UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Fernanda Batista Pimenta

Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil

Montes Claros
2014

Fernanda Batista Pimenta

Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Ana Cristina de Carvalho Botelho

Montes Claros

2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitora: Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Corrêa Lafetá

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Maria Cristina Freire Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: André Luiz Sena Guimarães

Subcoordenador: Alfredo Maurício Batista de Paula

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CANDIDATA: FERNANDA BATISTA PIMENTA

TÍTULO DO TRABALHO: "Perfil da população idosa assistida pela estratégia de saúde da família em Teófilo Otoni, Minas Gerais, Brasil"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Serviços de Saúde

BANCA (TITULARES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª. ANA CRISTINA DE CARVALHO BOTELHO /ORIENTADORA	
PROFª. DRª ROSEANE DURÃES CALDEIRA	
PROFª. DRª. LUCINÉIA DE PINHO	

BANCA (SUPLENTES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª ELIETE FERNANDES FLÁVIO	
PROF DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA	

☒ **APROVADO(A)** [ ] **REPROVADO(A)**

P644p

Pimenta, Fernanda Batista.

Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil [manuscrito] / Fernanda Batista Pimenta. – 2014.

78 f. : il.

Bibliografia: 64-67.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários em Saúde/PPGCPS, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina de Carvalho Botelho.

1. Idosos – Estratégia de Saúde da Família (MG). 2. Saúde da família - Perfil. I. Botelho, Ana Cristina de Carvalho. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

Às pessoas que alicerçam minha vida:

Meus pais, Mario Pimenta e Maria Francisca,

a minha querida filha Aline Pimenta, presentes de Deus,

a todos meus familiares e amigos

e aos idosos de Teófilo Otoni-MG.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela graça de me permitir alcançar este objetivo, por me iluminar nesta caminhada, dando forças para que eu continuasse minha jornada e por sempre me guiar e confortar em momentos difíceis.

Aos meus pais, por serem meus primeiros mestres na arte de viver e pelo seu amor, carinho, educação e incentivo que recebi em toda a minha vida.

A toda minha família, pelo apoio e incentivo.

À Dra. Ana Cristina, pelas orientações oportunas na construção deste trabalho, pelas muitas palavras de incentivo, pela sua paciência, compreensão e por acreditar na minha capacidade.

À Profª. Marise Fagundes, pela valiosíssima ajuda, apoio e paciência nas estatísticas.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde por contribuir por minha formação profissional e proporcionar a oportunidade de realização deste grande sonho.

À minha querida amiga Maria Nilza e aos enfermeiros de Teófilo Otoni-MG pelo carinho e ajuda nos momentos que precisei.

À Claudia Batista, pela disposição em me ajudar mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada minha querida prima-irmã!

Às equipes da Estratégia de Saúde da Família do Município de Teófilo Otoni-MG, pela dedicação e ajuda à coleta de dados, no percurso da pesquisa e pelo convívio. E a Secretaria Municipal de Saúde por oportunizarem a realização deste trabalho e pela minha liberação para esta qualificação profissional.

A todos os idosos que participaram da pesquisa, pela confiança em fornecer informações sobre suas vidas, sem os quais este trabalho não seria possível.

A todos os colegas de curso, pelas alegrias e angústias compartilhadas.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para realização desta dissertação, o meu profundo respeito, homenagem e eterna gratidão.

“É graça divina começar bem.
Graça maior é persistir na
caminhada certa. Mas graça das
graças é não desistir nunca”.

(D. Hélder Câmara)

RESUMO

A evolução da população brasileira vem sendo marcada por um processo de transição demográfica, no qual observa se o aumento acelerado da população idosa. Assim, o Brasil vem deixando de ser um país jovem, passando a se caracterizar como um país em processo de envelhecimento. Deste modo, este estudo objetiva avaliar o perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Teófilo Otoni , MG. Propondo com isto, que se conheçam as condições de saúde da população idosa, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. Participaram do estudo 385 idosos de ambos os gêneros, com 60 anos ou mais, residente na zona urbana e cadastrado na Estratégia de Saúde da Família, utilizando a Ficha A e Ficha do Idoso do Sistema de Informação da Atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Dos idosos entrevistados 69% gênero feminino, 70% tinham pele não branca, 33% eram analfabetos, 3% cursaram nível superior, 45% casada/morando junto; entre as mulheres 43% eram viúvas. Das doenças referidas 70% hipertensos, 18% diabéticos e 17% tinham pelo menos, uma doença como: osteoporose, artrite, artrose, problema cardíaco, catarata e reumatismo. Perante esses fatos, é importante desenvolver meios para melhor atender o crescente grupo de idosos para que haja um envelhecimento bem sucedido, com um acompanhamento de qualidade de vida e bem-estar. Sendo assim, a saúde pública deve dispor de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes. Devendo avaliar os múltiplos aspectos da vida do idoso para uma implementação de políticas públicas voltadas a atender as necessidades deste grupo etário.

Palavras-chave: Serviços de saúde para idosos. Perfil de saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

Evolution of Brazilian population has been marked by a process of demographic transition, in which is observed rapid increase of elderly population. Thus, Brazil is ceasing to be a young country, going to be characterized as a country in the aging process. This study aims to evaluate the profile of elderly population assisted by the Family Health Strategy in Teofilo Otoni, MG. Proposing with this, knowing the health status of the elderly population as well as the determinants of health-disease. The study included 385 elderly of both genders, aged 60 years or more, living in urban area and registered in Family Health Strategy, using the Form A and Form of Elderly belonging to the Information System for Primary Care. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Among older respondents 69% were female, 70% were non-white skin, 33% were illiterate, 3% attended college graduates, 45% married / living together; among women 43% were widows. Concerning to diseases 70% were hypertensive, 18% diabetics and 17% had at least one diseas like: osteoporosis, arthritis, osteoarthritis, heart problems, cataracts and rheumatism. Given these facts, it is important to develop ways to better serve the growing elderly group, for successful aging, with an accompaniment of life quality and well-being. Thus, public health must have a services infrastructure that attends all demands resulting from demographic changes. Multiple aspects of elderly living should be evaluated for an implementation of public politics that attend the needs of this age group.

Key-words: Health Services for the Aged. Health Profile. Family Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide populacional do Brasil em 1940.....18

Figura 2 - Pirâmide populacional do Brasil em 2000.....18

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primaria a Saúde
COSAC/SAS	Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde
DANT	Doenças e agravos crônicos não transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 14
1.1 Envelhecimento populacional..... 14
1.2 O processo de envelhecimento populacional..... 16
1.3 Processo saúde doença e os Idosos..... 19
1.4 O idoso e a Atenção Primária à Saúde..... 22
1.5 Sistema de Informação e a Estratégia de Saúde da Família..... 24
2 OBJETIVO..... 27
2.1 Objetivo Geral..... 27
2.2 Objetivos Específicos..... 27
3 PRODUTO..... 29
3.1 Artigo1..... 29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 63
REFERÊNCIAS..... 64
APÊNDICES..... 68
ANEXOS..... 75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das aptidões físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais: o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser compreendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, à motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivo e novas conquistas pessoais e familiares (1).

O envelhecimento populacional traz à tona a discussão do que é ser idoso e reconhece a existência de uma gama bastante vasta de discernimentos para a demarcação do que venha a ser um "idoso". O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) que considera idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade (2). Já o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003), define como idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (3). O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais para os países em desenvolvimento e de 65 anos ou mais para os países desenvolvidos (4).

Tendo em vista a queda das taxas de mortalidade, fecundidade e o consequente acréscimo da expectativa de vida, o envelhecimento populacional, um acontecimento iniciado nos países desenvolvidos, consiste, atualmente, em uma realidade mundial. No Brasil, no final do século XX, assistiu-se a um verdadeiro acréscimo no número de idosos, o que trouxe um forte impacto sobre as ações sociais, como as de educação e emprego, saúde e previdência social (5). O envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações em um país que é visto em todo o mundo como sinônimo de juventude. Mas, isso vem mudando de forma drástica nas últimas décadas: o Brasil embarcou em um processo de desenvolvimento que o está levando a atingir índices sociais e demográficos de primeiro mundo (6).

O aumento da proporção de idosos é um fenômeno global, à exceção de algum país africano, todo o mundo encontra-se em algum estágio deste processo. Este aumento também não é um acontecimento repentino ou inesperado; pelo contrário, resulta das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, motivo pelo qual, na maioria dos países, será um processo implacável. Tampouco se trata de um fenômeno isolado; invariavelmente está associado a modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações (7).

Na China, no Japão e em países da Europa e da América do Norte já possuem, há muito tempo, um grande contingente de idosos, apesar de dificuldade associadas ao envelhecimento como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isso tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm acrescentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (8).

Com o acréscimo da expectativa de vida no mundo, faz-se necessário pensar também na condição desses anos. Diante disso, muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, estimulando uma multiplicidade de estudos e avaliações sobre a velhice. E a medicina suplementar esta tendo de enfrentar uma organização do sistema para uma eficiente atenção a está população (9).

Cuidar do idoso como uma pessoa integral e não, apenas, como um organismo biológico, protegendo-o e integrando-o dentro do contexto psicossocial do momento, deve ser o maior objetivo dos profissionais da saúde. É necessário estar preparado para lidar com especificidades do processo de envelhecimento, quanto para tratar seus distúrbios. Há profunda inter-relação entre a qualidade de vida percebida e a saúde física e mental (10).

1.2 O processo de envelhecimento populacional

Particularmente a idade de uma pessoa é medida pelo espaço de tempo decorrido entre a data atual e a de seu nascimento, sendo mais senil a pessoa que tem a idade mais elevada. A sobrevivência média individual varia não só de pessoa para pessoa como também ao longo do tempo, sendo amplas as diferenças especiais no processo de envelhecimento individual, enquanto processo biológico de declínio e deterioração. Assim, centrar o processo de envelhecimento no aumento da idade cronológica oferece apenas uma compreensão superficial desse procedimento. A percepção sobre o envelhecimento, o valor e o papel do idoso varia em prol do sexo, da cor, da classe social, da idade, sendo esta última um dos mais importantes fatores sociais e um atributo essencial da vida sociocultural de qualquer sociedade (11).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos vem aumentando nos últimos anos. Estudos apontam uma queda da natalidade e um número crescente de idosos. No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de zero a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. A estimativa é de que, em 2050, esses dois grupos se igualem, representando, cada um, 18% da população (12).

No começo do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje, a probabilidade de viver mais que 68 anos é maiores (13,14). Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade (15,16) o que causou uma diminuição no ritmo de nascimento resultando, em médio prazo, no desenvolvimento proporcional da população idosa vivendo oito anos a mais. Hoje, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes), que em 20 anos serão 32 milhões (17).

Em 2000, segundo o Censo, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década de 80 representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%. A dimensão da população idosa vem crescendo mais que a proporção da população infantil. Em 1980,

existiam 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos para 100 crianças. A queda da taxa de fecundidade que nada mais é do que a capacidade de produzir ou de reproduzir-se, ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população (15).

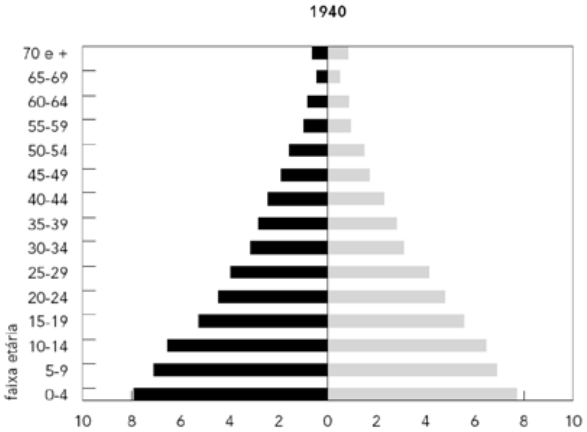
No Brasil, calcula-se que a população de idoso seja 7%, mas a projeção para 2020 é que está percentagem deva triplicar, colocando o país em sexto lugar, em âmbito mundial, em relação ao número de idosos (18). No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostraram que em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos e em 2000, passaram para 55,1%. Consequentemente, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos (17).

Resultado de conquistas sociais, políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque dentre os acontecimentos do século XXI e será caracterizado por profundas transformações da composição populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Assim, o Brasil vem deixando de ser um país jovem, passando a se caracterizar como um país em processo de envelhecimento (18).

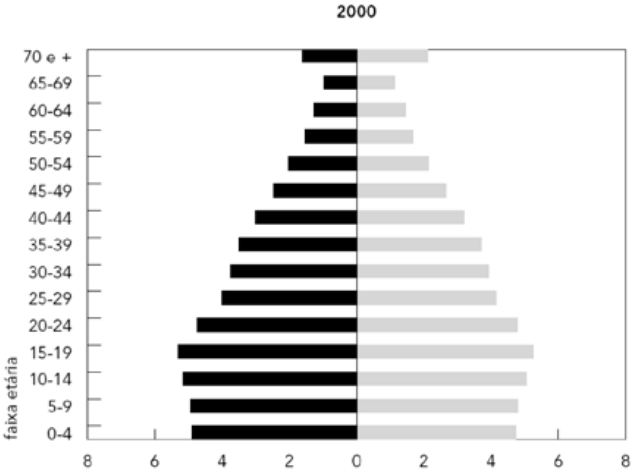
A transição demográfica brasileira é reflexo das profundas transformações sociais e econômicas ocorridas ao longo do século XX. Esse período é marcado por um rápido processo de urbanização e industrialização (principalmente na segunda metade do século), sendo que uma de suas consequências foi à transformação do papel social da mulher na sociedade brasileira (19). Todo esse processo de transição demográfica tem acontecido graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização. Paralelamente a esses acontecimentos, a população passou a ter acesso a vacinas, antibióticos, serviços de saúde, saneamento básico e exames complementares. Estas medidas contribuíram para prevenção e cura de muitas doenças até então fatais, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida e um crescente aumento da longevidade da população (20).

No Brasil, nas primeiras décadas do século passado, a taxa de mortalidade era muito alta: três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano. Isto freava o aumento populacional, mesmo havendo uma taxa de fecundidade muito alta no país (em media seis filhos por mulher). A expectativa de vida ao nascer não ultrapassava 40 anos e menos de um quarto dos brasileiros

alcançava os 60 anos. Comparando as pirâmides etárias brasileiras de 1940 observa-se que a predominância de crianças e jovens com ate 15 anos (representavam 45% da população) e a pequena proporção de idosos – somente 3% da população, e entre 1940 e 2000 a mortalidade caiu e a população cresceu (Figura 1 e 2) (7).



Fonte: IBGE
Figura 1 Pirâmide populacional do Brasil em 1940.



Fonte: IBGE
Figura 2 Pirâmide populacional do Brasil 2000.

Durante quase toda a sua existência, em virtude da elevada mortalidade – principalmente infantil que sempre foi muito elevada em consequência da fome, doenças e problemas climáticos - a espécie humana apresentou expectativa de vida bastante baixa. A sobrevivência

humana só foi possível em virtude da elevada taxa de fecundidade que compensavam a mortalidade (7).

As taxas de fecundidade caíram pela metade, e da mesma forma, as taxas de mortalidade infantil e natalidade também diminuíram, porém, em menor proporção (7). A diminuição da fecundidade, natalidade e mortalidade infantil modificou a pirâmide etária brasileira, principalmente em relação ao aumento da população com idade superior aos sessenta anos (21). O envelhecimento da população brasileira é um acontecimento relativamente contemporâneo, contudo, irreversível, em presença do comportamento declinante da fecundidade e da mortalidade registrada nas últimas décadas (22).

O envelhecimento populacional vem acontecendo como consequência da diminuição da mortalidade que levou a um aumento da expectativa de vida. Nos países desenvolvidos esse acréscimo se deve a quedas importantes nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, quedas que foram mais íngremes com o desenvolvimento socioeconômico dessas sociedades. A tecnologia importada (vacinas, antibióticos, remédios, etc.) reduziu, drasticamente, a mortalidade das doenças infectocontagiosas (23).

Neste contexto mundial de acelerada mudança no cenário demográfico e epidemiológico, inclusive no Brasil, impele-se a precisão de revisão de alguns conceitos relacionados ao envelhecimento, principalmente àqueles referentes à concepção do processo saúde/doença.
O envelhecimento humano é um processo que vai sendo arquitetado no decorrer da vivência das pessoas. O envelhecimento bem sucedido relaciona-se à maneira pela qual os idosos conseguem se adaptar às inúmeras situações de ganhos e perdas com as quais se deparam com competências para se cuidar e, portanto, autônomo em suas decisões, seja ou não independente para realizá-las (24). A adequada assistência aos idosos baseia-se na capacidade técnica de avaliação correta da problemática instalada, de intervenções precoces e eficientes.

1.3 Processo saúde-doença e os Idosos

A Organização Mundial de Saúde define saúde como sendo “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.” Sendo de fundamental importância para as políticas de saúde pública, na medida em que considera não apenas os

determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente. Outro aspecto essencial é que a saúde é pensada positivamente, e não como simples ausência de doença. Tal máxima orienta as políticas de saúde pública a centrar-se em medidas voltadas para a promoção da saúde, mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, pautado pelo conceito de doença (25).

Estudos mostram que um grande número de indivíduos com 60 anos ou mais é portador de várias enfermidades coexistentes ou comorbidades, em maior parte de natureza crônica não transmissível, acompanhadas ou não às limitações de desempenho. Deste modo, é importante entender e abranger o nível de impedimento que tais doenças acarretam para o desempenho de atividades cotidianas dos idosos e, ao mesmo tempo, avaliar quais as obrigações assistenciais que elas demandam, para que se possa traçar um planejamento assistencial mais adequado (26).

Maioria dos idosos é portadores de pelo menos uma doença incurável e, mesmo assim, muitos levam uma vida normal, com suas enfermidades controladas. Para uma senilidade saudável, o fundamental é a manutenção da autonomia, ou seja, a capacidade de o idoso determinar e executar suas próprias funções (27). Porém, o descontrole das doenças crônicas, por parte do idoso e dos sistemas de saúde, implica namanifestação de sequelas decorrentes e incapacidades associadas que desse modo, afeta, categoricamente, a autonomia e a aptidão funcional do idoso. Igualmente, quanto maior for o período de descontrole dessas doenças, maiores as chances de comprometimento da capacidade funcional de pessoas dessa faixa etária (28).

O grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) abrange, majoritariamente, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas enfermidades deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por ajuda continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (29).

O conceito de “envelhecimento ativo" dá ênfase, em especial, à qualidade de vida e à inclusão das pessoas como cidadãs, membros participativos da sociedade. Por isso, a OMS sugere que para enfrentar o ônus dessa longevidade se os países, regiões e as organizações internacionais

ampliarem políticas e programas direcionados aos idosos, visando com que este processo de envelhecimento se dê de forma mais ativa, a fim de que esta população se conserve mais saudável, autônoma e bem-sucedida (30).

Existe uma conexão direta entre os processos de mudança demográfica e epidemiológica. A queda inicial da mortalidade se agrupa entre as doenças infecciosas e tende a favorecer a população juvenil. Esses “sobreviventes” tornam-se crescidos e passam a conviver com fatores de risco para moléstias crônico degenerativas como a hipertensão arterial e hipercolesterolemia. À medida que aumenta a expectativa de vida e cresce o número de idosos, tornam-se mais frequentes as doenças e suas complicações. As patologias mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio, sequelas de acidente vascular cerebral, as complicações das fraturas após quedas, as limitações causadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela doença de Alzheimer (8).

Aos poucos se modificam o perfil de saúde da população e a demanda sobre o sistema de saúde (9). Em vez de processos agudos (como as pneumonias em crianças) que, para o sistema de saúde, “se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito”, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que requerem décadas de utilização dos serviços de saúde. Esse perfil da saúde da população brasileira, no contexto da transição epidemiológica, foi caracterizado e os autores apontaram que as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, enquanto as infecciosas somaram 23,5% e, as causas externas, 10,2% (31).

Doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT) são acometidos por muitos idosos - estados duráveis ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se demonstrar de forma expressiva na idade mais avançada e, freqüentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma expressiva a qualidade de vida dos idosos (32).

A dificuldade que o individuo possui de desempenhar certas atividades da vida diária ou, ainda, pela impossibilidade de executá-las, uma vez que as doenças influenciam diretamente na autonomia e independência dos idosos e, consequentemente, na qualidade de vida, já que causam incapacidades, levando a dependência funcional (33). Deste modo, conservar a competência operacional é de importante seriedade para a conservação da saúde em pessoa na terceira idade, proporcionando assim, um envelhecimento saudável (34).

O Brasil atravessou, em menos de 40 anos, um aspecto de mortalidade típico de uma população juvenil, para um quadro marcado por doenças complexas e dispendiosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (35). Essa passagem conduz a um aumento dos custos com tratamentos médicos e hospitalares e oferece um desafio para as autoridades sanitárias com relação à implantação de novos modelos e metodologia de planejamento, gerência e prestação de cuidados (36).

Comumente, o primeiro atendimento ao paciente de doença crônica acontece em estágio adiantado, dentro do hospital; em razão da baixa resolutividade do modelo em curso, da precariedade dos serviços ambulatoriais, da escassez dos serviços domiciliares, da falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência); causando o aumento dos custos e diminuindo as chances de um prognóstico favorável. Geralmente, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, persistem por vários anos e geram acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica habitual e o costume médico de agrupar as queixas e os sinais em um único exame de saúde podem ser adequados ao adulto jovem, mas não ao idoso (37).

1.4 O idoso e a Atenção Primária à Saúde

Em 1994 foi concebida a implantação e implementação do programa de saúde efetivo da atenção básica no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde (MS). Uma ESF se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, característica do nível primário. Com proposta baseada na atenção integral, contínua e resolutiva, este modelo se baseia nas ações voltadas para garantia da

oferta de serviços e de melhoria do acesso e no fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (38).

A expansão da Estratégia de Saúde da Família consolidou-se como programa prioritário para a reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil, segundo o MS, essa ampliação tem como um do seu alicerce permitir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (39).

O Ministério da Saúde também determina o Programa de saúde da família (PSF) como ESF, em vez de programa, visto que o termo programa assinala para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é uma tática de reorganização da atenção primária e não presume um tempo para finalizar esta reorganização (40). Atualmente, distingue-se que a AB não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária a Saúde (APS) qualificada e resolutiva. Sendo assim, a ESF, como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, faz frente ao arquétipo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos peritos focais (41).

A ESF apoia uma dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde fundamentada na promoção e prevenção da saúde, compromissada com a prestação de uma assistência integral, universal, contínua e resolutiva, que mantenha um vínculo com a comunidade com um papel de parceira na resolução dos problemas. A implantação da ESF em uma local envolve várias fases como: territorialização, cadastramento da família, conhecimento e condição de vida da população, levantamento dos principais problemas de saúde da comunidade e organização da mesma, em parceria com a população (42).

As atribuições da ESF são o planejamento de ações que causem impacto positivo adequado sobre as condições de saúde da população de sua área de alcance, o acesso e a vigilância à saúde conscientizando as pessoas para serem pacientes ativos e não apenas pacientes passivos neste processo, a interdisciplinaridade potencializando o efeito do trabalho e abordagem integral da família (43). A saúde da criança e adolescente, saúde da mulher e do idoso, o controle de hipertensão, do diabetes mellitus e da tuberculose, a eliminação da hanseníase e as ações de saúde bucal constituem as principais responsabilidades atualizadas da ESF (44).

Conhecer a realidade do idoso e famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; desempenhar o planejamento e programação local com a participação comunitária; arranjar vínculo de confiança com os usuários através de um comportamento ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; gerar ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; promover a participação popular, tratando com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; estimular a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde são algumas das atividades da equipe ESF (44,45).

A atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às diversidades do envelhecer. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (32).

1.5 Sistema de Informação e a Estratégia de Saúde da Família

Uma das principais ferramentas para levantamento de dados da atenção básica de saúde brasileira é o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), implantado pelo MS com o objetivo de monitorar as famílias e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes. O SIAB é alimentado a partir de fichas de cadastramento e acompanhamento, sendo que a Ficha A,

quando corretamente preenchida, pode fornecer dados suficientes para que as equipe de Saúde da Família conheçam sua população (idoso) e o ambiente em que ele vive (46).

Em 1998 o SIAB foi criado pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS) para auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades desempenhadas pelo agente comunitário de saúde (ACS). Esse Departamento ainda processa as informações advindas das inspeções domiciliares, bem como, do acolhimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios (47). A coleta de dados acontece no dia a dia da equipe de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e ESF. Cada membro, através da ficha, anota a produção de serviços. Designadamente o ACS, através da ficha A (Anexo A), acompanham a dinâmica das famílias, as injúrias prioritárias, a vacinação e o aumento do envelhecimento populacional, sob a supervisão do enfermeiro. A qualidade e a coerência destas informações derivam do conhecimento dos instrumentos e do uso apropriado das instruções de preenchimento, alimentação cuidadosa, cumprimento de prazos, fluxos, críticas, divulgação e utilização dos dados (48).

A ficha A simula a ficha de cadastro familiar e, por conseguinte, contém dados principais de características socioeconômicas de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos. Já os relatórios representam um consolidado dos dados atuais nas fichas de cadastro e acompanhamento. Sugere, com isso, que se apreciem as condições de saúde da população adscrita, bem como os fatores causadores do processo saúde-doença. Concebe, então, potencialmente, uma fonte de informações de grande importância para a concretização davistoria clínica de saúde de determinada área de abrangência, guiando o planejamento e a avaliação de ações em saúde (49).

O SIAB constitui-se em um dos principais instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica a Saúde (ABS) e é um sistema de informatização territorializado, que coleta dados e permite a construção de indicadores populacionais, indicativos ao campo de circunscrição bem delimitado, coberto pelo PACS e ESF. Seu alicerce de dados possui três blocos: cadastramento familiar (indicadores sociodemográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); acompanhamento de grupos de risco (criança abaixo de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase e a saúde do idoso); e o

registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificações de agravos, óbitos e internações) (49).

Os dados consolidados pelas secretarias municipais, diretorias regionais e secretaria estadual são fruto do trabalho de ACS, médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas e auxiliares. Desta forma, além de um sistema de informação, o SIAB precisa constituir-se em ferramenta de gestão para a ESF, municípios e Estado. O SIAB deve ser processado com o maior cuidado e atenção, com a intenção deste conceber a verdadeira circunstância de saúde do local avaliado (48). A atenção Básica à Saúde (ABS) determina o trabalho de todos os diferentes níveis dos sistemas de saúde, estabelece e racionaliza os recursos e o princípio que norteia esta obra é o de que a chave para uma vida longa está mais na prevenção do que na cura.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família residente do Município de Teófilo Otoni - MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a característica socioeconômica, demográfica e dos idosos do Município de Teófilo Otoni-MG.
- Conhecer as condições de saúde da população idosa do Município de Teófilo Otoni-MG.
- Conhecer fatores determinantes do processo saúde-doença dos idosos do Município de Teófilo Otoni-MG.

3 PRODUTO

3.1 Artigo 1:. Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil**.** Formatado segundo as normas para publicação da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

3.1 ARTIGO 1

Fernanda Batista Pimenta[1], Marise Fagundes Silveira[2], Ana Cristina de Carvalho Botelho[3]

1 Enfermeira, Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família-CEABSF pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES.

2 Doutorado em Saúde Coletiva- UNIFESP e Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Prof.ª do Departamento ciências exatas e do PPGCS da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, MG.

3 Doutorado e Mestrado em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Pós-doutorado pela Buffalo University e pela FIOCRUZ, Centro de Pesquisas René Rachou. Prof.ª do Departamento Fisiopatologia e do PPGCS da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, MG.

Endereço para correspondência:

Fernanda Batista Pimenta
Avenida Pedro Nolasco 362, Ipatinga, MG. CEP 35162-216
Tel.: (31) 8879-5745
e-mail: enfpimenta@yahoo.com.br
Responsável pela coleta de dados

Endereço para correspondência:
Marise Fagundes Silveira
Rua Três, nº 259 Bairro Morada do Parque, Montes Claros, MG CEP 39400-000
Telefones: (38) 3222-7857; (38) 9181 3030.
e-mail: ciaestatistica@yahoo.com.br
Responsável pela orientação nas análises estatísticas

Endereço para correspondência:
Ana Cristina Botelho de Carvalho
Rua João Vilela, 61 apto 202, Morada do Sol, Montes Claros, MG. CEP 39403-224
Tel. 55 (38) 3212-2247
e-mail: anacristina.botelho@yahoo.com.br
Coordenadora e autora correspondente.

Objetivo: Avaliar o perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Teófilo Otoni, MG. Propondo com isso, que se conheçam as condições de saúde da população idosa, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. **Metodologia:** Participaram do estudo 385 idosos de ambos os gêneros, com 60 anos ou mais, residente na zona urbana e cadastrado na Estratégia de Saúde da Família, utilizando-se a Ficha A e Ficha do Idoso do sistema de Informação de atenção Básica. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. **Resultados:** 70% eram do gênero feminino, tinha pele não branca, pouca escolaridade, não morava sozinho e vivia de aposentadoria; em geral não praticava atividades físicas e não tinham tratamento dentário recente, mas mantinham o cartão de vacinação em dia. Mais de 90% residência em moradia com energia elétrica, água e esgoto e coleta de lixo. Mais de 80% relatou apresentar pelo menos uma doença e usar mais que 5 medicamentos continuamente. Os hipertensos somaram 69,9% e os diabéticos 17,7%. A prevalência de hipertensão arterial foi associada à cor de pele não branca e uso de medicamentos; e diabetes com sexo feminino e dependência para realização de atividades cotidianas; e prevalência de doenças com local de nascimento, morar sozinho, uso de medicamentos e prótese removível. Maior prevalência de pelo menos uma doença auto referida nos idosos que nasceram na zona rural, que moram sozinhos, que fazem uso de medicamentos e usam prótese dentária removível **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de melhorias no atendimento público de idosos.

Palavras-chave: Serviços de saúde para idosos. Perfil de saúde. Saúde da família.

Abstract: Profileof elderly population assistedbythe Family HealthStrategyin TeófiloOtoni, MinasGerais, Brazil.

Objective: Evaluate the profile of elderly population assisted by the Family Health Strategy in Teófilo Otoni, MG. Proposing it, knowing the health conditions of the elderly population as well as the determinants of the health-disease process. **Methodology**: The study included 385 elderly of both genders, aged 60 years or more, living in urban areas and registered in the Family Health Strategy, using the Form A and Form of Elderly belonging to the Information System for Primary Care. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. **Results**: 70% were female, non-white skin, low education, not living alone and received retirement compensation; generally not practiced physical activities and had no recent dental treatment, but kept the vaccination card updated. More than 90% living in house with electricity, water and sewage and garbage collection. Over 80% reported having at least one disease and use more than 5 medications continuously. Hypertensive totaled 69.9% and 17.7% diabetics. The prevalence of hypertension was associated with non-white skin color;and medication use, and diabetes with females and dependence to perform daily activities, and prevalence of diseases with place of birth, living alone, medication use and removable prosthesis. Higher prevalence of at least one self-reported disease in the elderly who were born in the countryside, living alone, who use drugs and use removable dentures. **Conclusion**: The results reinforce the need for improvements in public care for the elderly

Key-words: Health Services for the Aged. Health Profile. Family Health.

Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde, Minas Gerais, Brasil

Profileof elderly population assistedbythe Family HealthStrategyin, MinasGerais, Brazil

Perfil da população idosa em município brasileiro.

Fernanda Batista Pimenta, Enfermeira, Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família-CEABSF pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES.
Endereço para correspondência: Avenida Pedro Nolasco 362, Ipatinga, MG. CEP 35162-216 Tel.: (31) 8879-5745
e-mail: enfpimenta@yahoo.com.br
Responsável pela coleta de dados.

Marise Fagundes Silveira, Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Ciências Exatas e PPG Ciência da Saúde - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, MG.
Endereço para correspondência: Rua Três, nº 259 Bairro Morada do Parque, Montes Claros, MG CEP 39400-000 Telefones: (38) 3222-7857; (38) 9181 3030.
e-mail: ciaestatistica@yahoo.com.br
Responsável pela orientação nas análises estatísticas.

Ana Cristina de Carvalho Botelho Mestre e Doutora em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Pós-doutorado pela Buffalo University e pela FIOCRUZ, Centro de Pesquisas René Rachou. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, Montes Claros, MG.
Endereço para correspondência: Rua João Vilela, 61 apto 202, Morada do Sol, Montes Claros, MG. CEP 39403-224 Tel. 55 (38) 3212-2247
e-mail: anacristina.botelho@yahoo.com.br
Coordenadora e autora correspondente.

Introdução

O envelhecimento populacional traz à tona a discussão do que é ser idoso e reconhece a existência de uma gama bastante vasta de discernimentos para a demarcação do que venha a ser um “idoso”. O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) que considera idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade[1].

O envelhecimento populacional é um acontecimento iniciado nos países desenvolvidos, cujo componente principal é a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, além do consequente acréscimo da expectativa de vida, consistindo, atualmente, em uma realidade mundial[2]. O sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustado e organizado para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A proporção do acréscimo dos gastos em saúde com a população senil dependerá, essencialmente, se esses anos a mais serão saudáveis ou de doenças e dependência[3].

Com o aumento da expectativa de vida no mundo, faz-se necessário pensar também na qualidade desses anos. Diante disso, muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, estimulando uma multiplicidade de estudos e avaliações sobre a velhice. E a medicina suplementar esta tendo de enfrentar uma organização do sistema para uma eficiente atenção a esta população[4].

Grande número de indivíduos com 60 anos ou mais é portador de várias enfermidades coexistentes ou comorbidades, em maior parte de natureza crônica,

não transmissível, acompanhadas ou não das limitações de desempenho. Desse modo, é importante entender e abranger o nível de impedimento que tais doenças acarretam para o desempenho de atividades cotidianas dos idosos e, ao mesmo tempo, avaliar quais as obrigações assistenciais que elas demandam, para que se possa traçar um planejamento assistencial mais adequado[5].

Em 1994 foi concebida a implantação e implementação do programa de saúde efetivo da atenção básica no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde. Uma ESF se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, característica do nível primário[6].

Em 1998 o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) foi criado para auxiliar o acompanhamento e avaliação das atividades desempenhadas pela equipe da ESF, acrescentando e processando as informações advindas da unidade de saúde e nos domicílios[7]. Os municípios passaram a ser responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em saúde[8].

Designadamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mediante da Ficha A e Ficha do Idoso, acompanham a dinâmica das famílias[9]. A ficha A simula a ficha de cadastro familiar e, por conseguinte, contém dados principais de características socioeconômicas de saúde (morbidade referida) e moradia das famílias e seus indivíduos. Sugere, com isso, que se apreciem as condições de saúde da população adscrita, bem como os fatores causadores do processo saúde-doença. Concebe,

então, potencialmente, uma fonte de informações de grande importância para a concretização da vistoria clínica de saúde de determinada área de abrangência, guiando o planejamento e avaliação de ações em saúde[10].

Desse modo, este estudo objetiva avaliar o perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Teófilo Otoni, Minas Gerais. Propondo com isso, que se conheçam as condições de saúde da população idosa, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Metodologia

O estudo foi realizado no município de Teófilo Otoni - MG, localizado no Nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, considerada centro macro-regional, ocupando uma área de 3.242,818 Km^2, altitude 334 m, densidade 39,1 hab./km^2, clima tropical, abrigando uma população em torno de 130.517 habitantes (zona urbana: 103.941 e zona rural: 26.576 habitantes), sendo que 13.297 população idosa[11].

O município de Teófilo Otoni é atualmente uma das 75 microrregiões de saúde no estado de Minas Gerais, sendo encarregada da prestação de serviço assistencial de média a alta complexibilidade[11]. Segundo a Secretaria Município de Saúde de Teófilo Otoni quanto ao serviço de saúde na Atenção Primária, existem no município atualmente 30 (trinta) equipe de Estratégia de Saúde da Família, 23 (vinte e três) equipe na área urbana e 7 (sete) equipe na área rural, abrangendo 100% de cobertura da ESF.

Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, em que participaram do estudo idoso de ambos os gêneros, com 60 anos ou mais, residente na zona urbana e cadastrado na Atenção Primária pela Estratégia Saúde da Família na cidade de Teófilo Otoni, Minas Gerais, Brasil.

Para a determinação da população de estudo e suas localizações na diferente micro áreas foi solicitado à SMS autorização para desenvolvimento da pesquisa com idoso residente da zona urbano e cadastrado na ESF, posteriormente localização das equipes e coordenador responsável. Foi solicitada a colaboração das equipes da ESF para fornecer inicialmente informações sobre os idosos e assim traçar estratégias de acesso aos idosos. Aos coordenadores responsáveis foi solicitado número de idoso cadastrado e quantidade de ACS. Aos ACS foi solicitado preenchimento da ficha de identificação do idoso. Em seguida a ficha foi numerado e sorteado.

A seleção da amostra foi feita por amostragem aleatória simples. O tamanho da amostra foi calculado com o auxílio do software DIMAM 1.0[12], utilizando-se os seguintes parâmetros: prevalência de agravos à saúde entre os idosos estimada em 50%, população aproximada de 10.569 idosos residentes na zona urbana no município de Teófilo Otoni, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Adicionou-se 20% de taxa não resposta. Ficando a amostra constituída por 449 idosos residentes na área urbana de abrangência da Estratégia de Saúde da Família.

Participaram do estudo os idosos que preencheram os critérios de inclusão: morar na área urbana, ter 60 anos ou mais de idade, aceitar participar da entrevista e está cadastrado na ESF. Como critério de exclusão foi considerado: não estar em casa após três tentativas de visita (por diferentes motivos, entre eles, a hospitalização).

A entrevista foi realizada por meio de visita domiciliar, no período de março a junho de 2011. A duração, em média, da entrevista foi de 30 minutos, incluindo a apresentação, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e a aplicação do questionário (Apêndice B). A coleta dos dados foi realizada pela equipe de ESF com apoio da pesquisadora.

Para o Inquérito domiciliar foi utilizado um questionário do Ministério da Saúde padronizado e readaptado como: Ficha de cadastro da família – Ficha A (Anexo A) que é realizada pelo Agente Comunitário de Saúde que identifica e cadastra a família da sua área de abrangência, permitindo assim, a equipe da ESF conhecer a situação de moradia, condições de vida e saúde do idoso, situação de moradia e de saneamento básico; e Ficha de Cadastro do Idoso - Ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa (Anexo B) que identifica o idoso e suas condições de saúde e doenças[13].

As variáveis investigadas nesse estudo foram**: características sócio-demográficas** (sexo, cor de pele, idade, estado conjugal, escolaridade, fonte de renda, possui plano de saúde e mora sozinho), **características comportamentais** (prática de

atividade física, foi ao dentista no último ano e cartão de vacina em dia), **ambiente externo/características do domicílio** (local de nascimento, possui rede elétrica no domicílio, abastecimento de água no domicílio, tratamento de água no domicílio, destino do lixo, fezes e urina no domicílio) e **condições de saúde** (urinas soltas, controle das fezes, fazem uso de mais de cinco medicamentos diário, mais de cinco doenças diagnosticadas, tem esquecimento progressivo, queda nos últimos seis meses, internação nos últimos seis meses, está acamado, tem dependência para atividades do dia a dia, uso de prótese dentária removível, hipertensão arterial, diabete, osteoporose, artrite/artrose, problema cardíaco, acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, glaucoma, catarata, problema de coluna, tumor, fratura, pneumonia, doença de Alzheimer, reumatismo, alergia e faz uso de medicamento).

Para descrever os idosos quanto às características sociodemográficos, comportamentais, ambiente externo/características do domicílio e condições de saúde utilizaram-se distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%). Foram conduzidas análises bivariadas e análises múltiplas através de regressão de *Poisson,* nas quais a presença de hipertensão (presente e ausente), de diabetes mellitus (presente e ausente) e de alguma doença (nenhuma e pelo menos uma doença) foi considerada variável dependente e as demais características dos idosos foram consideradas variáveis independentes. A magnitude da associação entre as variáveis dependentes e independentes foram avaliadas através das razões de prevalências (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis cujos níveis descritivos (valores de p) foram menores que 0,20 na análise bivariada foram selecionadas para análise múltipla. Na análise múltipla, recorreu-se

ao método *Backward*: LR. O modelo final foi composto pelos fatores que permaneceram associados às variáveis dependentes ao nível de 0,05 ($p<0,05$). Todas as análises foram efetuadas com o *software* PASW Statistic[14].

Foram seguidas as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, conforme a resolução 196/96 CNS, tendo sido aprovada sob parecer nº 2307/2010 (Anexo C). Foi apresentado, aos participantes da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa. A participação foi por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la, em qualquer fase.

Resultados

A amostra foi composta por 385 idosos, havendo perda amostral de 14,3%. Tais perdas apresentaram a seguinte distribuição: idoso não encontrado (7,1%), mudança de endereço (6,0%), óbito (0,9%) e recusa (0,4%).

Os dados revelam que a maioria dos idosos entrevistados (45,7%) encontra-se na faixa etária entre 60 a 69 anos, caracterizando uma população de idosos jovens, sendo que 68,8% eram mulheres. Foi observado um baixo nível de escolaridade da população estudada, uma vez que 124 idosos (32,2%) eram analfabetos. Estabelecendo uma relação entre sexo e o nível de escolaridade dos idosos estudado, foi observado que entre as mulheres 80,6% referem analfabetismo

Na amostra estudada, observa-se que dos 124 idosos analfabetos, 72,6%, tinham hipertensão arterial, 23,4% diabetes mellitus, 81,5% tinham pelo menos uma doença referida, 77,4% faziam uso de pelo menos um medicamento, 81% idosos do gênero feminino e que 12,0% destes idosos moravam sozinhos. Em relação ao serviço de saúde, a maioria dos idosos, 62,9% refere ser usuária do serviço público.

Quanto ao estado conjugal observa-se que 44,9% dos idosos referiam ser casado/mora junto, 7,8% divorciado/separado, 34,5% viúvo e que 12,7 referiam nunca ter casado. Estabelecendo uma relação entre o estado conjugal e o sexo foi observado que entre as mulheres 84,96% referem ser viúvas.

Referente às condições do domicílio, os dados mostram que quase totalidade dos idosos na área urbana, possui boas condições de moradia como: 97,7% água encanada, 99,7% possui energia elétrica, 94,5% tem ligação com rede de esgoto e 99.0% tem o lixo coletado.

Em relação ao arranjo domiciliar, ou seja, às pessoas que residem com os idosos, observa-se que 54% residem com os filhos, 44,7% com o esposo e companheiros e 28,6% com os netos. Sendo significativo o número de idosas que residem só (18,8%). Observa-se que 70,1% dos entrevistados encontram-se aposentados e 9,1%, ainda, realizam atividades profissionais, sendo que, com relação à renda mensal dos idosos, 11,9% referiram ser pensionista. Os demais resultados estão apontados na Tabela 1.

Os dados da Tabela 2 são referentes à percepção dos idosos entrevistados em relação à condição de saúde. Dentre os principais problemas de saúde referidos, as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT) apresentam-se com um alto percentual, em que 69,9% referem hipertensão arterial e 17,7% diabetes mellitus. Destaca-se também, a catarata (17,1%), a osteoporose (13,2%), os problemas articulares (24,9%) e cardíacos (10,9%). Constatou-se que 320 (83,1%) idosos apresentaram pelo menos uma das doenças referidas. As demais doenças referidas encontram-se na tabela 2.

A respeito da análise da dentição da amostra estuda mostrou que 57,4% do idoso fazem uso de prótese dentária removível. Sendo mais freqüente nas mulheres 70,1% que nos homens, 29,9% deste idoso que fazem uso da prótese é analfabeto e 77,8% referem hipertensão arterial.

Os resultados deste trabalho mostraram uma alta proporção da condição de hipertensão arterial (69,9%) entre idosos do município (tabela 3), tendo uma alta prevalência de hipertensão nos idosos do gênero feminino (69,9%), analfabeto (33,5%) e de cor de pele não branca (73,6%).

A regressão de *Poisson* bivariada (tabela 3) mostrou que as seguintes variáveis estavam associadas ao nível de 0,20, com a prevalência de hipertensão arterial: local de nascimento (p=0, 110), cor de pele (p=0,036), faixa etária (p=0,027 e 0,143), escolaridade (p=0,001 e 0,066), cartão de vacina em dia (0,170), uso de medicamentos (p=0,000) e uso de prótese (p=0,000), sendo, portanto selecionadas para o modelo múltiplo.

O modelo de regressão de Poisson múltiplo ajustado pelo método *Backward*:LR (tabela 3) revelou que as variáveis cor de pele (RP=1,12; p=0,049) e uso de medicamentos (RP= 6,14;p=0,000) apresentaram associação estatisticamente significativa com a prevalência de hipertensão arterial. Esses resultados indicam que a prevalência de hipertensão arterial entre os idosos de cor de pele não branca é 1,12 vezes que naqueles com cor de pele branca, e a prevalência de hipertensão arterial nos idosos que usam medicamentos é 6,14 vezes maior que aquela observada entre os não usuários de medicamentos. Para verificar se os valores estimados pelo modelo final ajustam-se aos valores observados, foi realizado o teste de ajustamento do modelo (teste Hosmer e Lemeshow) que apontou bom ajustamento (χ^2=6,965; p=0,223) e estatisticamente significativo (G^2=178,79; p=0,000).

Os resultados deste trabalho mostraram uma alta proporção da condição de diabetes mellitus (17,7%) entre idosos pesquisados no município, tendo uma alta prevalência (79,4 %) nos idosos do gênero feminino, analfabeto (42,6%), cor de pele não branca (70,6%) e domicilio sem tratamento de água (69,1%).

A regressão de *Poisson* bivariada (tabela 4) mostrou que as seguintes variáveis estavam associadas, ao nível de 0,20, com a prevalência de diabetes mellitus entre os idosos: sexo (p=0,046), escolaridade (p=0,105) atividade familiar produtiva (p=0,094), internação nos últimos 6 meses (0,016), possui dependência nas atividades diárias (p=0,014) e uso de prótese (p=0,112),sendo, portanto, selecionadas para o modelo múltiplo.

Recorrendo ao método *Backward*: LR estimou-se um modelo de regressão de *Poisson* múltiplo (tabela 4) estatisticamente significativo (G^2=7,66; p= 0,022) e com bom ajuste (teste Hosmer e Lemeshow: χ^2=22,81; p=0,597) com apenas as variáveis sexo (RP=1,73; p=0,047) e dependência nas atividade diárias (RP=1,84;p=0,016). Esses resultados indicam que a prevalência de diabetes entre as mulheres idosas é 1,73% maior do que nos homens, e a prevalência de diabetes entre os idosos dependentes nas atividades diárias é 1,84% maior que entre aqueles independentes na realização de suas atividades do dia adia.

Os resultados da regressão de Poisson bivariada e múltipla, que avaliaram os fatores associados à presença de alguma doença entre os idosos estão apresentados na tabela 5. Observa-se que os fatores selecionados, na análise bivariada, para compor o modelo final foram: sexo (p= 0,070), local de nascimento (p= 0,021), faixa etária (p= 0,143 e 0,159), escolaridade (p= 0,003), mora sozinho (p= 0,008), faz uso de medicamentos (p=0,000), destino de fezes e urina (p= 0,137), destino do lixo (p= 0,000), internação nos últimos 06 meses (p= 0,003), dependência nas atividades diárias (p=0,072) e uso de prótese dentária removível (p= 0,000). O modelo de regressão de Poisson múltiplo ajustado pelo método *Backward*: LR (tabela 5) revelou que as variáveis local de nascimento (RP=1,09; p=0,015), mora sozinho (RP=1,11;p=0,024), uso de medicamentos (RP= 2,31;p=0,000) e uso de prótese removível (RP=1,14;p=0,001) apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de alguma doença. Observaram-se maiores prevalências de pelo menos uma doença nos idosos que nasceram na zona rural, que moram sozinhos, que fazem uso de medicamentos e usam prótese dentária removível (tabela 5). Esse modelo mostrou-se estatisticamente significante

(G^2=33,64; p= 0,000) e com bom ajuste aos dados observados (teste Hosmer e Lemeshow: χ^2=8,68; p=0,223).

Os resultados deste trabalho mostraram uma alta proporção de pelo o menos uma doença auto-referida (83,1%) entre idosos pesquisados no município, tendo uma alta prevalência nos idosos do gênero feminino (70,9%), analfabeto (31,6%), cor de pele não branca (70,9%), idosos que não pratica atividade física (75,9) e faz uso de prótese dentária (63,8), sendo que 78,1% não faziam uso de medicamento e 88,4%não tinham plano de saúde.

Discussão

O perfil etário da amostra estudada caracteriza-se por idosos jovens, na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Estes dados são semelhantes aos do Censo 2010, em que 54,4% da população idosa de Minas Gerais encontram-se na mesma faixa etária. Em relação ao segmento de 90 anos e mais, os valores percentuais encontrados neste estudo (2,9%) foram praticamente iguais aos revelados no Censo 2010 (2,2%)[15].

Em relação à situação educacional dos idosos brasileiros, o Censo 2009 revela que a população idosa apresenta um baixo nível de escolaridade, uma vez que 27,7% não têm nenhuma escolaridade. A mesma realidade educacional foi encontrada entre os idosos deste estudo. O baixo nível de escolaridade, no Brasil, é

predominante principalmente entre mulheres que, durante décadas, ficaram delegadas as funções do lar e do cuidado aos filhos, sendo excluídas do acesso à educação formal[16]. É importante ressaltar que a equipe da ESF deve estar atenta a essa baixa escolaridade, para que a linguagem usada com esses idosos seja a mais compreensível possível, para que eles consigam entender o significado da informação passada e realizem a prática do cuidado com sucesso.

A condição educacional do idoso é uma importante referência de saúde, uma vez que, o baixo nível de escolaridade contribui para o aparecimento de doenças, pois impede o entendimento da importância do autocuidado da saúde, da adesão ao tratamento prescrito e a promoção de estilo de vida saudável[17]. O analfabetismo no idoso representa uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, especialmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que a educação não era prioridade, especialmente com relação à mulher. Esses percentuais mostram o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade[18].

Quanto ao arranjo domiciliar, o presente estudo verificou que 54% dos idosos residem com filhos e/ou filhas, 44,7% moravam com companheiros e que 14% moravam sozinhos. Em muitos países em desenvolvimento, a porcentagem de pessoas idosas que moram com os filhos continua elevada, mesmo com o aumento da longevidade, sugerindo que os pais tendem a viver com pelo menos um dos filhos durante todo o ciclo de vida[19].

A predominância da população feminina tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas diz respeito ao fato que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas a deficiências físicas e mentais ou alguma doença referidas do que seus parceiros masculinos. Outra se refere à elevada proporção de mulheres morando sozinhas. A maior parte era viúva e tinha, pelo menos, uma doença referida.

O envelhecimento da população ocasiona significativa ampliação da carga das doenças cardiovasculares, e no estudo foram detectados 269 (69,9%) idosos com hipertensão arterial. As doenças do aparelho circulatório, no Brasil, constituem a principal causa de morte entre idosos, correspondendo a cerca de 40% dos óbitos desta população. Dentre estas, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas mais frequentes de óbitos[20].

O grupo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) abrange majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas enfermidades deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por ajuda continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população[21].

O uso de prótese dentária removível foi mais freqüente entre as mulheres. Estes dados são semelhantes ao estudo realizado na cidade de são Paulo-SP, que a ausência de dentes é mais freqüente nas mulheres idosas que nos homens[22]. Este resultado chama atenção para a necessidade de medidas odontológica preventivas para os adultos e idosos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônica. É responsável, pelo menos, por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana[23].

A hipertensão entre as pessoas idosas é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando controlada, diminui significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma conseqüência normal do envelhecimento [20] [23]. Essa variedade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos idosos[24].

No estudo, observou maior prevalência de hipertensão arterial em mulheres em relação aos homens. Em outro estudo realizado no município de Campinas-SP, observou-se que na análise univariada, as mulheres apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial que os homens, assim como verificado em outros estudos para essa faixa etária. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada[25]. Também se observou que, em Bambuí, 70,7% dos idosos hipertensos eram mulheres e que apenas 29,3% eram homens[26].

Talvez o fato das mulheres tiver mais cuidados com sua saúde justifique esse número.

Com relação à cor de pele, observou se maior número de casos de hipertensão em pacientes de cor não branca em relação à branca. Informação também demonstrada no estudo de Campinas-SP, em que idosos de cor não branca apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial na análise univariada, em concordância com o que tem sido observado em outras pesquisas. De acordo com o Centro de controle e prevenção de doença, vários fatores contribuiriam para acarretar as disparidades de saúde entre brancos e não-brancos, como: fatores socioeconômicos, estilo de vida, o ambiente social (incluindo as oportunidades educacionais e econômicas, a discriminação racial e as condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde[25].

Percebeu se também que, com relação à escolaridade, há maior incidência de hipertensos nos idosos analfabetos, seguidos dos que apenas leem e escrevem informalmente, essa informação também foi mencionada no trabalho de Campinas que diz haver maior prevalência de hipertensão arterial no estrato inferior de escolaridade. As pesquisas apontam que os indivíduos com inserção socioeconômica desfavorável estariam mais propensos à depressão e ao estresse crônico causado pelas dificuldades cotidianas, aumentando os níveis de catecolaminas e, consequentemente, a frequência cardíaca e a pressão arterial[27].

Foi observada que a prevalência de hipertensão arterial nos idosos que fazem uso de medicamentos é 6,14 vezes maior que aquela observada entre os idosos que não

usam medicamentos. Em decorrência do aparecimento de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, os pacientes com mais de 60 anos, são os principais consumidores da farmacoterapia moderna, sendo que 80% tomam, diariamente, no mínimo, um medicamento e utilizam mais medicamentos que qualquer outro grupo etário[28,29].

O diabetes mellitus é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. Neste estudo, a prevalência de diabetes mellitus auto-referido foi estimada em 17,7%. Em pesquisa realizada em Campinas e Botucatu-SP foi encontrado resultado similar para esse mesmo seguimento populacional, com prevalência de 14%[30]. Em pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) realizada em 15 capitais brasileiras e no distrito Federal, foi encontrado resultado semelhante para esse mesmo seguimento populacional, com prevalência auto-referida de 14% (IC95%: 11,6-25,2)[24].

A proporção de idosos com diabetes mellitus foi maior nos idosos com faixa etária de 70 a 79, sendo maior nas mulheres pesquisadas em relação aos homens. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade entre os idosos, levando a insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular[23]. Em outro estudo a prevalência estimada de diabetes mellitus auto-referida foi de 14,9% (IC95%: 12,2-18,2) e 15,8% (IC95%: 12,8-19,2), respectivamente nos homens e nas mulheres. A explicação para isso talvez seja o fato de as mulheres se cuidarem mais e estarem mais presentes no serviço de saúde, favorecendo, assim, o diagnóstico da doença[31].

Os idosos de cor de pele não branca tinham maior prevalência da doença Diabete Mellitus em relação à cor branca, o que divergiu do trabalho realizado em Minas Gerais, com relação à raça/cor, mais da metade dos idosos diabéticos eram brancos (52,2%) e apenas 9,6% se declararam pretos[31]. A proporção de brancos era levemente inferior, comparativamente aos indivíduos sem diabetes.

Com relação à condição educacional e comparando a proporção de idosos com diabetes mellitus, que apenas sabiam ler e escrever informalmente, e com os que apenas possuíam o fundamental, observou-se proporções parecidas de idosos com a doença, sendo mais significativa a incidência da doença naqueles analfabetos. Foi também analisada outra pesquisa feita em São Paulo e constatou-se que a variável escolaridade apresentou associação estatística significativa com o diabetes, mesmo quando ajustadas por idade e sexo, indicando que, entre os idosos, a prevalência da doença não é influenciada por fatores sócioeconômicos[30].

A prevalência de diabetes se mostrou maior nos doentes que não moravam sozinhos (85,3%), esta observação também foi averiguada no estudo realizado no município de Campinas e Botucatu-SP, evidenciando morar com familiares por si só, não representa melhoria na qualidade de vida do idoso. Sendo necessário aprofundar no tipo de relações que são estabelecidas entre os membros familiares; disponibilidade do suporte familiar e o respeito à sua individualidade. Às vezes, o cuidado oferecido por um dos membros da família pode ocorrer de forma inadequada em razão de seu despreparo, de sua indisponibilidade ou de sobrecarga[30]. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente do programa Estratégia de Saúde da Família investigar melhor tal situação, identificar o cuidador

e instrumentalizá-lo para oferecer suporte ao idoso, minimizando assim muitas complicações[32].

Aos poucos se transformam o perfil de saúde da população e a demanda sobre o sistema de saúde [32] [33]. Em vez de processos agudos (como as pneumonias em crianças) que, para o sistema de saúde, “se resolvem rapidamente através da cura ou do óbito”, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que requerem décadas de utilização dos serviços de saúde. Esse perfil da saúde da população brasileira, no contexto da transição epidemiológica, foi caracterizado e os autores apontaram que as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, enquanto as infecciosas somaram 23,5% e as causas externas, 10,2%[34] .

Praticamente 83,1% dos idosos referiram à presença de, pelo menos, uma doença crônica. Esta proporção está de acordo com o observado no inquérito realizado na cidade de Itajaí-SC. Embora, não se possa considerar que as doenças crônicas auto-referidas representem, de fato, as prevalências destas doenças, a morbidade auto-referida é muito utilizada em estudos epidemiológicos como um indicador do estado de saúde, especialmente de pessoas idosas. O número de doenças crônicas referidas foi maior entre as mulheres, fato este que é similar também encontrado em outro estudo[35]. A maior longevidade das mulheres pode ser um fator que influencia este achado, uma vez que a idade, por si só, é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de doenças crônicas[35].

O aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que, frequentemente, exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado aos idosos[36].

Conclusão

Os resultados encontrados demonstram que os idosos acompanhados pela ESF em estudo apresentam características semelhantes em comparação com estudos parecidos, ou seja: idosos mais jovens (faixa etária de 60 a 69 anos), maior número de mulheres, baixa escolaridade, possui renda própria, residem em arranjos familiares multigeracionais, maior parte das idosas são usuárias dos serviços públicas de saúde, alto percentual de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, sendo expressivo o número de idosas que fazem uso de medicamentos.

A condição de vida do idoso como as características individuais, as quais incluem idade, sexo, moradia, educação, assistência à saúde, alimentação, saneamento básico e acesso à informação, condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, entre outros, são fatores essenciais para o processo saúde doença, no qual exerce ampla influência no estado de saúde do idoso.

Políticas de saúde pública efetivas constituem o único meio de assegurar à população o acesso à saúde e, por conseguinte, minimizar as iniquidades sociais em

saúde. No entanto, somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, será possível elaborar e executar tais políticas.

A proporção de pessoas idosas vem aumentando significativamente, apresentando trajetória ascendente no acelerado envelhecimento populacional. A perspectiva de vida se aumenta de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Perante desses fatos, é importante desenvolver meios para melhor atender as dificuldades do crescente grupo de idosos para que haja um envelhecimento bem sucedido com acompanhamento de qualidade de vida e bem-estar. Sendo assim, a saúde pública deve dispor de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes. Devendo avaliar os múltiplos aspectos da vida do idoso para uma implementação de políticas públicas voltadas a atender as necessidades deste grupo etário. Pesquisas, nesse tema, tornam-se necessárias, merecendo uma atenção especial de pesquisadores e profissionais de saúde. O perfil aqui apresentado, embora seja característico da população estudada, coopera com dados importantes sobre a população idosa, permitindo o delineamento para futuras investigações na área.

Referências

1- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

2- Lima MFFC, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa Brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9:23-41.

3- Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.1, pp. 231-238.

4- Veras RP, Parahyba MICA. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2479-2489.

5- Duarte YA. Organizadoras. SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003; p. 185-200.

6- Zimernan, G. *Velhice:* aspectos biopsicossociais. São Paulo: Guanabara, 2000.

7- Ministério da Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

8- Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev. Latino-am Enfermagem*; 2005jul-ago; v.13, n.4, p. 547-54.

9- Sobreira ES, Liane AS, Lacerda MS, Marambaia MP, Matos RB, Ferreira SCL Secretaria da Saúde.Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais. /Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. Salvador: Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação, 2006

10-BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

11-IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

12-Arango HG. Bioiestatistica – Teórica e computacional. DIMAM 1.0. Editora

nova Guanabara, 2009.

13-Ferreira SCL, Sales ES, Andrade LS, Lacerda MS, Marambaia MP, Matos RB. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais. /Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. Salvador: Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação, 2006.

14-PASW Statistics. SPSS Inc.233 South Wacker Drive, 11th Floor Chicago (v. 18; SPSS, Chicago).

15-IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia. Pesquisa sobre Populações no Território Brasileiro: Minas Gerais; 2010.

16-IBGE. - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE 2009.

17-Perlini NMOG. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascularcerebral no domicílio**:** o fazer do cuidador familiar. São Paulo. 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

18-Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/ RN: Características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2004 maio-junho; 12(3):518-24.

19-Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev. bras. estud. popul, 2011 jan.-jun.; 28(1):217-230.

20-Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. InfEpidemiol SUS 2000; 9:23-41.

21-Achutti AC, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro.2004 out./dez.; Vol. 9, n. 4, p. 833-840.

22-Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bocal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML; Duarte TAO. Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

23-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.

24-INC - Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.

25-Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* . 2006, vol.22, n.2, pp. 285-294.

26-Firmo JOA, Uchôa E, Lima-CostaMF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004 Mar./Abr. vol.20 no.2.

27-Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP, 2001; 51:72-85.

28-Romano LNS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GS. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. Cad Saúde Pública 2002; 18(6):1499-507.

29-Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):717-24.

30-Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cad. Saúde Pública. 2010 Jan; 26(1): 175-184.

31-Viegas PA, Rodrigues R, Machado C. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. R Bras Est Pop. 2008; 25(2): 365-76.

32-Tavares DMS, Rodrigues FR, Silva CGC, Miranzi SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2007, vol.12, n.5, pp. 1341-1352. ISSN 1413-8123.

33-Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 200-6.

34-Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública. 2003; v.19, n.3, p.725-733.

35-Knoll BM. Saúde e envelhecimento: resultados de um inquérito populacional. Florianópolis 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

36-Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Revista USP*, São Paulo, 2001 51:72-85

Tabelas

Tabela 1: Distribuição dos idosos segundo variáveis sócio-demográficas, comportamentais, características do domicílio e ambiente externo. Teófilo Otoni, MG, 2011.

Variável	Categoria	n	%
	Características sócio-demográficas		
Sexo	Masculino	120	31,2
	Feminino	265	68,8
Cor da pele	Branca	115	29,9
	Não branca	270	70,1
Faixa etária	60 a 69 anos	176	45,7
	70 a 79 anos	147	38,2
	Acima de 79 anos	61	15,8
Estado conjugal	Casado/mora junto	173	44,9
	Divorciado/separado	30	7,8
	Viúvo	133	34,5
	Nunca casou	49	12,7
Escolaridade	Superior	12	3,1
	2º grau	28	7,3
	1º grau	39	10,1
	1ª a 4ª série	94	24,4
	Ler e escreve informal	88	22,9
	Analfabeto	124	32,2
Mora sozinho	Não	332	86,2
	Sim	53	13,8
Alguém da família possui plano de saúde	Sim	143	37,1
	Não	242	62,9
Fonte de renda	Aposentadoria	270	70,1
	Pensionista	46	11,9
	Aluguel	01	3.0
	Trabalho próprio	35	9,1
	Bolsa família	05	1,3
	Outros	28	7,3
	Características comportamentais		
Prática de atividade física	Sim	92	23,9
	Não	293	76,1
Foi ao dentista no último ano	Sim	47	12,2
	Não	338	87,9
Cartão de vacina em dia	Sim	297	77,1
	Não	88	22,9
	Ambiente externo/características do domicílio		
Local de nascimento*	Urbano	198	51,6
	Rural	186	48,4
Possui energia elétrica	Sim	384	99,7
	Não	01	3,0
Tratamento de água	Filtração/fervura	348	90,4
	Sem tratamento	37	9,6
Abastecimento de água	Rede pública	376	97,7
	Poço/Nascente	09	2,3
Destino de fezes e urina	Sistema de esgoto (rede geral)	364	94,5
	Fossa/Céu aberto	21	5,5
Destino do lixo	Coletado	381	99,0
	Queimado/enterrado/céu aberto	04	1,0
Total		385	100,00

*Um (01) idoso não soube informar o local de nascimento.

Tabela 2: Distribuição dos idosos segundo condições de saúde. Teófilo Otoni, MG, 2011.

Variável	**Não**		**Sim**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
Tem urina solta	323	83,9	61	15,8	384	100,0
Controla as fezes	78	20,3	307	79,7	385	100,0
Usa mais de 5 medicamentos	326	84,7	59	15,3	385	100,0
Mais de 5 doenças confirmadas	371	96,4	14	3,6	385	100,0
Tem esquecimento progressivo	309	80,3	76	19,7	385	100,0
Teve queda nos últimos 6 meses	339	88,1	46	11,9	385	100,0
Foi internado nos últimos 6 meses	362	94,0	23	6,0	385	100,0
Está acamado	370	96,1	15	3,9	385	100,0
Tem dependência para atividades do dia a dia	334	86,8	51	13,2	385	100,0
Faz uso de prótese dentária removível	164	42,6	221	57,4	385	100,0
Hipertensão arterial	116	30,1	269	69,9	385	100,0
Diabetes	317	82,3	68	17,7	385	100,0
Osteoporose	334	86,8	51	13,2	385	100,0
Artrite/artrose	343	89,1	42	10,9	385	100,0
Problema cardíaco	343	89,1	42	10,9	385	100,0
Acidente vascular cerebral	371	96,4	14	3,6	385	100,0
Doença de Parkinson	378	98,2	07	1,8	385	100,0
Doença pulmonar obstrutiva crônica	382	99,2	03	8,0	385	100,0
Glaucoma	363	94,3	22	5,7	385	100,0
Catarata	319	82,9	66	17,1	385	100,0
Problema de coluna	289	75,1	96	24,9	385	100,0
Tumor (câncer)	375	97,4	10	2,6	385	100,0
Fraturas	363	94,3	22	5,7	385	100,0
Pneumonia	373	96,9	12	3,1	385	100,0
Doença de Alzheimer	378	98,2	07	1,8	385	100,0
Reumatismo	350	90,9	35	9,1	385	100,0
Alergia	318	82,6	67	17,4	385	100,0
Faz uso de medicamento	92	23,9	293	76,1	385	100,0

Tabela 3: Distribuição dos idosos com e sem hipertensão arterial, razão de prevalência bruta e ajustada com respectivo intervalo de confiança de 95% segundo variáveis investigadas. T. Otoni, MG, 2011

	Hipertensão arterial					
Variável	Ausente	Presente	Análise bivariada		Análise múltipla	
	n(%)	n(%)	RP_{ajust}(IC/95%)	Valor-p	RP_{ajust}(IC/95%)	Valor-p
Sexo						
Masculino	39 (33,6)	81(30,1)	1,00 (-)			
Feminino	77 (66,4)	188(69,9)	1,05 (0,91-1,22)	0,505		
Local de nascimento						
Urbano	67 (57,8)	131(48,9)	1,00(-)			
Rural	49 (42,2)	137(51,1)	1,11(0,98-1,27)	**0,110***		
Cor de pele						
Branca	44 (37.9)	71(26,4)	1,00(-)		1,00(-)	
Não branca	72(62,1)	198(73,6)	1,19(1,01-1,40)	**0,036***	1,12(1,02-0,26)	**0,049****
Faixa etária						
60 a 69 anos	63 (54,8)	113(42,0)	1,00(-)			
70 a 79 anos	36 (31,3)	111(41,3)	1,18(1,02-1,36)	**0,027***		
>79 anos	16(13,9)	45(16,7)	1,15(0,95-1,38)	**0,143***		
Escolaridade						
1º grau ou mais	32(27,6)	47(17,5)	1,00(-)			
Fundamental	35(30,2)	59(21,9)	1,06(0,83-1,34)	0,661		
Ler e escreve informal	15(12,9)	73(27,1)	1,39(1,14-1,71)	**0,001***		
Analfabeto	34(29.3)	90(33,5)	1,22(0,99-1,51)	**0,066***		
Mora sozinho						
Não	102(87,9)	230(85,5)	1,00(-)			
Sim	14(12,1)	39(14,5)	0,93(0,77-1,13)	0,460		
Atividade física						
Sim	24(20,7)	68(25,3)	1,00(-)			
Não	92(79.3)	201(74,7)	0,92(0,80-1,07)	0,310		
Cartão de vacina em dia						
Sim	84(72,4)	213(79,2)	1,00(-)			
Não	32(27,6)	56(20,8)	0,89(0,75-1,06)	**0,176***		
Faz uso de medicamentos						
Não	79(68,1)	13(4,8)	1,00(-)		1,00(-)	
Sim	37(31,9)	256(95,2)	6,18(3,73-10,25)	**0,000***	6,14(3,70-10,18)	**0,000****
Alguém da família tem plano de saúde						
Sim	42(36,2)	101(37,5)	1,00(-)			
Não	74(63,8)	168(62,5)	0,98(0,86-1,13)	0,802		
Tratamento de água						
Filtração/fervura	105(90,5)	243(90,3)	1,00(-)			
Sem tratamento	11(9,5)	23(9,7)	1,01(0,81-1,26)	0,955		
Abastecimento de água						
Rede pública	111(95,7)	265(98,5)	1,00(-)			
Poço/nascente	05(4,3)	04(1,5)	0,63(0,30-1,31)	0,218		
Destino fezes e urina						
Sistema de esgoto	107(92,2)	257(95,5)	1,00(-)			
Fossa/céu aberto	09(7,8)	12(4,5)	0,81(0,56-1,18)	0,271		
Destino de lixo						
Coletado	115(99,1)	266(98,9)	1,00(-)			
Queimado/céu aberto	01(09)	03(1,1)	1,07(0,61-1,90)	0,805		
Atividade familiar produtiva						
Sim	13(11,2)	28(10,4)	1,00(-)			
Não	103(88,8)	241(89,6)	1,03(0,82-1,28)	0,820		
Acesso individual à escova de dente						
Sim	112(96,6)	263(97,8)	1,00(-)			
Não	04(3,4)	06(2,2)	0,86(0,51-1,43)	0,549		
Foi internado nos últimos 6 meses						
Não	110(94,8)	252(93,7)	1,00(-)			
Sim	06(5,2)	17(6,3)	1,06(0,83-1,37)	0,641		
Queda nos últimos 6 meses						
Não	97(83,6)	242(90,0)	1,00(-)			
Sim	19(16,4)	27(10,0)	0,82(0,64-1,06)	0,822		
Está acamado						
Não	110(94,8)	260(96,7)	1,00(-)			
Sim	06(5,2)	09(3,3)	0,85(0,56-1,30)	0,854		
Tem dependências nas atividades diárias						
Não	103(88,8)	231(85,9)	1,00(-)			
Sim	13(11,2)	38(14,1)	1,08(0,90-1,28)	0,406		
Foi ao dentista no último ano						
Não	100(86,2)	238(88,5)	1,00(-)			
Sim	16(13,8)	31(11,5)	1,07(0,86-1,33)	0,554		
Faz uso de prótese dentária removível						
Não	67(57,8)	97(36,1)	1,00(-)			
Sim	49(42,2)	172(63,9)	1,32(1,14-1,52)	**0,000***		

*Significante ao nível de 0,20

** Significante ao nível de 0,05

Tabela 4: Distribuição dos idosos com e sem diabetes mellitus, razão de prevalência bruta e ajustada com respectivo intervalo de confiança de 95% segundo variáveis investigadas. T Otoni, MG, 2011.

	Diabetes mellitus					
	Ausente	Presente	Análise bivariada		Análise múltipla	
Variável	n(%)	n(%)	$RP_{ajust.}$(IC/95%)	Valor-p	$RP_{ajust.}$(IC/95%)	Valor-p
Sexo						
Masculino	106(33,4)	14(20,6)	1,00(-)		1,00(-)	
Feminino	211(66,6)	54(79,4)	1,75(1,01-3,02)	**0,046***	1,73(1,01-2,98)	**0,047****
Local de nascimento						
Urbano	165(52,2)	33(48,5)	1,00(-)			
Rural	151(47,8)	33(48,5)	1,13(0,73-1,74)	0,581		
Cor de pele						
Branca	95(30,0)	20(29,4)	1,00(-)			
Não branca	222(70,0)	48(70,6)	1,02(0,64-1,64)	0,928		
Faixa etária						
60 a 69 anos	150(47,5)	26(38,2)	1,00(-)			
70 a 79 anos	115(36,4)	32(47,1)	1,47(0,92-2,36)	**0,1058**		
>79 anos	51(16,1)	10(14,7)	1,11(0,57-2,17)	0,760		
Escolaridade						
1º grau ou mais	67(21,1)	12(17,6)	1,00(-)			
Fundamental	81(25,6)	13(19,1)	0,91(0,44-1,89)	0,800		
Ler e escreve informal	74(23,3)	14(20,6)	1,05(0,52-2,13)	0,898		
Analfabeto	95(30,0)	29(42,6)	1,5(0,84-2,84)4	0,166		
Mora sozinho						
Não	274(86,4)	58(85,3)	1,00(-)			
Sim	43(13,6)	10(14,7)	1,08(0,59-1,98)	0,803		
Atividade física						
Sim	78(24,6)	14(20,6)	1,00(-)			
Não	239(75,4)	54(79,4)	1,21(0,71-2,08)	0,486		
Cartão de vacina em dia						
Sim	286(90,2)	62(91,2)	1,00(-)			
Não	31(9,8)	06(8,8)	0,92(0,42-1,96)	0,810		
Faz uso de medicamentos						
Não	246(77,6)	51(75,0)	1,00(-)			
Sim	71(22,4)	17(25,0)	1,13(0,69-1,85)	0,641		
Alguém da família tem plano de saúde						
Sim	92(29,0)	00(0,0)	1,00(-)			
Não	225(71,0)	68(100)	n.a(n.a)	n.a		
Tratamento de água						
Filtração/fervura	122(38,5)	21(30,9)	1,00(-)			
Sem tratamento	195(61,5)	47(69,1)	1,32(0,83-2,12)	0,245		
Abastecimento de água						
Rede pública	310(97,8)	66(97,1)	1,00(-)			
Poço/nascente	07(2,2)	02(2,9)	1,27(0,37-4,38)	0,710		
Destino fezes e urina						
Sistema de esgoto	298(94,0)	66(97,1)	1,00(-)			
Fossa/céu aberto	19(6,0)	02(2,9)	0,53(0,14-2,00)	0,345		
Destino de lixo						
Coletado	314(99,1)	67(98,5)	1,00(-)			
Queimado/céu aberto	03(09)	01(1,5)	1,42(0,26-7,81)	0,680		
Atividade familiar produtiva						
Sim	38(12,0)	3(4,4)	1,00(-)			
Não	279(88,0)	65(95,6)	2,58(0,85-7,85)	**0,094***		
Acesso individual à escova de dente						
Sim	309(97,5)	66(97,1)	1,00(-)			
Não	08(2,5)	02(2,9)	1,14(0,32-4,00)	0,842		
Foi internado nos últimos 6 meses						
Não	302(95,3)	60(88,2)	1,00(-)			
Sim	15(4,7)	08(11,8)	2,10(1,15-3,85)	**0,016***		
Queda nos últimos 6 meses						
Não	282(89,0)	57(83,8)	1,00(-)			
Sim	35(11,0)	11(16,2)	1,42(0,81-2,51)	0,224		
Está acamado						
Não	305(96,2)	65(95,6)	1,00(-)			
Sim	12(3,8)	03(4,4)	0,14(0,41-3,21)	0,806		
Tem dependências nas atividades diárias						
Não	281(88,6)	53(77,9)	1,00(-)		1,00(-)	
Sim	36(11,4)	15(22,1)	1,85(1,13-3,03)	**0,014***	1,84(1,12-3,01)	**0,016****
Foi ao dentista no último ano						
Não	41(12,9)	06(8,8)	1,00(-)			
Sim	276(87,1)	62(91,2)	1,44(0,66-3,14)	0,363		
Faz uso de prótese dentária removível						
Não	141(44,5)	23(33,8)	1,00(-)			
Sim	176( )	45(66,2)	1,45(0,92-2,30)	**0,112***		

*Significante ao nível de 0,20 **Significante ao nível de 0,05

Tabela 5: Distribuição dos idosos com e sem alguma doença referida, razão de prevalência bruta e ajustada com respectivo intervalo de confiança de 95% segundo variáveis investigadas. T. Otoni, MG, 2011.

Variável	Doença referidas					
	Nenhuma	Pelo menos uma	Análise bivariada		Análise múltipla	
	n(%)	n(%)	RP_{bruta}(IC/95%)	Valor-p	$RP_{ajust.}$(IC/95%)	Valor-p
Sexo						
Masculino	27(41,5)	93(29,1)	1,00(-)			
Feminino	38(58,5)	227(70,9)	1,11(0,99-1,23)	**0,070***		
Local de nascimento						
Urbano	42(64,6)	156(48,9)	1,00( )		1,00(-)	
Rural	23(35,4)	163(51,1)	1,11(1,02-1,22)	**0,021***	1,09(1,02-1,17)	**0,015****
Cor de pele						
Branca	22(33,8)	93(29,1)	1,00(-)			
Não branca	43(66,2)	227(70,9)	1,04(0,94-1,15)	0,459		
Faixa etária						
60 a 69 anos	36(55,4)	140(43,9)	1,00(-)			
70 a 79 anos	21(32,3)	126(39,5)	1,08(0,98-1,19)	**0,143***		
>79 anos	8(12,3)	53(16,6)	1,09(0,97-1,24)	**0,159***		
Escolaridade						
1º grau ou mais	18(27,7)	61(19,1)	1,00(-)			
Fundamental	19(29,2)	75(23,4)	1,03(0,88-1,21)	0,683		
Ler e escreve informal	05(7,7)	83(25,9)	1,22(1,07-1,33)	**0,003***		
Analfabeto	23(35,4)	101(31,6)	1,06( ) 0,91-1,22	0,474		
Mora sozinho						
Não	61(93,8)	271(84,7)	1,00(-)		1,00(-)	
Sim	04(6,2)	49(15,3)	1,13(1,03-1,24)	**0,008***	1,11(1,01-1,21)	**0,024****
Atividade física						
Sim	15(23,1)	77(24,1)	1,00(-)			
Não	50(76,9)	243(75,9)	0,99(0,89-1,10)	**0,864***		
Cartão de vacina em dia						
Sim	59(90,8)	289(90,3)	1,00(-)			
Não	06(9,2)	31(9,7)	1,01(0,87-1,17)	0,908		
Faz uso de medicamentos						
Não	47(72,3)	250(78,1)	1,00(-)		1,00(-)	
Sim	18(27,7)	70(21,9)	0,95(0,84-1,06)	0,343	2,31(1,81-2,95)	**0,000****
Alguém da família tem plano de saúde						
Sim	55(84,6)	37(11,6)	1,00(-)			
Não	10(15,4)	283(88,4)	2,40(1,87-3,08)	**0,000***		
Tratamento de água						
Filtração/fervura	20(30,8)	123(38,4)	1,00(-)			
Sem tratamento	45(69,2)	197(61,6)	0,95(0,87-1,04)	0,227		
Abastecimento de água						
Rede pública	62(95,4)	314(98,1)	1,00(-)			
Poço/nascente	03(4,6)	06(1,9)	0,80(0,50-1,27)	0,341		
Destino fezes e urina						
Sistema de esgoto	58(89,2)	306(95,6)	1,00(-)			
Fossa/céu aberto	07(10,8)	14(4,4)	0,79(0,58-1,88)	**0,137***		
Destino de lixo						
Coletado	65(100,0)	316(98,8)	1,00(-)			
Queimado/céu aberto	0(0)	04(1,3)	1,21(1,15-1,26)	**0,000***		
Atividade familiar produtiva						
Sim	08(12,3)	33(10,3)	1,00(-)			
Não	57(87,7)	287(89,7)	1,04(0,89-1,21)	0,656		
Acesso individual à escova de dente						
Sim	63(96,9)	312(97,5)	1,00(-)			
Não	02(3,1)	08(2,5)	0,96(0,70-1,32)	0,806		
Foi internado nos últimos 6 meses						
Não	64(98,5)	298(93,1)	1,00(-)			
Sim	01(1,5)	22(6,9)	1,16(1,05-1,28)	**0,003***		
Queda nos últimos 6 meses						
Não	57(87,7)	282(88,1)	1,00(-)			
Sim	08(12,3)	38(11,9)	0,99(0,86-1,14)	0,923		
Está acamado						
Não	63(96,9)	307(95,9)	1,00(-)			
Sim	02(3,1)	13(4,1)	1,05(0,85-1,28)	0,675		
Tem dependências nas atividades diárias						
Não	60(92,3)	274(85,6)	1,00(-)			
Sim	05(7,7)	46(14,4)	1,10(0,99-1,22)	**0,072***		
Foi ao dentista no último ano						
Não	09(13,8)	38(11,9)	1,00(-)			
Sim	56(86,2)	282(88,1)	1,09(0,89-1,20)	0,675		
Faz uso de prótese dentária removível						
Não	48(73,8)	116(36,3)	1,00(-)		1,00(-)	
Sim	17(26,2)	204(63,8)	1,31(1,17-1,45)	**0,000***	1,14(1,05-1,24)	**0,001****

*Significante ao nível de 0,20 **Significante ao nível de 0,05

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Teófilo Otoni possui um número bem elevado de idosos, permitindo, dessa forma, que os profissionais da área da saúde em especial a Estratégia de saúde da Família voltem seus olhares na busca do aumento da expectativa de vida da população idosa. Desenvolvendo assim, uma assistência visando o processo saúde doença na busca por uma velhice saudável como:

- promoção da saúde da pessoa idosa;
- prevenção de doenças,
- promoção da qualidade de vida;
- promover assistência integral, contínua e resolutiva na saúde da população idosa;
- realizar ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa;
- Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde -Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa;
- Prestar atenção continua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1- Moreira MM. Envelhecimento da população Brasileira: aspectos gerais [tese]. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG; 1997.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

3- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria Nº 1395. Brasília: MS; 1999.

4- OMS - Organização Mundial de Saúde. Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.

5- Lima MFFC, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa Brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9:23 - 41.

6- Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. saúde coletiva*; 2012, vol. 17, n.1, pp. 231-238.

7- Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira MDS, Ribeiro MTF. Saúde do idoso – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 172p.

8- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública 1987; 21(3): 200-6.

9- Veras RP, Parahyba MICA. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2479-2489.

10- Silveira SC, Faro ACM. Contribuição da reabilitação na saúde e na qualidade de vida do idoso no Brasil: reflexões para a assistência multidisciplinar. Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde. Porto Alegre, 2008; v.13(1): 55-62.

11- Moreira MM, Carvalho JAM. Envelhecimento da população e aposentadoria por idade. Previdência em dados, Rio de Janeiro, v.7, n.4, out./dez. 1992, p. 27-39.

12- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: Revisão 2004. Rio de Janeiro: IBGE.

13- Silvestre J, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. Population ageing in Brazil and the health care sector. Bold: QuarterlyJournalof The InternationalInstituteofAgeing, 1998; 7:4-12.

14- Alves MI. Evolução da Mortalidade da População Idosa no Município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.

15- Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP, 2001; 51:72-85.

16- Veras RP.Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

17- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia. Pesquisa sobre Populações no Território Brasileiro: 1991 – 2000. Rio de Janeiro; 2000.

18- Santos PP. Programa Saúde da Família: Estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

19- Faria V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. Ciências Sociais Hoje 1989.

20- Reis LA. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clinica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2008; 11(1): 93-103.

21- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

22- Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública. 2003; v.19, n.3, p.725-733.

23- Jandrey CV. O cuidador familiar de pessoa idosa: o desafio de cuidar de quem cuida [dissertação]. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação; 2009.

24- Giatti L, Barreto SM, Lima MFC. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 735-43.

25- OMS - Organização Mundial de Saúde. Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.

26- Duarte YA. Organizadoras. SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003; p. 185-200.

27- Rodrigues LR, Tereza ECR, Zélia MO, Maria CGM, Francisco RGS, Ramos LR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública. 1993; v.27, n.2, p.87-94.

28- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. Caderno Saúde Pública, São Paulo, 2003; v.19, n.3, p.793- 8.

29- Achutti AC, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil:repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social.Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro, RJ.2004 out./dez.; Vol. 9, n. 4, p. 833-840.

30- WHO. Health and Ageing – A Discussion Paper, World Health Organisation, Department of Health Promotion, Genebra. 2001.

31- Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 897-908.

32- 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.

33- Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN. Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clinica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. 2007; 31 (2):324-32.

34- Maciel ACC, Guerra RO. Influencia dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2007; 10:179-189.

35- Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, Maia R, Veras R. KArsch U. Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

36- Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP. 2001; 51:72-85.

37- Mendes W. Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

38- Zimernan, G. *Velhice:* aspectos biopsicossociais. São Paulo: Guanabara, 2000.

39- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Acesso em: 15 abril de 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

40- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 220p.

41- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2003; 3(1): 113-125.

42- Pontes JS; Borges UM, Pontes MLF, Lima VER. Espaço, saúde e ambiente: uma análise espacial dacomunidade santa clara por meios de técnicas degeoprocessamento. Revista Cadernos do Logepa – Jul/Dez de 2003; Série Texto Didático. Ano 2, Número 4.

43- Santos PP. Programa Saúde da Família: Estudo sobre a confiabilidade das informações do cadastro familiar [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

44- Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos de Saúde da Família 1996; 1(1): 3-7.

45- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

46- Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Rev. Latino-am Enfermagem*, jul-ago 2005; v.13, n.4, p. 547-54.

47- Ministério da Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

48- Sobreira ES, Liane AS, Lacerda MS, Marambaia MP, Matos RB, Ferreira SCL Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais. /Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Planejamento e Descentralização. Diretoria da Atenção Básica. Salvador: Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação, 2006.

49- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:
Perfil da população idosa assistida pela Estratégia de Saúde da Família no Município de Teófilo Otoni

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes- MG Programa de Pós-Graduação S*tricto Sensu* em Ciências da Saúde.
Patrocinador: Não se aplica
Mestranda: Fernanda Batista Pimenta
Coordenadora: Prof. Drª. Ana Cristina de Carvalho Botelho

Atenção:
Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a explicação fornecida, sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- **Objetivo:** Avaliar grupo de idosos, quanto à: características sociodemográficos (idade, gênero, escolaridade, renda), identificar fatores socioeconômicos, conhecer condições de saúde da população idosa e identificar a população idosa assistida pela atenção primária no município de Teófilo Otoni-MG.

2- **Metodologia/procedimentos:** Será realizado um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, no município de Teófilo Otoni – MG. Participaram do estudo, idosos de ambos os gêneros, com 60 anos ou mais, residente na zona urbana e cadastrado no Programa de Saúde da Família. E como instrumento da coleta dos dados, será utilizado um questionário.

3- **Justificativa** A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de um estudo que caracterize o perfil epidemiológico da população idosa vinculada à atenção básica. Propondo com isto, que se conheçam as condições de saúde da população idosa, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença.

4- **Benefícios:** As informações obtidas por meio deste estudo são importantes para o melhor entendimento a pessoa idosa, e é por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços na área de cuidado aos idosos e educação em saúde,

5- **Desconfortos e riscos:** Como não há tratamento você não experimentará desconfortos e também não haverá riscos, pois a sua participação será em responder verbalmente algumas perguntas.

6- **Danos:** É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos pacientes, ficando estes isentos de quaisquer risco, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Você não terá a opção de tratamento alternativo, pois esta pesquisa não está relacionada a tratamentos terapêuticos.

8- **Confidencialidade das informações:** Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- **Compensação/indenização:** A participação é voluntária, não havendo nenhuma remuneração pela participação.

10- **Outras informações pertinentes:** Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa, e todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do informante.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Em se tratando de pesquisa a ser realizada com menores de idade, responsabilizarei pela divulgação dos dados.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Nome da pesquisadora	Assinatura da pesquisadora	Data

Endereço do Pesquisador:

Travessa Plácido Martins 63, Bairro: Centro Teófilo Otoni- MG

Telefone: (33)8825-4259

APENDICE B - Questionário para Estudo na População Idosa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Unimontes

QUESTIONÁRIO PARA ESTUDO NA POPULAÇÃO IDOSA

Número do questionário:	**Número do sorteio:**
ESF:	
Micro-Área:	**Número da Família:**

Nome do Entrevistado:	
Endereço (Rua, Av.)	
Bairro:	**Cidade:**
Telefone:	
Nome do Entrevistador:	
Assinatura do Entrevistador:	**Data da Entrevista:**

FICHA A - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo do Entrevistado
- **1.** Masculino
- **2.** Feminino

2. Local de nascimento
- **1.** Rural
- **2.** Urbano
- **3.** Não sabe informar

3. Distribuição das perdas amostrais
- **1.** Mudança de endereço
- **2.** Idoso não encontrado
- **3.** Óbito
- **4.** Recusa

4. Autopercepção da Cor da pele
- **1.** Branca
- **2.** Parda
- **3.** Preta
- **4.** Amarela
- **5.** Indígena

5. Faixa etária
- **1.** 60 – 69
- **2.** 70 _ 79
- **3.** 80 – 89
- **4.** 90 – 99
- **5.** > 100

6. Atualmente qual é o seu estado conjugal ?
- **1.** Casado/morando junto
- **2.** Divorciado/separado
- **3.** Viúvo
- **4.** Nunca casou

7. Grau de instrução
- **1.** Analfabeto
- **2.** Ler/escreve informal incompleto
- **3.** Fundamental 1º a 4
- **4.** 1º Grau incompleto
- **5.** 1º Grau completo
- **6.** 2º Grau incompleto
- **8.** Superior
- **9.** Superior completo
- **10.** Ignorado

8. Quem são essas pessoas que vivem com você? Arranjo familiar

1.	Sozinho	1. ( ) sim	2 ( ) não
2.	Esposo/companheiro	1. ( ) sim	2 ( ) não
3.	Pais	1. ( ) sim	2 ( ) não
4.	Filhos	1. ( ) sim	2 ( ) não
5.	Irmãos	1. ( ) sim	2 ( ) não
6.	Netos	1. ( ) sim	2 ( ) não
7.	Amigos	1. ( ) sim	2 ( ) não

7. 2º Grau completo	**8.** Empregada 1. ( ) sim 2 ( ) não **9.** Outros pessoas 1. ( ) sim 2 ( ) não **10.**
9. Pratica Atividade física? **1.** Sim . Citar _____ _____ __ **2.** Não	**10. Alguém da família possui plano de saúde?** **1.** Sim **2.** Não
11. Atividade profissional exercida ou ocupação **1.** Do lar **2.** Agricultura **3.** Comerciante **4.** Domestica pedreiro **5.** Pedreiro **6.** Serviço geral **7.** Administrativo **8.** Outros. Citar _____ **8.** Costureira **9.** Motorista **10.** Ajudante **11.** Mecânico **12.** Lapidário	**12. Fonte de renda** **1.** Aposentadoria **2.** Pensionista **3.** Aluguel **4.** Trabalho próprio **5.** Doações **6.** Bolsa família **7.** Outras. Citar _____
13. Numero de pessoas cobertas pelo plano de saúde? **1.** Nenhuma **2.** 1 – 2 **3.** 3 – 4 **4.** 5 – 6 **5.** 7 – 8 **6.** >10	**14. Em caso de doença procura?** **1.** Hospital **2.** Unidade de saúde (PSF) **3.** Benzedeira **4.** Farmácia **5.** Pronto socorro **6.** Outros_____
15. Meios de transporte que mais utiliza? **1.** Ônibus **2.** Caminhão **3.** Carro **4.** Carroça **5.** Motocicleta **6.** Bicicleta	**16. Participa de grupos comunitários?** **1.** Cooperativas **2.** Grupo religioso **3.** Associação **4.** Ignorado **5.** Outros_____
17. A família realiza atividade produtiva domiciliar **1.** Sim. Citar _____ **2.** Não	**18. Todos os integrantes tem acesso individual à pasta e a escova de dente?** **1.** Sim **2.** Não
19. Meios de comunicação que mais utiliza? **1.** Rádio **2.** Televisão **3.** Telefone **4.** Outros _____	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

20. Possui energia elétrica? **1.** Sim **2.** Não	**21. Tratamento da água no domicilio** **1.** Filtração **2.** Fervura **3.** Sem tratamento
22. Tipo de casa	**23. Numero de cômodo**

1. Tijolo/adobe **2.** Taipa revestida **3.** Taipa não revestida **4.** Madeira **5.** Material aproveitado **6.** Outro_____	**1.** 1 – 2 **2.** 3 – 4 **3.** 5 – 6 **4.** 7 – 8 **5.** >9
24. Abastecimento de água **1.** Rede pública **2.** Poço ou nascente **3.** Cloração **4.** Outros_____	**25. Destino de fezes e urina** **1.** Sistema de esgoto (rede geral) **2.** Fossa **3.** Céu aberto
26. Destino do lixo **1.** Coletado **2.** Queimado/enterrado **3.** Céu aberto	

CLASSIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA		
27. Tem urina solta (incontinência urinária)?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
28. Não é capaz de controlar as fezes (incontinência fecal)?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
29. Usa mais de 5 medicamentos continuamente?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
30. Tem mais de 5 doenças confirmadas?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
31. Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
32. Teve queda nos últimos 6 meses?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
33. Foi internado nos últimos 6 meses	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
34. Está acamado?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
35. Mora só?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
36. Mora em asilo (institucionalizado)?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
37. Tem dependência para as atividades do dia a dia?	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
38. Faz uso de prótese dentária removível	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
39. Foi ao dentista no último ano	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
40. Cartão vacinal em dia	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
DOENÇAS		
41. Hipertensão Arterial	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
42. Diabetes	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
43. Osteoporose	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
44. Artrite/artrose	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
45. Problema Cardíaco	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
46. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
47. Doença de Parkinson	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
48. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
49. Fraturas	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
50. Alcoolismo	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
51. Pneumonia	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
52. Doença de Alzheimer	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
53. Reumatismo	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
54. Glaucoma	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
55. Catarata	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**
56. Problema de coluna	**1. ( ) sim**	**2 ( ) não**

57. Tumor (Câncer). **1. ( ) sim** **2 ( ) não** **Citar** _____

58. Outras doenças confirmadas **1. ( ) sim** **2 ( ) não** **Citar** _____

59. É alérgico **1. ( ) sim** **2 ( ) não** **Citar**_____

_____

60. Faz uso de medicamentos **1. ( ) sim** **2 ( ) não** **Citar** _____

_____

_____

ANEXOS

ANEXO A - Ficha A

Ficha A	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	UF:

UBS:				
NÚMERO DO PRONTUÁRIO		ESF RESPONSÁVEL		DATA
ENDEREÇO		Nº	COMPL.	BAIRRO
TELEFONE		TELEFONE CONTATO		CEP
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
LOCALIZAÇÃO: ZONA URBANA ( ) ZONA RURAL ( )			PROCEDÊNCIA	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
TIJOLO/ADOBE		REDE PÚBLICA	
TAIPA REVESTIDA		POÇO OU NASCENTE	
TAIPA NÃO-REVESTIDA		CLORAÇÃO	
MADEIRA		OUTROS (ESPECIFICAR)	
MATERIAL APROVEITADO		**TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO**	
OUTRO (ESPECIFICAR)		FILTRAÇÃO	
Nº DE CÔMODOS/PEÇAS		FERVURA	
ENERGIA ELÉTRICA		SEM TRATAMENTO	
DESTINO DO LIXO		**DESTINO DE FEZES E DE URINA**	
COLETADO		SISTEMA DE ESGOTO (REDE GERAL)	
QUEIMADO / ENTERRADO		FOSSA	
CÉU ABERTO		CÉU ABERTO	

OUTRAS INFORMAÇÕES

ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?		NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE	
NOME DO PLANO DE SAÚDE:			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		**PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS**	
HOSPITAL		COOPERATIVA	
UNIDADE DE SAÚDE		GRUPO RELIGIOSO	
BENZEDEIRA		ASSOCIAÇÕES	
FARMÁCIA		OUTROS (ESPECIFICAR)	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		**MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA**	
RÁDIO		ÔNIBUS	
TELEVISÃO		CAMINHÃO	
TELEFONE		CARRO	
OUTROS (ESPECIFICAR)		CARROÇA	
		OUTROS (ESPECIFICAR)	
ATIVIDADES PRODUTIVAS DOMICILIARES		**TODOS OS INTEGRANTES TÊM ACESSO INDIVIDUAL À PASTA E À ESCOVA DE DENTES?**	
SIM	NÃO	SIM	NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA FAMÍLIA

SEM RISCO	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
ESCORE 0 ( )	ESCORE 1 ( )	ESCORE 2 ( ) 3 ( )	ESCORE 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

OBSERVAÇÕES:

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS					ALFABETIZADO		TRABALHO ATUAL		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
1	CHEFE DA FAMÍLIA:										
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

PESSOAS DE O A 14 ANOS					FREQÜÊNCIA À ESCOLA		TRABALHO		OCUPAÇÃO	RENDA DECLARADA	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
Nº	NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	SIM	NÃO	SIM	NÃO			
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DAS DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC – alcoolismo | **EPI** – epilepsia | **HAN** – hanseníase | **CHA** – chagas | **GES** – gestação | **HÁ** – hipertensão arterial | **DIA** – diabetes | **TB** – tuberculose

Para outras condições/patologias utilizar o formulário "Ficha de acompanhamento familiar".

ANEXO B - Ficha de Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa

GOVERNO DE MINAS

CADASTRO DO IDOSO
FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – MG
COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO

FICHA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO	ANO

MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:

IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

NOME:
Nº CARTÃO SUS: DOCUMENTO DE IDENTIDADE:
DATA NASC.: ____/____/____ GENERO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO
ESCOLARIDADE:
ENDEREÇO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A resposta afirmativa à questão nº1 ou a qualquer item da questão nº2 o idoso é considerado frágil

1. ACIMA DE 80 ANOS	( ) sim	( ) não
2. 60 ANOS OU MAIS		
Tem urina solta (incontinência urinária)?	( ) sim	( ) não
Não é capaz de controlar as fezes (incontinência fecal)?	( ) sim	( ) não
Usa mais de 5 medicamentos continuamente?	( ) sim	( ) não
Tem mais de 5 doenças confirmadas?	( ) sim	( ) não
Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais?	( ) sim	( ) não
Teve queda nos últimos 6 meses?	( ) sim	( ) não
Foi internado nos últimos 6 meses	( ) sim	( ) não
Está acamado?	( ) sim	( ) não
Mora só?	( ) sim	( ) não
Mora em asilo (institucionalizado)?	( ) sim	( ) não
Tem dependência para as atividades do dia a dia?	( ) sim	( ) não

É CONSIDERADO FRÁGIL? ( ) SIM ( ) NÃO

Incapacidade/comprometimento em quantos itens?

OUTRAS DOENÇAS

Alcoolismo ( )	Acidente Vascular Cerebral ( )	Diabetes ( )
Doença de Parkinson ( )	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ( )	Fraturas ( )
Hipertensão Arterial ( )	Osteoporose ( )	Pneumonia ( )
Doença de Alzheimer ( )		
Faz uso de prótese dentária removível ( )	Foi ao dentista no último ano ( )	

Faz uso de medicamentos ( ) Citar.

É alérgico Citar.

Cartão vacinal em dia ( ) sim ( ) não

Outras doenças confirmadas / Citar:

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Unimontes

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 19 de novembro de 2010.
Processo Nº **2307**
Título do Projeto:Levantamento Epidemiológico de População Idosa Assistida Pela Atenção Primária

Orientador: Prof. Drª. Ana Cristina de Carvalho Botelho

Mestranda: Fernanda Batista Pimenta

Relatora: Profª Drª Maisa Tavares de Souza Leite.
Histórico:
O projeto foi encaminhado pelo Pesquisador Responsável ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes no dia 03 de novembro de 2010, sendo analisado em reunião ordinária no dia 19 de novembro de 2010.

Mérito:
Projeto de Pesquisa do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde, com o objetivo de Avaliar grupo de idosos, quanto à: características sóciodemográficas (idade, gênero, escolaridade, renda), identificar fatores socioeconômicos, conhecer condições de saúde da população idosa e identificar a população idosa assistida pela atenção primária no município de Teófilo Otoni-MG. Tendo como objetivos específicos de: Identificar a população idosa cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Teófilo Otoni-MG;Caracterizar a população idosa do município de Teófilo Otoni-MG;Identificar o perfil epidemiológico dos idosos do Município de Teófilo Otoni-MG;Identificar fatores socioeconômicos do Município de Teófilo Otoni-MG;Conhecer condições de saúde da população idosa do Município de Teófilo Otoni-MG e descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos do Município de Teófilo Otoni-MG.Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, descritivo, por amostragem e transversal. Os instrumentos de coleta de dados será por meio de entrevista e visita domiciliar com aplicação de um questionário padronizado pelo Ministério da Saúde. Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo os aspectos éticos que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde) e não apresenta risco, desconforto mínimo e nenhum procedimento invasivo, não havendo nenhum tipo de dano aos sujeitos.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo **2307,** e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto.

Profª. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes