

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**HELEN GARDENIA CARNEIRO FONSECA**

**A IMPORTÂNCIA DAS TERAPÊUTICAS ALTERNATIVAS PARA A MELHORIA  
DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

São Luís

2011

**HELEN GARDENIA CARNEIRO FONSECA**

**A IMPORTÂNCIA DAS TERAPÊUTICAS ALTERNATIVAS PARA A MELHORIA  
DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

**HELEN GARDENIA CARNEIRO FONSECA**

**A IMPORTÂNCIA DAS TERAPÊUTICAS ALTERNATIVAS PARA A MELHORIA  
DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em        /        /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade São Paulo - USP

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade São Paulo-USP

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a fonte de inspiração e incentivo em todas as fases da minha vida.

Aos meus familiares, pela paciência, atenção, carinho e muito amor.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mônica Elinor Alves Gama, pela atenção e respeito com os alunos desta instituição.

A Prof<sup>a</sup> Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, pela paciência e sabedoria em orientar aos alunos.

A toda equipe do LABORO, pela ética, postura e responsabilidade como trabalham.

Aos colegas, que de certa forma, compartilhamos ansiedades e dúvidas no decorrer do curso.

A todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e viver com ousadia. Pois o triunfo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante”.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

As terapêuticas alternativas despontam como uma ferramenta que possibilita um mecanismo conservador da saúde e da qualidade de vida. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a importância das terapêuticas alternativas para a qualidade de vida dos idosos por meio da revisão de literatura. Foram analisadas publicações científicas nacionais e internacionais indexadas, no período de 2000 a 2010. A literatura sugere que os determinantes da boa qualidade de vida na velhice variam de sujeito para sujeito e de idosos para idosos, é possível que qualidade negativa de vida seja equivalente à perda da saúde. As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como proativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para alcançá-los. Ao longo dos itinerários de cura e cuidado, que denominou redes terapêuticas, a pessoa sofrendo de algum problema de saúde procura solucioná-lo por conta própria ou através de outras pessoas. Existem idosos que, dependendo da sua realidade social, vêm buscando alternativas, como massagens, técnicas de relaxamento, entre outras. O profissional da ESF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Terapêuticas alternativas. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

The alternative is emerging as a therapeutic tool that enables a conservative mechanism of health and quality of life. This research aims to analyze the importance of alternative therapies for the quality of life for seniors through the literature review. We analyzed national and international scientific publications indexed in the period 2000 to 2010. The literature suggests that the determinants of quality of life in old age vary from subject to subject and the elderly for the elderly, it is possible that negative quality of life is equivalent to the loss of health. Theories of successful aging see the subject as proactive, regulating the quality of life by setting goals and striving to achieve them. Along the routes of healing and care, he called therapeutic networks, the person suffering from some health problem seeks to solve it on their own or through others. There are elderly people, depending on their social reality, are seeking alternatives, such as massage, relaxation techniques, among others. The work of the ESF must be able to act with creativity and critical thinking through a practice humane, competent, problem-solving, which involves the promotion, prevention, recovery and rehabilitation.

Key - words: Health of the elderly. Therapeutic alternatives. Quality of life.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Revisão de Literatura.....</b>	<b>10</b>
<b>4 A IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA ALTERNATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 Opções terapêuticas.....</b>	<b>13</b>
<b>5 O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO.....</b>	<b>16</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, pois à medida que se envelhece surgem doenças crônicas, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, doenças osteoarticulares, diabetes, entre outras, fazendo com que dependam de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Neste contexto, estes indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicalizado na sociedade (ANDRADE; SILVA, 2004).

O Ministério da Saúde aprovou em 2006 o Pacto pela Saúde, com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Neste documento, ao tratar do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006).

No mesmo ano, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, para estimular a formulação de estratégias capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas. Frente às diretrizes apontadas nesta política, a ESF continua sendo o espaço estratégico para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para os idosos (BRASIL, 2006).

Assim, Silvestre; Costa Neto (2003) acrescentam que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se na família e na atenção básica da saúde, pela possibilidade de maior reconhecimento dos problemas de saúde, e desenvolvimento de vínculo com o idoso.

Segundo Assis et al (2002), o apoio social ajuda na prevenção, manutenção e recuperação da saúde. A maior auto-estima e autopercepção são fundamentais ao autocuidado e a todas as medidas que a pessoa possa tomar para melhorar sua saúde e bem-estar no decorrer de suas atividades cotidianas.

Duarte (2001) considera que as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária: tomar banho, se vestir, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se e levantar-se de uma cadeira ou da cama. Para a autora, a

ocorrência de doenças pode ocasionar um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade e dependência.

Segundo Ferrari (2000), o “fazer” responde pelo cotidiano das pessoas, incluindo as atividades da vida diária (comer, vestir, higiene corporal, locomoção e comunicação), bem como atividades da vida prática e/ou instrumentais, como trabalho e lazer. Para a autora, “compreender e cuidar do idoso requer nossa consciência e resposta terapêutica às atividades de ser e de fazer”. A Equipe de Saúde deve desenvolver e/ou melhorar a compreensão dessas questões por parte dos familiares e cuidadores.

Para prestar um atendimento adequado ao idoso, é necessário que os profissionais das Equipes de Saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência do idoso, seus limites e suas potencialidades, para que possam identificar as suas reais necessidades.

Sabe-se que a cada ano que passa, as pessoas chegam à velhice com melhores condições de saúde e qualidade de vida, entretanto, muitas vezes essa situação não é mantida. Com a velhice, surge a aposentadoria e com esta, muitas vezes, o ostracismo e o isolamento social. Assim, as terapêuticas alternativas despontam como uma ferramenta que possibilita um mecanismo conservador da saúde e da qualidade de vida.

## 2 OBJETIVO

Analisar a importância das terapêuticas alternativas para a qualidade de vida dos idosos.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre as terapêuticas alternativas para a qualidade de vida dos idosos?
- **Localização e seleção dos estudos:** foram considerados estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo analisados ainda os dados em base eletrônica como o Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Scielo, Biblioteca (BIREME).
  - **Período:** 2000 a 2010
  - **Coleta de dados:** foram coletados dados referentes às terapêuticas alternativas para melhoria da qualidade de vida desta população, importância da ESF, opções terapêuticas. Descritores: Saúde do Idoso; Terapêuticas alternativas; Qualidade de vida.
  - **Análise e apresentação dos dados:**
    - A Importância da Terapêutica Alternativa;
    - Opções terapêuticas;
    - O papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo terapêutico.

#### 4 A IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA ALTERNATIVA

Segundo Filho; Netto (2006) os determinantes da boa qualidade de vida na velhice variam de sujeito para sujeito e para idosos, é possível que qualidade negativa de vida seja equivalente à perda da saúde. As pesquisas que descrevem o impacto de uma doença na qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população são de grande importância para nortear a distribuição do dinheiro público aplicado em saúde, bem como para proporcionar subsídios para a eleição de metas de políticas públicas condizentes com a atual visão sobre saúde.

Para Kauffman (2001) as teorias do envelhecimento bem sucedido vêm o sujeito como proativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para alcançá-los, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

A qualidade de vida em idosos e sua avaliação sobre os efeitos de numerosos fatores, entre eles os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O dono da vida, no caso o idoso, deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativa para ele, pois o padrão de qualidade de vida é um fenômeno altamente pessoal. Esta é uma questão não apenas metodológica, mas também ética (FREITAS, 2006).

De acordo com Figueiredo (2003) os modelos de qualidade de vida vão desde a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. O conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social, dinheiro suficiente). Atualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si. A noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a "gozar" a vida (FIGUEIREDO, 2003).

O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões como, por exemplo, a física, a psicológica, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde

percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar, subjetivo indicado por satisfação (FREITAS, 2006).

De acordo com Paschoal (2002) os anos marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão levam o ser humano ao envelhecimento não saudável o que difere completamente do indivíduo que envelhece com autonomia e independência, com boa saúde física e desempenhando papéis sociais, permanecendo ativo e desfrutando de senso de significado pessoal.

A qualidade de vida das pessoas na terceira idade sofre influências de muitos fatores como os físicos, culturais, psicológicos e sociais. Então avaliar e promover a saúde deste grupo significa organizar e pensar suas necessidades nos mais variados campos do saber, numa atuação completa visando à mente, o corpo e a alma. Para a OMS (2005) o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. E por isso, este crescimento tem requerido, do poder público e da própria sociedade, medidas e planejamentos fundamentados no processo de envelhecimento para que se possam atender as reais necessidades desta faixa etária.

Dentre as medidas alternativas para atender a esta demanda estão os grupos de convivência que são locais destinados à promoção da saúde, através da facilitação das relações sociais, possibilitando o intercambio cultural e social entre os sujeitos, estimulando o descobrimento de suas potencialidades e incentivando projetos de vida e o envolvimento dos idosos com a comunidade (CASSIANO, 2008). De acordo com Zimerman (2000) na terceira idade, os grupos de convivência são relevantes, pois será através da formação de vínculos entre os idosos que lhe garantam apoio, compreensão e liberdade, que estes indivíduos serão estimulados a se desenvolverem livres e sadiamente. Para Cassiano (2008) os serviços ofertados para os idosos podem ser as oficinas de autocuidado, grupos de culinária, coral, leitura, poesia, atividades manuais e expressivas, atividades educativas, palestras e discussões temáticas, além de passeios e, se necessária, criação de cooperativas e bazar.

#### 4.1 Opções terapêuticas

As recomendações nutricionais e físicas devem ser individualizadas, considerando a ingestão de carboidratos, a qual deve ser fracionada ao longo do dia para evitar grandes cargas calóricas. O aconselhamento alimentar por nutricionistas é o ideal e a introdução da dieta nos idosos deve seguir um plano bem estabelecido, devido à grande dificuldade da mudança dos hábitos adquiridos ao longo da vida. As atividades físicas também devem ser individualizadas, pois nos idosos o risco de quedas está aumentando e associado às maiores taxas de fragilidade por incapacidade funcional, dificuldade visual, polifarmácia e, nos diabéticos, características agravadas por neuropatias periféricas, impossibilidade de hipoglicemia. Sabe-se que as quedas estão associadas com elevadas morbidades e mortalidades (FREITAS, 2006).

Para Helman (2003) ao longo dos itinerários de cura e cuidado, que denominou redes terapêuticas, a pessoa sofrendo de algum problema de saúde procura solucioná-lo por conta própria ou através de outras pessoas. Esses itinerários percorrem as redes sociais pessoais, formadas por todos os vínculos interpessoais significativos para a pessoa, incluindo família, amigos, relações de trabalho e estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Assim, existem idosos que, dependendo da sua realidade social, vêm buscando alternativas, como massagens, técnicas de relaxamento, entre outras. Os idosos podem desenvolver processos patológicos e muitos deles, doenças crônico-degenerativas.

Em qualquer sociedade, quando as pessoas adoecem e não resolvem seus problemas de saúde pelo autotratamento, começam a escolher quem vão consultar para sanar a sua doença. Identificam-se, então, três setores parcialmente superpostos e constantemente interconectados na assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (folk) e o setor profissional. O setor informal constitui-se de uma série de relações de cura informais e não remuneradas, instituídas com base no conhecimento leigo, sem estabelecer uma hierarquia rígida entre cuidador e pessoa cuidada, já que os conselhos e tratamento recomendados pela família, amigos ou vizinhos permitem que haja uma constante troca de papéis entre estes. Já o setor popular inclui uma variedade de curandeiros, cujo conhecimento empírico é reconhecido pela comunidade na qual atuam, como parteiras, benzedeadas e arrumadores de ossos. Por fim, o setor profissional compreende as profissões na

área de saúde legalmente reconhecidas e organizadas a partir dos fundamentos científicos da biomedicina (HELMAN, 2003).

De acordo com Peixoto (2007) na população idosa os efeitos do toque integram os aspectos mais positivos e amplos relacionados ao bem-estar. Portanto, bem-estar significa conforto e tranquilidade. Sendo ainda, definido como um estado dinâmico de saúde no qual o indivíduo progride em direção a um nível elevado de funcionalidade, atingindo um equilíbrio ótimo entre o meio interno e o externo.

Para Resende; Rassi (2008) alguns estudos têm mostrado resultados bastante expressivos na utilização da hidroterapia como alternativa de tratamento em clientes com doenças musculoesqueléticas e neurológicas. O meio aquático é apropriado para reabilitar os idosos, pela possibilidade do exercício físico propiciar uma redução da sobrecarga articular, melhora circulatória e flexibilidade. Segundo Martinie et al (2002) a arte-terapia na terceira idade utilizando-se da pintura, pode ser uma grande aliada nas expressões de sentimentos e vínculos com a vida de idosos institucionalizados, bem como um facilitador de uma qualidade de vida mais produtiva e repleta de sentido. Realmente a arte-terapia fez emergir, nos idosos, recordações do passado, bem como sensação de bem-estar.

Por sua vez, Oliveira; Araújo (2002) considera que o uso de plantas pela população tem levantado o interesse da enfermagem na medida em que se detectam as crenças sobre seu efeito e a extensão de sua indicação. É comum ouvir idosos referirem o uso de preparados a base de plantas no momento das consultas de enfermagem por meio de expressões como “quando estou mais nervosa, tomo chá...”, “além do remédio, uso o chá”. Pinto; Amorozo (2002) afirmam que apesar das pesquisas científicas que visam à validação do uso de plantas serem recentes, as práticas populares relacionadas ao seu uso, são o que muitas comunidades têm como alternativa viável para o tratamento de doenças ou manutenção da saúde.

Conforme Oliveira; Araújo (2002) fitoterapia simboliza um dos aspectos importantes da cultura de um povo, sendo utilizada e difundida pelas populações ao longo de várias gerações. Por conta deste aspecto é importante, além de conhecer fatores que interferiram no processo saúde-doença da população, conhecer como está prática vêm sendo realizada, para que o uso de plantas no combate ou prevenção de doenças se constitua em estratégia importante para a melhoria da saúde e de vida da população. Os fitoterápicos são considerados uma modalidade de terapia complementar ou alternativa em saúde e seu uso tem sido crescente

(CARVALHO et al., 2008; VEIGA-JUNIOR, 2008; SILVA et al., 2006; BROWNIE, 2006; TINDLE et al., 2005; CANTER; ERNST, 2004). Inquéritos de saúde realizados em vários países têm focalizado o uso desses medicamentos entre os idosos, sendo que alguns apontam uma maior utilização desses em comparação aos adultos jovens (BARDIA et al., 2007; CANTER; ERNST, 2004) os principais fitoterápicos utilizados por idosos são ginkgo, equinacea e ginseng (BROWNIE, 2006; BRUNO; ELLIS, 2005; GUNTHER et al., 2004).

Os idosos estão principalmente sujeitos a dores nociceptivas de origem músculo-esquelético, no quadro de artroses, de artropatias metabólicas, da polimialgia reumática, da osteoporose e das consequências mecânicas das quedas (FERRELL, 2004). No Brasil, poucos estudos têm focalizado os fitoterápicos no âmbito dos estudos farmacoepidemiológicos (BRANDÃO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2005), e são desconhecidas pesquisas sobre essa temática na população idosa.

Para Silva; Leão (2004) é necessário intensificar as pesquisas na área da enfermagem sobre as terapias complementares, ampliando o campo de atuação do enfermeiro, conduzindo às intervenções terapêuticas efetivas realizadas por esses profissionais para o adequado controle e manejo da dor. As terapias complementares são realidade no universo da saúde humana, sendo utilizadas por centenas de anos, mas cabe aos pesquisadores comprovar cientificamente os benefícios destas terapias, para que possam ser somadas às terapêuticas farmacológicas existentes, já incorporadas ao sistema de saúde vigente. Mesmo com muito para serem pesquisados, os enfermeiros já utilizam algumas terapias para o controle da dor, como técnicas de relaxamento, estimulação cutânea (massagem, calor/frio, estimulação elétrica transcutânea), aromaterapia, imaginação guiada, terapias vibracionais (toque terapêutico, Yoga, Tai Ch'i, Ch'i gong e a acupuntura) e música.



## 5 O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO PROCESSO TERAPÊUTICO

A relação idoso-profissional de saúde pode se apresentar de maneiras variadas, com características como rápida, insensível, grave, solene, ou ainda, compreensiva, genuína, afetiva e equilibrada. Sem dúvida, a relação que abrange os últimos aspectos citados se faz mais adequada, principalmente nas situações em que o paciente terá o impacto de uma notícia que para ele pode ser desagradável e triste (PIRES, 2008).

A população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que cursam com crescente dependência. Do ponto de vista teórico, tal fato demanda aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social. Na prática, aos profissionais cabe trabalhar com pacientes e suas famílias/cuidadores, enfrentando juntas situações de perda e morte. Enfocando o estudo da doença, o modelo biomédico secundariza aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde-doença e caracterizam-se pelo reducionismo, ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples, e pelo dualismo mente-corpo (RAMOS, 2003).

Um modelo mais ampliado e com maior potencial biopsicossocial, permite redefinir o papel profissional, significando, no campo da atenção ao idoso, ampliar a contribuição da gerontologia (PEDUZZI, 2001). Seguindo nesta direção, Ramos (2003) aponta a importância da avaliação da capacidade funcional, entendida como a capacidade de manter-se independente e autônomo, relacionada a fatores sociodemográficos, percepção subjetiva, saúde física e mental, independência nas atividades do cotidiano, suporte social e familiar e a utilização de serviços, como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento: o conceito de saúde se inclina para a manutenção da autonomia, mesmo na presença de doenças crônicas controladas.

O envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária (capacidade de vestir-se, tomar banho, fazer higiene, transferir-se, alimentar-se, ser continente), integração social, suporte familiar e independência econômica (VASCONCELOS, 2002).

Na literatura da geriatria e gerontologia Motta; Aguiar (2007) referem que a atenção ao idoso demanda conhecimento técnico, competências de contextualização do caso no processo de envelhecimento, capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, bem como o trabalho em equipe multiprofissional.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família cria condições para a construção de um novo modelo assistencial mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário, pois concebe a atenção à saúde focalizada na família e comunidade, utilizando práticas voltadas para novas relações entre os profissionais de saúde, os indivíduos, suas famílias e comunidades (BRASIL, 2002). Para o Ministério da Saúde, a ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Estes processos [...] devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

Foucault (2003) afirma que a biomedicina não é resultado de uma progressão histórica linear, impulsionada por descobertas científicas, mas consequência de uma mudança na maneira de ver e de entender a clínica, em que se separa a doença do doente nas chamadas especializações da doença. Ao se organizar em torno de uma teoria das doenças e da anatomoclínica, o saber médico se abre para uma medicalização de novos espaços.

O profissional da ESF precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação (ALVES, 2005). O desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as terapias complementares pode ser responsável por conceitos equivocados, o que pode gerar dificuldades na relação médico-paciente e com colegas praticantes dessas especialidades (FRANCO; PECCI, 2002).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Estratégia Saúde da Família tem um importante papel com relação ao cuidado com os idosos, valorizando seus sentimentos e contribuindo para melhora do processo do envelhecimento saudável. E neste aspecto destacam-se as terapias alternativas que, apesar de serem conhecidos, oferecem um campo amplo para atuação, pois o contato constante da equipe com os idosos e a família, favorece a implementação dessas terapias a fim de minimizar os efeitos das doenças que surgem com o envelhecimento, aliviam as dores, promovem assistência integralizada e conseqüentemente melhora a qualidade de vida do paciente no ambiente social e domiciliar.

Observa-se através do estudo, que a utilização das terapêuticas alternativas pode contribuir no tratamento de doenças e nos processos de reabilitação dos idosos, pois favorece inúmeras vantagens no processo saúde-doença, nos aspectos sociais e familiares.

Nos bancos de dados analisados, verificou-se a existência de várias pesquisas voltadas para a variedade de alternativas terapêuticas a ser incorporada na atenção à saúde do idoso pela equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic Saúde Educ**, v. 16, n. 9, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n. 25, p. 55-63, 2004.

ASSIS, Mônica de; PACHECO, Liliane Carvalho et al. Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.53-73, 2002.

BARDIA, A. et al. Use of herbs among adults based on evidence-based indications: findings from the National Health Interview Survey. **Mayo Clin Proc**, n. 82, p. 561-566, 2007.

BRANDÃO, M. G. L.; ACURCIO, F. A.; MONTEMOR, R. L. M. Complementary/alternative medicine in Latin America: use of herbal remedies among a Brazilian metropolitan area population. **J Complement Integrative Medicine**, v. 3, n. 5, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O programa de saúde da família e atenção básica no Brasil**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pacto pela Saúde**. consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/pacto.portaria.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.

BROWNIE, S. Predictors of dietary and health supplement use in older Australians. **Aust J Adv Nurs**, n. 23, p. 26-31, 2006.

BRUNO, J. J.; ELLIS, J. J. Herbal use among US elderly: 2002 National Health Interview Survey. **Ann Pharmacother**, n. 39, p. 643-648, 2005.

CANTER, P. H.; ERNST, E. Herbal supplement use by persons aged over 50 years in Britain. **Drugs Aging**, n. 21, p. 597-605, 2004.

CARVALHO, A. C. B. et al. Situação do registro de medicamentos fitoterápicos no Brasil. **Rev Bras Farmacogn**, n. 18, p. 314-319, 2008.

CASSIANO, J. G. **A contribuição da Terapia Ocupacional para a manutenção da capacidade funcional do idoso**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

CASTRO, A. A. Formulação da Pesquisa. In: CASTRO, A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: 2001. Disponível em: <http://www.metodologia.org>. Acesso em: 4 nov. 2011.

DUARTE, Y. A. O. O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem: IDS-USP-MS**. Brasília, DF, 2001.

FERRARI, M. A. C. **Ocupando o tempo livre**. São Paulo: Atheneu. 2000.

FERRELL, B. A. The management of pain in long-term care. **Clin J Pain.**, n. 20, p. 240–243, 2004.

FIGUEIREDO, D.; GALANTE, Helena.; SOUSA, L. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública de São Paulo**, São Paulo, v. 37, 2003. Disponível em: [www.scielo.com](http://www.scielo.com). Acesso em: 6 nov. 2011.

FILHO, Eurico Tomaz de Carvalho; NETTO Matheus Papaléo. **Geriatría**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANCO, J. A., PECCI, C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. **Medicina**, Buenos Aires,. v. 2, n. 63, p. 111-8, 2002.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GUNTHER, S. et al. Demographic and health-related correlates of herbal and specialty supplement use. **J Am Diet Assoc**, n. 104, p. 27-34, 2004.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KAUFFMAN, Timothy L. **Manual de reabilitação geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARTINIE, Josy Mariane Thaler et al. Arteterapia: recurso terapêutico ocupacional na terceira idade. **Revista Miltitemas**, v.25, mar., 2002.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 12, p. 363-72, 2007.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Idosos com hipertensão arterial: interferências em sua qualidade de vida. **Rev Baiana Enferm**, v. 3, n.17, p. 109-112, 2002.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005. Disponível em: <http://prosaude.org/publicacoes/envelhecimentoativo>. Acesso em: 6 nov. 2011.

PASCHOAL, S. Qualidade de vida na velhice. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev de Saúde Pública**, v. 1, n. 35, p. 103-9, 2001.

PEIXOTO, T. **Saúde e bem-estar**. 2007. Disponível em: [www.spas-portugal.com](http://www.spas-portugal.com). Acesso em: 4 nov. 2011.

PINTO, E. P. P.; AMOROZO, M. C. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica - Itacaré, BA, Brasil. **Acta Bot. Bras**, v. 20, n. 4, p. 751-762, 2006.

PIRES, A. P. **Comunicação de más notícias**. Serviço de Psicologia/HCPA e Núcleo interinstitucional de Bioética. Disponível em: [www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/masnot.htm). Acesso em: 4 nov. 2011.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. de Saúde Pública**, v. 3, n. 19, p.793-7, 2003.

RESENDE, S. M.; RASSI, C. M.; VIANA, F. P. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosos. **Rev Bras Fisioterapia**, São Carlos, v. 1, n. 12, p. 57-63, 2008.

RIBEIRO, A. Q.; LEITE, J. P. V.; DANTAS-BARROS, A. M. Perfil de utilização de fitoterápicos em farmácias comunitárias de Belo Horizonte sob a influência da legislação nacional. **Rev Bras Farmaco**, 2005.

SILVA, M. I. G.; GONDIM, A. P. S.; NUNES, I. F. S. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). **Rev Bras Farmacogn**, n. 16, p. 455-462, 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 19, p. 839-47, 2003.

TINDLE, H. A. et al. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. **Altern Ther Health Med**, v. 11, p. 42-49, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

VEIGA-JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Rev Bras Farmacogn**, n. 18, p. 308-313, 2008.

ZIMERMAN, G. L. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Fonseca, Helen Gardenia Carneiro

A importância das terapêuticas alternativas para a melhoria da qualidade de vida do idoso/Helen Gardenia Carneiro Fonseca. – São Luís, 2011.

22f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Saúde do idoso. 2. Terapêuticas alternativas. 3. Qualidade de vida. Título.

CDU 613.86