos: diversos testes e/ou questionários autoaplicáveis e entrevistas. Porém estes instrumentos não estão bem descritos na metodologia.

A análise estatística será realizada utilizando-se o pacote estatístico Statistical Software Analysis –

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 2º Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-8360

E-mail: cep@cesumar.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR**



Continuação do Parecer: 1.401.270

SAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

No item "Metodologia Proposta" onde se lê "Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde" é preciso atualizar para "Resolução 466/2012".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto APROVADO para que os pesquisadores façam a coleta dos dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 618015.pdf	07/12/2015 14:48:06		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	07/12/2015 14:47:01	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/11/2015 12:53:52	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	20/11/2015 10:56:09	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/11/2015 16:52:16	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.pdf	12/11/2015 16:49:14	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	12/11/2015 16:48:17	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Confidencialidade.pdf	12/11/2015 16:39:42	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_encaminhamento.pdf	12/11/2015 16:38:40	Laura Ligiana Dias Szerwieski	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Avenida Guedner, 1810 - Bloco 07 4.º Térreo
 Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3027-8360 E-mail: cep@cesumar.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

IDOSOS DE ITAIPULÂNDIA-PR: CAPACIDADE COGNITIVA, ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

Eu, _____ declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelos pesquisadores Prof. Dra. Lucia Elaine Ranieri Cortez (orientadora) e Laura Ligiana Dias Szerwieski (orientanda), em relação a minha participação no projeto e pesquisa intitulado: **Idosos de Itaipulândia (PR): Capacidade Cognitiva, Estilo e Qualidade de Vida**, cujo objetivo é Avaliar os idosos de Itaipulândia (PR) quanto à capacidade cognitiva, estilo e qualidade de vida. Será realizado aplicação de quatro questionários: contendo as características sócio demográficas, capacidade cognitiva, estilo de vida, e qualidade de vida. A pesquisa não trará nenhum risco à saúde e nenhum custo ao idoso. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras, contanto que seja mantida em sigilo informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra à legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a professora Lucia Elaine Ranieri Cortez, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo.

Maringá, ____/____/_____.

Eu Lucia Elaine Ranieri Cortez, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Dra. Lucia Elaine Ranieri Cortez
Endereço: Avenida Guedner, 1.610
Bairro: Jardim Aclimação
Cidade: Maringá UF: Paraná
Fones: (44) 3027-6360 E- mail: lucia.cortez@unicesumar.edu.br

Nome: Laura Ligiana Dias Szerwieski
Endereço: Avenida Nossa Senhora Aparecida n° 2305
Cidade: Itaipulândia, UF: Paraná
Fones: (44) 8834-5776 E-mail: laura.enfer@gmail.com

APÊNDICE B

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de indivíduo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos da Unidade Básica de Saúde de Itaipulândia-PR, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado: **Idosos de Itaipulândia-PR: Capacidade Cognitiva, Estilo e Qualidade de Vida**, de autoria de Lucia Elaine Ranieri Cortez (orientadora) e Laura Ligiana Dias Szerwieski (orientanda) discente do curso de Mestrado em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Cesumar- Unicesumar, será preservada a privacidade e a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestígio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Maringá-PR, 29 / 10 / 2015.



Lucia Elaine Ranieri Cortez

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)
Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR
Bloco 10
Av. Guedner, 1610
CEP 87.050-900
Maringá – Paraná

APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Itaipulândia/ PR, 24 / 10 / 2015.

Ilma Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Juarez José Bassani declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado **Idosos de Itaipulândia-PR: Capacidade Cognitiva, Estilo e Qualidade de Vida**, sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Lucia Elaine Raniere Cortez (orientadora) e Laura Ligiana Dias Szerwieski (mestranda) que o município de Itaipulândia-PR, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Juarez José Bassani
Secretário Municipal
de Saúde