



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

DANIELE PEREIRA SOUSA

CAJAZEIRAS

2009

DANIELE PEREIRA SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação de
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande-PB, como requisito
parcial para a obtenção do grau Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Co-orientador: Prof. Ms. Inácio Andrade Torres

CAJAZEIRAS

2009



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S725p SOUSA, Daniele Pereira
Prevalência de doenças cardiovasculares em uma
Instituição de longa permanência no município de
Cajazeiras- PB./ Daniele Pereira Sousa. Cajazeiras, 2009.
52f. : il.

Orientadora: Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.
Co-Orientador: Inácio Andrade Torres.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Doenças Cardiovasculares - Idoso. 2. Enfermeiro.
I. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU – 616.1- 053.9

B

DANIELE PEREIRA SOUSA

**PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Orientadora - UFCG)

Prof. Ms. Inácio Andrade Torres
(Co-orientador - UFCG)

Prof. Ms. José Rômulo Feitosa Nogueira
(Membro - UFCG)

APROVADA EM ___/___/2009.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João (*in memoriam*) e Niêta, pelo amor incondicional, pela dedicação e por ter me ensinado o valor da educação, tesouro que faz parte do ser.

Ao meu irmão Rafael, pelo exemplo de vida, companheirismo e pela alegria contagiante, inspiradora na superação dos obstáculos de minha vida.

Aos demais familiares pelo estímulo na concretização deste sonho.

Aos verdadeiros amigos pelo carinho, pela a fidelidade e presença constante nesta trajetória de vida.

A Elém Elizabeth e Francisco, meus padrinhos, que muito contribuíram para a minha educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de vida, por ter me concedido esta oportunidade de aprendizado e permitido que recebesse a ajuda necessária ao êxito deste estudo.

À Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro e ao Prof. Ms. Inácio Andrade Torres, por suas contribuições na construção deste trabalho.

Aos idosos participantes deste estudo e todo o pessoal do Abrigo Luca Zorn, pelo apoio e participação efetiva, fundamentais à concretização da pesquisa.

Aos professores e funcionários do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande-PB, por terem contribuído à concretização do curso Bacharelado em enfermagem, dentro de suas competências e possibilidades.

O cuidado há de estar presente em tudo, cuidado significa um fenômeno ontológico existencial básico, um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana.

Leonardo Boff.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVDS - Atividades da Vida Diária

DAC - Doença da Artéria Coronária

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IC - Insuficiência Cardíaca

IAM - Infarto Agudo no Miocárdio

ILP - Instituição de Longa Permanência

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura I: Prevalência de faixa etária dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 32 |
| Figura II: Prevalência de sexo dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 33 |
| Figura III: Prevalência de estado civil dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 34 |
| Figura IV: Prevalência de escolaridade dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 34 |
| Figura V: Principais motivos à institucionalização dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009..... | 35 |
| Figura VI: História clínica dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 36 |
| Figura VII: Prevalência de doenças cardiovasculares dos idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009..... | 37 |
| Figura VIII: Prevalência de fatores de risco às doenças cardiovasculares em idosos residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 | 38 |

LISTA DE TABELAS

Tabela I: Sinais vitais alterados em idosos, com doenças cardiovasculares e/ou fatores de riscos, residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009..... 39

Tabela II: Exame físico: sistemas prejudicados dos idosos, com doenças cardiovasculares e/ou fatores de riscos, residentes no Abrigo Luca Zorn, Cajazeiras - PB, 2009 39

RESUMO

SOUSA, D. P. **PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, 2009. 53p.

O fenômeno do envelhecimento é uma realidade, bem como a presença de doenças crônicas que geram processos incapacitantes e comprometem a qualidade de vida dos idosos. Dentre estas patologias, as que mais frequentemente acometem este grupo populacional são as cardiopatias, tornando-se agravantes na presença de fatores de risco. Este estudo objetivou investigar as doenças cardiovasculares e seus fatores predisponentes que acometem os idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) no município de Cajazeiras - PB. A pesquisa é do tipo exploratória, descritiva e quantitativa. Para contemplar o objetivo proposto, foi aplicado inicialmente, um questionário a vinte e dois idosos residentes no Abrigo Luca Zorn. Mediante alguns critérios como presença de doenças cardiovasculares e/ou seus fatores de risco, selecionou-se uma amostra sistemática de doze participantes. Os dados coletados foram estatisticamente analisados, em percentagem simples, quanto aos dados demográficos e história clínica, os quais foram dispostos em figuras e tabelas (ambos elaborados pelo programa Microsoft Excel 2007). Os resultados obtidos apontam às prevalências de 45,45% de idosos com faixa etária de 60 a 69 anos, 90 % são do sexo feminino, apenas 32% são alfabetizados e 50 % são divorciados. Os principais motivos à institucionalização destes idosos foram o abandono dos familiares (54,54%) e problemas de saúde (45,46%). Com relação aos dados clínicos, 41% dos idosos possuem problemas cardiovasculares (insuficiência cardíaca e angina do peito) e 14% têm fatores de risco (hipertensão arterial e diabetes *mellitus*) para estas doenças. Prestar serviços de saúde e cuidados aos idosos institucionalizados exige recursos humanos tecnicamente capacitados, fato que não ocorre na realidade estudada devido, principalmente, às deficiências financeiras e administrativas. Neste sentido, é mister a presença de um profissional enfermeiro competente para realizar uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada, proporcionando à ILP condições necessárias ao atendimento das necessidades biopsicossociais a esta clientela.

Descritores: Doenças cardiovasculares. Enfermeiro. Idoso.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 15 |
| 2.1 Envelhecimento: aspectos gerais | 15 |
| 2.2 Doenças crônicas: condições cardiovasculares comuns no envelhecimento..... | 18 |
| 2.3 As Instituições de longa permanência | 23 |
| 2.4 O papel do enfermeiro na assistência ao idoso..... | 25 |
| 3. METODOLOGIA..... | 29 |
| 3.1 Tipo e local de estudo..... | 29 |
| 3.2 População e amostra | 29 |
| 3.3 Instrumentos de coleta de dados..... | 29 |
| 3.4 Análise dos dados | 30 |
| 3.5 Posicionamento ético do pesquisador..... | 30 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 32 |
| 4.1 Dados sócio-demográficos | 32 |
| 4.2 Dados clínicos referentes ao objetivo da pesquisa | 36 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| REFERÊNCIAS | 45 |

APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro para coleta de dados

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice C: Ofício à Instituição de longa permanência

1 INTRODUÇÃO

As múltiplas facetas do processo de envelhecimento apontam para a necessidade de atenção à saúde biopsicossocial do idoso, população que atualmente encontra-se em crescimento exponencial. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), em 2050 haverá cerca de dois bilhões de idosos no mundo, sendo que 80% destes estarão concentrados nos países em desenvolvimento.

Concomitantemente à longevidade, são significantes as estatísticas relativas das doenças crônicas, especialmente aquelas relacionadas aos problemas cardiovasculares. Dados recentes disponíveis permitem estimar a relevância das patologias arteriais coronarianas e das cerebrovasculares com a mortalidade por todas as causas no mundo e no Brasil (BRASIL, 2008).

O envelhecimento é biologicamente caracterizado como um processo dinâmico e progressivo permeado por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas no organismo, tornando-o suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levar o indivíduo à morte (PAPALÉO NETTO, 2007).

Neste sentido, as alterações estruturais e funcionais orgânicas no envelhecer são de caráter irreversível e deletério e, dependendo do seu curso clínico pode-se definir como senescência ou senilidade (POTTER; PERRY, 2005). De acordo com Papaléo Netto (2007), a senescência é caracterizada por alterações próprias na velhice e a senilidade é um termo utilizado para as patologias que surgem nesta etapa de vida.

As doenças crônicas de agravos não-transmissíveis, principalmente as condições cardiovasculares, constituem-se em importantes estatísticas que agravam à saúde dos idosos (BRASIL, 2008). Em função disso, a atuação de uma equipe multiprofissional na prestação de serviços de saúde com qualidade aos idosos é de suma importância, visto que as doenças crônicas geram processos incapacitantes, que refletem direta ou indiretamente na sua qualidade de vida.

Considerando o fato de que os idosos constituem-se em um grupo populacional extremamente vulneráveis no que se refere aos aspectos biopsicossociais, procede afirmar que os mesmos demandam cuidados especializados por uma equipe de saúde multiprofissional técnica e cientificamente capacitada, especialmente em idosos residentes nas Instituições de

longa permanência (ILP), as quais são conceituadas como os locais onde se internam idosos. Embora não se possa generalizar, estes locais são vistos como espaço de abandono da família, de segregação social, desencadeador de solidão e isolamento (ALCÂNTARA, 2004).

A Enfermagem presta cuidados aos idosos com o intuito de tornar possível a aceitação das perdas e limitações características nesta fase de vida. Para tanto, respalda-se em uma avaliação multidimensional, abordando os aspectos clínicos, funcionais (são as atividades da vida diária), sociais (família, condições socioeconômicas) e avaliação da função mental (DIOGO, 2007), de modo que a sua contribuição na assistência aos idosos é de suma valia.

O interesse em desenvolver este trabalho foi despertado na vida acadêmica a partir da disciplina Introdução a gerontologia e com a participação no Projeto de Extensão “Tempo de Madureza: os velhos do sertão paraibano na pauta do discurso”, inicialmente como voluntária e, posteriormente como bolsista. As atividades desenvolvidas neste projeto possibilitaram aproximação dos idosos institucionalizados e permitiram conhecer a realidade da ILP, despertando para o desenvolvimento desta pesquisa.

Diante do exposto pretende-se com este trabalho investigar as doenças cardiovasculares e seus fatores de risco que acometem os idosos residentes em uma Instituição de longa permanência do município de Cajazeiras - PB.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O conhecimento é cultivado constantemente pelo homem. Por ser algo inovador, deve ser compartilhado pela humanidade não como verdade absoluta, visto que o conhecimento não é estático, mas como um instrumento de auxílio à construção de saberes e resolução dos problemas do homem (OLIVEIRA, 2001).

Neste sentido, para respaldar o trabalho em questão, as posturas de alguns autores que tratam de considerações gerais acerca da temática do envelhecimento, das doenças cardiovasculares e do papel da enfermagem na assistência ao idoso fazem-se necessárias.

2.1 Envelhecimento: aspectos gerais

O fenômeno do envelhecimento é uma realidade. As taxas de natalidade e de mortalidade têm decrescido, a longo prazo, consideravelmente e o fato é que a sociedade, de um modo geral, não está preparada para vivenciar tal situação bem como as suas conseqüências (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Estima-se que em 2050 haverá no mundo cerca de dois bilhões de idosos, sendo que 80% destes estarão concentrados nos países em desenvolvimento e, no Brasil, estatísticas revelam a existência de cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006). É um dado quantitativamente significativo quando se analisa o fato de que em 1950 o país possuía apenas 2,1 milhões de idosos (VITORELLI; PESSINI; SILVA, 2005).

O envelhecimento constitui-se em um processo irreversível, o qual ocorre durante todas as etapas da vida, desde o nascimento até a morte, conforme afirma o Ministério da Saúde ao referenciar a Organização Mundial Pan-americana:

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. (BRASIL, 2006, p. 08)

No envelhecimento ocorrem diversas alterações, a saber, alterações fisiológicas, sociais e psicológicas. As alterações fisiológicas ocorrem em função do declínio gradual das funções celulares que, associada à redução da capacidade de adaptação homeostática nas situações de sobrecarga funcional, ocasiona o comprometimento sistêmico das atividades vitais orgânicas (PAPALÉO NETTO, 2007).

De acordo com Carvalho Filho (2007), as principais alterações orgânicas que acometem os idosos são: alterações morfológicas, celulares e teciduais. Para Potter e Perry (2005) há o declínio progressivo das funções orgânicas vitais, tais como: a redução do fluxo renal, do *clearance* de creatinina, do débito cardíaco, da tolerância à glicose, da capacidade vital pulmonar, da massa corpórea e da imunidade celular. Tais fatos podem gerar fatores de risco às doenças crônicas e de agravos não-transmissíveis, contribuindo assim para a mortalidade precoce nessa fase da vida.

No que se refere às alterações sociais, o fenômeno do envelhecimento é um fato atual. As modificações no *status* do idoso ocorre em função do comprometimento da sua sociabilidade, tanto no meio intra-familiar, quanto no meio extra-familiar. Além disso, as perdas de natureza diversas características nesta fase de vida, podem ocasionar o isolamento ou o abandono pelas pessoas com as quais o idoso convive, conforme exposto:

[...] é importante ser ressaltado que o abandono na velhice é provocado por circunstâncias relativas a perdas, as quais se refletem basicamente em deficiências funcionais do organismo e na fragilidade das relações afetivas e sociais, que por sua vez conduzem a um distanciamento, podendo culminar no isolamento social. Abandono é um sentimento de sofrimento trazido por essas circunstâncias, o que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo e na cultura. Essa situação rompe o contato vital com o mundo, favorece a inércia do corpo e rouba a possibilidade de ser e de conhecer. (CARBONI; REPPETTO, 2007, p. 254)

Para Zimmerman (2000), o comprometimento da sociabilidade na velhice pode ser ocasionado pela crise de identidade (provocada pela ausência de papéis sociais, levando o idoso à diminuição ou perda de sua auto-estima), mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade.

A vivência de uma sociabilidade satisfatória pelo idoso é muito importante. A harmonia social no meio intra-familiar proporciona o suporte necessário à aceitação e ao

enfrentamento das condições adversas surgidas nesta fase da vida. As doenças crônicas constituem-se em uma das adversidades enfrentadas na velhice que, em função da *sua natureza, não tem cura [...] Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas [...]* (BRASIL, 2006, p.07), causando um comprometimento significativo em seu estado biopsicossocial.

Dentre as doenças crônicas de agravos não-transmissíveis, as condições cardiovasculares, quando associadas aos seus fatores de risco (hipertensão, diabetes *mellitus*, sobrepeso, hipercolesterolemia, tabagismo, etilismo, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados), tornam críticas a funcionalidade e qualidade de vida dos idosos, pois:

[...] os principais fatores de risco nas Américas são tabagismo, hipertensão, sobrepeso, colesterol, falta de consumo de frutas e legumes e consumo abusivo de álcool, o que eleva as taxas de morbimortalidade por DCNT. [...]. As DCNT são responsáveis por 60% das mortes globalmente, segundo a OMS. Quase metade de toda a carga de doenças e 66% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento [...]. (PAPALÉO NETTO, 2007, p. 125)

A funcionalidade dos idosos pode ser avaliada através das atividades da vida diária (AVDS), tais como locomoção, alimentação, higienização, sono e repouso, dentre outros. Para Diogo (2007) as AVDS constituem-se em um dos parâmetros analisados pelos profissionais na consulta aos idosos, a fim de verificar a sua funcionalidade.

Neste sentido, quando as AVDS são realizadas independentemente pelos idosos, proporciona-os autonomia e, sobretudo auto-estima mediante as limitações próprias da velhice. Entretanto, estudos evidenciam que a dependência para o desempenho das AVDS na presença das doenças crônicas de agravos não-transmissíveis, tendem a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os 90 ou mais anos (BRASIL, 2008), fato que compromete consideravelmente a funcionalidade dos idosos.

2.2 Doenças crônicas: condições cardiovasculares comuns no envelhecimento

As doenças crônicas são caracterizadas por patologias de caráter não-infecciosa ou crônico-degenerativa. Constituem-se em um grupo de condições dotadas de: história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e/ou desconhecidos, longos períodos de latência e curso assintomático, curso clínico lento, prolongado e permanente (irreversibilidade), ausência de microrganismos no modelo epidemiológico, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação e evolução para graus variados de incapacidades e/ou morte (PAPALÉO NETTO, 2007).

As doenças cardiovasculares, dentre as DCNT, possuem índices consideráveis de morbimortalidade na população idosa. Estatísticas recentes permitem estimar a relevância das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares no Brasil, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao estilo de vida, condições socioeconômicas, político-ambientais e demográficas que permeiam a vida do idoso (BRASIL, 2008).

Para Smeltzer e Bare (2005) os principais fatores de risco às doenças cardiovasculares na velhice estão relacionados à história familiar e ao estilo de vida, tais como: sedentarismo, maus hábitos alimentares, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade, tabagismo, etilismo, estresse e demais fatores que comprometem significativamente a sua qualidade de vida, tornando-se porta de entrada à geração de doenças incapacitantes. Para Netina (2003) as principais doenças cardiovasculares surgidas na velhice são a Insuficiência Cardíaca (IC), a Doença da Artéria Coronária (DAC), o Infarto Agudo no Miocárdio (IAM) e a Angina do peito, as quais serão consideradas a seguir.

A **Insuficiência cardíaca (IC)** é definida como a incapacidade do coração bombear sangue suficiente para satisfazer às necessidades de oxigênio e nutrientes aos tecidos. Constitui-se em uma síndrome caracterizada por sinais e sintomas de sobrecarga hídrica ou perfusão tissular inadequadas. Esta miocardiopatia ocorre devido aos problemas existentes na contração ou no enchimento do coração, e dependendo do seu curso clínico, pode gerar uma congestão pulmonar ou sistêmica (NETINA, 2003).

A etiologia da IC pode ser uma cardiopatia coronariana (gerando hipóxia e acidose, seguida de necrose tecidual), miocardiopatia (decorrente da diminuição na contratilidade do miocárdio), hipertensão arterial (com aumento da pós-carga e resistência à ejeção), distúrbios valvulares (que impedem ou dificultam o fluxo sanguíneo), aumento da taxa metabólica, anemia (ocasionando o aumento do débito cardíaco), disritmias, dentre outros fatores (POTTER; PERRY, 2005).

Assim, a IC pode ser de origem sistólica (provocada por alterações na contração ventricular) e de origem diastólica (gerada por alterações no enchimento ventricular). Na insuficiência cardíaca sistólica há diminuição na quantidade de sangue ejetado, enquanto que na insuficiência cardíaca diastólica há aumento da carga contínua de trabalho sobre o coração, ocasionando a dilatação e hipertrofia ventricular (SMELTZER; BARE, 2005).

O organismo faz uso de mecanismos compensatórios em curto prazo para estas condições clínicas que prejudicam a sua homeostase, visando atender as demandas de oxigênio teciduais. Entretanto, com o passar do tempo ocorre o aumento da sobrecarga cardíaca, tornando-se insuficiente para a nutrição e a oxigenação orgânicas e, conseqüentemente, a sintomatologia da insuficiência cardíaca é instaurada no organismo (POTTER; PERRY, 2005).

As manifestações clínicas da insuficiência cardíaca esquerda ocasionam a congestão pulmonar, em função da diminuição do débito cardíaco e hipóxia tecidual decorrentes dos mecanismos compensatórios ineficientes. Neste sentido, o paciente pode apresentar dispnéia, tosse seca e estertores pulmonares. Já na insuficiência cardíaca direita ocorre a congestão de vísceras e tecidos periféricos, frente à distensão jugular, edema em membros inferiores, hepatomegalia, ascite, fraqueza, anorexia, náuseas, dentre outros sintomas (SMELTZER; BARE, 2005).

O tratamento destas condições clínicas objetiva a eliminação ou redução dos fatores etiológicos, diminuindo a sobrecarga de trabalho cardíaco (pré e pós-carga). Assim, a terapêutica farmacológica são os inibidores da enzima conversora de angiotensina, digitálicos, diuréticos, β -bloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio. As medidas não-farmacológicas incluem a terapia nutricional, a qual geralmente é aconselhada por nutricionistas uma dieta hipossódica e restrita de líquidos a fim de reduzir os sintomas de

congestão. Além disso, é importante que se ofereça ao paciente apoio emocional, bem como todas as condições necessárias à sua evolução satisfatória do quadro clínico (NETINA, 2003).

As **doenças da artéria coronária** (DAC) são caracterizadas por suprimento inadequado de sangue no miocárdio. A sua fisiopatologia é gerada pela aterosclerose, caracterizada pela deposição de placas lipídicas ou placas de ateromas nas paredes das artérias, causando o seu espessamento, perda de elasticidade e de contratilidade (SMELTZER; BARE, 2005).

O desenvolvimento da aterosclerose (formação das placas de ateromas) envolve processos inflamatórios com a participação dos linfócitos T e dos monócitos, os quais promovem infiltração no endotélio, e conseqüentemente, a fibrose. Os ateromas causam a obstrução dos vasos sanguíneos, em razão da formação dos trombos, comprometendo dessa forma, a nutrição e oxigenação celulares, gerando processos isquêmicos, lesões e morte teciduais (POTTER; PERRY, 2005).

Segundo Carvalho Filho (2007), os fatores de risco para esta condição clínica envolvem fatores não-modificáveis (hereditariedade, idade, sexo, dentre outros) e modificáveis, a saber: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hiperglicemia, sedentarismo e estresse. Frente a essas considerações, o Ministério da Saúde afirma a importância de prevenir as DAC através da alimentação, da prática de exercícios físicos, da cessação do tabagismo, do controle da hipertensão arterial sistêmica, do diabetes *mellitus* e controle das taxas sanguíneas, além da terapia medicamentosa (BRASIL,2008).

Neste sentido, Diogo (2007), afirma que a equipe multiprofissional deve-se respaldar nas questões supra citadas quando da prestação dos serviços de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, no que se refere à assistência de enfermagem não somente para esta condição clínica, mas às demais que comumente acometem os idosos.

O **Infarto agudo no miocárdio** (IAM) é definido como uma condição em que as células miocárdicas são destruídas de forma permanente, em função da redução do fluxo sanguíneo em uma artéria coronária devido à aterosclerose e oclusão de uma artéria por um êmbolo ou trombo, gerando isquemia, seguida de lesão e morte celulares (NETINA, 2003).

Etiologicamente o IAM é ocasionado por vasoespasmos (constricção ou estreitamento súbitos) de uma artéria coronária, diminuição de oxigenação tecidual (em razão da perda sanguínea aguda, anemia ou hipotensão) e demanda aumentada de oxigênio (devido à rápida frequência cardíaca, tireotoxicose ou ingestão de cocaína). Em cada situação, existem desequilíbrios significativos entre o suprimento e a demanda de oxigênio no miocárdio (POTTER; PERRY, 2005).

Segundo as autoras supra citadas, os sinais e sintomas do IAM abrangem os sistemas cardiovascular (dor ou desconforto torácico, distensão venosa jugular, hipertensão arterial, taquicardia, bradicardia, disritmias, dentre outros), respiratório (dispnéia, taquipnéia e estertores), gastrintestinais (náuseas e vômitos), genitourinário (diminuição do débito urinário), cutâneos (aparência pálida, fria, pegajosa, sudorese e edemas), neurológico (ansiedade, inquietação, cefaléia, distúrbios motores e visuais) e psicológico (medo com sensação de morte iminente). O diagnóstico desta condição clínica pode ser realizado através de alterações no eletrocardiograma, ecocardiograma e exames laboratoriais.

O tratamento do IAM objetiva minimizar a lesão miocárdica, preservando ao máximo as suas funções, por meio da reperfusão da área lesada com o uso emergencial da terapia medicamentosa de trombolíticos, analgésicos e inibidores da enzima conversora de angiotensina I. Dependendo da gravidade do curso clínico do IAM, o tratamento pode ser realizado através de procedimentos intervencionais invasivos (angioplastia coronária transluminal) ou tratamento cirúrgico (revascularização da artéria coronária) (SMELTZER; BARE, 2005).

A **angina do peito** constitui-se uma das doenças cardiovasculares mais comuns em todo o mundo. É definida como uma síndrome caracterizada por crises de dores ou pressão na região anterior do tórax, resultante da ineficiência do fluxo sanguíneo na artéria coronária. As principais causas desta condição clínica são: aterosclerose, artrite coronariana, hipertensão arterial, estenose aórtica, espasmo arterial, anemia, dentre outros (POTTER; PERRY, 2005).

Assim, a angina é caracterizada por dor torácica subesternal, aperto, queimação, sufocação, estrangulamento e/ou cólicas. A dor pode ser leve ou intensa e, apresenta-se tipicamente com um aumento gradual do desconforto, em seguida desaparece gradativamente. Podem produzir dormência ou fraqueza nos braços, punhos ou mãos. Os

sintomas que podem estar associados são: sudorese, náuseas, indigestão, dispnéia, taquicardia e hipertensão arterial (NETINA, 2003).

A angina está localizada atrás do terço médio ou superior do esterno. Em geral, o paciente coloca o punho sobre o local (sinal de Levine positivo, indicando dor visceral difusa) em lugar de apontá-lo com o seu dedo; a dor irradia-se para o pescoço, mandíbula, ombros, braços, mãos e área intra-escapular posterior. (POTTER; PERRY, 2005).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), as dores da angina geralmente são intensas e de curta duração (de um a cinco minutos), podendo ser provocadas por situações que causem sobrecargas cardíacas, tais como: esforço físico, exposição ao frio e a temperaturas elevadas, ingestão de uma refeição copiosa, estresse ou qualquer situação que estimule a liberação de adrenalina, hipertensão arterial e a relação sexual.

A angina do peito pode ser do tipo estável, instável, variante e intratável. A angina estável é considerada previsível, ocorre aos esforços sendo aliviada através do repouso; a angina instável, também denominada de “pré-infarto”, pode acometer o paciente em repouso, sendo que os sintomas aumentam gradualmente em frequência, duração e intensidade. Já a angina do tipo variante provoca vasoespasmos, também acomete o paciente em repouso e a angina intratável ou refratária é considerada incapacitante e provoca dores torácicas intensas. Além disso, há o tipo de angina que causa isquemia “silenciosa” devido a sua assintomatologia (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2003).

Assim, a detecção da angina requer o levantamento de um histórico cuidadoso para que a assistência e terapêutica ao paciente sejam realizadas corretamente. Para Netina (2003), o tratamento eficaz começa com a educação do paciente, visto que a adesão à terapêutica é essencial para o sucesso da mesma.

Vale ressaltar que os idosos portadores de angina podem não apresentar dores anginosas típicas devido às alterações nos neurorreceptores e, geralmente apresentam fraqueza ou desmaios. Quando expostos ao frio podem desenvolver sintomas de angina mais rapidamente do que pessoas mais jovens, em razão de apresentarem gordura subcutânea em menor quantidade, diminuindo assim, o isolamento térmico (SMELTZER; BARE, 2005).

Esta condição clínica pode ser diagnosticada através do eletrocardiograma, teste ergométrico, cinecoronariangiografia, além de exames laboratoriais. O tratamento da angina do peito tem por objetivo o alívio das crises e a prevenção das demais. Existem tratamentos farmacológico, não-farmacológico e, em último caso o tratamento cirúrgico (POTTER; PERRY, 2005).

No tratamento farmacológico, são utilizados os bloqueadores β -adrenérgicos (diminuem a frequência cardíaca, a pressão arterial e a contratilidade cardíaca, por exemplo, o Propanolol); bloqueadores de cálcio (reduzem a automaticidade do nódulo sinoatrial e atrioventricular, diminuindo a frequência cardíaca, relaxam a musculatura lisa e diminuem a pressão arterial); anticoagulantes e os vasodilatadores (como por exemplo, a nitroglicerina, administrada por via sublingual ou oral).

O tratamento não-farmacológico está relacionado com o controle dos fatores de risco da angina do peito, tais como a dieta, evitar prática de exercícios físicos, tabagismo, etilismo, controle das taxas de colesterol, controle da pressão arterial e manutenção de repouso após as refeições (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2003).

As medidas cirúrgicas são realizadas pela revascularização da irrigação sanguínea para o miocárdio através da angioplastia coronariana transluminal percutânea, na qual é introduzido um cateter com um balão e posicionado na área afetada para que o trombo seja posteriormente removido. Também pode ser introduzido um *stent* a fim de evitar uma reestenose (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2003).

2.3 As Instituições de longa permanência (ILP)

Definida como o local de residência de idosos, as Instituições de longa permanência historicamente estão associadas às práticas assistencialistas de cuidados especiais pautados na caridade cristã. Com o advento da Medicina Social e a organização da Sociedade Brasileira de Geriatria em 1960, surgiram as primeiras clínicas geriátricas e casas de repouso não-filantrópicas (ALCÂNTARA, 2004).

Atualmente, as Instituições de longa permanência são legalizadas através da Portaria Ministerial 810/89 e da Portaria SAS-073 de 10 de Maio de 2001, as quais dispõem sobre as normas de seu funcionamento. Além disso, há a Portaria Ministerial 5153/1999 que institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, estabelecendo condições mínimas e necessárias para a assistência integral aos idosos institucionalizados (BORN, 2007).

Referenciando Goneya (1987), Alcântara (2004), afirma que existem quatro estágios para que a institucionalização dos idosos seja efetivada, a saber: reconhecimento (despertar para a necessidade da institucionalização mediante as condições gerais do idoso); discussão (refere-se aos questionamentos sobre o ato da institucionalização); implementação (remete a verificação do grau de envolvimento do responsável pelo idoso nas providências à admissão asilar) e a internação propriamente dita.

Os estereótipos sociais que permeiam a institucionalização de pessoas idosas, em geral são negativos, dentre eles destacam-se principalmente a perda de autonomia e a necessidade de adaptação às regras das ILP. A perda da casa familiar, dos objetos biográficos que refletem a identidade, a individualidade e a subjetividade do idoso, constitui-se em um fato que pode ocasionar uma desfiguração do sujeito social (ALCÂNTARA, 2004).

Born (2007) corrobora com a referida autora ao tratar da restrição de liberdade dos idosos institucionalizados frente às normas e rotinas asilares, fato que muitas vezes, interfere negativamente na própria adaptação do idoso ao novo ambiente e na interação com os demais residentes.

Embora não se possa generalizar, as ILP são estigmatizadas como espaço de abandono da família, segregação social, depressão, doença, solidão e isolamento. Neste sentido, a questão da institucionalização deve ser algo (re) pensado não apenas pelos idosos e familiares que vivenciam essa situação, mas a sociedade em geral, visto que o envelhecimento é atualmente considerado um “problema social” em face do crescente número de idosos em nossa sociedade e das significativas transformações sociais. Essas refletiram, direta ou indiretamente, em novos rearranjos familiares, que por sua vez, não disponibilizam de recursos necessários para assistir aos idosos em suas necessidades biopsicossociais. Assim Born (2007, p.744), complementa:

É preciso ajustar nossas lentes e examinar a questão da institucionalização, tendo como pano de fundo as grandes transformações que ocorreram no Brasil a partir dos anos 1960: urbanização intensa, mudanças na organização familiar, emprego feminino, espaços habitacionais diminuídos, sem falar nas sucessivas crises econômicas que vêm atingindo duramente uma grande parte da população.

De acordo com o referido autor, os principais motivos da institucionalização dessas pessoas são os problemas de saúde e familiares, fato que repercute na escolha de residir em uma ILP, seja pelo próprio idoso, seja pelos familiares dos mesmos.

A Política Nacional do Idoso (criada pela Lei 8.842 de 04 de Janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto-lei 1948 de 03 de Julho de 1996), que resguarda os direitos e deveres dos idosos, defende a tese de que, na ausência de suporte familiar, a instituição asilar deve ser a última alternativa para assistir ao idoso em suas necessidades biopsicossociais.

Para Born (2007), a maioria das Instituições de longa permanência do país são dotadas de limitações de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Tal fato compromete a qualidade da assistência aos idosos, tornando crítica a sua qualidade de vida, algo que independentemente das circunstâncias deve ser preservado à vivência saudável desta fase de vida.

2.4 O papel do enfermeiro na assistência ao idoso

A assistência de enfermagem destina-se à prestação de cuidados de enfermagem de formas individualizada e sistemática ao indivíduo através da sistematização da assistência de enfermagem, a qual consiste basicamente em cinco etapas, a saber: anamnese ou levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, implementações de enfermagem e avaliação (CARRARO, 2001).

De acordo com Potter e Perry (2005) no levantamento de dados realiza-se a coleta e análise dos dados. Com base na história clínica do cliente, são estabelecidos diagnósticos de enfermagem, caracterizados pelo julgamento clínico do processo saúde/doença do cliente. É nesta etapa que o profissional será capaz de avaliar a necessidade e a natureza das

intervenções em enfermagem, mediante o binômio: alterações fisiológicas (processo natural no envelhecimento ou senescência) e quadros patológicos (anormalidade fisiológica ou senilidade).

Segundo Netina (2003) é na etapa do planejamento que se desenvolvem estratégias prioritárias ao alcance de objetivos no plano de cuidados, os quais serão implementados, posteriormente avaliados e, se necessário, modificados ao alcance dos objetivos preestabelecidos no plano de cuidados.

Para Duarte (2007), a avaliação multidimensional dos idosos faz-se necessária na aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem, visto que nesta avaliação, são abordados questionamentos relativos aos aspectos biopsicossociais do envelhecimento, principalmente as atividades funcionais – parâmetros importantes para avaliação do estado geral do idoso.

Segundo Papaléo Netto (2007), a avaliação multidimensional norteia-se pelas seguintes variáveis: avaliação clínica (anamnese), funcional (atividades da vida diária e atividades da vida instrumental), social (família, condições socioeconômicas) e por fim avaliação da função mental (rastreamento de depressão e demência), proporcionando ao profissional de enfermagem, subsídios para a formulação de um plano de cuidados e um esquema apropriado, preventivo e terapêutico para a promoção de qualidade de vida do idoso.

Mediante estas considerações, o profissional de enfermagem, ao prestar assistência aos idosos, deve ter uma visão holística, abordagem técnico-científica e, sobretudo humanizada ao atendimento de suas necessidades biopsicossociais, principalmente aos idosos institucionalizados (DUARTE, 2007).

Diogo (2007) corrobora com o exposto ao afirmar que o profissional de enfermagem ao prestar assistência ao idoso, deve ter o objetivo primordial de tornar possível a aceitação das perdas e das limitações características nesta fase de vida, fato que muitas vezes não procede na vida dos idosos (principalmente aqueles institucionalizados) dificultando assim, o enfrentamento de doenças, a adesão à assistência e terapêutica prestadas.

Neste sentido, a assistência de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa idosa (seja institucionalizado ou não) é de suma valia, visto que o enfermeiro proporciona ao idoso a oportunidade de vivenciar satisfatoriamente e de forma equilibrada esta fase de vida, mesmo diante de suas limitações biopsicossociais e presença e condições clínicas de natureza diversa.

Para tanto, é necessário que o (a) enfermeiro (a) tenha responsabilidade, coragem e sensibilidade para atender as necessidades relatadas e não-relatadas dos idosos, em especial, àqueles que residem nas ILP, vítimas da segregação social, abandono da família, solidão e isolamento.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um trabalho exploratório e descritivo com uma abordagem quantitativa. De acordo com Martins (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinado assunto e a pesquisa exploratória caracteriza-se pela observação, registro, análise, classificação e interpretação dos dados. Para Costa (2000), a pesquisa quantitativa destina-se a coleta sistemática de informações numéricas, sendo que a análise destes dados geralmente é realizada através de procedimentos estatísticos. Este estudo foi realizado na Instituição de longa permanência Abrigo Luca Zorn da cidade de Cajazeiras-PB.

3.2 População e amostra

A população da pesquisa foi composta por vinte e dois idosos residentes na ILP. Utilizou-se a amostragem probabilística sistemática, obtida de acordo com critérios selecionados pelo pesquisador (MARTINS, 2002). Neste sentido, a amostra deste trabalho foi sistematicamente coletada mediante os seguintes critérios: presença de doenças cardiovasculares e/ou fatores de risco. Assim, obteve-se uma amostra de doze idosos, frente a autorização prévia da direção da referida instituição formalizada por ofício (Apêndice C) e pelo termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinados pelos idosos participantes da pesquisa (Apêndice B).

3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi formalizada com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria de modo que a mesma foi iniciada no mês de Maio do corrente ano. Os dados dos participantes da pesquisa foram coletados mediante a aplicação de um questionário (Apêndice A) e sob autorização da direção da ILP, foram realizadas consultas dos prontuários dos idosos, devidamente arquivados no posto de enfermagem da Instituição.

3.4 Análises dos dados

Os dados coletados foram estatisticamente quantificados por meio de percentagem simples entre as variáveis envolvidas, dispostas em figuras e tabelas, ambas elaboradas pelo programa Microsoft Excel 2007 e analisados à luz da literatura pertinente à temática em questão.

3.5 Posicionamento ético do pesquisador

O exercício da ética (do grego *Ethos*=habitat humano) é de fundamental importância em uma pesquisa, visto que proporciona ao pesquisador paradigmas para a construção de uma ciência norteada por práticas sociais em que a concepção de sujeito seja ancorada em um conjunto de possibilidades historicamente construídas, estimulando a dialógica decorrente de conhecer para compreender (OLIVEIRA, 2001).

No Brasil, a pesquisa científica está respaldada na Resolução n° 196/96 do Conselho de Saúde/Ministério da Saúde, que normatiza os aspectos éticos no que diz respeito à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Assim, para a realização de uma pesquisa, de início o pesquisador deve obter o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, mediante a explicação detalhada da pesquisa em questão.

Nesse sentido, obedecendo aos preceitos da Resolução n° 196/96 do Conselho de Saúde/Ministério da Saúde, foi explicitado aos participantes da pesquisa o seu caráter voluntário, esclarecendo a possibilidade de desistência do estudo em qualquer fase de investigação se assim desejar, bem como a garantia do anonimato, quesitos que foram confirmados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme exposto na metodologia, para a coleta dos dados foram realizadas consultas nos prontuários dos idosos e foram aplicados questionários aos vinte e dois idosos institucionalizados (população). Assim, trabalhou-se com uma amostra probabilística significativa de doze idosos, considerando-se os critérios atribuídos à obtenção da mesma, a saber: doenças cardiovasculares (09 amostras) e seus fatores de risco (03 amostras). Os dados foram quantitativamente analisados quanto aos dados sócio-demográficos e quanto aos dados clínicos.

4.1 Dados sócio-demográficos

A **faixa etária** prevalente da população em estudo (um total de 22 idosos institucionalizados) foi de 60 a 69 anos, com 45,45% dos casos, correspondendo aproximadamente a 10 idosos; em seguida, 31,82% possuem idade entre 80 a 89 anos (um total de 07 idosos) e 22,73% têm idade entre 70 a 79 anos (um total de 05 idosos), conforme a Figura I abaixo:

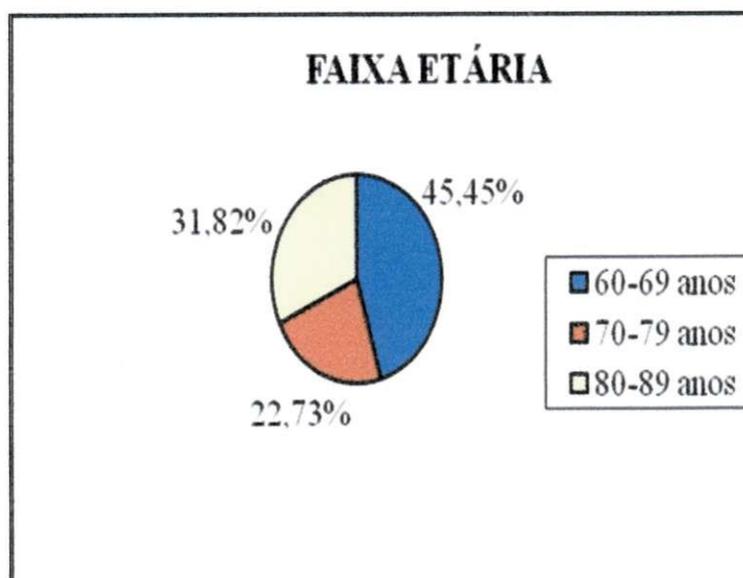


Figura I: Prevalência de faixa etária de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Os dados da pesquisa relacionados a faixa etária correspondem com as literaturas pertinentes. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), grupos de idosos denominados "mais idosos (60 a 69 anos), muito idosos (70 a 79 anos) ou idosos em velhice avançada (80 anos ou mais)," vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos. Papaléo Netto (2007) corrobora com o exposto ao afirmar que há um crescimento significativo de idosos com idade igual ou superior a 60 anos ou mais. No Abrigo Luca Zorn pode-se perceber que o universo populacional possui faixa etária variada, fato que deve ser levado em consideração na assistência ao idoso.

Com relação ao **sexo**, 90% dos idosos são do sexo feminino (cerca de 20 idosos) e apenas 10% são do sexo masculino (um total de 02 idosos), conforme mostra a Figura II:

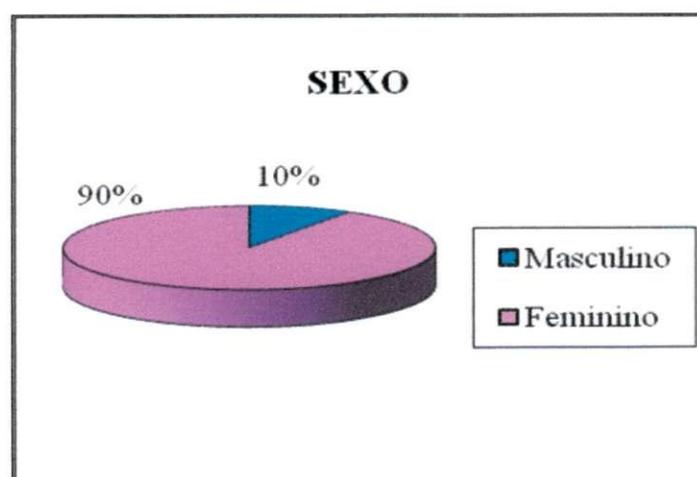


Figura II: Prevalência de sexo de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Para Alcântara (2004), a predominância do sexo feminino nas Instituições de longa permanência é um fato. Paschoal, Franco e Salles (2007) concordam com esta autora quando associam ao estado civil (solteiras, separadas ou viúvas) à prevalência de idosas institucionalizadas. Para estes autores, a assertiva também procede ao sexo masculino, entretanto com percentuais menores.

Na ILP em estudo, pode se relacionar a predominância do sexo feminino ao **estado civil**, no qual 50% dos idosos residentes são separados (um total de 11 idosos), 41% destes idosos são solteiros (um total de 09 idosos) e 9% dos idosos são viúvos (o que correspondem a 02 idosos), como mostra a seguir na Figura III.

Portanto, as questões relativas ao sexo e ao estado civil não são diferentes da realidade que cerca as Instituições de longa permanência no país, correspondendo dessa forma, com as falas dos autores supra citados.

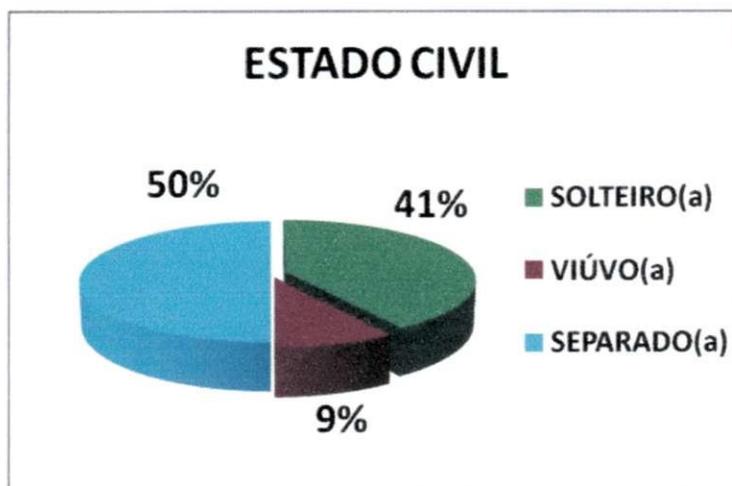


Figura III: Prevalência do estado civil de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Com relação ao grau de **escolaridade** dos idosos residentes na Instituição de longa permanência em estudo, verifica-se que 68% destes são analfabetos (um total de 15 idosos) e 32% são alfabetizados, correspondendo a 07 idosos, como mostra a Figura IV:

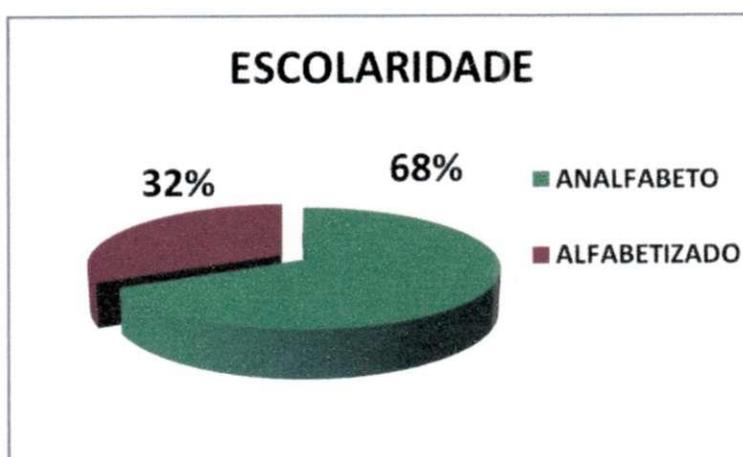


Figura IV: Prevalência de escolaridade de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

De acordo com Paschoal, Franco e Salles (2007, p.53) *dados de 1996 mostram que 63% dos indivíduos com idade superior a 60 anos possuem menos de quatro anos de*

instrução. Neri (1991) reporta a importância da educação como alicerces à formação humana e à construção de sua história de vida. Assim, o domínio da leitura e da escrita propriamente dita na amostra em estudo é praticamente inexistente, visto que a maioria dos idosos possuem um baixo grau de escolaridade.

No que se refere aos principais motivos à **institucionalização** dos idosos do Abrigo Luca Zorn destacam-se: o abandono dos familiares (54,54%, um total de 12 idosos) e falta de suporte familiar associada à ausência de assistência aos problemas de saúde (45,46%, correspondendo a um total aproximado de 10 idosos), conforme observa-se na figura V:

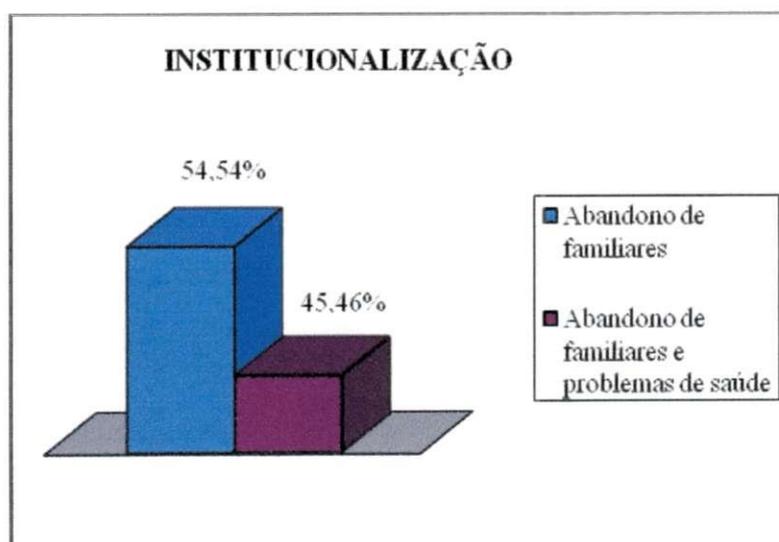


Figura V: Principais motivos à institucionalização de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Para BORN (2007, p.749) os motivos à institucionalização de idosos, são: [...] *impossibilidade momentânea ou permanente do cuidador continuar seu papel, devido à enfermidade, acidente e outros problemas que exigem a sua atenção; necessidade de trabalhar para enfrentar as dificuldades econômicas ou tensão familiar [...]*.

Conforme anteriormente descrito, a Política Nacional do Idoso preconiza que a institucionalização deve ser considerada como última alternativa, considerando o fato de que o suporte familiar é importante para que as necessidades biopsicossociais do idoso sejam satisfatoriamente atendidas (NERI, 1991).

Portanto a questão da institucionalização, assim como nas demais realidades que permeiam as ILP do país, pode-se pensar nas diferentes formas de olhares, mediante a complexidade do fenômeno, nas suas causas e conseqüências subjacentes e, principalmente nas singularidades e subjetividades dos idosos institucionalizados.

4.2 Dados clínicos referentes ao objetivo da pesquisa

Os dados obtidos na **história clínica**, observado logo abaixo na figura VI, mostram a significativa porcentagem de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, correspondendo, respectivamente, a um total de 09 idosos (40,91%) e 03 idosos (13,64%). Vale ressaltar que 45,45% dos idosos possuem outros problemas de saúde, tais como problemas respiratórios, renais, dentre outros.



Figura VI: História clínica de idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), dentre as doenças crônicas, as patologias cardiovasculares são as que mais acometem os idosos e causam índices consideráveis de morbi-mortalidade nesta população.

Os dados da pesquisa condizem com o exposto, no que se refere á presença de doenças cardiovasculares. Pode-se observar que a amostra é quantitativamente importante. Tal fato desperta para a necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada, de modo a

proporcionar a terapêutica necessária e adequada aos idosos institucionalizados dotados destas incapacidades crônicas, atendendo satisfatoriamente as suas necessidades biopsicossociais.

Com relação as **doenças cardiovasculares** presentes na amostra em estudo verificou-se a prevalência de insuficiência cardíaca (com um total de 05 idosos, correspondendo a 55,55%) e angina do peito (total de 04 idosos, correspondendo a 44,44%), conforme mostra a Figura VII.

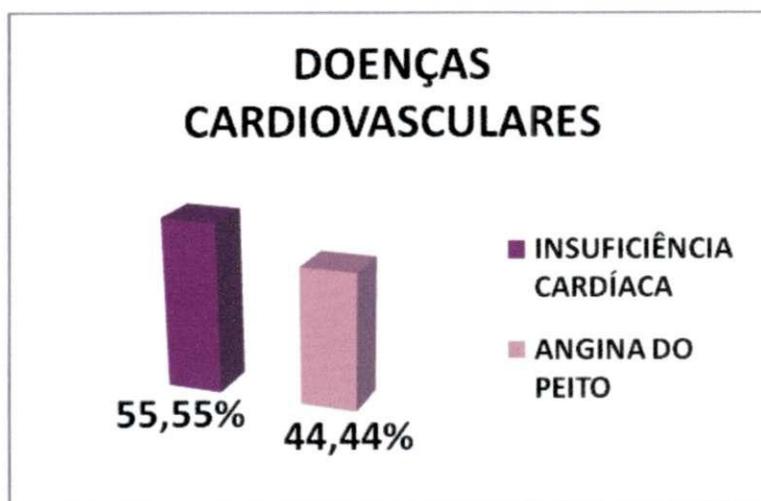


Figura VII: Prevalência de doenças cardiovasculares em idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as doenças cardiovasculares constituem-se em uma das doenças crônicas de agravos não-transmissíveis mais prevalentes nos idosos. Potter e Perry (2005) e Netina (2003) concordam com a assertiva e complementam afirmando que as principais doenças cardiovasculares que acometem os idosos são a insuficiência cardíaca, a angina, o infarto agudo do miocárdio e dentre outros.

Assim, considerando a importância clínica das condições cardiovasculares e a sua significativa prevalência na Instituição de longa permanência em estudo, faz-se necessário a prestação dos serviços de saúde efetivamente qualificados a fim de oferecer aos idosos o suporte necessário à vivência e/ou enfrentamento destas doenças que são crônicas, incapacitantes e irreversíveis.

Os principais **fatores de risco** para as doenças cardiovasculares verificadas no estudo foram a hipertensão arterial (66,64% dos idosos) e o diabetes *mellitus* (33,36% dos idosos),

conforme mostra a figura VIII. Vale ressaltar que tais fatores de risco são associados a outros, segundo relatos dos idosos quando da aplicação do questionário, a saber: sedentarismo e histórias pregressas de maus hábitos alimentares, de tabagismo e de etilismo.

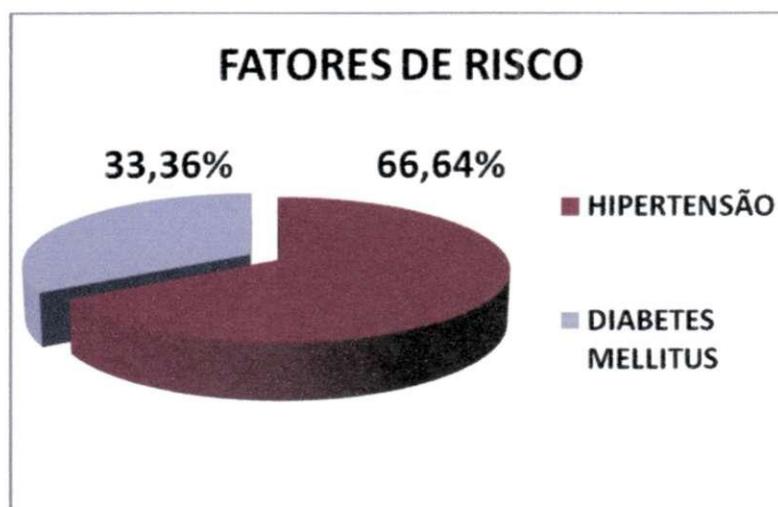


Figura VIII: Prevalência de fatores de risco às doenças cardiovasculares em idosos residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

De acordo com o Ministério da Saúde a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas (BRASIL, 2008). Tais condições são responsáveis por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Smeltzer e Bare (2005) concordam com o exposto ao afirmarem que os fatores de risco contribuem para a gênese ou evolução das doenças cardiovasculares, comprometendo significativamente a qualidade de vida do idoso.

Conforme exposto nos dados da pesquisa relativos aos fatores de risco e as doenças cardiovasculares, pode-se afirmar que os mesmos corroboram com as literaturas pertinentes. Fato que exige atenção e cuidados assistenciais imediatos (seja de enfermagem, seja dos demais profissionais de saúde), a fim de evitar agravantes dos próprios fatores de risco e das condições clínicas cardiovasculares presentes nos idosos.

Os **sinais vitais** alterados, expostos abaixo na tabela I mostram que 50% da amostra (06 idosos) apresentaram hipertensão arterial e 25% apresentaram, respectivamente, taquipnéia e taquicardia.

Tabela I: Sinais vitais alterados em idosos, com doenças cardiovasculares e/ou fatores de risco, residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

| Sinais Vitais | Quantidade | Porcentagem |
|---------------|------------|-------------|
| Hipertensão | 06 | 50% |
| Taquipnéia | 03 | 25% |
| Taquicardia | 03 | 25% |
| Total | 12 | 100% |

Com relação ao **exame físico**, foram detectadas alterações nos seguintes sistemas: 75% sistema cardiovascular (com um total de 09 idosos), seguida de 16,70% do sistema respiratório (02 idosos) e 8,3% do sistema digestivo (01 idoso), conforme observa-se na Tabela II:

Tabela II: Exame físico: sistemas prejudicados dos idosos, com doenças cardiovasculares e/ou fatores de risco, residentes no Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB, 2009.

| Sistemas | Quantidade | Porcentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| Cardiovascular | 09 | 75% |
| Respiratório | 02 | 16,70% |
| Genito-urinário | 01 | 8,30% |
| Total | 12 | 100% |

Para Potter e Perry (2005) os sinais vitais (temperatura, respiração, pulsação e pressão arterial) e o exame físico céfalo-caudal dos sistemas orgânicos (pele e tegumentos, neurológico, respiratório, cardiovascular, digestivo e genito-urinário) são parâmetros clínicos

que auxiliam os profissionais de saúde na avaliação do estado geral do indivíduo. De modo que as causas das alterações dos sinais vitais e dos sistemas examinadas, devem ser investigadas e posteriormente tratadas (SMELTZER; BARE, 2005).

Os dados da pesquisa relacionada às estas questões, mostram alterações significativas na pressão arterial, na pulsação, na respiração e no sistema cardiovascular, conseqüências das cardiopatias e/ou dos seus fatores de risco presentes nos idosos (conforme anteriormente exposto, são percentualmente significantes).

Neste sentido, estas alterações reforçam a necessidade de promover uma assistência mais efetiva para estes idosos, visto que as doenças cardiovasculares presentes nos mesmos, são dotadas de cronicidade e, portanto, devem ser tratadas no sentido de amenizar as suas manifestações clínicas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A senescência é definida como as alterações próprias do envelhecimento, fase da vida que, como nas demais, deve ser vivenciada de forma harmônica e equilibrada para a obtenção de qualidade de vida. Assim, é necessário que os idosos sejam preparados à aceitação e ao enfrentamento das limitações próprias do envelhecer decorrentes das alterações fisiológicas, sociais e psicológicas.

A senilidade é caracterizada pelas patologias que comumente surgem nesta faixa etária. Geralmente, as condições crônicas e de agravos não-transmissíveis são as mais predominantes, dentre elas, as doenças cardiovasculares. Devido ao caráter de cronicidade das cardiopatias, há incapacidades no idoso que, geralmente tornam-se agravantes quando na presença dos seus fatores de risco, fato que compromete consideravelmente a sua funcionalidade (realização de suas atividades da vida diária, por exemplo) e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Mediante a metodologia trabalhada, o objetivo da pesquisa foi alcançado. Os resultados apontam à prevalência das doenças angina do peito e da insuficiência cardíaca, bem como da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, principais fatores de risco presentes nos idosos residentes na Instituição de longa permanência Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB. Estes dados são consideráveis e preocupantes, necessitando para tanto de uma assistência dos serviços de saúde efetiva e qualificada.

Entretanto, a realidade da maioria das Instituições de longa permanência do país é crítica, mediante a escassez dos recursos humanos, físicos e materiais, tão necessários à assistência aos idosos. O Abrigo Luca Zorn, não difere deste contexto, fato que compromete significativamente a qualidade da assistência prestada à esta população, vítimas de doenças incapacitantes (com graus e naturezas diversas), do abandono familiar e da exclusão social.

Neste sentido, a importância da atuação efetiva de uma equipe multiprofissional dos serviços de saúde técnica e cientificamente qualificada faz-se necessária. A presença de um enfermeiro (a) na ILP em estudo é de suma importância, visto que possibilita a prestação de uma assistência de enfermagem holística e humanizada, pautada em uma escuta comprometida. Além disso, há necessidade de capacitar tecnicamente os técnicos de enfermagem da referida Instituição à prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade.

É importante que os profissionais de saúde atentem para esta questão, pois não se trata apenas do exercício profissional, mas também de responsabilidade social. Torna possível uma contribuição para melhores dias de vida para estes idosos, que por razões singulares encontram-se fragilizados.

Durante a realização deste trabalho, as contribuições acadêmicas ao Abrigo Luca Zorn basicamente foram: as sugestões aos técnicos de enfermagem para a melhoria da assistência, bem como as condutas de caráter administrativos e organizacionais no posto de enfermagem.

A realização deste trabalho foi de suma importância no sentido de contribuir para o crescimento acadêmico, aprimorando os conhecimentos técnico-científicos relativos à temática envelhecimento, tão contemplada nos dias atuais. Além disso, o trabalho possibilitou novas formas de olhar para a vida, no sentido de valorizá-la em todos os aspectos.

Os resultados desta pesquisa devem estimular a elaboração de outras que viabilizem não somente o enriquecimento da temática tratada, mas o crescimento e o despertar para o olhar profissional na demanda de cuidados holísticos e, sobretudo humanizados aos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas, São Paulo: Alínea, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 14724: Elaboração de trabalhos acadêmicos*. Rio de Janeiro, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: Informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Resolução nº 196 de 1996. *Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*, Brasília, DF, p. 01-10, outubro, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência/ Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. il.- (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BORN, T. *O cuidado ao idoso em Instituição*. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2ª ed São Paulo: Atheneu. 2007.

CARBONI R. M., REPPETTO, M. A. *Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil*. *Revista eletrônica de enfermagem* [serial on line] 2007. Jan-Abr; 9 (1): 251-260.

CARRARO, T. E. *Da metodologia da assistência em enfermagem: sua elaboração e implementação na prática*. In: CARRARO, T. E.; MARY, E. A. (ORGS.). *Metodologias para a assistência em enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: Editora AB, 2001. p. 17-27.

CARVALHO FILHO, E. T.. *Medicina preventiva no idoso*. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu. 2007. p. 795-805.

COSTA, S et al. *Metodologia da pesquisa: Coletânea de termos*. João pessoa: Idéia, 2000.

DIOGO, M. J. D. E. *Consulta de enfermagem em gerontologia*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu. 2007. p. 163-176.

DUARTE, Y. A. de O. *Princípios de assistência gerontológica*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu. 2007.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas, 2002.

NERI, A. L. *Envelhecer num país de jovens – significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 1991.

NETINA, S. M. *Distúrbios cardíacos*. In: NETINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanábana Koogan, 2003.

NOGUEIRA, P. R.; NOGUEIRA, C. M. de O. Angina estável: apresentação e classificação. *Rev. da Sociedade de Cardiologia*. São Paulo, vol. 13, n. 2, Março/Abril, 2003.

OLIVEIRA, F. B. *Conhecimento, ética e arte*. In: OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (orgs.). **Ensaio: construção do conhecimento, subjetividade, interdisciplinaridade**. João Pessoa: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba, 2001.

PAPALÉO NETTO, M. *Processo de envelhecimento e longevidade*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. 2007.

PAPALÉO NETTO, M. *Interdisciplinaridade em gerontologia: aspectos conceituais e objetivos*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. 2007.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. *Epidemiologia do envelhecimento*. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu. 2007.

POTTER, A. P.; PERRY, A. G. *Idosos*. In: POTTER, A. P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares coronarianos*. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratamento de pacientes com complicações decorrentes de cardiopatias*. In: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VITORELLI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. *A auto-estima dos idosos e as doenças crônico-degenerativas*. *Rev. Bras. De Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 102-114. Jan/Jun. 2005.

WEITEN, M. *Introdução à psicologia: temas e variações*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-PB CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Esta pesquisa é sobre “Prevalência de doenças cardiovasculares em uma Instituição de longa permanência no município de Cajazeiras - PB”, e está sendo desenvolvida por DANIELE PEREIRA SOUSA, aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-PB, sob a orientação da Prof. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.

O objetivo do estudo é investigar as doenças cardiovasculares e seus fatores de riscos que acometem os idosos residentes em uma instituição de longa permanência do município de Cajazeiras - PB. Para a realização desta pesquisa, serão realizados os seguintes procedimentos: consulta de prontuários e levantamento de dados através de um roteiro aos idosos com doenças cardiovasculares.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo não sofrerá nenhum dano.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados seu nome será mantido em absoluto sigilo. Estarei a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Cajazeiras - PB, ____ / _____ / ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) -----

Endereço (Setor de Trabalho):

Telefone:

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Ofício S/nº

Cajazeiras, 08 de Maio 2009

A: Instituição de longa permanência Abrigo Luca Zorn de Cajazeiras - PB

De: Discente do curso bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-PB

Venho através deste, solicitar permissão para desenvolver a pesquisa intitulada: “Prevalência de doenças cardiovasculares em uma Instituição de longa permanência no município de Cajazeiras - PB” na qual V. Sra. gerencia. Esta pesquisa constitui-se em requisito para a realização de meu trabalho de conclusão de curso – bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-PB. Contamos com a sua colaboração e apoio da sua equipe.

Atenciosamente,

Daniele Pereira Sousa