

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

FABIANNE DE JESUS DIAS DE SOUSA

DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS: UM  
ESTUDO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BELÉM

2014

FABIANNE DE JESUS DIAS DE SOUSA

DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS: UM  
ESTUDO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem: **Área de Concentração:** Enfermagem no contexto amazônico.

Orientadora: Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira.

Coorientador: Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a práxis do cuidado em saúde e enfermagem no contexto amazônico.

Belém  
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

Sousa, Fabianne de Jesus Dias de, 1976-  
Diagnóstico das condições de vida e saúde de  
idosos: um estudo de enfermagem na estratégia  
de saúde da família / Fabianne de Jesus Dias de  
Sousa. - 2014.

Orientadora: Marília de Fátima Vieira de  
Oliveira;

Coorientador: Edson Marcos Leal Soares  
Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal  
do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém,  
2014.

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Nível de  
Saúde - Diagnóstico. 4. Saúde da Família. 5.  
Saúde do Idoso. I. Título.

CDD 22. ed. 618.97

---

**FABIANNE DE JESUS DIAS DE SOUSA**

**DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS: UM  
ESTUDO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada excelente com louvor em 29 de janeiro de 2014, atendendo normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

---

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira  
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Marília de Oliveira  
Presidente

---

Dr. Edson Ramos - Membro

---

Dra. Lúcia Gonçalves - Membro

Dedico este estudo aos meus pais, pela educação e por seu amor.

Ao meu marido, Rondson Sousa por seu apoio nos momentos difíceis nesta caminhada.

Aos meus filhos, Lucca e Miguel.

Às minhas irmãs, Fabiana e Fabricia.

## **AGRADECIMENTOS**

À DEUS, por permitir minha aprovação no processo seletivo do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, proporcionando meu crescimento profissional.

À minha orientadora, Dra. Marília de Oliveira, pois seus ensinamentos me proporcionaram confiança e aprendizado ao longo desta caminhada.

Ao meu coorientador, que se tornou amigo, Dr. Edson Ramos, pela ajuda em momentos difíceis confiando que eu conseguiria.

A Dra. Lúcia Takase, pelos seus ensinamentos durante o Mestrado em Enfermagem e, por ter aceitado participar da banca examinadora contribuindo com o estudo.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem que contribuíram com seus ensinamentos e suas experiências.

À querida amiga do Mestrado, especialmente Socorro Dionísio, que compartilhou momentos de alegrias, superando desafios ao longo desta caminhada.

À Secretaria de Saúde de Benevides por ter me autorizado a realizar este estudo.

Aos amigos do LASIG/GEPEC da UFPA (Laboratório de Sistema de Informação e Georreferenciamento / Grupo de Estudos e Pesquisas Estatísticas e Computacionais) por seus ensinamentos e desafios da estatística e informática.

*“Não deixe o medo do tempo que levará para realizar algo ficar no caminho de fazê-lo. O tempo passará de qualquer forma; devemos igualmente colocar esse tempo passageiro no melhor uso possível”.*

Florence Nightingale

SOUSA, Fabianne de Jesus Dias de. Diagnóstico das Condições de Vida e Saúde de Idosos: Um estudo de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. 2014. Mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde; Universidade Federal do Pará, Belém, Pará.

## RESUMO

A longevidade apesar de ser, sem dúvida, um triunfo, apresenta importantes diferenças entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Este estudo tem por objetivos conhecer as condições de saúde da população idosa cadastrada na estratégia de saúde da família do município de Benevides-PA, assim como, descrever o perfil sócio-epidemiológico, condições de vida e saúde da população idosa e por fim verificar as relações entre as variáveis condições de vida e saúde e o perfil sócio-epidemiológico estabelecido. Realizou-se um estudo do tipo transversal prospectivo com abordagem quantitativa nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, com 441 idosos utilizando como técnicas estatísticas a análise exploratória de dados e a análise de correspondência. Destaca-se que a maior parte dos idosos está entre 60 a 64 anos, são do sexo feminino, casado (a)s, católico (as) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. A maioria não ingere bebida alcoólica e não possui o hábito de fumar, assim como não pratica atividade física. Hipertensão arterial é a doença crônica não – transmissível mais prevalente. No estudo foi possível identificar o diagnóstico das condições de vida e saúde da população idosa demonstrando o seu envelhecimento com a presença de comorbidades, sendo possível a partir deste estudo favorecer a implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa de Benevides a fim de proporcionar melhores condições de vida e saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Envelhecimento, Condições de saúde, Saúde da família.

## ABSTRACT

The longevity despite being undoubtedly a triumph , shows important differences between developed and developing countries . While , in the first , aging was associated with improvements in general living conditions in the other , this process happens quickly, with no time for social reorganization and the area of proper health to meet the new demands emerging . This study aims to know the health status of the registered in the city of Benevides - PA family health strategy elderly population , as well as describe the social and demographic characteristics , living conditions and health of the elderly population and to establish that the relationships between variables living conditions and health and socio- epidemiological profile established. We conducted a prospective cross-sectional study with a quantitative approach in the units of the Family Health Strategy , with 441 elderly using statistical techniques such as exploratory data analysis and correspondence analysis . It is noteworthy that most of the elderly is between 60 to 64 years , are female , married ( a ) s , catholic (as) and family income 1-3 minimum wages . Most do not drink alcoholic beverages and does not have the habit of smoking , as not practicing physical activity . Hypertension is a chronic disease not - transmitted more prevalent . In the study it was possible to identify the diagnosis of conditions of life and health of the elderly population showing its age with the presence of comorbidities , and can facilitate the implementation of public health policies targeting this elderly population of Benevides to provide better conditions for life and health.

**Keywords** : Nursing , Aging , Health Conditions , Family Health.

## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Faixa etária	52
Figura 2-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Gênero	54
Figura 3-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Raça	55
Figura 4-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Estado civil	56
Figura 5-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Renda familiar	57
Figura 6-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Grau de Escolaridade	58
Figura 7-	Percentual de Idosos da estratégia Saúde da Família por Com quem reside	59
Figura 8-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Religião	61
Figura 9-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Tipos de domicílio	63
Figura 10-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Abastecimento de água	64
Figura 11-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Rede de esgoto	65
Figura 12-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Ingestão de bebida alcoólica	66
Figura 13-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Quantidade de ingestão de bebida alcoólica	67
Figura 14-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Hábito de fumar	68
Figura 15-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Atividade física	70
Figura 16-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Tipo de atividade física	74
Figura 17-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Uso de medicação para dormir	75
Figura 18-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Avaliação do estado de saúde	77
Figura 19-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Portador de alguma doença crônica não-transmissível	78
Figura 20-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Qual doença crônica não-transmissível	80
Figura 21-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Uso de medicamento para o tratamento da doença	81
Figura 22-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Hospitalização nos últimos 12 meses	84
Figura 23-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Vítima de queda nos últimos meses	86
Figura 24-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Frequência de queda	88

Figura 25- Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por  
Comparecimento ao serviço de saúde 90

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da população idosa quanto ao sexo relacionado a Unidade Saúde da Família	44
Tabela 2-	Distribuição da amostra populacional idosa quanto a Unidade Saúde da Família relacionada a sexo	46
Tabela 3-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Número de Filhos	60
Tabela 4-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Ocupação	62
Tabela 5-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Quantidade de Cigarros	69
Tabela 6-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Frequência de Atividade Física	72
Tabela 7-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Duração de Atividade Física	73
Tabela 8-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Qual Medicação Usa para Dormir	76
Tabela 9-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Medicamentos para a Doença	82
Tabela 10-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Qual Problema de Saúde Que Foi Hospitalizado	85
Tabela 11-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Motivo da Queda nos Últimos 12 meses	89
Tabela 12-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Atividade Física e Problema de Saúde	91
Tabela 13-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Gênero e Procura de Atendimento	92
Tabela 14-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Hábito de fumar e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	93
Tabela 15-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Renda Familiar e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	94
Tabela 16-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Bebida Alcoólica e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	95
Tabela 17-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Hospitalização e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	96
Tabela 18-	Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família por Vítima de Queda e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	97
Tabela 19-	Resíduo e Probabilidade de Associação das Variáveis: Gênero, Hábito de Fumar e Comparecimento ao Serviço de Saúde, de Idosos da Estratégia Saúde da Família	98
Tabela 20-	Resíduo e Probabilidade de Associação das Variáveis: Comparecimento ao Serviço de Saúde e Portador de Doença Crônica Não – Transmissível, de Idosos da Estratégia Saúde da Família	100

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AC	Análise de Correspondência
AIS	Ações Integradas à Saúde
AME	Assembleia Mundial de Envelhecimento
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e o Caribe
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
DANT	Doenças e agravos crônicos não – transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não – transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
EDUGESPEN	Educação, Formação e Gestão para práxis do cuidado em Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PAME	Plano de ação Internacional sobre o Envelhecimento
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNSPI	Política Nacional de Atenção à saúde do Idoso
PNUD	Programa das nações Unidas para Desenvolvimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Atenção Básica
SUDS	Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>22</b>
3.1	Saúde do idoso: Um mundo cada vez mais grisalho	23
3.2	Políticas de atenção à saúde da pessoa idosa	26
3.3	Condições de saúde	29
3.4	As condições de saúde no Brasil	31
3.5	Indicadores de saúde e as condições de saúde	32
3.6	Reorganização assistencial: Estratégia saúde da família/Redes de atenção à saúde	33
<b>4</b>	<b>MARCO CONCEITUAL</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>42</b>
5.1	Tipo de estudo	43
5.2	Local do estudo	44
5.3	População e Amostra	45
5.4	Características das variáveis	46
5.5	Critérios de exclusão	47
5.6	Coleta de dados	47
5.7	Estudo piloto	48
5.8	Análise de dados	48
5.9	Aspectos éticos	50

<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM</b>	<b>101</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>104</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>108</b>
	<b>APENDICES</b>	<b>119</b>

## ***INTRODUÇÃO***

---

A longevidade apesar de ser, sem dúvida, um triunfo, apresenta importantes diferenças entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população idosa a partir dos 60 anos de idade, limite válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que jovens e crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2011).

O índice de envelhecimento populacional aponta para mudanças na estrutura demográfica da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 25 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro mudará para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 173 idosos. Em 2000, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos). Já em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de 3 estarão na faixa etária potencialmente ativa (IBGE, 2010).

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se for considerada saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

Em se tratando de saúde humana, Mendes (2012) define que as condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos

profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura ou gerontocultura) que não são doenças, mas são condições de vida e saúde de responsabilidade dos sistemas multisetoriais, no mínimo: da saúde, social e educacional.

Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com Mendes (2011), é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas, no campo da clínica. A consolidação da ESF passa por mudanças na forma de prestar a atenção à saúde e no modo de gerenciá-la que solicita a incorporação da gestão da clínica. Essas mudanças que levarão à consolidação da ESF exigem uma ruptura ideológica com as representações da atenção primária seletiva e dos cuidados primários como um nível de atenção. É preciso romper com a ideia – que fez sentido em tempos heroicos –, de uma atenção primária à saúde pobre para regiões e pessoas pobres.

Nesse sentido, a consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS (Sistema Único de Saúde) (MENDES, 2012).

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, constitui o problema fundamental do SUS e, para ser superado, envolve a implantação das redes de atenção à saúde (RASs). As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –

, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2012).

A partir do exposto o interesse em desenvolver um estudo sobre questões que envolvem as condições de saúde da população idosa, deve-se pela necessidade de contribuir para uma nova organização dos modelos de saúde para uma população que avança em sua faixa etária e por isso merece cuidados próprios para um envelhecimento ativo e saudável.

O estudo justifica-se ainda por constituir-se parte de um projeto maior denominado: ***Idosos de comunidades periféricas da região amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento***. Trata-se de um Projeto Universal financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) cujo um dos objetivos é: desenvolver estudo de avaliação diagnóstica do contexto de atenção de saúde do idoso nas Unidades de Saúde/Saúde da Família em seis municípios paraenses dentre estes, o município de Benevides-PA.

Baseado na situação descrita este estudo nos remete aos seguintes questionamentos: Quem é a população idosa da ESF do município de Benevides-PA? Qual é a situação atual da população idosa em termos de condições de vida e saúde do município de Benevides-PA?

## ***OBJETIVOS***

---

**2.1 Objetivo geral:**

Conhecer as condições de saúde da população idosa cadastrada na estratégia de saúde da família do município de Benevides-PA.

**2.2 Objetivos específicos:**

- i) Descrever o perfil sócio-epidemiológico da população idosa cadastrada na ESF do município de Benevides-PA.
- ii) Descrever as condições de vida e saúde da população idosa da ESF do município de Benevides-PA.
- iii) Verificar as relações entre as variáveis condições de vida e saúde e o perfil sócio-epidemiológico estabelecido.

## ***REVISÃO DE LITERATURA***

---

Este capítulo consiste na apresentação de referenciais teóricos e conceituais que subsidiam este estudo. Foi realizada uma busca em bases de dados nacionais e internacionais, com os seguintes descritores: Envelhecimento, Condições de saúde, Saúde da Família. Foram pesquisadas na Scielo (Scientific Electronic Library Online) e na Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). O período estabelecido foi de 2005 a 2012. Realizada leitura seletiva, os que se adequaram ao estudo proposto, totalizando 11 artigos. Sustenta também teoricamente esta revisão de literatura, os livros – O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (MENDES, 2012), as redes de atenção à saúde (MENDES, 2011) e atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais (MORAES, 2012). Com o objetivo de situar o leitor na estrutura deste estudo, apresenta-se a síntese de cada um dos capítulos que o compõem:

O primeiro capítulo trata-se da introdução ora apresentada. O segundo refere-se aos objetivos, o terceiro intitulado “revisão de literatura” apresenta os conceitos sobre envelhecimento, políticas públicas de saúde à pessoa idosa, condições de saúde, condições de saúde no Brasil, indicadores de saúde, redes de atenção à saúde. O quarto capítulo trata-se da explicitação do marco conceitual.

### **3.1 Saúde do Idoso: Um mundo cada vez mais grisalho**

Para Santos et al. (2008), o envelhecimento, para muitas pessoas, passa a ser uma fase da vida em que há declínio da saúde com predomínio de doenças. Elas são vistas como inevitáveis e próprias da idade, no entanto, faz-se necessário que esse período da vida se prolongue com bem estar e boa saúde, e que o profissional de saúde considere a pessoa idosa na sua multidimensionalidade. Existem múltiplos fatores de envelhecimento: fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais, que interagem e regulam tanto o funcionamento típico, quanto o atípico do indivíduo

que envelhece, e é fundamental que o profissional, a família e cuidadores tenham uma visão integrada desses fenômenos.

No aspecto biológico, o envelhecimento humano pode ser compreendido por dois processos: o natural, que corresponde ao período de senescência, e o que está condicionado a uma patologia, conhecido como período de senilidade. O primeiro corresponde à diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e, em condições normais, não costuma causar qualquer problema, mas a senilidade, que sob condições de sobrecarga, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar patologias que requerem assistência (BRASIL, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *“um processo sequencial, 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).

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade  $\geq$  60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população, em 2010 esse número caiu para 24,1%. Até a década de 1970, no Brasil, os idosos recebiam, majoritariamente, atenção de cunho caritativo de instituições não governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. No entanto, atualmente o processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais.

No aspecto legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, entre outras. Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a

Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96. Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. A mesma rege-se por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS. Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não – transmissíveis (DCNT). Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, observam-se no Brasil processos de transição epidemiológica (redução de doenças transmissíveis e aumento de DCNT, acidentes e violências), demográfica (redução da mortalidade precoce e taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e da população idosa) e nutricional (declínio da desnutrição e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade). Desse modo, é de fundamental importância a

implantação de políticas públicas na direção de reduzir os impactos negativos das condições de saúde das populações (BRASIL, 2008).

### **3.2 Políticas de atenção à saúde da pessoa idosa**

O Brasil, através do Ministério da saúde, encontra-se desenvolvendo diversas ações articuladas com vários setores governamentais e não-governamentais, visando a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2005).

O novo Plano de ação Internacional sobre o Envelhecimento (PAME), de 2002, oriundo da II AME (Assembleia Mundial de Envelhecimento); exige transformações de atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores, para que as possibilidades que o envelhecimento com segurança e dignidade, proporcionando aos idosos a participação na sociedade como cidadãos com plenos direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No Brasil, apesar de seu processo de envelhecimento ter sido evidenciado desde meados do século XX, somente a partir das últimas décadas desse século, o governo cria e instala políticas públicas para atender esse grupo de pessoas de idade acima de 60 anos. Em 1999, aprova-se a Política Nacional de saúde do Idoso (PNSI). A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Existindo a necessidade de enfrentamento de desafios como: a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por

meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Pouco tempo depois, em 2003, é instituído o Estatuto do Idoso, por meio da Lei de Nº 10.741, que define os principais direitos fundamentais dessa população, tais como o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, entre outros, constituindo-se num instrumento legal completo para a cidadania dessa faixa etária, resultado de esforços de muitos segmentos da sociedade brasileira, incluindo o movimento nacional dos idosos e das entidades que defendem seus direitos e do Estado (GOLDMAN; FALEIROS, 2008).

Rodrigues (2007) cita que o estatuto do idoso é um dos principais instrumentos de direito do idoso. O Estatuto corrobora os princípios que nortearam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa. Trata-se de uma conquista para a efetivação de tais direitos, especialmente por tentar proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação de todos (família, sociedade e Estado) para o amparo e respeito aos idosos. Além de incluir leis e políticas já aprovadas, incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral ao estabelecimento de medidas destinadas a proporcionar o bem-estar dos idosos, ou seja, pessoas com idade cronológica igual ou superior a 60 anos.

Ainda, segundo o autor, este documento discute os direitos fundamentais do idoso relacionados aos seguintes aspectos: à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, assistência social, habitação e ao transporte. Além disso, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes. Apesar de publicado, o cumprimento e o respeito ao Estatuto dependem da cobrança organizada da sociedade civil, com especial destaque ao idoso. É preciso reivindicá-lo em todos os espaços sociais, com participação ativa do idoso pela melhoria de sua própria condição de vida.

Entre os direitos à saúde, assegurados aos idosos, nos quais a enfermagem pode atuar estão os seguintes: cadastramento em base territorial;

atendimento em domicílios, unidades de saúde, unidades geriátricas e gerontológicas de referência com profissionais capacitados para trabalhar em tal área, garantir a aquisição e informar o direito do recebimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, dentre outros. Ainda, cabe ao enfermeiro, em muitas unidades de internação, a decisão sobre o direito a acompanhante. A lei é clara quando dispõe que ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Em consonância com o Estatuto, cabe à enfermagem consultar o idoso, que esteja no domínio de suas faculdades mentais, sobre assistência planejada, o idoso, por sua vez, deve ter voz ativa na tomada de decisão sobre seu tratamento (RODRIGUES, 2007).

O período do envelhecimento tornou-se uma prioridade nas políticas públicas de saúde pública no mundo, e particularmente no Brasil, onde a população de idosos vem aumentando gradativamente, ancorado pelo avanço da ciência, que vem colaborando de forma significativa para o prolongamento de uma melhor qualidade e expectativa de vida da população (JERÔNIMO, 2011).

A partir de 2006, as três instâncias de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) compreenderam a necessidade de pactuar metas e objetivos a serem alcançados, em como contribuir para o envolvimento na defesa e consolidação do SUS. Essa pactuação agrega três eixos: O pacto em defesa do SUS, o Pacto em defesa pela vida e o Pacto pela gestão. O Pacto em defesa pela vida traz, dentre suas prioridades, a saúde do idoso, a fim de implantar a Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI), buscando a atenção integral, a promoção da saúde, para elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira e na atenção básica à saúde, com o objetivo de consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Assim, a PNSPI, instituída pela Portaria/GM de Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, surgiu em atendimento ao pacto, e tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema único de saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadão brasileiros com 60 anos ou mais de idade, e ela define, ainda, que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. A Enfermagem como integrante da equipe de saúde deve assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, suas ações devem ser pautadas na prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam a vida longa (BRASIL, 2006).

### **3.3 Condições de saúde**

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinala Porter (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela. Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três

meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (SINGH, 2008).

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica (LORIG et al., 2006).

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) apontam que 52,60% dos homens e 44,70% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal, diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,30% e 23,30% dos adultos brasileiros. No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Segundo IBGE (2010) além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85,00%, apresentará pelo menos uma doença.

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a HAS (Hipertensão arterial sistêmica) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS et al., 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

Diante dessa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano tem como terceiro eixo o cuidado integral. Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propõe, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a qual corresponde ao terceiro eixo do plano (MENDES, 2012).

### **3.4 Condições de saúde no Brasil**

A transição demográfica é muito acelerada e o efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas. O percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42,00% em 1960 passou para 30,00% em 2000 e deverá cair para 18,00% em 2050. Diversamente, o percentual de

peças idosas maiores de 65 anos que era de 2,70% em 1960 passou para 5,40% em 2000 e deverá alcançar 19,00% em 2050, superando o número de jovens (IBGE, 2010).

Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,60% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram serem portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica. Os resultados da PNAD 2008 mostraram que 71,90% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas selecionadas. Do total de pessoas, 31,30% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. 5,90% da população declararam ter três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010).

### **3.5 Indicadores de saúde e as condições de saúde**

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis e condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (OPAS, 2001).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de vida e saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (OPAS, 2001).

Como indicadores das condições de vida e saúde tem-se a taxa de crescimento populacional, proporção de idosos na população, índice de envelhecimento, razão de dependência, esperança de vida aos 60 anos de idade (expectativa de vida aos 60 anos de idades), taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, taxa de mortalidade por DCNT; proporções de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas, cobertura de redes de abastecimento de água, cobertura de esgotamento sanitário, entre outros. (REDE, 2008).

### **3.6 Reorganização Assistencial: Estratégia saúde da família/Redes de atenção à saúde**

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002).

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde. A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltada predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos

agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção a crônicos, como resultado da ditadura das condições agudas sendo que isso não está dando certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo nos países em desenvolvimento (COLEMAN; WAGNER, 2008).

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é entrevista pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, o que gera um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados aos mesmos. Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado *Reforma Sanitária* – amplamente debatida por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do artigo 196 da Constituição de 1988 –, a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde está diretamente ligada à superação dessa problemática. Com relação aos estados e municípios, o processo de descentralização foi deflagrado por meio dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), enquanto se realizavam os debates para aprovação da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 2003).

Assim, o PSF (Programa Saúde da Família) elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde.

Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma

positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Seu objetivo é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

O pressuposto básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A unidade de Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997).

A mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção e, nesse sentido, já que apresenta um poder indutor no reordenamento desses níveis, articulando-os a partir de serviços existentes no município ou região, o PSF é um dos componentes de uma política de complementariedade, não devendo isolar-se do sistema local. Como um projeto estruturante, Saúde da Família deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual (BRASIL, 1997).

As RASs (Redes de Atenção à Saúde) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

***MARCO CONCEITUAL***

---

A opção por este estudo com marco conceitual se baseia nos conceitos propostos pelos autores Eugênio Vilaça Mendes e Edgar Nunes Moraes, estudiosos nos conceitos de Redes de atenção e Condições de saúde, conceitos estes que sustentam o estudo.

Mendes (2011) do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,70% em 1960, passou para 5,40% em 2000 e alcançará 19,00% em 2050, superando o número de jovens.

Ainda segundo o autor, atenção primária à saúde tem, no sistema público de saúde brasileiro, uma longa história que se iniciou nos anos 20 do século passado, percorreu vários ciclos até estruturar-se, no Governo Itamar Franco, no ciclo da atenção básica à saúde. A atenção primária à saúde, para colocar-se como reordenadora do SUS e como coordenadora das redes de atenção à saúde, tem de passar por reformas profundas que permitam solucionar os problemas presentes. Para isso é necessário conhecer o conceito de condição de saúde e estabelece-se a diferenciação entre condição aguda e crônica.

O autor cita ainda que as condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia

que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura ou gerontocultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde. Essa tipologia possui variáveis-chaves contidas no conceito: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias. (MENDES, 2012).

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdômen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, em geral, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida (MENDES, 2012).

As condições crônicas vão, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose,

HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

Define-se ainda saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. A maioria dos idosos e portadores de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou a restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinhas, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

Para Mendes (2011) as situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde).

Ainda segundo o autor em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de

comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

As propostas de RASs são recentes, tendo origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Dali avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento. Na realidade, a proposta de RASs é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920. Na América Latina as redes de atenção à saúde são incipientes. No Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente. O autor tratou de uma proposta sistemática de construção de RASs no SUS. Fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propôs como alternativa a construção processual de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica (MENDES, 2001).

A definição das condições de saúde, prognóstico e do contexto sóciofamiliar do paciente é fundamental para definirmos as metas terapêuticas, utilizando-se as melhores evidências científicas disponíveis, a priorização do cuidado e as preferências do paciente e sua família. Infelizmente, a literatura científica é pobre em evidências de eficácia de intervenções aplicadas a idosos muito idosos ( $\geq 80$  anos) ou portadores de co-morbidades e/ou poli-incapacidades. Os consensos disponíveis são, geralmente, direcionados a uma doença ou condição de saúde isolada. Todavia, devem ser utilizados como “ponto de partida” para as decisões clínicas, e não como meta. Daí a importância da priorização do cuidado, que consiste na decisão de quais intervenções devem ser aplicadas a curto, médio e longo prazo, tendo como parâmetro a melhoria da independência e autonomia do paciente e de sua família. O foco da intervenção geriátrica é a melhoria da funcionalidade do indivíduo e não só da sobrevivência. Outro aspecto relevante é a elaboração compartilhada das metas terapêuticas, com forte engajamento do paciente e de sua família nas decisões clínicas (MORAES, 2012).

Então se torna necessário a implementação do cuidado a este idoso, diante desta perspectiva torna-se fundamental o atendimento longitudinal e ordenação do cuidado. O Plano de cuidados é a fase de levantamento das demandas biopsicossociais e dos preditores de risco do paciente. Além das doenças, é fundamental a estratificação de risco do paciente baseada na classificação clínico funcional, a partir da qual todas as intervenções terapêuticas e propedêuticas serão tomadas. A avaliação multidimensional é a melhor metodologia para a avaliação integral do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas. O diagnóstico multidimensional contempla a definição de todas as demandas biopsicossociais do indivíduo, que nada mais é do que o diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou crônicas. Deve ainda, incluir no plano de cuidados, intervenções que podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar dependendo do paciente (MORAES, 2012).

Portanto, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. A Rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (MENDES, 2012).

## ***MATERIAL E MÉTODOS***

---

## **5.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo do tipo transversal prospectivo com abordagem quantitativa. O método quantitativo é um meio para testar teorias objetivas examinando a relação entre as variáveis. Tais variáveis, por sua vez, podem ser medidas tipicamente por instrumentos, para que os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos com um foco específico (CRESWELL, 2010).

## 5.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, no Município de Benevides no Estado do Pará, que possui 16 equipes de Saúde da Família correspondendo à 82% de cobertura populacional. Segundo dados do Sistema de Atenção Básica (2012) estão cadastrados 4250 idosos, sendo 2052 idosos e 2198 idosas totalizando 4250 idosos. Distribuídos nas Unidades Saúde da Família (USF), conforme Tabela 1.

**Tabela 1: Distribuição da população idosa quanto ao sexo relacionado a Unidade Saúde da Família, 2012.**

USF	População Masculina	População Feminina	Total
<b>Maguari</b>	123	143	266
<b>Benevides Centro</b>	220	250	470
<b>Stos. Dumont 1</b>	85	78	163
<b>Stos. Dumont 2</b>	108	106	214
<b>Terceira Travessa</b>	51	57	108
<b>Canutama</b>	128	166	294
<b>Benfica Piçarreira</b>	97	117	214
<b>Flores</b>	91	123	214
<b>Independente</b>	182	207	389
<b>Médice</b>	210	208	418
<b>Murinin 1</b>	133	137	270
<b>Murinin 2</b>	145	156	301
<b>Santa Maria</b>	168	156	324
<b>Benfica Centro</b>	131	127	258
<b>Paraiso 1</b>	80	81	161
<b>Paraiso 2</b>	100	86	186
<b>Total</b>	2052	2198	4250

De acordo com o “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013” produzido pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), o estado do Pará elevou seu índice de longevidade média de 63 anos (em 1991) para 72 anos (em 2010), significa que em 1991, 3,20% da população do Pará tinha mais de 65 anos, a partir de 2010, essa parcela sobe para de 4,80%. No município de Benevides, em 1991, a taxa de envelhecimento correspondia a 60 anos, a partir de 2010 esta taxa elevou-se para 73 anos (PNUD, 2013)

### **5.3 População e Amostra**

Para obtenção dos dados foram incluídos a população idosa a partir de 60 anos cadastrados nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, conforme as informações da Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides. A partir destas informações foi utilizada uma amostragem aleatória estratificada por unidade de saúde e sexo, no qual foi selecionada uma amostra proporcional ao número de idosos por sexo e unidade de saúde, onde foi inicialmente selecionado um tamanho amostral de 381 idosos, com erro amostral fixado em 4,89%, mas ao final do estudo a amostra selecionada foi de 441 idosos, sendo o erro amostral reduzido para 4,51%.

O tamanho da amostra ( $n$ ) foi calculado a partir de

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0},$$

em que  $n_0 = \frac{1}{e^2} = \frac{1}{0,05^2}$ , e é o erro amostral e  $N$  é o número total de idosos cadastrados e acompanhados, com  $e$  sendo o erro amostral (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Distribuídos conforme Tabela 2.

**Tabela 2. Distribuição da amostra populacional idosa quanto a Unidade Saúde da Família relacionada a sexo, 2012.**

USF	População Masculina	População Feminina	Total
<b>Maguari</b>	11	13	24
<b>Benevides Centro</b>	19	22	41
<b>Stos. Dumont 1</b>	8	7	15
<b>Stos. Dumont 2</b>	10	10	20
<b>Terceira Travessa</b>	5	5	10
<b>Canutama</b>	12	15	27
<b>Benfica Piçarreira</b>	9	11	20
<b>Flores</b>	8	11	19
<b>Independente</b>	16	18	34
<b>Médice</b>	19	18	37
<b>Murinin 1</b>	12	12	24
<b>Murinin 2</b>	13	14	27
<b>Santa Maria</b>	15	14	29
<b>Benfica Centro</b>	12	11	23
<b>Paraíso 1</b>	7	7	14
<b>Paraíso 2</b>	9	8	17
<b>Total</b>	185	196	381

#### 5.4 Características das variáveis

Neste estudo, as variáveis foram coletadas a partir de entrevistas com os idosos. Contemplando as seguintes variáveis:

a) Características sócio-demográficas estabelecidas pelo estudo das variáveis.

Sexo: masculino ou feminino;

Idade: A partir de 60 anos;

Escolaridade: Analfabeto, ensino fundamental, ensino médio e, ensino superior;

Renda familiar: Menor que 1 salário mínimo; 1 a 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos e sem rendimento;

b) Características Clínicas: acompanhamento de sua condição de vida e saúde, tais como assiduidade nas consultas (acima de 02 consultas) com os profissionais de saúde.

### **5.5 Critérios de exclusão**

Idosos não cadastrados e faltosos nas Unidades da Estratégia Saúde da Família.

### **5.6 Coleta de dados**

Para a obtenção dos dados, foi aplicado questionário oriundo a partir da caderneta da pessoa idosa (BRASIL, 2008), que propicia um levantamento periódico das condições de vida e saúde do idoso.

Para fins operacionais, procedeu-se, uma redução do questionário original, sendo mantidas apenas as perguntas que abordavam questões de interesse desta investigação contendo questões abordando desde os dados pessoais até as condições de saúde (APÊNDICE 1). A coleta foi no período de 01 a 31 de outubro de 2013 e, as informações foram exportadas posteriormente para o banco de dados do programa Excel 2010.

## 5.7 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto nas dependências do Hospital Universitário Bettina Ferro da Universidade Federal do Pará com idosos que aguardavam consulta clínica. O questionário foi aplicado junto a 10 idosos e posteriormente analisados. Após análise foi necessário o acréscimo de questões que abordassem melhor as condições de vida e saúde no que diz respeito a número de quedas (item 23.1 do questionário).

## 5.8 Análise de dados

Posteriormente a coleta das informações, os questionários foram avaliados de forma atenta pelos pesquisadores para averiguar supostos erros na coleta ou mesmo questões não preenchidas. Após avaliação minuciosa dos questionários, os mesmos foram digitados em uma planilha eletrônica para iniciar-se a análise dos resultados referente a este trabalho.

Para análise inicial utilizou-se a técnica da análise exploratória de dados que descreve as informações de modo simples, direto e objetivo. Segundo Magalhães e Lima (2011), a técnica tem como objetivo a coleta, organização, caracterização e síntese dos dados permitindo descrever as características de interesse a ser trabalhada. A análise exploratória é composta de diversas ferramentas que contribuem para a organização das informações e alcance do objetivo em estudo, dentre elas, as utilizadas neste trabalho são as tabelas e os gráficos.

Neste estudo, utilizou-se a técnica multivariada análise de correspondência (AC) com o objetivo de verificar as relações entre as categorias das variáveis referentes as características dos idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Benevides.

Inicialmente para a aplicação da técnica realizou-se o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para verificar a dependência entre as variáveis, em que as hipóteses

testadas são:  $H_0$ : as variáveis são independentes e  $H_1$ : as variáveis são dependentes. O valor do teste  $\chi^2$  é obtido por (FÁVERO et al., 2009).

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, \quad (1)$$

em que  $O_{ij}$  representa a frequência observada e  $E_{ij}$  representa a frequência esperada para a  $i$ -ésima linha e  $j$ -ésima coluna da tabela de contingência.

Posteriormente calculou-se o critério  $\beta$  para verificar a dependência entre as categorias das variáveis em estudo, por meio da Equação (2),

$$\beta = \frac{\chi^2 - (l-1)(c-1)}{\sqrt{(l-1)(c-1)}}, \quad (2)$$

em que  $\chi^2$  é o valor do qui-quadrado encontrado na Equação (1);  $l$  é o número de linhas e  $c$  é o número de colunas da tabela de contingência. Se  $\beta > 3$ , as categorias das variáveis são ditas dependentes, e conseqüentemente pode-se prosseguir com a aplicação da técnica.

Após a verificação de dependência entre as variáveis, foram obtidos os resíduos padronizados, que indicam a probabilidade de ocorrência do valor observado na tabela de contingência. Os resíduos podem ser obtidos por,

$$Z_{res} = \frac{E_{ij} - O_{ij}}{\sqrt{E_{ij}}}, \quad (3)$$

em que  $O_{ij}$  representa a frequência observada e  $E_{ij}$  representa a frequência esperada para a  $i$ -ésima linha e  $j$ -ésima coluna da tabela de contingência.

De acordo com Ramos et al. (2008), para obter a probabilidade de associação entre as categorias é necessário calcular coeficiente de confiança, dado por

$$\gamma = \begin{cases} 0, & \text{se } Z_{res} \leq 0 \\ 1 - 2 \times [1 - P(Z < Z_{res})], & \text{se } 0 < Z_{res} < 3 \\ 1, & \text{se } Z_{res} \geq 3, \end{cases} \quad (4)$$

em que  $Z_{res}$  é uma variável aleatória com distribuição de probabilidade normal padrão. São consideradas relações significativas quando  $\gamma \geq 70$ , ou seja, a probabilidade de associação entre as variáveis deve ser maior ou igual a 70%. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância  $\alpha$  igual a 5%. Os resultados da análise estatística foram obtidos com o auxílio do programa Statistica 6.0.

### 5.9 Aspectos éticos

O projeto de estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA, em Belém-Pará, conforme o disposto na Resolução Nº 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde. “Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem a respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012). Recebendo parecer de aprovação Nº 514.297 (APÊNDICE 4), sendo que ao final da análise dos dados tornou-se evidente o papel da enfermagem nas condições de vida e saúde dos idosos, sendo então realizada a mudança de título do estudo e, solicitado notificação junto ao CEP.

Foi submetido ainda o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Benevides e os sujeitos envolvidos, com os devidos esclarecimentos e objetivos da pesquisa e posterior publicação dos resultados (APÊNDICES 2 e 3).

## ***RESULTADOS E DISCUSSÃO***

---

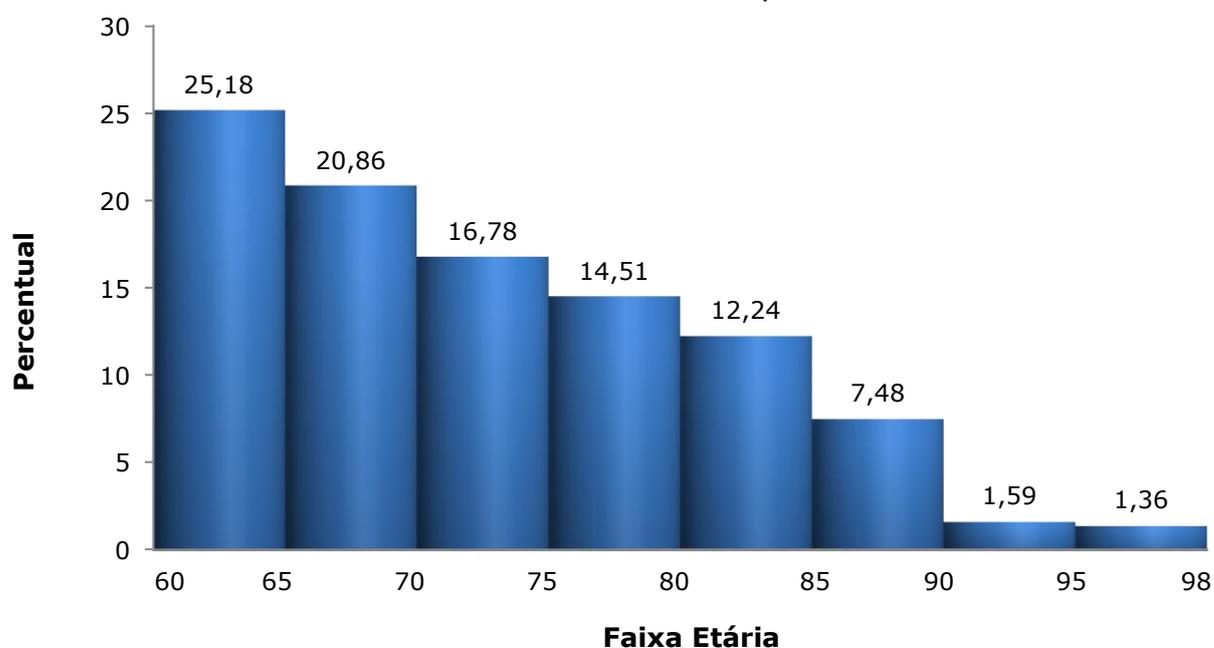
Neste capítulo se interpreta, analisa e discute os resultados a partir da análise estatística, a qual se apresenta em forma de tabelas e gráficos, juntamente com a literatura pertinente que fundamenta este estudo. As análises iniciam-se, primeiramente, pelo perfil sócio-epidemiológico, seguido, pelas condições de vida e posteriormente as condições de saúde.

## 6.1 Perfil Sócio-epidemiológico

### 6.1.1 FAIXA ETÁRIA

A maior parte dos idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem faixa etária de 60 a 64 (25,18%), seguido por 65 a 69 (20,86%) (Figura 1).

Figura 1 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Faixa Etária.*



No presente estudo constatou-se um predomínio de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos, no que se refere ao acompanhamento destes idosos pela Estratégia Saúde da Família (Figura 1). Essa informação coaduna com o estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD, 2013) que demonstra a evolução da taxa de envelhecimento no município de Benevides, entre 1991 a 2000, de 3,76% para 4,46%.

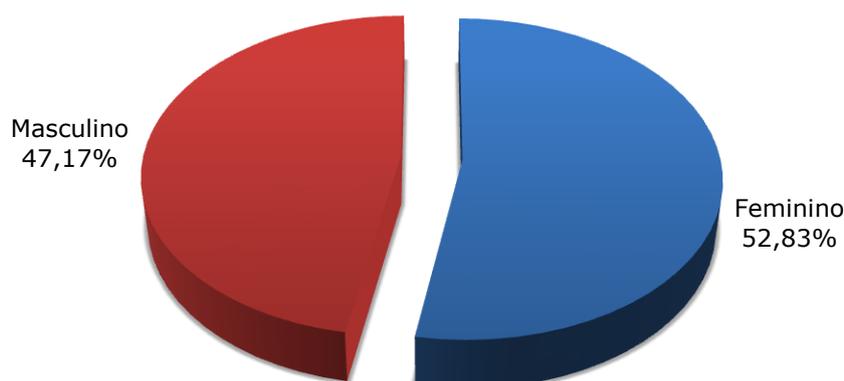
Esta variável é confirmada ainda no estudo realizado pela World Health Organization (WHO, 2002) que cita em todo o mundo, que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais esta crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223,00%, ou, em torno de 694 milhões no número de pessoas mais velhas. Em 2025, haverá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos; até 2050, dois bilhões, sendo 80,00% nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o crescimento da população idosa, vem ocorrendo de forma bastante acelerada, pois a faixa etária dos 60 aos 69 anos é a que mais cresce na maioria dos países em desenvolvimento (PAVARINI, 2005). Afirma-se ainda esta variável com Santos e Matos (2011) onde evidenciam que 47,50% dos idosos encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo que menos de 20,00% tinham 80 anos ou mais. Ainda segundo dados do IBGE (2010), a proporção de idosos na população passou de 3,00% em 1991 e 3,60% em 2000, para 4,60% em 2010.

### 6.1.2 GÊNERO

A maioria dos idosos cadastrados/atendidos pelas Unidades da ESF é do sexo feminino (52,83%) (Figura 2).

Figura 2 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Gênero.*



A constatação do predomínio de idosos do sexo feminino (Figura 2). Corrobora com os resultados de Santos e Matos (2011), que ao analisarem idosos do município de Guaramiranga (Ceará) demonstram que 60,30%, dos participantes são mulheres. Pilger et al. (2011), revelam que em sua pesquisa com idosos do município de Guarapuava (Paraná) 64,40% dos participantes são mulheres.

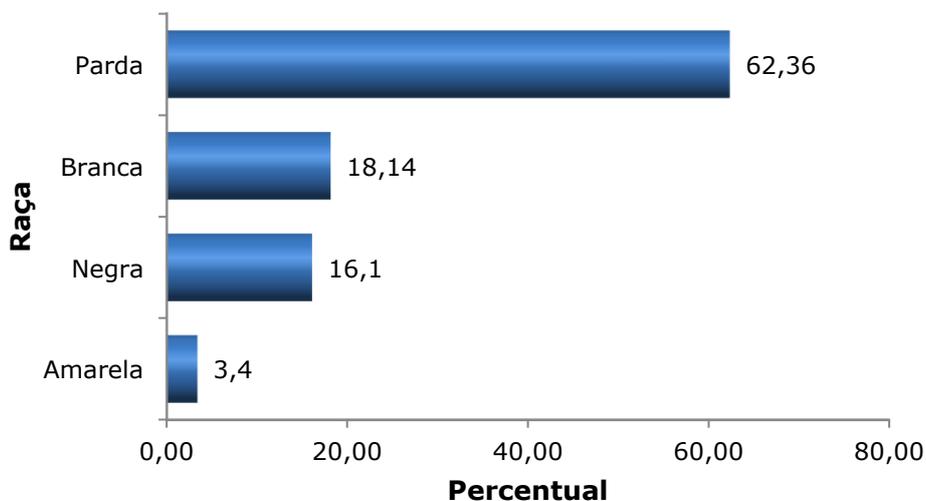
A predominância de mulheres confirma a chamada feminização da velhice, pois a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil. O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças (VICTOR, 2008). No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostram: em 1991, as mulheres correspondiam a 54,00% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,10%. Portanto, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,60 homens idosos (IBGE, 2010).

Santos (2007), afirma que tal associação provavelmente deve-se ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida e, conseqüentemente, maior risco de desenvolverem doenças crônicas incapacitantes. A institucionalização parece ser em grande medida, uma questão feminina datados de uma década em que as mulheres já constituíam a maioria da população e com idade mais avançada (AIRES, 2009), portanto coincidem com os dados do estudo.

### 6.1.3 RAÇA

A maioria dos idosos é da raça parda (62,36%) (Figura 3).

Figura 3 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Raça.*

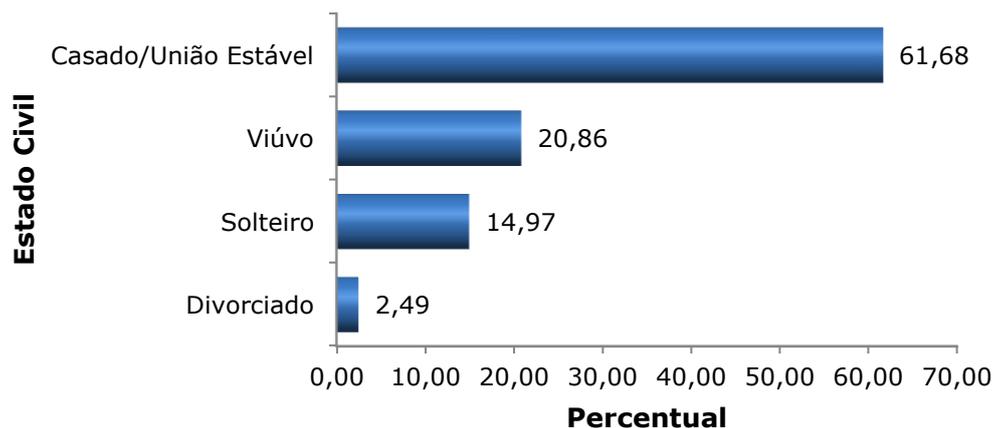


Com relação à raça, o estudo demonstrou predomínio da raça parda (Figura 3). De acordo com o IBGE (2010), no estado do Pará 43,10% da população idosa se declaram pardas, em Benevides, o percentual da população idosa que se declara parda é de 65,60%.

#### 6.1.4 ESTADO CIVIL

A maioria dos idosos são casados/união estável (61,68%) (Figura 4).

Figura 4 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Estado Civil.*

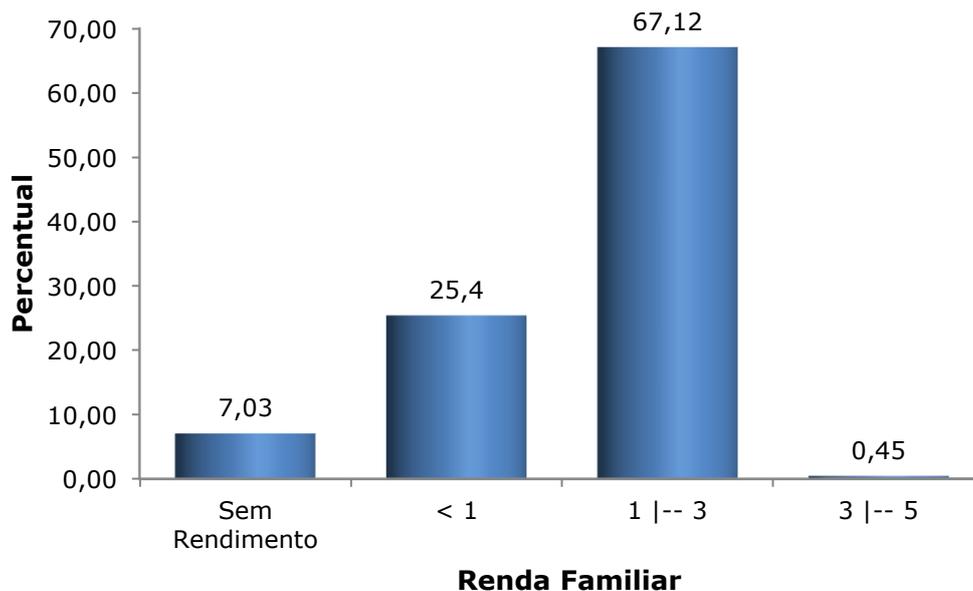


No que se refere ao estado civil, o estudo demonstra predomínio do estado conjugal casado/união estável. Dados semelhantes são encontrados em Nunes et al. (2010), no seu estudo sobre idosos atendidos pelas equipes de saúde no Distrito Sanitário Leste de Goiânia (Goiás), mostram que 50,80% dos idosos são casados e 33,80% são viúvos. No entanto, divergências são apontadas no estudo com idosos, realizado no município de Dourados (Campo Grande), por Alvarenga (2010), que afirma ter um discreto predomínio de viúvos (42,90%) quando comparados com casados (41,60%). Assim como, em estudo realizado por Aires (2009), em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), situada no município de Frederico Westphalen, região Norte do Estado do Rio Grande do Sul (RS), no tangente à situação conjugal dos idosos, verifica-se a predominância de idosos solteiros (64,50%), sendo inexistentes casos na situação de idosos que se declararam casados.

### 6.1.5 RENDA FAMILIAR

A maioria dos idosos possui renda mensal de 1 a 3 salários mínimos aproximadamente (67,12%) (Figura 5).

Figura 5 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Renda Familiar.



Quanto a renda familiar, o estudo revela que a maioria dos idosos (67,12%) recebe de 1 a 3 salários mínimos. Corroborando com este resultado o estudo de Campos et al. (2009), com idosos no Município de Botucatu, revelam que em torno de 42,50% recebem rendimentos de até três salários mínimos, em geral, provenientes de aposentadoria e pensões. Ainda em estudo com idosos em Ribeirão Preto, realizado por Pedrazzi et al. (2010), demonstram que a maior parte dos idosos recebe entre um e três salários mínimos (SM).

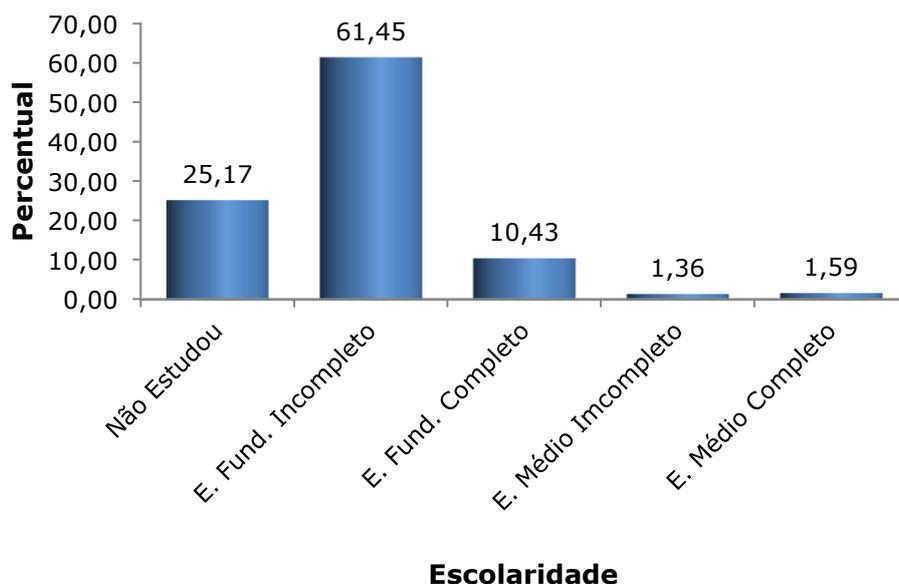
Divergindo deste resultado, o estudo de Nunes et al. (2010), com idosos atendidos pelas equipes de saúde no Distrito Sanitário Leste de Goiânia (Goiás) constatam que 77,30% dos idosos apresentava rendimento menor ou igual 2 salários mínimos. Cota et al. (2009), em seu estudo com idosos no município de Teixeiras (Minas Gerais) revelam que a renda *per capita* média destes idosos é de 0,40 salários mínimos, sendo que o número de pessoas

idosas no Brasil que vivem a baixo da linha da pobreza é de 46,10%. Alvarenga (2010), constata que a renda *per capita* das famílias que têm como integrante a pessoa idosa é menor que 1 salário mínimo, em 52,10% de seus entrevistados.

#### 6.1.6 GRAU DE ESCOLARIDADE

A maioria dos idosos possui o ensino fundamental incompleto (61,45%) (Figura 6).

Figura 6 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Grau de Escolaridade.*



No que se refere a escolaridade, revela-se nos achados do estudo que o maior percentual de idosos está centrado no ensino fundamental incompleto, ou seja, a maioria dos idosos tem até 4 anos de escolaridade. Este é um resultado coincidente com os estudos de Nunes et al. (2010), revelam que 43,80% dos idosos tem de um a cinco anos de escolaridade, ou seja, ensino fundamental incompleto. Jerônimo (2011), em seu estudo com idosos e o atendimento nas unidades média complexidade em Natal (Rio Grande do

Norte), demonstra que 51,00% dos idosos declaram ter ensino fundamental incompleto.

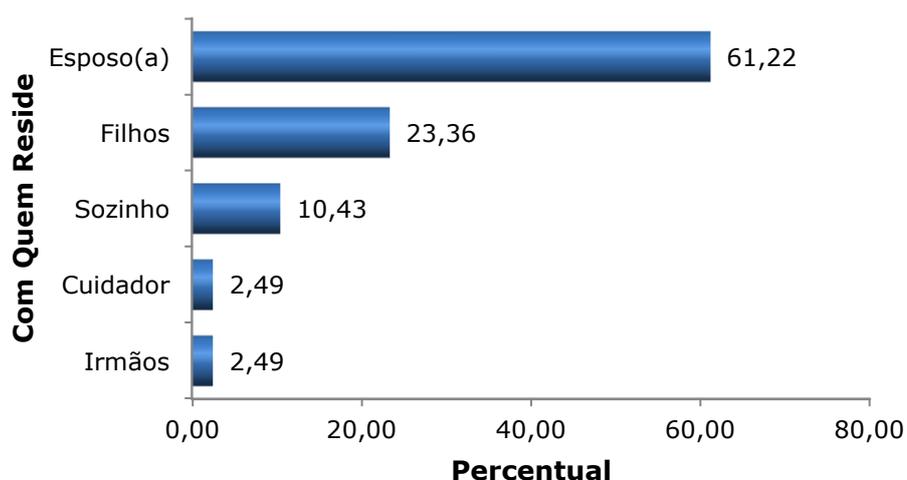
Os resultados revelam que a pouca escolaridade, representa uma realidade nos países em desenvolvimento, pois na infância destes idosos, a educação não era prioridade. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), o ensino fundamental tem duração de nove anos, e o ensino médio corresponde à etapa final da educação básica, com duração de três anos (BRASIL, 2010).

Estes resultados vão ao encontro do perfil nacional, pois corroboram com Campos et al. (2009), que constata que cerca de 50,00% dos idosos possuem o nível fundamental completo.

#### 6.1.7 COM QUEM RESIDE

A maioria dos idosos declara que reside com o esposo (a) (61,22%) (Figura 7).

Figura 7 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Com Quem Reside.



Em pesquisa realizada por Pilger, Menon e Mathias (2011), demonstram que 57,70% dos idosos coabitam com esposo (a) ou moram juntos. Santos e Matos (2011), revelam que 59,10% dos idosos são casado (a)s ou tem uma companheira (o).

Entretanto no estudo de Bertuzzi et al. (2012), que descreve sobre a rede de apoio dos idosos no sul do país, predominaram (50,10%) os arranjos tri-geracionais, em que o idoso reside com os filhos e netos.

### 6.1.8 NÚMERO DE FILHOS

A maior parte dos idosos possui de 1 a 3 filhos (42,86%), seguido por idosos que possuem de 4 a 6 filhos (24,94%) (Tabela 3).

*Tabela 3 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Número de Filhos.*

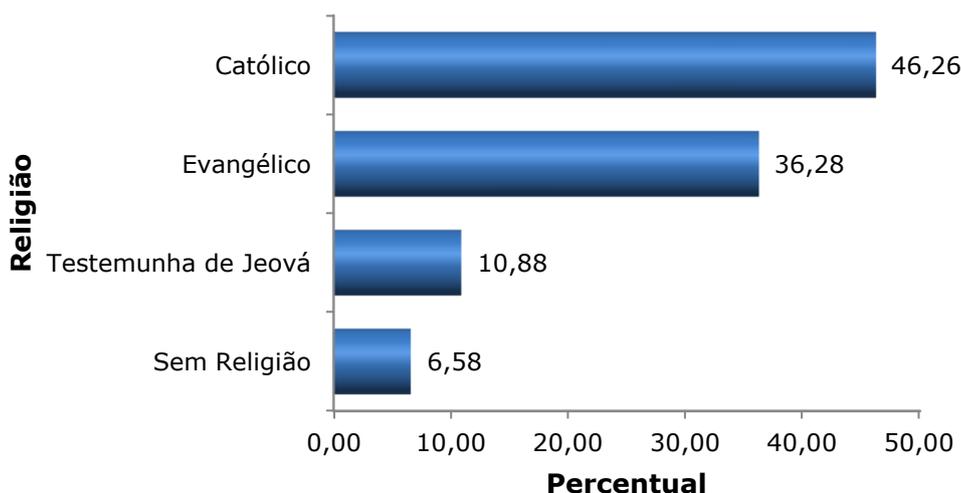
Número de Filhos	Quantidade	Percentual
1 a 3	189	42,86
4 a 6	110	24,94
7 a 9	29	6,58
10 a 13	15	3,40
Não Possui	98	22,22
Total Geral	441	100,00

Este resultado se aproxima daqueles encontrados no estudo realizado por Pedrazzi et al. (2010), onde evidencia que 42,90% dos idosos têm entre três e cinco filhos, seguidos daqueles que têm entre um e dois (29,30%) e seis filhos ou mais (19,70%), com média de 4,08 filhos, e a porcentagem de idosos que declarou não ter filhos foi de apenas 8,20%.

### 6.1.9 RELIGIÃO

A maior parte dos idosos é da religião católica (46,26%), seguido dos idosos que são da religião evangélica (36,28%) (Figura 8).

Figura 8 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Religião.*



Constata-se no estudo o predomínio da religião católica entre os idosos (Figura 8), este resultado é consonante com a literatura conforme apresenta o estudo de Nunes et al. (2010), em que 57,50% dos idosos são católicos. Alvarenga (2010), mostra em seu estudo 56,50% dos idosos são católicos. Ainda, Faller et al. (2010), numa pesquisa com idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz de Iguaçu (Paraná), revelam que 66,15% são católicos.

Com o avançar da idade, a espiritualidade é fonte importante de suporte emocional, repercutindo nas áreas da saúde física e mental. Práticas e crenças religiosas contribuem para o bem-estar na velhice, exercendo grande influência nesta fase da vida (PACHECO, 2002).

### 6.1.10 OCUPAÇÃO

A maior parte dos idosos é aposentado (49,66%), seguido das idosas que são dona de casa (24,26%) (Tabela 4)

*Tabela 4 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Ocupação.*

Ocupação	Quantidade	Percentual
Aposentado	219	49,66
Dona de Casa	107	24,26
Serviços Gerais	55	12,47
Lavrador (a)	30	6,80
Motorista	8	1,81
Sem Ocupação	8	1,81
Autônomo	6	1,36
Caseiro (a)	4	0,91
*Outros	4	0,91
<b>Total Geral</b>	<b>441</b>	<b>100,00</b>

Nota: \* Funcionário Público; Pastor; Pescador; Operador de Máquinas.

Quanto a ocupação, o estudo demonstra que a maior parte dos idosos são aposentados. A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo a crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da época atual (MENDES, 2005).

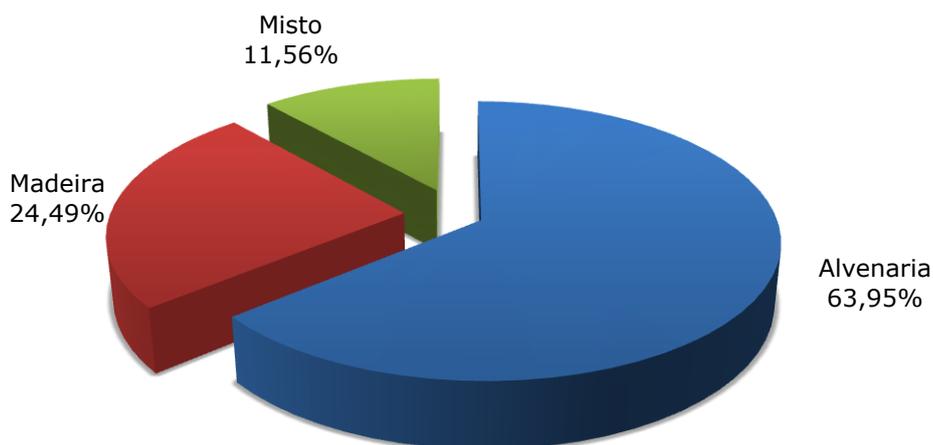
No Brasil, uma das características marcantes da população idosa é seu baixo poder aquisitivo. Aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento, e o retorno dos idosos ao mercado de trabalho ou a sua permanência se dá, sobretudo no mercado informal, em atividades mal remuneradas e jornadas de trabalho extensas (FRUMI; CELICH, 2006).

Nunes et al. (2010), afirmam que 70,40% dos idosos são aposentados. Santos e Matos (2011), que demonstram que 87,40% dos idosos são aposentados.

### 6.1.11 TIPOS DE DOMICÍLIO

A maioria dos idosos reside em casa de alvenaria (63,95%) (Figura 9).

Figura 9 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Tipos de Domicílio.*



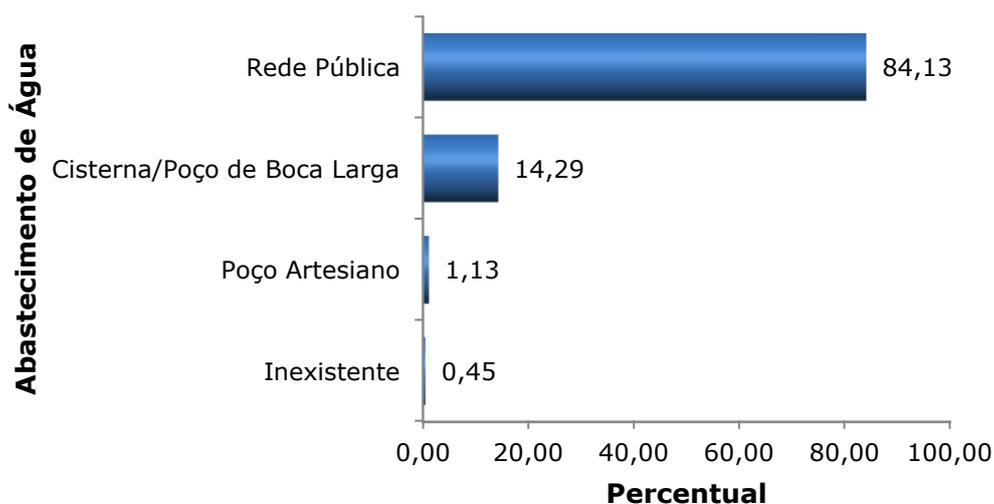
No que se refere ao domicílio, revela-se o predomínio de casas alvenaria. IBGE (2010), no Brasil, 97,80% dos domicílios têm as paredes externas construídas com algum tipo de material durável, com predomínio de alvenaria como revestimento (80,00%). Em contrapartida, a região Norte apenas (13,30%) dos domicílios são de alvenaria, número que se mostra distante da realidade encontrada em Benevides.

Oliveira et al. (2011), em seu estudo com idosos acompanhados pelas Unidades saúde da família no município de Marília (São Paulo), a partir de amostra aleatória dos idosos, afirmam o predomínio de 85,00% de casas de idosos serem de alvenaria.

### 6.1.12 ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A maioria dos idosos possui abastecimento de água da rede pública do município de Benevides (84,13%) (Figura 10).

Figura 10 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Abastecimento de Água.*

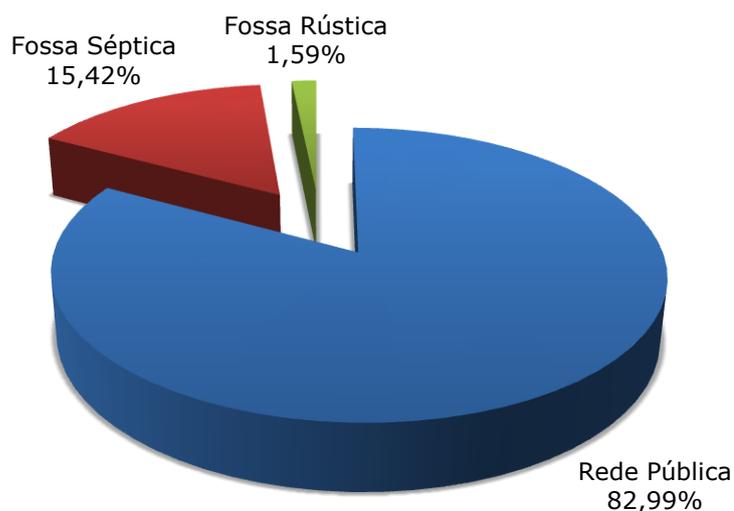


Quanto ao abastecimento de água, este é realizado pela rede pública, os resultados encontrados corroboram com o censo do IBGE (2010), que revelou que, no Brasil, 84,60% dos domicílios do país possuem abastecimento de água por rede pública. Na região Norte, o número de residências abastecidas passou de 56,70%, em 2009, para 55,90%, em 2011. Em Oliveira et al. (2011), observa que em média de 99,00% dos domicílios de idosos, o abastecimento de água é realizado pela rede pública.

### 6.1.13 REDE DE ESGOTO

A maioria dos idosos é atendido por rede de esgoto pública (82,99%) (Figura 11).

Figura 11 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Rede de Esgoto.*



Quanto ao atendimento por rede esgoto, o estudo revela o predomínio de atendimento de rede de esgoto por rede pública, corroborando com este resultado, Oliveira et al. (2011), onde revelam o predomínio de 88,00% de rede de esgoto ligado a rede pública.

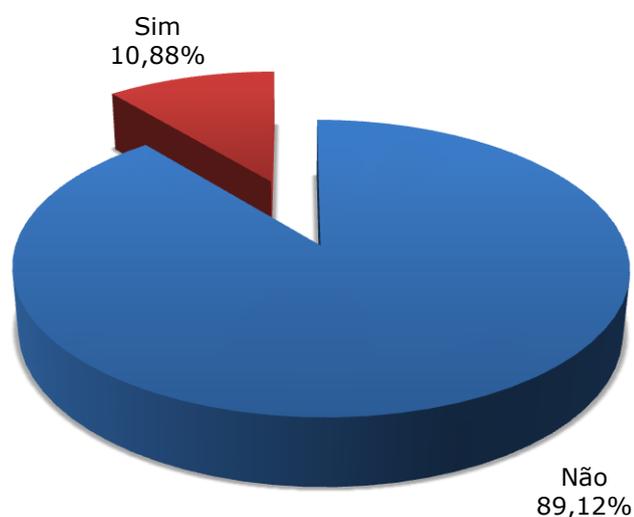
Segundo o IBGE (2010), o atendimento por rede de esgoto no Brasil, apresenta uma situação crítica, sendo grande a desigualdade entre as regiões. As regiões Norte (32,90%), Nordeste (45,40%) e Centro-Oeste (51,80%) apresentam as menores proporções de domicílios com esgotamento sanitário adequado. A região Norte registrou queda de 36,30% para 32,90% dos domicílios ligados à rede geral de esgoto ou com fossa séptica, entre 2000 e 2010. Quando comparado os resultados de IBGE (2010), em relação ao atendimento por rede esgoto, os domicílios de idosos de Benevides, apresentam alto índice de atendimento, pois a região Norte, figura como a pior região quando se refere a rede de esgoto.

## 6.2 Condições de Vida

### 6.2.1 INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

A maioria dos idosos não ingere bebida alcoólica (89,12%) (Figura 12)

Figura 12 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Ingestão de Bebida Alcoólica.*

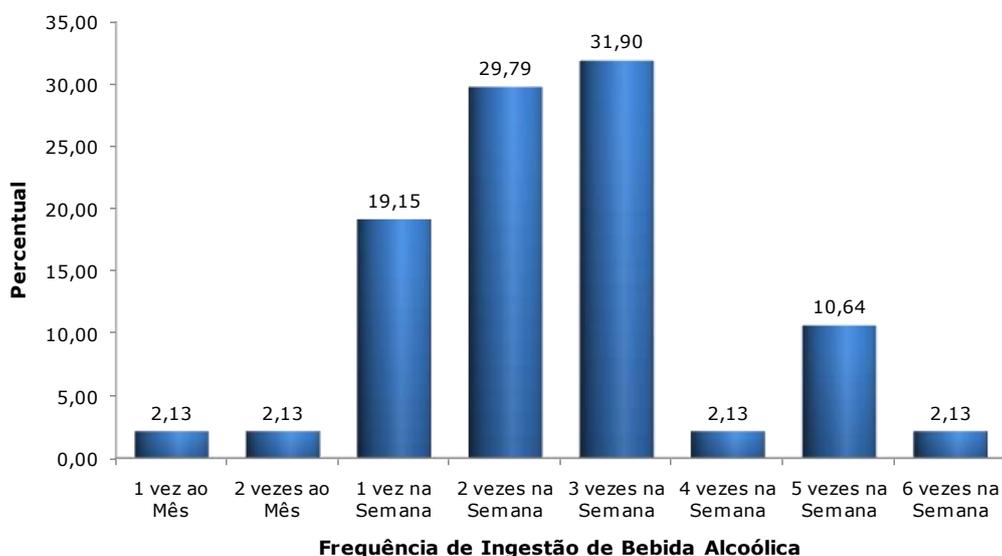


A constatação do predomínio de idosos que não ingerem bebida alcoólica corrobora com os resultados do estudo de Xavier et al. (2008), que ao analisarem a população idosa adstrita a estratégia saúde da família de Florianópolis (Santa Catarina), revelam que não realizam consumo de bebidas alcoólicas (98,90%). Ainda de acordo com estudo realizado por Jerônimo (2011), sobre condições de saúde em idosos na cidade de Natal (Rio Grande do Norte), este revela o baixo consumo de bebida alcoólica entre os idosos. Já no estudo de Ferreira et al. (2010), encontram a prevalência para o consumo de bebida alcoólica de 6,00%, resultado um pouco abaixo do encontrado neste estudo.

## 6.2.2 FREQUÊNCIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

A maior parte dos idosos ingerem bebida alcoólica, o fazem este uso 3 vezes na semana (31,91%), seguido por idosos que ingerem 2 vezes na semana (29,79%) (Figura 13).

Figura 13 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Frequência de Ingestão de Bebida Alcoólica.*



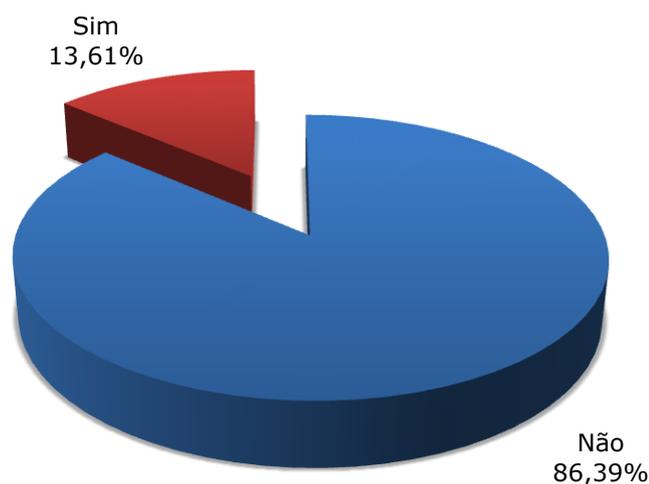
O estudo revelou que a maior parte dos idosos ingerem bebida alcoólica, o fazem 3 vezes na semana, que quando comparado com outras pesquisas este resultado demonstra um percentual elevado de ingestão de bebida alcoólica por parte dos idosos do município de Benevides. Xavier et al. (2008), demonstram que apenas 1,10% (06 idosos) ingeriam bebida alcoólica.

Borim, Barros e Neri (2012), em seu estudo sobre a autoavaliação dos idosos em Campinas (São Paulo), demonstram que 10,40% ingere bebida alcoólica de 2 a mais vezes por semana. Já Costa et al. (2004), evidenciam que 10,90% dos idosos consomem bebida alcoólica no período de até 5 vezes por semana.

### 6.2.3 HÁBITO DE FUMAR

A maioria dos idosos não possui o hábito de fumar (86,39%) (Figura 14).

Figura 14 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Hábito de Fumar.*



Com relação ao hábito de fumar, a maioria dos idosos não possui este hábito, resultado este que vai ao encontro dos estudos nacionais sobre tabagismo. Porém, corroboram com Xavier et al. (2008), que comentam em seu estudo que 96,60% dos idosos não têm o hábito de fumar. Borim, Barros e Neri (2012), evidenciam que 67,70% dos idosos também não têm o hábito de fumar. Monteiro, Conde e Popkin (2007) em seus estudos sobre fumantes idosos demonstram que 15,40% são fumantes.

Peixoto et al. (2006), em estudo com idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte (Projeto Bambuí), mostram que ocorre uma redução do tabagismo ao longo dos anos vividos. Entretanto, Santos e Matos (2011), evidenciam que 56,80% dos idosos são tabagistas demonstrando assim, elevado percentual de idosos tabagistas, no município de Guaramiranga - Ceará.

#### 6.2.4 QUANTIDADE DE CIGARROS

Entre os que fumam, a maior parte dos idosos fumam 20 cigarros por dia (31,67%), seguido dos idosos que fumam de 3 a 6 cigarros por dia, com 13,33% cada (Tabela 5).

Tabela 5 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Quantidade de Cigarros.*

Quantidade de Cigarros	Quantidade	Percentual
03 por semana	1	1,67
20 por semana	1	1,67
01 por dia	6	10,00
02 por dia	1	1,67
03 por dia	8	13,33
04 por dia	3	5,00
05 por dia	3	5,00
06 por dia	8	13,33
08 por dia	3	5,00
10 por dia	2	3,33
12 por dia	2	3,33
14 por dia	1	1,67
15 por dia	1	1,67
20 por dia	19	31,67
40 por dia	1	1,67
Total	60	100,00

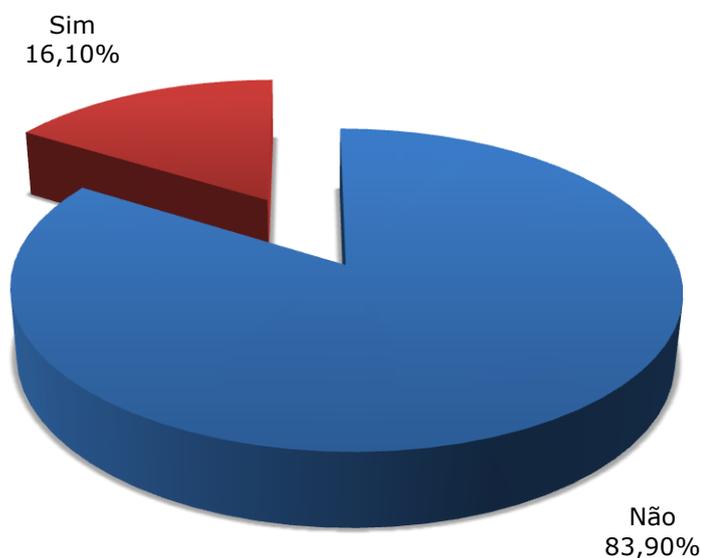
Peixoto et al. (2006), afirmam que os fumantes mais velhos apresentam algumas características que os diferem dos mais jovens. Geralmente, fumantes com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência da nicotina, fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e sentem mais dificuldade em parar de fumar. Embora os benefícios com a interrupção do hábito de fumar sejam maiores entre os mais jovens, o abandono do cigarro em qualquer idade reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde. Por exemplo, espera-se um aumento de dois a três anos na esperança de vida, após o abandono do cigarro, entre idosos com 65 anos ou mais de idade, que fumam até um maço

(equivalente a 20 cigarros) de cigarros por dia. Apesar disso, o tabagismo entre idosos tem recebido pouca atenção.

#### 6.2.5 ATIVIDADE FÍSICA

A maioria dos idosos não pratica atividade física (83,90%) (Figura 15).

Figura 15 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Prática de Atividade Física.*



Quanto a variável atividade física, o estudo revelou o predomínio dos idosos que não praticam atividade física. Corroborando com este resultado o estudo de Nunes et al. (2009), evidenciam o sedentarismo em 62,00% dos idosos. No Brasil, o sedentarismo apresenta elevada prevalência, especialmente nas regiões menos desenvolvidas como o Norte e Nordeste (FUSCALDO, 2002).

Uma vez que o sedentarismo é mais prevalente na população idosa e essa população possui perfil de saúde e de comportamento diferenciado em relação à população adulta em geral, é importante o desenho de programas

especiais para esse grupo populacional. A prescrição do exercício adequado a essa população e a modificação do comportamento são quesitos importantes a serem considerados. A prescrição do exercício deve contemplar intensidade, frequência, duração, modalidade da atividade física. A escolha de cada componente deve levar em consideração a condição física de cada indivíduo e se o idoso tem história de inatividade de longa data (FERREIRA et al., 2012).

É senso comum que a prescrição de atividade física auxilia na manutenção dessa prática (THURSTON; GREEN, 2008). Em estudo realizado por Siqueira et al. (2008), em unidades da estratégia saúde da família com idosos em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil discutem que muito embora se conheçam os benefícios da prática de atividade física, ainda é baixa a prescrição de exercícios físicos por profissionais de unidades básicas de saúde e unidades do Programa de Saúde da Família. Os profissionais devem ser estimulados a prescreverem exercícios físicos baseados em evidência científica, orientando os limites dessa prescrição.

Entretanto, Mazo et al. (2007), em estudo realizado em centros de convivência de idosos situado no município de São José, em Santa Catarina, evidenciam que 79,13% realizam atividade física. Benedetti et al. (2012), afirmam que 60,60% dos idosos que participam de grupos de convivência praticam atividade física.

## 6.2.6 QUANTIDADE DE ATIVIDADE FÍSICA

Entre os idosos que praticam atividade física, a maioria pratica atividade física 3 vezes na semana (55,71%) (Tabela 6).

*Tabela 6 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Frequência de Atividade Física.*

Frequência de atividade física	Quantidade	Percentual
1 vez na Semana	1	1,43
2 vezes na Semana	13	18,57
3 vezes na Semana	39	55,71
4 vezes na Semana	6	8,57
5 vezes na Semana	11	15,71
Total	70	100,00

Constatou-se que entre os idosos que praticam atividade física, a frequência de 3 vezes na semana, resultado este que corrobora com Ferreira et al. (2012), que demonstram que os idosos realizam atividade física no mínimo 3 vezes por semana. Também, Cota et al. (2009), verificam que 32,60% dos idosos praticam alguma atividade física regular, ou seja, exercícios dinâmicos, como andar, correr, pedalar, nadar, com frequência de três a cinco vezes por semana.

### 6.2.7 DURAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

A maior parte dos idosos pratica atividade física com duração de 30 minutos (48,57%), seguido daqueles que praticam atividade física com duração de 60 minutos (38,57%) (Tabela 7).

*Tabela 7 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Duração de Atividade Física.*

Duração da Atividade Física	Quantidade	Percentual
20 Minutos	2	2,86
30 Minutos	34	48,57
45 Minutos	7	10,00
60 Minutos	27	38,57
Total	70	100,00

O estudo demonstra que a duração das atividades físicas realizadas pelos idosos é de 30 minutos diários. Corroborando com a recomendação atual de prática de atividade física é de no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderada por pelo menos cinco dias por semana, 2 ou 150 minutos por semana de atividade física moderada ou vigorosa (DHHS, 2008).

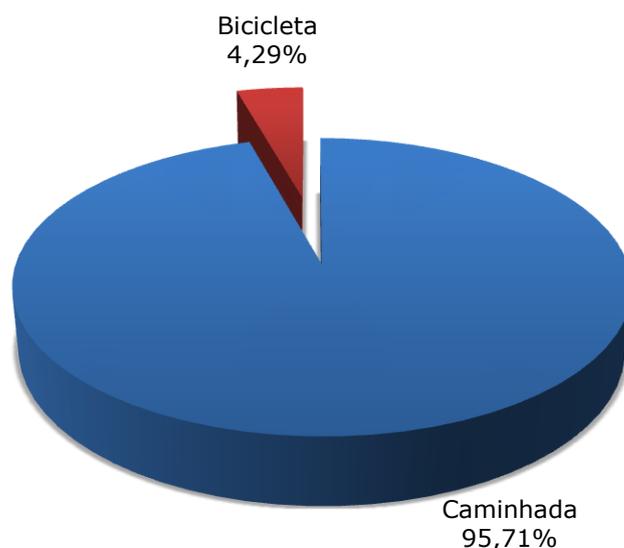
No estudo de Nelson et al. (2007), sobre as recomendações para a população adulta e idosa da Associação Americana de Cardiologia, evidencia-se o critério baseado nas recomendações de atividades físicas que resultam em benefícios para a saúde, classificando como “ativos” os indivíduos que praticavam até 150 minutos por semana (min/sem) de atividade física, no mínimo de intensidade moderada.

Mazo et al. (2007), utilizam o questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) com adaptações, classificando como idosos ativos (79,13%), àqueles que praticavam, pelo menos 300 minutos por semana (min/sem) de atividade física. A prática de atividade física é na atualidade uma das principais estratégias de intervenção para a prevenção das DCNT e para a melhora e manutenção da qualidade de vida e bem-estar.

### 6.2.8 TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA

A maior parte dos idosos que praticam atividade física se exercita realizando caminhada (95,71%), seguido por bicicleta (4,29%) (Figura 16).

Figura 16 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Tipo de Atividade Física.*



O estudo revelou o predomínio dos idosos que realizam caminhadas como atividade física. Ferreira et al. (2012), revelam que mudanças na atividade física de idosas fisicamente ativas podem ocorrer a partir de orientações que estimulem a prática de atividade física moderada, em especial a caminhada. Além disso, apresentam a informação de cinco grandes levantamentos realizados na população do sexo masculino, maior de 65 anos, na Inglaterra, Estados Unidos e Holanda mostram que a caminhada foi uma das atividades mais realizadas.

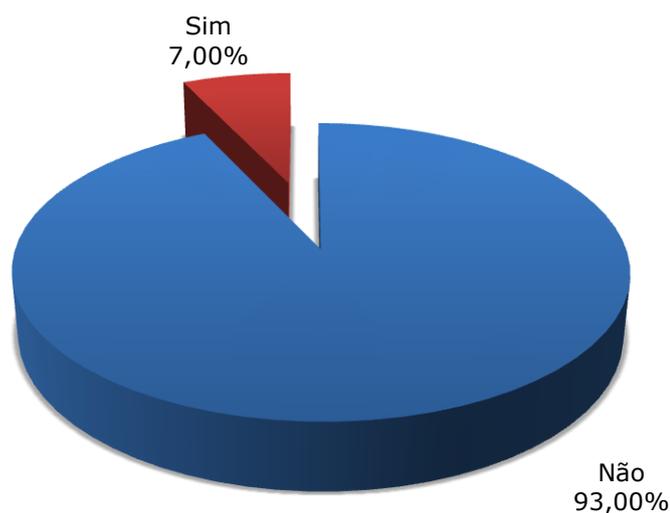
Estudos realizados por Benedetti (2004) e Mazo (2005), com idosos em Florianópolis (Santa Catarina) mostram que a atividade física mais praticada é a caminhada. Este resultado foi similar a outros estudos realizados em Feira de Santana – Bahia (ALMEIDA, 2005), Campinas – São Paulo (ZAITUNE et al., 2007) e São Paulo – SP (MONTEIRO et al., 2003). A caminhada é um tipo de atividade importante para a promoção da atividade física, pois não necessita de

orientação profissional específica e pode ser praticada livremente em ambientes públicos.

#### 6.2.9 USO DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR

A maioria dos idosos não utiliza medicação para dormir (93,00%) (Figura 17).

Figura 17 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Uso de Medicação para Dormir.*



Dentre os idosos a maioria referiu que não utiliza medicação para dormir (Figura 17). Resultado este que vai de encontro com o estudo realizado por Oliveira e Novaes (2013), com idosos em Instituições de Longa Permanência de Brasília, onde verificam que 98,20% dos idosos utilizam alguma medicação para dormir.

Fleming e Goetten (2005) em estudo realizado no Abrigo São Vicente para idosos em Cascavel (Paraná), evidenciam a utilização de medicação para dormir em 44,00% dos idosos.

## 6.2.10 QUAL MEDICAÇÃO QUE UTILIZA PARA DORMIR

A maior parte dos idosos que utilizam medicação pra dormir, utilizam os benzodiazepínicos (38,71%), seguido dos que utilizam chás caseiros (25,81%) (Tabela 8).

*Tabela 8 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Qual Medicação Usa para Dormir.*

Medicação para Dormir	Quantidade	Percentual
Benzodiazepínicos	12	38,71
Chás Caseiros	8	25,81
Antidepressivos	3	9,68
Neurolépticos	2	6,45
Tranquilizantes	2	6,45
Antidepressivo/Tranquilizante	1	3,23
Antivertiginoso E Vasodilatador	1	3,23
Benzodiazepínico/Antidepressivo	1	3,23
Neuroléptico/Anticonvulsivante	1	3,23
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

O estudo revelou o elevado número de idosos que utilizam benzodiazepínicos para dormir. Corroborando com este resultado o estudo realizado por Floriano e Dalgalarondo (2007), sobre a qualidade de vida de idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família situada na região do Distrito de Sousas (Campinas), revela a utilização de benzodiazepínicos nos últimos 12 meses, em 45,50% dos entrevistados. Da mesma forma, o estudo de Huf et al. (2000), com mulheres idosas em um centro de convivência no Rio de Janeiro, demonstra que entre os benzodiazepínicos, a substância mais utilizada foi o bromazepam, 56,10%, seguido do lorazepam, 14,90%, cloxazolam, 7,40%, e diazepam, 6,80%. Alvarenga et al. (2009), evidencia que 59,50% dos idosos utilizam benzodiazepínicos.

Pesquisas epidemiológicas indicam que o cenário da prática do uso de benzodiazepínicos difere bastante não apenas daquele onde foram realizados os ensaios sobre eficácia e efetividade, mas também das recomendações internacionalmente aceitas. Os benzodiazepínicos estão entre os

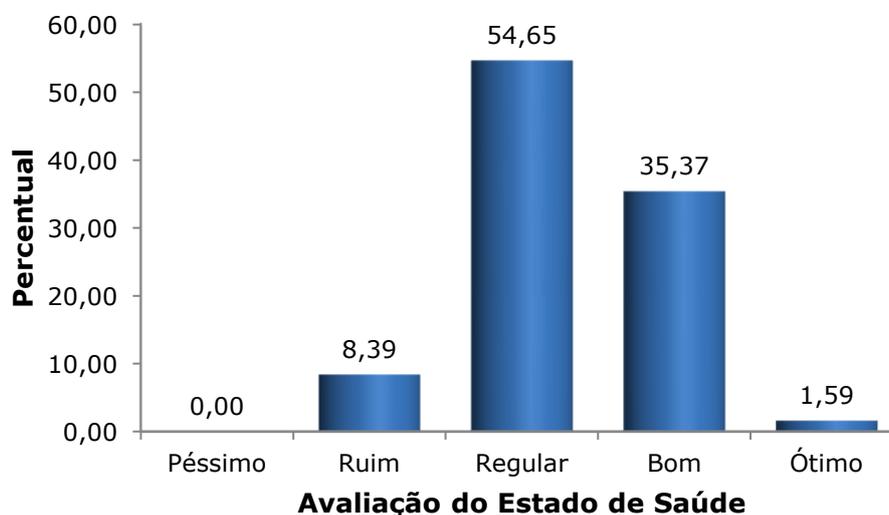
medicamentos mais prescritos a idosos, e as mulheres utilizam benzodiazepínicos em uma proporção duas vezes maior que os homens. De fato, a maioria das prescrições de benzodiazepínicos é dirigida a mulheres e idosos com insônia ou queixas físicas crônicas (HUF et al., 2000).

## 6.1 Condições de Saúde

### 6.3.1 AVALIAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE

A maioria dos idosos considera seu estado de saúde regular (54,65%) (Figura 18).

Figura 18 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Avaliação do Estado de Saúde.*



Em relação ao estado de saúde, o estudo demonstrou o predomínio dos idosos com seu estado de saúde regular. Corrobora com este resultado, o estudo realizado por Silva et al. (2011), que evidenciam que a situação de saúde dos idosos é auto referida como regular (53,80%).

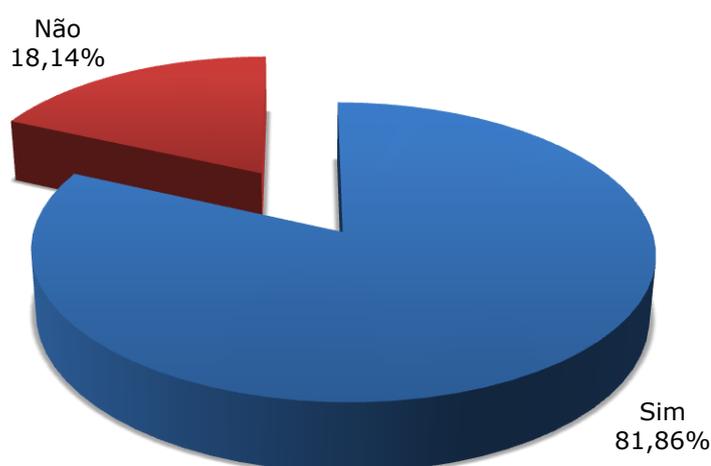
Pilger et al. (2011), revelam que o estado de saúde dos idosos foi considerado bom para 54,80% e ruim para 31,70%. Estudo realizado por Nunes et al.(2009), mostra que 66,50% dos idosos consideram sua saúde regular.

Santos e Matos (2011), constataam que a saúde autorreferida é um dos indicadores mais utilizados em estudos gerontológicos porque se acredita que possa predizer, de forma consistente, a mortalidade e a queda da capacidade funcional. Assim, é importante que todos os fatores que se mostraram associados à saúde autorreferida sejam acompanhados com atenção, de forma a servir de fundamento à implantação/implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde dessa população.

### 6.3.2 PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO - TRANSMISSÍVEL

A maioria dos idosos são portadores de alguma doença crônica não transmissível (81,86%) (Figura 19).

Figura 19 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Portador de Alguma Doença Crônica Não-Transmissível.*



Dentre os idosos do estudo predominantemente são portadores de alguma doença crônica não – transmissível. Corrobora Pilger et al. (2011), ao demonstrarem que 88,30% dos idosos entrevistados possuem alguma doença crônica não- transmissível. Santos e Matos (2011), expressam que 79,10% dos idosos são portadores de alguma doença crônica não transmissível. Este resultado afirma-se ainda, com o estudo realizado por Nunes et al. (2010), que mostram que 70,90% dos idosos possuem alguma doença crônica não – transmissível.

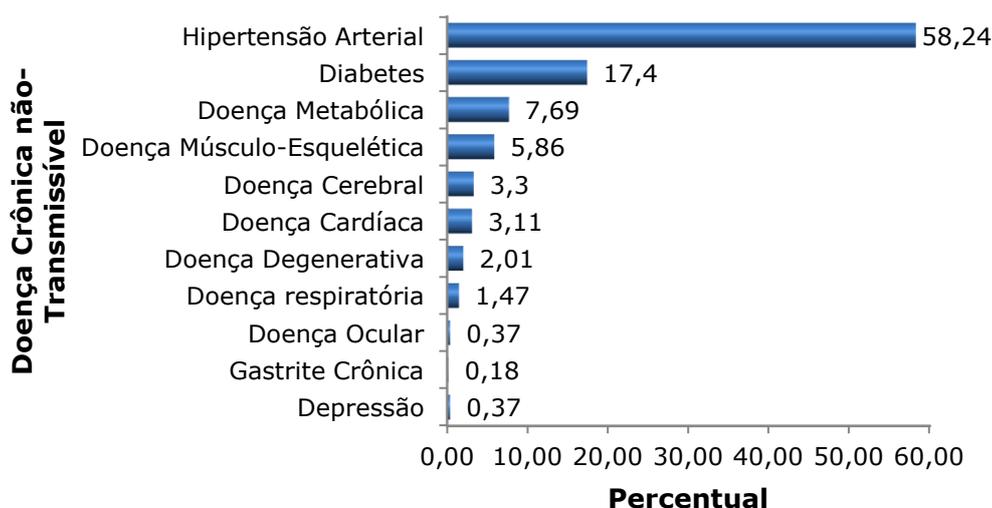
Ainda, de acordo com Mendes (2010) afirma que 79,10% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relatam que são portadores de, pelo menos, uma doença crônica.

Envelhecer sem doença crônica é uma exceção, porém possuir a doença não significa necessariamente uma exclusão social; desse modo deve-se priorizar o idoso, proporcionando sua participação na sociedade, pois, mantendo o idoso ativo, participativo, ele pode contribuir ainda para o desenvolvimento do país (IBGE, 2010).

### 6.3.3 QUAL DOENÇA CRÔNICA NÃO - TRANSMISSÍVEL

A maioria dos idosos são portadores de Hipertensão arterial (58,24%) (Figura 20).

Figura 20 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Qual Doença Crônica Não-Transmissível.*



O estudo demonstrou que a doença crônica não – transmissível mais prevalente é a Hipertensão arterial. Em estudo feito por, Nunes et al. (2009), ao evidenciarem que a hipertensão arterial foi a morbidade mais prevalente (62,70%) em idosos. No estudo realizado por Rocha et al. (2011), com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina (Piauí), revela-se que a prevalência da hipertensão arterial, em idosos, é de 85,90%, resultado semelhante ao estudo com idosos no município de Bambuí, Minas Gerais, que mostram a prevalência da hipertensão arterial em 61,50% dos idosos.

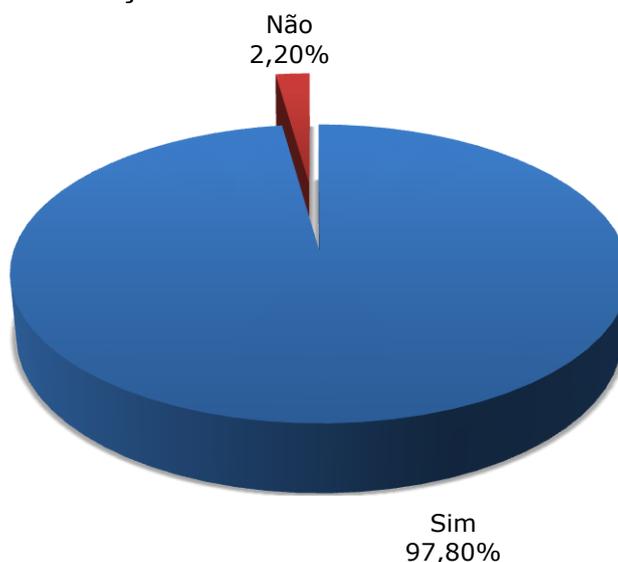
Nunes et al. (2010), afirmam que a hipertensão arterial é a doença crônica não – transmissível mais prevalente na população idosa (51,00%). Pilger et al. (2011), evidenciam que a doença frequentemente relatada em idosos foi a hipertensão arterial com 34,90%. Ainda, em estudo realizado por Cota et al. (2009), revelam que 83,30% dos idosos apresentam hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica é a condição crônica mais observada na população estudada. De acordo com o Ministério da Saúde tal agravo é altamente prevalente nessa etapa da vida acometendo cerca de 50,00 a 70,00% de idosos. É considerado um importante problema de saúde pública no mundo, sendo um dos mais importantes fatores predisponentes de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica (BRASIL, 2006).

#### 6.3.4 USO DE MEDICAMENTO PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA

A maioria dos idosos utiliza remédios para o tratamento da sua doença (97,80%) (Figura 21).

Figura 21 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Uso de Medicamento para a Doença.*



Quanto a utilização de medicamentos entre os idosos deste estudo, prevaleceu significativamente a utilização de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não – transmissíveis. De acordo com Menezes et al. (2008), verificam que o consumo de medicamentos entre os idosos é muito alto, tendência que acompanha o processo de envelhecimento com o surgimento de doenças crônicas não – transmissível e suas comorbidades.

Rocha et al. (2011), revelam que 100,00% utilizam rotineiramente fármacos decorrente das doenças crônicas já diagnosticadas. Nunes et al. (2009), revelam que 100% utilizavam medicamentos para alguma doença crônica não – transmissível.

### 6.3.5 MEDICAMENTOS USADOS PARA A DOENÇA

A maior parte dos idosos utiliza anti-hipertensivos e anticoagulantes associados para o tratamento da hipertensão (23,40%), seguido dos idosos que utilizam 02 hipertensivos isoladamente (15,60%) (Tabela 9).

*Tabela 9 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Medicações para a Doença.*

Medicação para Doença	Quantidade	Percentual
Anti-Hipertensivo /Anti-Coagulante	84	23,40
02 Anti-hipertensivos	56	15,60
01 Anti-Hipertensivo	46	12,81
Anti-Hipertensivo/ Hipoglicemiante	43	11,98
Anti-Hipertensivo Com Associações	28	7,80
Anti-Hipertensivo/Anti-Coagulante Com Associações	24	6,69
02 Hipoglicemiantes	17	4,74
Mais De 02 Anti- Hipertensivos	14	3,90
Anti-Hipertensivos/Hipoglicemiantes/Anti-Coagulante	11	3,06
*Outros	10	2,79
01 Hipoglicemiante	9	2,51
Anti-Hipertensivos/ Hipoglicemiante Com Associações	6	1,67
Hipoglicemiante Com Associações	6	1,67
Não Realiza Tratamento	3	0,84
Hipoglicemiante/Anti-Coagulante/Anti-Hipertensivo Com Associações	2	0,56
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100,00</b>

Nota: \* Neurolépticos; Anti-histaminico; Anti-coagulante; Vitamina B1; Anti-digitálico; Mucolítico.

Em pesquisa realizada por Oliveira et al. (2009), observa-se que 27,90% do total de medicamentos prescritos aos idosos foram os anti-hipertensivos. De acordo com Lyra Júnior et al. (2006), a maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos, como a hipertensão arterial sistêmica, justifica esse crescimento do consumo de medicamentos. Sendo assim, dos 187 (89,90%)

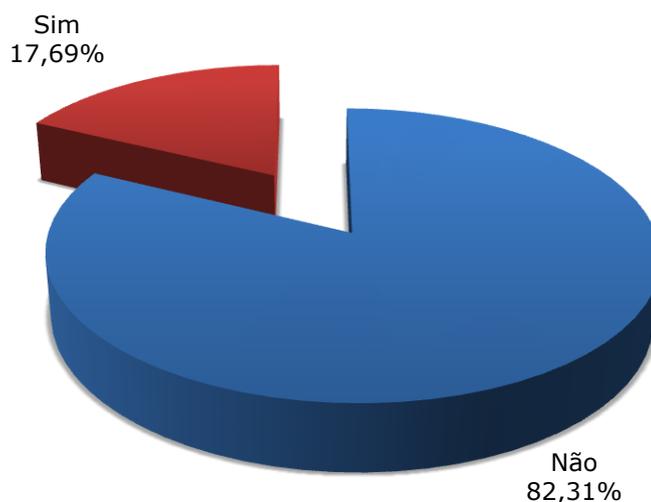
idosos que utilizam algum tipo de medicamento, os mais usados foram os anti-hipertensivos.

Quanto às prescrições dos medicamentos para os idosos estudados, quando comparadas à lista de medicamentos selecionados pelo Ministério da Saúde foi constatado as prescrições estavam em consonância e, portanto, com a Política Nacional de Medicamentos, fato que constitui um importante instrumento de orientação das ações de saúde relacionado ao uso de medicamentos, já que, por meio dessa orientação, é possível garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, os medicamentos mais frequentemente utilizados pelos idosos são os que atuam no sistema cardiovascular (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos e anticoagulantes) representando, aproximadamente, 45% das prescrições (BRASIL, 2006).

### 6.3.6 HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

A maioria dos idosos não foi hospitalizada nos últimos 12 meses (Figura 22).

Figura 22 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Hospitalização nos Últimos 12 meses.*



Quanto a hospitalização o estudo demonstrou que predominantemente os idosos acompanhados pela Estratégia saúde da Família não foram hospitalizados nos últimos 12 meses (Figura 22). Entretanto a amostra de hospitalização se revela alta quando comparado com o estudo realizado por Pilger et al. (2013), que revelam a proporção de hospitalizações de 8,40% em idosos, demonstra assim, a fragilidade da saúde destes idosos requerendo assim um melhor acompanhamento por parte das equipes da estratégia saúde da família.

No Brasil, durante o ano 2005, 66,30% da população idosa que internou pelo SUS foi por condições crônicas (MENDES, 2010).

Sendo que a prevalência anual de hospitalizações da população idosa varia entre os países: 10,00% no Japão, 14,00% no Reino Unido, 16,00% na Alemanha e 18,00% nos Estados Unidos e Canadá. (JAYADEVAPPA, 2006).

### 6.3.7 PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI HOSPITALIZADO

A maior parte dos idosos foi hospitalizado devido ocorrência de Acidente Vascular Cerebral - AVC (24,36%), seguido de ocorrência de câncer (11,54%) (Tabela 10).

Tabela 10 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Qual Problema de Saúde Que Foi Hospitalizado.*

Motivo de Hospitalização	Quantidade	Percentual
AVC*	19	24,36
Câncer	9	11,54
Afecção Ocular	7	8,97
Cirurgia Abdominal	6	7,69
Afecção Pulmonar	4	5,13
Cardiopatia	4	5,13
Cirurgia Inguinal	4	5,13
Fratura	4	5,13
Infecção Urinária	4	5,13
Afecção Gastrointestinal	3	3,85
Cirurgia Vascular	3	3,85
Cirurgia Ginecológica	2	2,56
Crise Hipertensiva	2	2,56
Radioterapia	2	2,56
Anemia Grave	1	1,28
Cirurgia Cardíaca	1	1,28
Crise Hipertensiva/AVC	1	1,28
Dengue Clássica	1	1,28
Hipoglicemia	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>

**Nota:** \* Acidente Vascular Cerebral

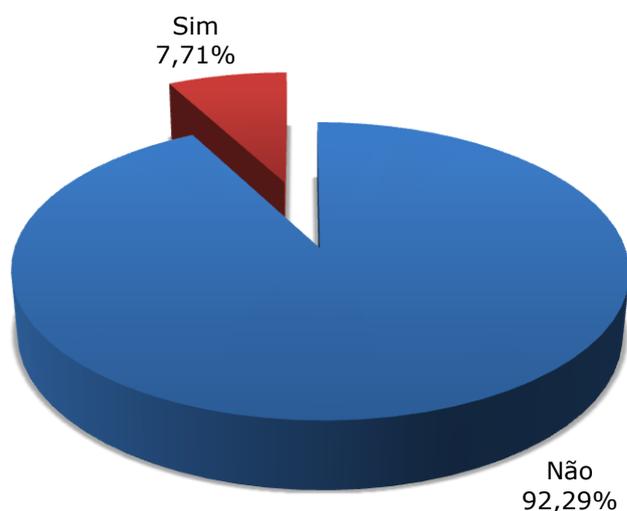
O AVC lidera o padrão indicador de doenças que levam a hospitalização sendo mais incidente e acima da média nacional. Em estudo realizado por Pereira et al. (2009), sobre perfil epidemiológico de idosos atendidos pelo Programa saúde da Família situado no município de Vassouras ( Rio de Janeiro), constata-se que a prevalência de AVC em pessoas com 60 anos ou mais é de 2,93%. Rocha et al. (2011), mostram que a prevalência de AVC, em idosos, é de 4,20%. Na pesquisa realizada por Cruz e Diogo (2009), com

idosos atendidos em diferentes serviços de saúde, no município de Campinas (São Paulo), demonstra-se a ocorrência de AVC em 34,10%.

### 6.3.8 VÍTIMA DE QUEDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES

A maioria dos idosos não foi vítima de queda nos últimos 12 meses (92,29%) (Figura 23).

Figura 23 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Vítima de Queda nos Últimos 12 meses.*



No que se refere a queda de idosos nos últimos 12 meses, revela-se nos achados do estudo o predomínio de idosos que não foram vítimas de queda nos últimos 12 meses. Este é um resultado dissonante com o estudo de Rocha et al (2011), sobre a prevalência de quedas em idosos, no qual mostra que 43,20% já foi vítima de queda.

A queda pode ser considerada um caso de saúde pública e grande causa de morte em idosos. Segundo o Ministério da Saúde, 14,24% dos idosos com 80 anos ou mais morreram depois de sofrerem quedas e entre os de 70 e 79 anos, foram 5,26% de mortes decorrentes de quedas. No Brasil, 30,00% dos idosos caem ao menos uma vez por ano, sendo que 5,00% das quedas

resultam em fraturas e entre 5,00% e 10,00% levam a ferimentos que necessitam de atendimento médico. As internações decorrentes de queda em idosos veem aumentando ano a ano, em 2004, foram 50.906 internações hospitalares, em 2005, foram 61.368 e em 2006, foram 63.381 internações (ALVES JÚNIOR; PAULA, 2008).

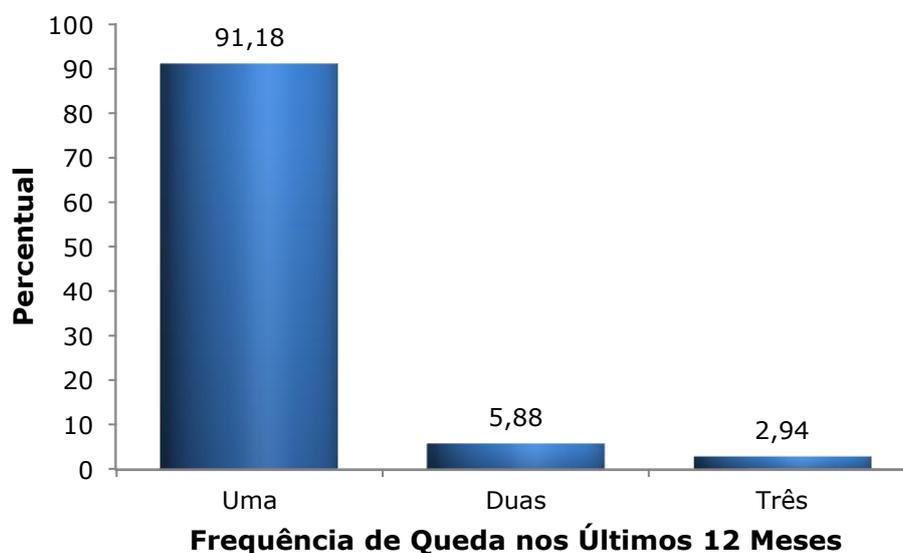
Estudos indicam que 66,00% dos idosos sofrem quedas no próprio lar (FABRÍCIO; RODRIGUES; JÚNIOR, 2004) e as principais causas das quedas são fatores relacionados com o ambiente em 54,00% dos casos, seguido por doenças neurológicas em 14,00% e cardiovasculares em 10,00%. É importante ressaltar que em torno de 30,00% das pessoas com mais de 65 anos e metade das com mais de 80 anos sofrem uma queda a cada ano, como apontam Pedrinelli et al. (2009).

Na pesquisa realizada por Buksman et al. (2008), sobre quedas em idosos pela Associação Médica Brasileira de Medicina e Conselho Federal de Medicina no Brasil, referem que 30,00% dos idosos caem a cada ano. Entretanto, neste estudo apenas 7,71% dos idosos de Benevides afirmam ter caído, isso pode ser explicado pelo fato da maioria dos entrevistados está na faixa etária de 60 a 69 anos. Em pesquisa realizada por Talbot et al. (2005), sobre quedas em idosos na cidade de Baltimore (EUA) encontra-se que 21,00% dos adultos com idade entre 46 e 65 anos caíram nos dois anos em que o estudo foi realizado. O que demonstra que o risco de quedas aumenta com o avançar da idade. Além disso, estudos sugerem que idosos mais jovens podem ter quedas menos sérias ou se recuperar mais rapidamente das possíveis consequências quando comparados aos de mais idade (RUTHIG et al., 2007). Sendo assim, idosos mais jovens, como os idosos de Benevides, podem subestimar e não reportar as quedas.

### 6.3.9 FREQUÊNCIA DE QUEDAS

A maioria dos idosos que foram vítimas de quedas nos últimos 12 meses, caiu uma vez neste período (91,18%) (Figura 24).

Figura 24 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Frequência de Queda nos Últimos 12 meses.*



Pereira et al. (2001), revelam que as quedas em indivíduos acima dos 60 anos são tão frequentes que há muito tempo são aceitas como efeitos “naturais” do envelhecimento. Tal observação repousa no fato que pelo menos 30,00% dos idosos no Brasil sofrem um episódio de queda por ano, sendo que as mulheres têm uma frequência de quedas um pouco mais elevada que os homens da mesma faixa etária. Os idosos na faixa entre 75 e 84 anos que necessitam de auxílio em algumas atividades da vida diária têm probabilidade de sofrer queda aumentada em 14 vezes. No estudo realizado por Machado et al. (2009), constatam que 87,50% dos idosos com idade superior a 65 anos sofreram queda pelo menos 1 vez.

### 6.3.10 MOTIVO DE QUEDAS

A maior parte dos idosos que caíram, foi devido a uma queda acidental (44,12%) seguido por desequilíbrio motor (29,41%) (Tabela 11).

*Tabela 11 Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Motivo da Queda nos Últimos 12 meses.*

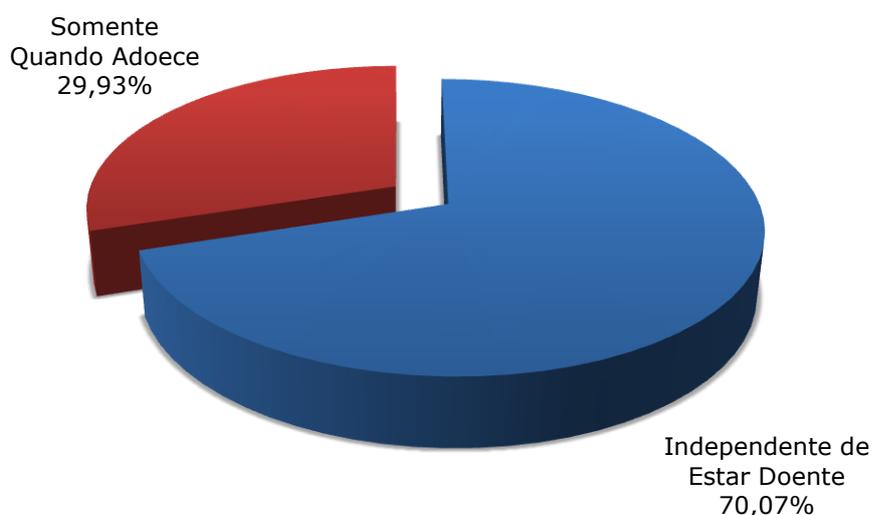
Motivo de Queda	Quantidade	Percentual
Queda Acidental	15	44,12
Desequilíbrio Motor	10	29,41
Síncope	3	8,82
AVC	2	5,88
Confusão Mental	1	2,94
Crise Epilética	1	2,94
Espancado	1	2,94
Hipoglicemia	1	2,94
Total	34	100,00

Dentre os idosos que caíram, o motivo mais apontado da queda foi acidental (em casa, na rua, no transporte). Em pesquisa descrita por Hamra, Ribeiro e Miguel (2007), com idosos que foram vítimas de fraturas atendidos pelo serviço de ortopedia e traumatologia da FAMECA (Faculdade de Medicina de Catanduva), situada em São Paulo, revelam que 74,60% dos idosos sofrem queda em ambiente doméstico. Fabrício et al. (2004), revelam que 54,00% dos idosos que sofreram queda a causa mais comum foi acidental (ambiente doméstico).

### 6. 3.11 COMPARECIMENTO AO SERVIÇO DE SAÚDE

A maioria dos idosos comparece ao serviço de saúde independente de estar doente (70,07%) (Figura 25).

Figura 25 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Comparecimento ao Serviço de Saúde.*



Nos achados do estudo, constata-se que os idosos procuram atendimento independente de estar doente, corroborando estes resultados Pilger et al. (2013), revelam que 70,40% população idosa é grande usuária dos serviços de saúde, principalmente os serviços públicos, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Mendes (2010) revela que 70,00% dos idosos afirmam procurar atendimento médico independente de estar doente. Para Louvison et al. (2008), em estudo integrante do Projeto Saúde, Bem – estar e Envelhecimento (SABE), com idosos atendidos nos serviços de internação hospitalar e ambulatoriais município de São Paulo (São Paulo), revelam que o diagnóstico de doenças crônicas e a auto–percepção dos idosos referida como regular é determinante para o uso dos serviços de saúde.

De acordo com o IBGE (2010), o posto de saúde ou o centro de saúde foi o serviço mais procurado (56,80%).

## 6.2 Relações entre as variáveis

### 6.4.1 ATIVIDADE FÍSICA E DOENÇA CRÔNICA NÃO - TRANSMISSÍVEL

A maioria dos idosos que não pratica atividade física, possui doença crônica não – transmissível (68,48%) (Tabela 12).

Tabela 12 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Atividade Física e Problema de Saúde.*

Pratica Atividade Física	D. C. N. T				Total	
	Não		Sim		Qtd.	%
	Qtd.	%	Qtd.	%		
Não	68	15,42	302	68,48	370	83,90
Sim	12	2,72	59	13,38	71	16,10
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>18,14</b>	<b>361</b>	<b>81,86</b>	<b>441</b>	<b>100,00</b>

**Nota:** Doença Crônica não Transmissível (D.C.N.T)

Quando realizada a análise entre atividade física e doença crônica não – transmissível, constata-se haver elevado nível de significância. Os idosos que possuem doença crônica não – transmissível relatam não realizar atividade física. Alves et al. (2010), constatam que 37,10% dos idosos são sedentários e destes, 32,00% possuem alguma doença crônica não – transmissível. Robledo-Martinez (2006) revelam que os idosos reconhecem a importância da prática de atividades físicas reduzindo assim o risco para DCNT.

Estes resultados demonstram que se faz necessário estimular a prática de atividades físicas para que se possa obter uma boa qualidade de vida, uma vez que a atividade física reduz o sedentarismo, e este, é um fator de risco para desenvolvimento de obesidade, hipertensão arterial, diabetes entre outros.

#### 6.4.2 GÊNERO E HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

A maior parte dos idosos do sexo feminino (42,85%) e masculino (39,46%) não se hospitaliza nos últimos 12 meses (Tabela 13).

Tabela 13 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Gênero e Hospitalização nos últimos 12 meses.*

Hospitalização	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		Qtd.	%
	Qtd.	%	Qtd.	%		
Não	189	42,85	174	39,46	363	82,31
Sim	44	9,98	34	7,71	78	17,69
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>52,83</b>	<b>208</b>	<b>47,17</b>	<b>441</b>	<b>100,00</b>

Neste estudo, revela-se que não ocorre hospitalização nos últimos 12 meses em idosos de ambos os gêneros, porém quando realizada a análise entre gênero e hospitalização nos últimos 12 meses, constatou-se haver discreta prevalência das mulheres na internação hospitalar. Santos et al. (2007), afirmam que tal associação provavelmente deve-se ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida e, conseqüentemente, maior risco de desenvolverem doenças crônicas incapacitantes .

As mulheres apresentam maiores condições incapacitantes (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade da mulher reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens (MURTAGH ; HUBERT, 2004).

Santos, Tavares e Barabosa (2010), verificam que as mulheres idosas apresentavam mais de três doenças crônicas não – transmissíveis, corroborando com os resultados deste estudo.

Jerônimo (2011) afirma que as mulheres procuram mais os serviços de saúde para realizar cuidados preventivos, como do câncer ginecológico e de mama, *check-up* de rotina, as mesmas apresentam uma maior percentagem com DCNTs, provavelmente em decorrência da feminização da velhice, melhor

percepção da doença precocemente e do maior sedentarismo que apresentam em relação ao homem.

#### 6.4.3 HÁBITO DE FUMAR E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO - TRANSMISSÍVEIS

A maioria dos idosos que não tem o hábito de fumar possui doença crônica não – transmissível (70,75%). Já 11,11% dos idosos que tem esse hábito são portadores de alguma doença crônica não – transmissível (Tabela 14).

Tabela 14 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Hábito de fumar e Doenças Crônicas Não - Transmissíveis.*

D.C.N.T*	Hábito de Fumar				Total	
	Não		Sim		Qtd	%
	Qtd	%	Qtd	%		
Sim	312	70,75	49	11,11	361	81,86
Não	69	15,65	11	2,49	80	18,14
Total	381	86,39	60	13,61	441	100,00

Nota: \*D.C.N.T: Doença Crônica Não- Transmissível

No estudo, demonstra-se que não ocorre associação entre o hábito de fumar e a prevalência de doença crônica não – transmissível corroborando com Santos e Matos (2011), que não observam associação com hábito de fumar e doença crônica não – transmissível.

#### 6.4.4 RENDA FAMILIAR E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO - TRANSMISSÍVEIS

A maioria dos idosos que possui renda familiar de 1 a 3 salários mínimos possui doença crônica não – transmissível (56,92%) (Tabela 15).

Tabela 15 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Renda Familiar e Doenças Crônicas Não - Transmissíveis.*

Renda Familiar	D.C.N.T				Total	
	Não		Sim		Qtd	%
	Qtd	%	Qtd	%		
Sem Rendimento	9	2,04	22	4,99	31	7,03
< 1	25	5,67	87	19,73	112	25,40
1  -- 3	45	10,2	251	56,92	296	67,12
3  -- 5	1	0,23	1	0,23	2	0,45
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>18,14</b>	<b>361</b>	<b>81,87</b>	<b>441</b>	<b>100,00</b>

Neste estudo, houve o predomínio de idosos que possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e, que são portadores de alguma doença crônica não – transmissível. Esta associação também é confirmada no estudo realizado por Silva et al. (2011), que demonstram que 40,00% dos idosos que possuem renda familiar de dois a três salários mínimos, possuem alguma doença crônica não – transmissível.

A aposentadoria possibilitou ao idoso a garantia de um rendimento mínimo para o atendimento de suas necessidades básicas. Embora mais vulnerável às despesas com remédios e demais tratamentos de saúde, esta parcela da população possui hoje melhores condições financeiras do que os mais jovens (COUTRIN, 2006).

#### 6.4.5 INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA E PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO – TRANSMISSÍVEL

A maioria dos idosos que possui doença crônica não – transmissível não ingere bebida alcoólica (73,92%) (Tabela 16).

Tabela 16 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Bebida Alcoólica e Doenças Crônicas Não - Transmissíveis.*

Bebida Alcoólica	D.C.N.T				Total	
	Não		Sim		Qtd	%
	Qtd	%	Qtd	%		
Não	67	15,19	326	73,92	393	89,12
Sim	13	2,95	35	7,94	48	10,88
Total	80	18,14	361	81,86	441	100,00

Dentre os idosos que são portadores de alguma doença crônica não – transmissível não ocorre associação com ingestão de bebidas. No estudo realizado por Silva et al. (2011), sobre a relação entre consumo de bebida alcoólica e portador de doença crônica em idosos, demonstra-se que idosos que consomem de bebida alcoólica também possuem alguma não – transmissível (9,20%). Em Xavier et al. (2008), em estudo com idosos portadores de doença crônica não – transmissível, demonstra-se que apenas 1,10% ingerem bebida alcoólica.

#### 6.4.6 HOSPITALIZAÇÃO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO - TRANSMISSÍVEIS

A maioria dos idosos que possui doença crônica não transmissível não foi hospitalizado (65,99%) (Tabela 17).

Tabela 17 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Hospitalização e Doenças Crônicas Não – Transmissíveis.*

Hospitalização	D.C.N.T				Total	
	Não		Sim		Qtd	%
	Qtd	%	Qtd	%		
Não	72	16,33	291	65,99	363	82,31
Sim	8	1,81	70	15,87	78	17,69
Total	80	18,14	361	81,86	441	100,00

Neste estudo, quando realizada a análise entre hospitalização e doença crônica não – transmissível, constata-se que a maioria dos idosos que possuem alguma doença crônica não – transmissível não é hospitalizado. Este resultado corrobora, em parte, com o estudo realizado por Dutra e Figueiredo (2008), com idosos hospitalizados portadores de doença crônica não – transmissível atendidos pela Estratégia saúde da Família no município de Progresso, situado no Rio Grande do Sul, no qual constata-se que 12,50% dos idosos foram hospitalizado nos últimos 12 meses.

Souza, Wegner e Gorini (2007), em estudo sobre educação em saúde, revela que os cuidadores leigos na população idosa são os cônjuges e, estes, mais especificamente as idosas esposas é dada usualmente a tarefa de cuidar, uma vez que os homens, teoricamente, adoecem e morrem mais cedo. A partir, deste pressuposto, a educação em saúde feita pelo enfermeiro na casa do idoso, a partir da Estratégia Saúde da Família, contribui para que este idoso, apesar de possuir doença crônica não – transmissível não se hospitaliza.

#### 6.4.7 VÍTIMA DE QUEDA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO – TRANSMISSÍVEIS

A maioria dos idosos que possui doença crônica não – transmissível não foi vítima de queda nos últimos 12 meses (74,60%) (Tabela 18).

Tabela 18 *Percentual de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013, por Vítima de Queda e Doenças Crônicas Não – Transmissíveis.*

Vítima de Queda	D.C.N.T				Total	
	Não		Sim			
	Qtd	%	Qtd	%	Qtd	%
Não	77	17,46	329	74,60	406	92,06
Sim	2	0,45	32	7,26	34	7,94
Total	79	17,91	361	81,86	441	100

Neste estudo não é verificada relação direta entre idosos vítimas de quedas e portadores de doença crônica não – transmissível. Este resultado pode ser explicado pelos resultados deste estudo, uma vez que a maior parte dos idosos de Benevides demonstra que o motivo de queda constatado é queda acidental e, não por doença crônica não transmissível.

#### 6.5 Análise de Correspondência

Durante a aplicação da Análise Correspondência ao conjunto de informações foram realizados testes para verificar se haviam relações em diversos pares de variáveis,, dentre elas: realização de atividade física e condição de saúde; uso de medicação para dormir e condição de saúde; portador de alguma doença crônica não – transmissível e uso de medicação para dormir; portador de doença crônica não – transmissível e comparecimento ao serviço de saúde; sexo e doença crônica não – transmissível; realização de atividade física e portador de doença crônica não – transmissível; realização de atividade física e comparecimento ao serviço de saúde; portador de doença crônica não – transmissível e vítima de queda; com quem reside e renda familiar; portador de doença crônica não – transmissível e renda familiar e, por

final, grau de escolaridade e portador de doença crônica não – transmissível. Em todos estes pares de variáveis foi constatado não haver relações e, portanto, não foi possível ser realizada a AC.

Todos os pares de variáveis cujas relações se adequaram a metodologia da AC são apresentadas nas subseções a seguir.

### 6.5.1 SEXO, HÁBITO DE FUMAR E COMPARECIMENTO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Idosos do sexo masculino têm 89,81% de probabilidade de serem fumantes. Idosos do sexo masculino têm 78,30% de probabilidade de comparecer ao serviço de saúde somente quando adoecer. Idosos do sexo feminino tem uma moderada probabilidade de comparecer ao serviço de saúde independente de estar doente, com probabilidade de 55,42% (Tabela 19).

Tabela 19 *Resíduo e Probabilidade de Associação das Variáveis: Sexo, Hábito de Fumar e Comparecimento ao Serviço de Saúde, de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013.*

Variável	Categoria	Sexo	
		Feminino	Masculino
Hábito de Fumar	Não	0,61	0,65
	Sim	46,03	0,00
		1,55	1,64
Comparece ao Serviço de Saúde	Independente de estar doente	0,00	<b>(89,81)</b>
	Somente quando adoecer	0,76	0,81
		<b>(55,42)</b>	0,00
		1,17	1,23
		0,00	<b>(78,30)</b>

O hábito de fumar é predominantemente do sexo masculino que comparece ao serviço de saúde somente quando adoecer enquanto que o sexo feminino comparece ao serviço de saúde independentemente de estar doente (Tabela 19). Cota et al. (2009), aponta a predominância do sexo feminino (74,40%), no comparecimento ao serviço de saúde. Batista et al. (2005)

apresenta dados semelhantes em estudo sobre idosos diabéticos atendidos em nível de atenção primária em Belo Horizonte (Minas Gerais), no período de 1993 a 2000, no qual observa uma prevalência de mulheres em acompanhamento nas Unidades de Saúde.

Essa predominância pode sugerir uma maior preocupação das mulheres com sua própria saúde ou ainda uma maior acessibilidade destas aos serviços de saúde, acessibilidade esta que pode estar relacionada à existência de um maior número de programas de saúde nas UBS (Unidade Básica de Saúde) direcionados às mulheres quando comparado aos homens, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, são as mulheres que acompanham as crianças aos serviços de saúde, facilitando assim o acesso às atividades e às equipes de saúde, entre outros (COTA et al., 2009).

Peixoto et al. (2006), revelam que 19,60% dos fumantes são do sexo masculino. Não foi constatada, neste estudo, associação entre o hábito de fumar e comparecimento ao serviço de saúde, resultado que corrobora com Peixoto et al. (2006).

### 6.5.2 COMPARECIMENTO AO SERVIÇO DE SAÚDE E PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA NÃO – TRANSMISSÍVEL

Idosos que são portadores de doença crônica não – transmissível comparecem ao serviço de saúde independente de estar doente, com 98,59% de probabilidade. Idosos que não são portadores de doença crônica não – transmissível comparece ao serviço de saúde somente quando adoece, com 100,00% de probabilidade (Tabela 20).

*Tabela 20 Resíduo e Probabilidade de Associação das Variáveis: Comparecimento ao Serviço de Saúde e Portador de Doença Crônica Não – Transmissível, de Idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, no Período de 3 a 31 de Outubro de 2013.*

Portador de doença crônica	Comparece ao serviço de saúde	
	Independente de estar doente	Somente quando adoece
Não	5,22	7,98
	0,00	<b>(100,00)</b>
Sim	2,46	3,76
	<b>(98,59)</b>	0,00

Os idosos que possuem doença crônica não – transmissível predominantemente comparecem ao serviço de saúde independentemente de estar doente. Nas discussões de Pilger et al.(2011), pode-se observar que com o avanço da expectativa de vida, conseqüentemente ocasionando mudança no perfil demográfico no Brasil, ocorre o aumento do atendimento nos serviços de saúde.

***IMPLICAÇÕES PARA A  
ENFERMAGEM***

---

Como membro constitutivo da equipe multidisciplinar em saúde e ainda, diante do envelhecimento da população no Brasil, a enfermagem deve estar comprometida com todos os aspectos sócio-demográficos bem como as condições de vida e saúde dos idosos para então ser capaz de planejar um processo de cuidado para a promoção da saúde a fim de contribuir para um envelhecimento saudável.

A coleta de informações referente à população idosa, investigando seu perfil epidemiológico e condições de vida e saúde, torna-se indispensável para a gestão pública bem como as políticas públicas, pois auxilia na implementação de estratégias que irão beneficiar e favorecer a qualidade de vida deste grupo etário.

Os idosos, quanto a sua condição de saúde autorreferida, em sua maioria, relatam como regular, com alta prevalência de doenças crônicas não – transmissível necessitando de atenção constante e de qualidade por parte do enfermeiro, profissional este, integrante da Estratégia Saúde da Família. Mendes (2010) afirma que a atenção primária à saúde, por meio do PSF, não pode deixar de exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado, portanto o sistema não deve ser caracterizado pela inexistência da continuidade do cuidado, ou seja, com o foco voltado para as condições agudas da pessoa usuária.

Em relação a este resultado encontrado, faz-se necessário que o enfermeiro, esteja capacitado para atuar na promoção da saúde, prevenção e reabilitação das doenças crônicas não – transmissíveis. Por exemplo, a estimulação de atividades físicas a fim de proporcionar e modificar o estilo de vida para que se possam evitar situações de risco como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia entre outros. Aos gestores são resultados reais específicos visando proporcionar a atenção integral à saúde do idoso.

Dentre as implicações para a enfermagem faz-se necessário, que o profissional enfermeiro, torne-se vigilante a respeito das condições de vida e saúde da população idosa, pois reconhecendo as informações fornecidas, a equipe da Estratégia Saúde da Família irá proporcionar um cuidado integral a população idosa, uma vez que, não se deve focar apenas na patologia mas também na implantação e implementação de programas que visem a qualidade de vida como programas de atividade física, cessação do tabagismo e

educação em saúde, portanto, é necessário que a ESF, como porta de entrada da atenção primária à saúde, mude sua fórmula de atendimento incluindo mudanças para atender a qualidade de vida deste idoso.

Gonçalves (2010) refere que entre os principais *locus* de cuidados da enfermagem gerontogeriatrica está a atenção primária de saúde, cuja concepção de cuidados está na integração das multidimensões do viver envelhecendo das pessoas, com vistas à manutenção de uma vida com mais qualidade possível, valorizando-as em suas capacidades e potencialidades presentes, para juntamente com a família e membros da comunidade circundante, buscar e utilizar recursos disponíveis em seu entorno e incitar serviços públicos: sociais e de saúde na solução de problemas mais prementes, fazendo valer o poder cidadão.

Ainda, segundo a autora, a assistência primária de saúde é, por excelência, o foco de atenção da pessoa idosa em família e na comunidade, e nesse sentido o Programa de Saúde da Família (PSF), em expansão em todo o território nacional, privilegia o atendimento da família em seu contexto doméstico, constituindo-se hoje a Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelo Ministério da Saúde (MS).

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

O presente estudo permitiu um maior empoderamento sobre a temática do idoso e suas condições de vida e saúde atendida nos serviços de atenção primária, neste estudo a Estratégia Saúde da Família, uma vez que os idosos cadastrados e atendidos na ESF podem ser mais bem percebidos e entendidos e, ainda o município de Benevides apresenta cobertura de 82,00% de atendimento de sua população e, por conta deste motivo, acreditamos na confiabilidade do estudo proporcionando assim, a realidade da população idosa, a fim de que se possa contribuir, para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para este município e, também para outros.

A realização do teste piloto possibilitou adaptações no questionário utilizado (oriundo da caderneta do idoso) favorecendo assim o melhor entendimento haja vista que o instrumento utilizado no estudo como referência é validado no Brasil.

Neste estudo constatou-se que a faixa etária dos idosos se encontra entre 60 a 64 anos, sexo feminino (afirmando a feminização da população idosa já discutida anteriormente), se declaram pardos, casados com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, fato este último, justificado pela maioria dos idosos serem aposentados, contribuindo então, para o acréscimo de sua renda familiar. Possui ensino fundamental incompleto e, de 1 a 3 filhos. Residem em casa de alvenaria com abastecimento de água e rede de esgotos fornecidos pela rede pública.

Observou-se que os idosos não ingerem bebida alcoólica e não possuem o hábito de fumar, sendo este fato abordado nas literaturas afirmando que com o avanço da idade estes hábitos diminuem. Ainda, este grupo etário não realiza atividade física, e, aqueles idosos que praticam atividade física geralmente vivem em área rural, em sítios, onde desempenham a ocupação de caseiros, distantes do centro comercial de Benevides, justificando assim a caminhada como tipo de atividade física mais desempenhada por estes idosos. Sendo que a maior parte dos idosos que praticam a atividade física é justificada pelo apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), pois este proporciona a presença do educador físico.

Observou-se que a maioria não utiliza medicação para dormir e, consideram seu estado de saúde como regular. Evidenciamos na literatura que auto-avaliação do estado de saúde é um importante indicador para predizer a

mortalidade afim de que se possa implantar e/ou implementar as políticas de saúde para esta faixa etária.

A população idosa apresentou-se portadora de alguma doença crônica não – transmissível , constituindo um problema de saúde pois assim, eleva-se a morbimortalidade e conseqüentemente eleva-se a demanda por serviços de média e alta complexidade no município. A DCNT mais prevalente entre os idosos é a hipertensão arterial seguida por diabetes melittus e obesidade, requerendo desta forma, que o atendimento da ESF esteja voltado para favorecer a mudança de comportamento e evitar fatores de risco para que se possam minimizar tais doenças crônicas entre outras. Os idosos entrevistados utilizam medicação preconizada pela Política Nacional de Medicamentos, a maioria dos idosos não foi hospitalizada demonstrando assim que ocorre o controle da forma agudizada da condição de cronicidade, isto é comprovado, pois a maioria comparece ao serviço de saúde independente de estar doente.

As DCNTs apresentam-se como um grave problema de saúde, pois a população está envelhecendo para tanto, o enfermeiro deve contribuir nas ações que viabilizem um cuidado integral, envolvendo ações de promoção, prevenção à saúde e, principalmente ações educativas apresentando estratégias que possibilitem hábitos de vida adequados proporcionando a redução de fatores de risco afim de que esta população idosa possua qualidade de vida e saúde no seu processo de envelhecimento. O enfermeiro ser qualificado para atender este grupo bem como sua família, estreitando os laços para que suas orientações possam efetivamente proporcionar a educação à saúde deste idoso.

Vale ressaltar, como citado anteriormente na literatura, que o princípio básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. O planejamento deve ser direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, proporcionando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Deste modo, foi possível neste estudo, conhecer as condições de vida e saúde do idoso. Espera-se que os conhecimentos apresentados neste estudo, contribuam para mais pesquisas em relação a esta temática. Ainda, permite que a enfermagem participe na ESF de ações que sensibilize a população

idosa sobre suas condições de vida e de saúde proporcionando um envelhecimento saudável a este grupo etário.

## ***REFERÊNCIAS***

---

AIRES, M; PAZ, AA; PEROSA, CT. **Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):492-9.

ALVARENGA, MRM et al. **Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família.** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):1046-51

ALVARENGA, M. et al. **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936, set, 2009.

ALMEIDA, M et al. **Atividades de lazer entre idosos.** Feira de Santana, Bahia. . Rev Baiana de Saúde Pública 2005; 29(2):339-52.

ALVES JUNIOR, ED; PAULA, FL. **A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde.** Fitness and Performance Journal, Rio de Janeiro, vol. 7, p. 123-129, 2008.

BATISTA, M da CR et al. **Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário.** Rev Nutr 2005; 18(2):219-228.

BERTUZZI, D et al. **Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural.** Texto contexto - enferm. vol.21 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2012

BENEDETTI, TRB; MAZO,GZ; BORGES,LJ. **Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(8):2087-2093, 2012

BENEDETTI, T. **Atividade física: uma perspectiva de promoção de saúde do idoso no município de Florianópolis.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

BOLFARINE, H.; SANDOVAL, M. C. **Introdução a Inferência Estatística.** Rio de Janeiro: SBM, 2005.

BORIM, FSA; BARROS, MBA; NERI, AL. **Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(4):769-780, abr, 2012

BUSSAB, W. O.; MORETTIN P. A. **Estatística Básica.** 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BUKSMAN, S. et al. **Quedas em idosos: Prevenção.** Projeto diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2008.

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)

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. 1ª ed. Brasília. Reimpresso em maio de 2010.102p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel **Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, **Diário Oficial da União**, Seção 1, 22 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): MS; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Portaria MS/ GM Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: < [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria\\_2528.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf)>. Acesso em 31 julho 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Resolve impor revisões periódicas e revogar a resolução CNS Nº196/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 21 setembro 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de atenção Básica. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em 01 agosto 2013.

\_\_\_\_\_. 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.**v.8.Brasília; 2008.

\_\_\_\_\_. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União 1998**; 10 nov.

\_\_\_\_\_. [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional (LDB)**; lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, 5ed. Brasília: Câmara dos Deputados, coordenação Edições câ mara, 2010.

CAMPOS et al. **Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):77-86, jan, 2009.

COLEMAN, C.F.;WAGNER, E. **Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos.** In: BENGUA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.

COSTA et al. **Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambui Health and aging study.** Cad Saude Publica .2005; 21:830-839.

COTA et al. **Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1251-1260, 2009

COSTA, MFL; FIRMO, JOAF e UCHÔ, AE. **A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí.** Rev Saúde Publica 2004;38(6):827-34

CRESWELL, JW. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto.3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, KCT; DIOGO, MJD. **Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico.** Acta Paul Enferm 2009;22(5):666-72.

DUTRA, MM; FIGUEIREDO, CEP DE. **Perfil dos idosos hipertensos hospitalizados de uma cidade da região sul do Brasil**. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, 2008.

DHHS. Department of Health and Human Services. **Physical Activity Guidelines for Americans**. Be Active, Healthy, and Happy. Washington: The Secretary of Health and Human Services 2008 [updated 2008; cited 2010 03/20]; Available from: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>.

FÁVERO, LPL et al.. **Análise de Dados: Modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FALLER, JW et al. **Qualidade de vida de Idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz de Iguaçu-PR**. Esc Anna Nery (impr.) 2010 out-dez; 14 (4):803-810.

FABRÍCIO, SCC; RODRIGUES, RAP; JÚNIOR, MLC. **Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público**. Revista de Saúde Pública, vol. 38, n.1, São Paulo, Fev, 2004.

FERREIRA,MT; MATSUDO,VKR; BRAGGION,GF. **Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre a ingestão alimentar e composição corporal de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade**. Rev Bras Cienc Mov. 2003;11(1):35-40.

FERREIRA,CCC et al. **Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia** Arq. Bras. Cardiol.;95(5): 621-628  
FUSCALDO, JM. **Prescribing physical activity in primary care**. W V Med J 2002; 98:250-3.

FLEMING,I; GOETTEN,L.F. **Medicamentos mais utilizados pelos idosos: implicações para a enfermagem**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.121-128, 2005.

FRUMI, C; CELICH, KLS. **O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte**. Rev Bras Cienc Envelh Hum 2006 dez; 3(2): 92-100.

GONÇALVES, LHT. **A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2010; 13(3):507-518.

GOLDMAN, SN; FALEIROS,VP.**A pessoa idosa como sujeito de direitos: cidadania e proteção social**. In: BORGES,APA;COIMBRA,AMC(org).Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. Cap.1, p.31-41.

HAMRA, A; RIBEIRO, MB; MIGUEL, OF. **Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos**. Acta Ortopédica Brasileira. São Paulo, vol 15, n.3, p.143- 145, 2007.

HUF, G. et al. **O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000200006&lng=pt&nrm=iso)

script=sci\_arttext&pid=S0102311X2000000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2012

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 Disponível em: [http://ibge Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.php](http://ibge.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.php). acessado em 02/12/2012.

INOUE, K; PEDRAZZINI, E. **Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(n.spe):742-7.

JERÔNIMO, SHNM. **A pessoa idosa com doença crônica não-transmissível atendida em serviços de média complexidade na cidade de Natal/RN.(dissertação).** Departamento de pós-graduação em enfermagem, UFRN, 2011.

LYRA JUNIOR, DP. et al. **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-441, mai.-jun. 2006.

LORIG, K. et al. **Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others.** 3<sup>rd</sup> ed. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.

LOUVISON, et al. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo.** Ver. Saúde Pública, v.42, n.4, p.733-740, 2008.

MAGALHÃES, MN; LIMA, ACP. **Noções de Probabilidade e Estatística.** 7 ed. São Paulo. EDUSP. 2011. 416p.

MAZO, GZ. et al. **Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos.** Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 6, p. 437-442, nov./dez. 2007

MAZO, G; MOTA, J; GONÇALVES, L; MATOS, M. **Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras.** Rev Port Cien Desp. 2005;202-12.

BARBOSA, MMRSS. et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da**

família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, EV. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001

\_\_\_\_\_, EV. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_, EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.554p.

\_\_\_\_\_,EV.**As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297- 2305, 2010.

MORAES, EN. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: MS/OPAS, 2012, 102p.

MENEZES, FG et al. **Consumo medicamentoso em idosos na região centro-oeste da cidade de São Paulo**. *Saúde Coletiva* 2008; 5(22): 126-130.

MONTEIRO et al. **A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997**. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Oct;14(4):246-54.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health* 2007 Oct; 97(10): 1808-12.

NELSON, ME et al. **Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association**. *Circulation* 2007; 116(9):1094-1105.

NUNES, DP et al. **Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6):2887-2898, 2010

OLIVEIRA E SILVA et al. **Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):123-133

OLIVEIRA,CAP et al. **Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(5):1007-1016, mai, 2009.

OLIVEIRA, MPF; NOVAES, MRCG. **Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1069-1078, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Opas, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de La situación de salud.** Boletín Epidemiológico; v.22 n.4 p.1-5. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011**-Divisão de Informações e Relações Externas do UNFPA ( Fundo de População das Nações Unidas). Disponível em: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org) acessado em 09/01/2013.

\_\_\_\_\_. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002.** Tradução de Arlene Santos, Brasília: Secretaria Especial dos direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa/plano-acao-internacional-envelhecimento>. Acesso em 03/08/13.

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2013.** Disponível em: <http://pnud.or.br/atlas/ranking/IDH-global2013> Acesso em 05/08/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. Disponível em [http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf) Acesso em 03/08/13.

PASSOS, VMA. ; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Epidemiologia e Serviços da Saúde, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PACHECO, JL. **Educação, trabalho e envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria [tese].** Campinas (SP): UNICAMP; 2002.

PAVARINI, SCI et al. **A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?** Texto Contexto & Enferm 2005;14(3):398-402

PEDRAZZI, TT et al **Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem jan-fev 2010; 18(1):[08 telas]

PEDRINELLI, A; GARCEZ-LEME, LE; NOBRE, RSA. **O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso.** Rev. bras. ortop., São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102\\_36162009000200002&lng=pt&nrm=-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102_36162009000200002&lng=pt&nrm=-iso)>. acessos em 17 dez. 2013. [http://dx.doi.org/10.1590/S0102\\_36162009000200002](http://dx.doi.org/10.1590/S0102_36162009000200002).

PEREIRA et al. **Projeto Diretrizes: Quedas em Idosos.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2001. 9p.

- PEREIRA, ABCNG et al. **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936, set, 2009.
- PEIXOTO, SV et al. **Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1925-1934, set, 2006
- PETTERSON, JF; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família.** J Bras Psiquiatr, 56(3): 162-170, 2007.
- PILGER, C. et al. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2011;19(5):[09 telas]
- PORTER, ME; TEISBERG, EO. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2007.
- RAMOS, E. M. L. S.; ALMEIDA, S. S.; ARAÚJO, A. R. (Orgs.). **Segurança pública: uma abordagem estatística e computacional.** Belém: EDUFPA, 2 volumes, 2008.
- REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa – 2ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.**
- ROCHA, FCV et al. **Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.4, p.36-41, Out-Nov-Dez. 2011.
- ROBLEDO-MARTINEZ, R. **Características socioculturales de la actividad física en tres regiones de Colombia.** Ver. salud pública, Bogotá, v.8, n.2, p.13-27, 2011.
- RODRIGUES, RAP et al. **Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.16, n.3, p.536-45, jul-set, 2007.
- RUTHIG, JC et al. **Detrimental effects of falling on health and well-being in later life: The mediating roles of perceived control and optimism.** *Journ Health Psych* 2007; 12(2):231-248.
- SANTOS, MAB; MATTOS, IE. **Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(2):193-201, abr-jun 2011

SANTOS, KA, et al. **Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil.** Cad Saude Publica 2007; 23(11):2781- 2788.

SANTOS, SSC. et al. **Promoção da saúde à pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica.** Acta Paulista de Enfermagem, v.21, n.4, p.649 653, 2008.Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi>. Acesso em 20/02/2013

SANTOS, SAL; TAVARES,DMS; BARABOSA,MH. **Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos.** Rev.Eletr.Enf [internet], v.12, n.4, p.692-697, 2010.

SCHMIDT, M I. et al. The Lancet, [s.l.], v.377, n.11, Issue 9781, p.1.949-1.961, 4 June 2011.

SINGH, D. **How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?** Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

SIQUEIRA, FV; FACCHINI, LA; PICCINI, RX. **Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangências de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste de Brasil.** Cad Saúde Pública. 2008;24(1):39-54.

SOUZA, LM; WEGNER, W; GORINI, MIPC. **Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2).

TALBOT, LA et al. Falls **in young, middle aged and older community dwelling adults:** perceived causes, environmental factors and injury. *BMC Public Health* 2005; 5:86.

THURSTON,M; THURSTON, K. **Adherence to exercise in later: how can exercise on prescription programmes be made more effective?** Health Promotion International. 2008;19(3):379-86.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public **Health Agency of Canada**, 2005.

\_\_\_\_\_. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, **World Health Organization**, 2000.

\_\_\_\_\_. Active ageing: a policy framework. Spain: **WHO**, 2002,6p.

XAVIER, AJ et al .**Adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1543-1551, 2008

ZAITUNE, M. et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas.** Cadernos de Saúde Pública. São Paulo, 2006.

ZAITUNE, M et al.. **Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil.** Cad Saude Publica. 2007;23(6):1329-38.

## ***APÊNDICES***

---

## APENDICE 1 - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 PROJETO DE PESQUISA: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE  
 VIDA E SAÚDE DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
 DO MUNICÍPIO DE BENEVIDES

Questionário nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

### DADOS PESSOAIS

- 1) IDADE DO ENTREVISTADO:** Idade em Anos: \_\_\_\_\_ **2) SEXO:** ( ) Masculino ( ) Feminino
- 3) COR/RAÇA:** ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Negra
- 4) ESTADO CIVIL:** ( ) Solteiro ( ) Casado/União Estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- 5) RENDA FAMILIAR (EM SM): 5.1) R\$ \_\_\_\_\_ (1SM = R\$ 678,00)**  
 ( ) Sem Rendimento ( ) 1 | 3 ( ) 5 | 7 ( ) 9 | 11 ( ) Sem Declaração  
 ( ) < 1 ( ) 3 | 5 ( ) 7 | 9 ( ) ≥ 11
- 6) GRAU DE ESCOLARIDADE:**  
 ( ) Não Estudou ( ) E. Fund. Completo ( ) E. Médio Completo ( ) E. Superior Completo  
 ( ) E. Fund. Incompleto ( ) Médio Incompleto ( ) E. Superior Incompleto ( ) Pós Graduação:  
 Tipo: \_\_\_\_\_
- 7) COM QUEM VOCÊ MORA:**  
 ( ) Filhos ( ) Esposo (a) ( ) Irmãos ( ) Cuidador ( ) Sozinho ( ) Outro: \_\_\_\_\_

- 8) Nº DE FILHOS:** \_\_\_\_\_ ( ) NÃO POSSUI
- 9) RELIGIÃO:** ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Testemunha de Jeová ( ) Judaico ( ) Sem Religião ( )  
 Outro: \_\_\_\_\_
- 10) OCUPAÇÃO:** ( ) Doméstica ( ) Autônomo ( ) Serviços Gerais ( ) Aposentado ( ) Sem Ocupação ( )  
 Outro: \_\_\_\_\_
- 11) TIPO DE DOMICÍLIO:** : ( ) Madeira ( ) Alvenaria ( ) Barro ( ) Misto: \_\_\_\_\_
- 12) ABASTECIMENTO DE ÁGUA:** ( ) Inexistente ( ) Rede Pública ( ) Poço Artesiano ( ) Cisterna/Poço de boca  
 larga  
 ( ) Cacimba/Fonte/Igarapé/Riacho/Córrego ( ) Outro: \_\_\_\_\_
- 13) REDE DE ESGOTO:** ( ) Inexistente ( ) Fossa Séptica ( ) Rede Pública ( ) Fossa Rústica ( ) Outro: \_\_\_\_\_

### DADOS SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA:

- 14) INGERE BEBIDA ALCOOLICA?** ( ) Não ( ) Sim **14.1) QUANTAS VEZES:** \_\_\_\_\_ ( ) SEMANA ( ) MÊS ( ) ANO
- 15) TEM O HÁBITO DE FUMAR?** ( ) Não ( ) Sim **15.1) QUANTOS CIGARROS:** \_\_\_\_\_ ( ) DIA ( ) SEMANA ( )  
 MÊS ( ) ANO
- 16) PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?** ( ) Não ( ) Sim **16.1) DIAS POR SEMANA:** \_\_\_\_\_ DURAÇÃO  
 DIÁRIA: \_\_\_\_\_
- 16.2) TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA:** \_\_\_\_\_
- 17) FAZ USO DE MEDICAÇÃO PRA DORMIR?** ( ) Não ( ) Sim **17.1) QUAL  
 MEDICAÇÃO:** \_\_\_\_\_

### DADOS SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

- 18) COMO VOCÊ CONSIDERA SEU ESTADO DE SAÚDE:** ( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo

19) É PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL? ( ) Sim ( ) Não (SE NÃO, PULE PARA A 22)

20) SE SIM, QUAL DOENÇA? ( ) Diabetes ( ) Doença Pulmonar Crônica ( ) Insuficiência Renal ( ) AVC ( ) Hipertensão

( ) Glaucoma ( ) Doenças Músculo-Esquelética (artrite, artrose, osteoporose) ( ) Outro:

\_\_\_\_\_

21) FAZ USO DE MEDICAÇÃO PARA A DOENÇA? ( ) Não ( ) Sim 20.1) SE SIM, QUAL MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

22) FOI HOSPITALIZADO POR ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES? ( ) Não ( ) Sim

22.1) SE SIM, QUAL PROBLEMA DE SAÚDE? \_\_\_\_\_

23) FOI VÍTIMA DE QUEDA DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES? ( ) Não ( ) Sim QUANTAS? \_\_\_\_\_

23.1) SE SIM, QUAL O MOTIVO? \_\_\_\_\_

24) QUANDO COMPARECE AO SERVIÇO DE SAÚDE? ( ) Somente quando adoece ( ) Independente de estar doente

**APENDICE 2- AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

Benevides, 28 de agosto de 2013

Memo. n° 272/13

**AUTORIZAÇÃO**

De ordem da Sra. Secretária de Saúde do Município de Benevides, Dra. Ivete Gadelha Vaz, está autorizado a realização da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BENEVIDES-PA**”, a ser conduzida pela pesquisadora Fabianne Sousa, mestranda em Enfermagem pela UFPA(Universidade Federal do Pará), por um período de 90 dias e sem ônus para a secretaria. Considerando também a possibilidade da aluna, após a conclusão da pesquisa, apresentar diante à gestora desta Secretaria Municipal os resultados obtidos em sua realização.

Atenciosamente,



Daniella da Silva Luz  
Coordenação de Educação Permanente



Ivete Gadelha Vaz  
Secretaria Municipal de Saúde  
Benevides, PA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BENEVIDES**

Rua João Batista de Figueiredo n° 02 – Centro - Benevides – PA / CEP: 68795-000 – Fone: (91)  
3724-1260 / Fax: (91) 3724-1128

### APENDICE 3- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Prezado (a),

A pesquisa: **Diagnóstico das condições de vida e saúde de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides – PA** faz parte de um projeto universal intitulado: **Idosos de comunidades de periferias de cidades da região amazônica: cuidados da vida e saúde, cidadania e inclusão social no processo de envelhecimento**. Essa pesquisa está sendo realizada pela equipe de pesquisa formada pela pós-graduanda (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) da Faculdade de Enfermagem da UFPA, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília de Fátima Vieira de Oliveira e tem o propósito de avaliar as condições de saúde da população idosa na estratégia de saúde da família do município de Benevides-PA. De posse dos resultados, propõe-se desenvolver ações de atenção voltada ao bem viver das pessoas idosas em seu curso do envelhecimento. Por isso a participação é de fundamental contribuição para num futuro próximo, a população idosa possa contar com uma assistência mais adequada por parte dos profissionais das unidades de Estratégia de Saúde da Família e com unidades de atendimento mais bem equipados. Declaramos que a participação é livre, podendo recusar-se a não participar dela. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dada ampla divulgação. Esta pesquisa não envolve risco físico, químico, biológico ou mesmo psicológico aos participantes, considerando que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e ficarão em sigilo profissional. Os dados coletados serão de inteira responsabilidade da aluna pesquisadora que se responsabilizará em manter em sigilo a identidade e as informações dos usuários, e depois de decorrido 05 anos fará a incineração do material utilizado.

Como benefício, a pesquisa certamente trará fortalecimento à pesquisa científica na área atenção primária à saúde, assim como, o conhecimento do perfil das condições de vida e saúde dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de Benevides no Estado do Pará visando assim o planejamento de ações efetivas para a melhor qualidade de vida desta faixa etária.

Caso tenha qualquer dúvida solicitamos que a esclareça por meio dos telefones: (91) 3352-6977 / 8121-9404.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Principal

### **Consentimento Pós-Informação**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando no fornecimento de dados.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/2013

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Nota: O presente documento assinado em duas vias, uma ficara à guarda da pesquisadora e outra entregue à instituição participante da pesquisa.

**APENDICE 4- PARECER CEP**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BENEVIDES-PA

**Pesquisador:** Fabianne de Jesus Dias de Sousa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22819013.2.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DA NOTIFICAÇÃO**

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Notificação de mudança de título

**Justificativa:** Solicito vossa apreciação para mudança de título do projeto, pois após o término da

**Data do Envio:** 21/01/2014

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 514.297

**Data da Relatoria:** 28/01/2014

**Apresentação da Notificação:**

Trata-se de uma solicitação de mudança de título do projeto, pois após o término da coleta de dados e análise destes, tornou-se DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE IDOSOS: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Objetivo da Notificação:**

Mudança de título do projeto

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O ato de mudança de título não apresenta riscos ao desenvolvimento do projeto.

Os benefícios continuam os mesmos do projeto original

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 514.297

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

A única mudança foi no título, sem alterações na metodologia ou parte do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

além dos termos apresentados no projeto original, a pesquisadora apresenta a justificativa da mudança de título.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos pela aprovação da notificação apresentada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELEM, 23 de Janeiro de 2014

Assinador por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

**UF:** PA **Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br