

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ADESÃO DO USUÁRIO IDOSO AO TRATAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitoria Bittencourt Neres¹

Graduanda em Medicina no Centro Universitário UniRedentor

Vitor dos Santos Machado²

Graduando em Medicina no Centro Universitário UniRedentor

Douglas Alves Ferreira³

Fisioterapeuta Especialista em Neuromodulação pela UFPE

Eliza Miranda Costa Caraline⁴

Médica com especialização em Saúde da Família pela UERJ

Resumo

O presente artigo estudo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos, durante atividade curricular, acerca do envelhecimento populacional e da adesão ao tratamento de três usuários idosos que residem em Itaperuna/RJ. Durante as visitas, pudemos perceber que cada paciente apresentou um comportamento diferente, que pode ser influenciado pela capacidade de planejamento e pelo apoio familiar, que são fatores imprescindíveis para a saúde dos idosos. Após a experiência, refletimos acerca da necessidade de haver apoio familiar e institucional ao idoso, uma vez que foi possível notar que esses fatores aumentaram a adesão ao tratamento. É importante haver a elaboração de grupos de socialização para idosos, com o fim de gerar uma interação entre eles. Dessa forma, recomendamos que esses grupos sejam criados, para que os idosos possam voltar a ter capacidade de planejamento que colabora para uma maior adesão ao tratamento.

Palavras-chave: transição demográfica, transição epidemiológica, envelhecimento populacional, adesão ao tratamento.

Abstract

¹ UniRedentor, Discente do Curso de Graduação em Medicina, Itaperuna-RJ, bittencourtneresvitoria@gmail.com

² UniRedentor, Discente do Curso de Graduação em Medicina, Itaperuna-RJ, vsantos1610@gmail.com

³ UniRedentor, Docente do Curso de Graduação em Medicina, Itaperuna-RJ, douglasferreira@hotmail.com

⁴ UniRedentor, Docente do Curso de Graduação em Medicina, Itaperuna-RJ, elizamirandacosta@hotmail.com

This article aims to describe an experience for students about population aging and adherence to the treatment of three elderly users residing in Itaperuna / RJ. The students had the opportunity to experience, that each patient presented a different behavior, which can be influenced by the planning capacity and the family support, that are essential factors for the health of the elderly. We concluded that family and institutional support are necessary for the elderly people, because these factors increased the adherence to treatment according to the experience reports. Furthermore, the creation of socialization groups in order to generate interaction among them is important, so they can return to having planning capacity, which collaborates for a greater adherence to the treatment.

Keywords: demographic transition, epidemiologic transition, population-aging, adherence to treatment.

INTRODUÇÃO

As mudanças trazidas pelo tempo influenciam ativamente no meio e na sociedade nele presentes. Objetivando-se descrever a relação entre o crescimento populacional e socioeconômico, fora formulada, nas primeiras décadas do século XX, a teoria da transição demográfica (Vasconcelos & Gomes, 2012)

Em se tratando de saúde, é correto inferir que a criação de políticas públicas e programas deve acompanhar a necessidade da população em questão; para tal, faz-se imprescindível o conhecimento de características – como idade – as quais norteiam o sistema de saúde de um país (Brito, 2007). Isto é, se determinada localidade possui maior número de idosos do que jovens, mais programas voltados para idosos deverão ser feitos com o objetivo de melhorar as condições sociais da maioria da população. No Brasil, por exemplo, houve um declínio significativo da mortalidade na época compreendida entre os anos de 40 e 60. Em contrapartida, a taxa de fecundidade se manteve alta. A consequência disso foi um crescimento populacional acelerado e de característica (quase que) estavelmente jovem (Carvalho & Rodríguez, 2008).

A partir da década de 60, houve uma reversão do quadro. Desta vez, a população se apresentara de forma mais envelhecida; pautando-se no crescimento desacelerado causado, por exemplo, pela efetividade de métodos contraceptivos e pelo maior nível de informação por parte dos indivíduos (Carvalho & Rodríguez, 2008).

Como se pode perceber, a transição demográfica e a saúde populacional devem andar de mãos dadas. Há anos surgiu a ideia do país jovem; hoje, somos um país de cabelos grisalhos (LEBRÃO, 2007). O Brasil, país repleto de diversidades – sejam elas regionais, de renda ou de gênero –, passou, desde 1965, por um processo caracterizado

pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade (Brito, 2008). Os Gráficos 1 e 2 evidenciam, respectivamente, as pirâmides etárias absolutas dos anos de 1980 e 2018:

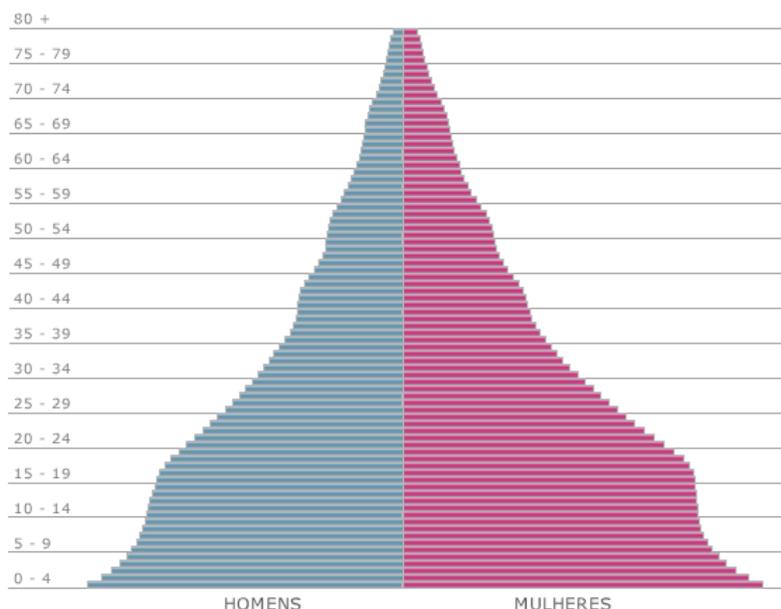


Gráfico 1: Pirâmide etária da população brasileira em 1980.

Fonte: DA POPULAÇÃO DO BRASIL, IBGE Projeção. e das Unidades da Federação. **Brasília/DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.** Acesso em 2018.



Gráfico 2: Pirâmide etária da população brasileira em 2018.

Fonte: DA POPULAÇÃO DO BRASIL, IBGE Projeção. e das Unidades da Federação. **Brasília/DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.** Acesso em 2018.

A concretização de comportamentos reprodutivos diferenciados difundiu-se de forma absoluta tanto em meio urbano quanto rural (RIGOTTI, 2012). Deste modo, é fundamental que as características da demografia brasileira sejam levadas em consideração.

A diminuição de crianças e jovens e o aumento da população idosa acarreta uma mudança, inclusive, no perfil epidemiológico do país. Conjuntamente com a dinâmica, a ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), como doenças crônico-degenerativas, tem subido em perfil exponencial (MEDEIROS et al., 2017).

Pesquisas afirmam que, antes de 2030, a população de idosos ultrapassará a de jovens. Deste modo, faz-se imprescindível que haja investimento nas atuais gerações, seja em quesitos econômicos, educacionais ou de saúde (RIGOTTI, 2012). Garantir uma boa qualidade de vida a estes significa, portanto, garantir o futuro do país; em contrapartida, a não-atuação governamental acarretará na perda de exímia oportunidade de desenvolvimento nacional (Carvalho; Wong, 2010, p. 154).

Em se tratando de saúde, faz-se necessário a estabilização e a afirmação do SUS, principalmente em seu âmbito preventivo e evidenciando seu compromisso com a Atenção Básica (AB), haja vista que o sistema deve ter a capacidade de atender até 80% das demandas as quais chegam aos serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2017).

Vê-se, portanto, que as principais ocorrências quando nos referimos a DANT são de característica dos aparelhos circulatório, respiratório e neoplasias, fatores que se submetem ao âmbito sanitário do Brasil (DANTAS et al., 2017).

No mais, são de característica do idoso a necessidade de maior atenção e cuidado, implicando em sua dependência física e mental. Conseqüentemente, a heterogeneidade no perfil de morbidade se dá pela alta ocorrência de doenças, agravos, sequelas, internações e reinternações, demandando ainda mais recursos em saúde do sistema (MEDEIROS et al., 2017).

Na década de 90 que, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implementada, no contexto da política de saúde brasileira, onde deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Embasada nas diretrizes do SUS, a ESF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (DIAS et al. 2009).

A ESF está presente no município de Itaperuna/RJ, onde a presença do programa na comunidade contribuiu para aumentar as possibilidades de humanização dos serviços de saúde e a formação dos futuros profissionais, instigando, nos mesmos, o comprometimento com o bem estar da sociedade e a prática responsável de ações pela evolução do setor da

saúde, uma vez que o contato prévio com as dificuldades e agravos enfrentados pelos os usuários da ESF proporcionam a construção de espaços de debate e consolidação de saberes, os quais aprimoram a compreensão do processo saúde e doença da comunidade assistida. Assim como, os novos desafios com a população idoso do município.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Foram visitados três pacientes em um bairro de Itaperuna/RJ, com visitas de retorno aproximadamente 2 meses após a primeira visita e percebemos diferenças.

A primeira paciente visitada apresentava diabetes (DM), hipercolesterolemia e hipertensão (HAS). Na primeira visita, no dia treze de março de 2018, ela estava tomando losartana potássica (para HAS) – apenas à noite ao invés de 12 em 12 horas –, mas os medicamentos glibencamida (para DM) e sinvastatina (para hipercolesterolemia) não estavam sendo utilizados porque ela precisava renovar a receita na Unidade Básica de Saúde (UBS). Com o advento da hipertensão e a medicalização fora dos horários indicados, a sua pressão arterial (PA) era 160/90mmHg, considerada elevada. Além disso, ela relatou que nunca se vacinou ou realizou exame citopatológico (preventivo) e mamografia (MMG). Neste dia, a paciente relatou não apresentar mais vontade de viver desde que seu marido faleceu e nós percebemos sua solidão todo o dia na quitinete em que mora, apesar de estar ao lado da casa dos filhos. Em visita de retorno, dia oito de maio de 2018, relatou ter renovado as receitas e estar tomando os medicamentos glibenclamida nos horários de almoço e jantar, sinvastatina antes de dormir e losartana potássica apenas à noite, continuou sem administrar a dose da manhã. A PA, neste dia, estava 150/100mmHg (HAS leve), a pressão sistólica diminuiu e a pressão diastólica aumentou em comparação com a primeira visita. Continuou sem fazer preventivo, MMG ou tomar vacinas orientadas.

A segunda paciente foi visitada no dia vinte de março de 2018 pela primeira vez. Relatou apresentar HAS e hipercolesterolemia e tomar seus medicamentos (losartana potássica e sinvastatina) nos horários prescritos, sendo 12 em 12 horas e 24 em 24 horas, respectivamente. A sua PA no dia era 130/90mmHg. Além disso, tomou as vacinas necessárias, mas não fez preventivo ou MMG nos últimos anos. Compartilhou com entusiasmo que iria fazer uma viagem com a Igreja no final do ano e também que pretende visitar os filhos que moram em Macaé, o que demonstra capacidade de planejamento e apoio familiar, visto que ela mora ao lado da casa de alguns filhos e informou que dorme na casa deles frequentemente. Na visita de retorno, dia quinze de maio de 2018, não foi relatado nenhuma diferença em relação à primeira.

O terceiro paciente, visitado pela primeira vez no dia vinte e sete de março de 2018, não apresenta HAS, DM ou hipercolesterolemia. Relatou que apresenta erisipela, artrite,

artrose, psoríase e insuficiência renal, sendo que o médico havia indicado hemodiálise para o paciente caso seu quadro não evoluísse bem. Ele estava com muitas lesões na pele e edema, devido à psoríase e à erisipela. Os medicamentos estavam sendo tomados regularmente, visto que a filha dele organiza os comprimidos em caixas de cores diferentes para dia e para noite. Não aferimos a PA dele neste dia, e informou que não tomou vacinas nos últimos anos. Estava abatido e relatou que estar sem esperanças de continuar vivendo. A filha dele estava em casa neste dia e nos mostrou a estratégia que ela usa para que seus pais tomem seus medicamentos, que consiste em colocar em potes de cores diferentes os comprimidos do dia e da noite. No retorno, em vinte e dois de maio de 2018, o paciente estava com menos lesões na pele e edema, não foi necessário fazer hemodiálise porque seu quadro evoluiu bem. Neste dia, aferimos a PA, que estava 110/60mmHg. As vacinas não foram efetuadas.

DISCUSSÃO

Na primeira visita da paciente 1, ela não tomava dois dos medicamentos que foram prescritos e um deles ela tomava de forma irregular. Após a nossa visita, ela renovou a receita e passou a tomar os medicamentos que estavam em falta, mas ainda não estava tomando a losartana potássica de doze em doze horas. A paciente 2 não apresentou diferenças entre a primeira e a segunda visita, sendo que ela faz uso correto de seus medicamentos. O terceiro paciente já havia aderido ao tratamento na primeira visita e na segunda visita, foi possível perceber uma melhora em seu quadro de saúde.

Com isso, podemos perceber que cada paciente apresentou um comportamento diferente, que pode ser influenciado pela capacidade de planejamento e pelo apoio familiar, que são fatores imprescindíveis para a saúde dos idosos, visto que a paciente 1 não apresentava nenhum desses fatores, a segunda paciente apresentava os dois e o terceiro apresentava apenas apoio familiar. A insuficiência familiar é um fator de gravidade para a saúde do idoso e considerada hoje um gigante da Geriatria. Além disso, a intervenção de profissionais da saúde também é necessária, visto que a primeira paciente aderiu ao tratamento quase totalmente após a primeira visita.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional faz com que haja um aumento do índice de doenças crônicas não transmissíveis, visto que há mais idosos do que no passado. Isso é percebido nos relatos de experiência, uma vez que duas pacientes apresentam hipertensão e uma apresenta diabetes mellitus tipo 2.

Para tratar essas doenças, existe a Estratégia Saúde da Família, que segundo Leite et al., 2015, visa atender de forma integral a população. Assim, sugerimos que haja novos

estudos feitos nas UBS para ter um perfil real da população local, a fim de que essas Unidades trabalhem de acordo com as necessidades encontradas, principalmente com o intuito de aumentar a adesão aos tratamentos oferecidos pela rede de saúde.

Além disso, pode-se concluir que é necessário haver apoio familiar e institucional ao idoso, pois nos relatos de experiência, esses fatores aumentaram a adesão ao tratamento. Quanto à capacidade de planejamento, é importante haver a criação de grupos de socialização para idosos, com o fim de gerar uma interação entre eles, para que se sintam mais ativos na sociedade e possam voltar a ter essa capacidade que colabora para uma maior adesão ao tratamento.

Visto isso, o envelhecimento populacional, gerado pelas transições demográfica e epidemiológica, causa desafios para a saúde para os próximos anos, pois os usuários idosos exigem cuidados devido às doenças crônicas não transmissíveis, incorporam disfunções nos últimos anos de suas vidas e ainda há o fato de não haver adesão ao tratamento em muitos casos, como os que foram apresentados nos relatos de experiência (NASRI, 2008).

REFERÊNCIAS

BRITO, Fausto. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. **Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar**, p. 29-45, 2007.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev bras estud popul**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRÍGUEZ-WONG, Laura L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 597-605, 2008.

CAPES, MEC. Plano Nacional de Pós-graduação–PNPG–2011-2020/CAPES. **Brasília: CAPES**, v. 1, p. 309, 2010.

DANTAS, Isadora Cid et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017.

DA POPULAÇÃO DO BRASIL, IBGE Projeção. e das Unidades da Federação. **Brasília/DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 2018.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: protocolo para o trabalho de grupos em Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, 2007.

LEITE, Marinês Tambara et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, 2015.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva; COURA, Alexsandro Silva; FERREIRA, Rayanne Tavares. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 21, n. 3, 2017.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, n. Supl 1, p. S4-S6, 2008.

RANGEL RIGOTTI, José Irineu. Transição demográfica. **Educação & Realidade**, v. 37, n. 2, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

Sobre os Autores

Autor 1: Vitoria Bittencourt Neres. Aluna graduanda do curso Medicina da IES UniRedentor. Atua na área de Medicina. E-mail: bittencourtneresvitoria@gmail.com

Autor 2: Vitor dos Santos Machado. Aluno graduando do curso Medicina da IES UniRedentor. Atua na área de Medicina. E-mail: vsantos1610@gmail.com

Autor 3: Douglas Alves Ferreira. Docente do curso de Medicina da IES UniRedentor Mestrando em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional – UCAM; Especialista em Traumatologia Aplicada a Terapia Manual; Formado em PNF avançado pela *International Association de PNF*; formado em Neuromodulação pela UFPE. E-mail: douglasferreira@hotmail.com

Autor 4: Eliza Miranda Costa Caraline. Docente do curso de Medicina da IES UniRedentor. Mestranda em Medicina e Biomedicina – Santa Casa de Misericórdia de BH; Especialização em Saúde da Família pela UERJ; Especialização em Geriatria e Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. E-mail: elizamirandacosta@hotmail.com