

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA
SAÚDE DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Fernanda Lencina de Amarante

**Santa Maria, RS, Brasil
2020**

Fernanda Lencina de Amarante

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA SAÚDE
DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público De Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Elenir Fedosse

**Santa Maria, RS
2020**

Fernanda Lencina de Amarante

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA SAÚDE
DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público De Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Aprovado em 28 de fevereiro de 2020

**Elenir Fedosse, Dr.(UFSM)
(Presidente/Orientador)**

Fernanda Beheregaray Cabral, Dr. (UFSM)

Tânia Fernandes Silva, Dr.(UFSM)

Leticia Soriano Baisch, Esp. (Secretaria Municipal de Saúde)

Santa Maria, RS

2020

RESUMO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DA SAÚDE DE IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as características sociodemográficas e das condições de vida e saúde da população idosa cadastrada e atendida em uma Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Consiste em um estudo descritivo, do tipo transversal, de natureza quantitativa, utilizando-se do banco de dados do serviço gerado pela implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Cadastro Domiciliar. A amostra foi composta por 377 idosos; foi identificado o predomínio de mulheres, a faixa etária de 60 a 70 anos, a cor branca, casados, aposentados ou pensionistas, morando com familiares e em casa própria, com escolaridade maior que quatro anos. Idosos que apresentam algum tipo de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual/cognitiva) representaram 17%. Relativo à situação de moradia, os idosos possuem, de modo geral, boas condições domiciliares e infraestrutura básica na comunidade. Quanto a outras condições de saúde, prevaleceram as crônicas - Hipertensão Arterial Sistêmica (65,8%), Diabetes Mellitus (29,7%) e Depressão (24,1%). Os idosos também referiram ter caído pelo menos uma vez (54,6%), estar com sobrepeso (49,9%), apresentar dor crônica (47,2%) e usar polifármacos (42,4%). Destaca-se que 30% dos idosos referiram possuir diagnósticos diferentes dos previstos na Caderneta. Conclui-se que a caracterização dos idosos retratada neste estudo confere com estudos voltados a esta população; indicou a conveniência de considerar outras condições de saúde na Caderneta e ofereceu ao serviço de saúde e poder público locais subsídios para implementação de ações junto à população idosa visando uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Envelhecimento. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH CHARACTERIZATION OF ELDERLY PEOPLE FROM A FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MUNICIPALITY GAÚCHO

This research aims to describe the sociodemographic characteristics and the living and health conditions of the elderly population registered and assisted in a Family Health Strategy in Santa Maria, Rio Grande do Sul. Consists of a descriptive, cross-sectional study, of a quantitative nature, using the service database generated by the implementation of the Health Handbook of the Elderly and the Home Register. The sample consisted of 377 elderly people; the predominance of women was identified, the age group from 60 to 70 years old, white, married, retired or pensioners, living with family members and in their own home, with schooling higher than four years. Elderly people who have some type of disability (physical, hearing, intellectual / cognitive) represented 17%. Regarding the housing situation, the elderly have, in general, good home conditions and basic infrastructure in the community. As for other health conditions, chronic diseases prevailed - Systemic Arterial Hypertension (65.8%), Diabetes *Mellitus* (29.7%) and Depression (24.1%). The elderly also reported having fallen at least once (54.6%), being overweight (49.9%), having chronic pain (47.2%) and using polypharmaceuticals (42.4%). It is noteworthy that 30% of the elderly reported having diagnoses different from those provided for in the Handbook. It is concluded that the characterization of the elderly portrayed in this study is consistent with studies collected from this population, indicated the convenience of considering other health conditions in the Handbook and offered the local health service and public authorities subsidies for implementing actions with the elderly population aiming at a better quality of life.

Keywords: Health of the Elderly. Aging. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. METODOLOGIA	08
3. RESULTADOS	09
4. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	22
7. APÊNDICE - FICHA PARA COLETAS DE INFORMAÇÕES DAS CADERNETAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	26
8. ANEXO - FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR	27

INTRODUÇÃO

A legislação brasileira considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade; a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios do período de 2012 a 2016 – revelou que a população de idosos no Brasil corresponde a 14,4% da população; 16% na região sul e 17,8% no Rio Grande do Sul (IBGE, 2017a). Segundo a publicação do Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2018), o contingente de pessoas idosas aumentou 59% entre 2001 e 2015, passando de 1.105.807 para 1.762.169. Em 2017, a média da expectativa de vida da população brasileira foi de 76,0 anos, sendo de 79,6 anos para as mulheres e de 72,5 anos para os homens (IBGE, 2017b). A população brasileira está em acelerado processo de envelhecimento, necessitando da criação de ações e legislações que contemplem, cada vez mais, as diversas necessidades das pessoas idosas, objetivando-se um olhar integral para essa população.

Para o Ministério da Saúde (MS), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural com diminuição progressiva da capacidade funcional dos indivíduos, pois, com o passar do tempo, aumenta a prevalência de afecções, principalmente, aquelas de caráter crônico que requerem uma assistência específica. Tal condição, no entanto não significa que todos os idosos necessariamente apresentem limitações de suas atividades ocupacionais. Para atender a complexidade e as especificidades de atenção à saúde da pessoa idosa, objetivando garantir um envelhecimento seguro e digno, o MS lançou, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), destacando diretrizes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde do idoso e estímulo às ações intersetoriais, entre outras (BRASIL, 2010).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta criada pelo MS que sintetiza aspectos cruciais da PNSPI; proporciona um compilado de informações importantes para o cuidado desta população que pode ser usado pelo idoso nos diversos serviços de saúde (BRASIL, 2017a) para um acompanhamento singular, longitudinal e integral à saúde. O MS recomenda o uso rotineiro da Caderneta para o acompanhamento das condições de saúde do idoso, sendo possível registrar informações por um período de cinco anos em cada Caderneta. Este instrumento constitui-se, pois, como um direito e um dever do idoso, produzindo, assim, seu empoderamento. O uso da Caderneta por parte do idoso (familiar e cuidadores, quando necessário) contribui para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da Atenção Básica à medida que, através das informações precisas que dela são obtidas, podem

conhecer o perfil dos idosos assistidos no seu território, identificar situações de risco, planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação de situações de saúde com resolubilidade (BRASIL, 2010). A Caderneta passou por modificações ao longo dos anos até chegar ao modelo atual que contém: dados de identificação, histórico de uso de medicamentos, diagnósticos, estado de saúde e sociofamiliar, avaliação ambiental, protocolo de identificação do idoso vulnerável. Também constam campos para registros de antropometria, avaliação bucal, controle de glicemia e da pressão arterial, vacinação e consultas. A Caderneta conta, ainda, com orientações sobre direitos do idoso, atividades físicas, alimentação saudável e sexualidade (BRASIL, 2017a).

Sabe-se que a Atenção Básica é porta de entrada e contato preferencial dos usuários na rede de saúde de um dado município. Este nível de atenção à saúde é baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, coordenação do cuidado, resolutividade, longitudinalidade, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017b). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), uma unidade com Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se fundamental para ampliar o acesso da população e oportunizar a resolubilidade das ações em saúde, sendo responsável por coordenar o cuidado de um número estimado de 2 mil a 3,5 mil pessoas dentro do seu território de abrangência. Tais características possibilitam conhecer de perto a realidade de cada família cadastrada, mostrando-se imprescindível para a promoção e prevenção em saúde nos diferentes ciclos vitais. No que se refere ao envelhecimento, a ESF deve reconhecer as questões de saúde mais recorrentes, bem como identificar as situações de risco as quais esta população está exposta, agindo sobre e propiciando maior adesão aos tratamentos prescritos, farmacológicos ou não, e uma diminuição das internações sensíveis à Atenção Básica, que geram altos custos quando abordadas na Atenção Especializada (BRASIL, 2017c).

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo descrever as características sociodemográficas e das condições de vida e saúde da população idosa cadastrada e atendida em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, de natureza quantitativa, que levantou informações essenciais para caracterizar a população idosa acompanhada pela ESF Santos do município de Santa Maria - RS, utilizando-se do banco de dados da Unidade,

gerado pela implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e pelo Cadastro Domiciliar. Os critérios de inclusão foram: pessoas com mais de 60 anos, cadastradas na referida ESF e que receberam a Caderneta.

As variáveis sociodemográficas abordadas foram: idade (categorizada por faixa etária de 60 a 70, 71 a 80, de 81 a 90 e com 91 anos ou mais); sexo; autodeclaração de cor (branca, preta, parda, amarela); escolaridade (não alfabetizado e anos de escolaridade); situação conjugal (solteiro, casado, separado e viúvo); arranjo familiar (se reside só, com familiares ou somente com cônjuge); ocupação (aposentado/pensionista; trabalhador e se recebe auxílio); renda per capita; deficiência e o tipo (auditiva, visual, intelectual/cognitiva, física). As variáveis de saúde foram: quantidade e tipo de diagnóstico (Acidente Vascular Cerebral, Anemia, Asma, Diabetes *Mellitus*, Cardiopatia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Epilepsia, Hipertensão Arterial Sistêmica, Úlcera Gastrointestinal, Depressão, Incontinência Urinária, Incontinência Fecal, Declínio Cognitivo ou outros diagnósticos); Hábitos Deletérios (Tabagismo e Alcoolismo); Dor Crônica, Histórico de Quedas, uso de Polifármacos; Índice de Massa Corporal (baixo peso, eutrófico ou sobrepeso); Perímetro de Panturrilha e Escore de Vulnerabilidade. Quanto ao domicílio: tipo de moradia (casa, apartamento ou cômodo) e do material de construção (madeira, alvenaria e de aproveitamento), posse (própria, financiada, alugada ou cedida). Levantou-se ainda a condição de acesso ao domicílio (asfalto, chão batido ou calçamento); energia elétrica, água (encanada ou poço), tratamento de água, destino do lixo doméstico e tipo de escoamento sanitário. Por fim, pesquisou-se a quantidade e o tipo de animais de estimação (gato, cachorro, pássaro) ou de criação (porco, galinha e outros) presentes – conforme a ficha de Cadastro Domiciliar.

O período de coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2019. Os dados foram tratados no programa Excel e apresentados em frequência absoluta e relativa. Esta pesquisa foi autorizada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) do município de Santa Maria e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob nº 3.326.153.

RESULTADOS

De acordo com o Censo de 2010, o município de Santa Maria possuía 261mil habitantes e aproximadamente 36 mil idosos, correspondendo a 13,7% da população do município (IBGE 2010). A ESF Santos, foco desta pesquisa, possuía em seu território de abrangência 3.019 pessoas, sendo 559 idosos (18,5%). Foram incluídos, neste estudo, 377

idosos que atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, possuírem Cadastro Domiciliar e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, no período da coleta de dados. A equipe da ESF Santos alimentou o seu banco de dados com cada idoso que recebeu a Caderneta. Sendo que o processo de implementação desta ferramenta no território iniciou em 2018, logo que foram distribuídas pela gestão local. Na Tabela 1, demonstra-se que a amostra foi constituída, predominantemente, por idosas, entre 60 e 70 anos, brancas, com escolaridade superior a quatro anos, casados, aposentados ou pensionistas, que residem com familiares, seguido de sozinhos. Os resultados apontam ainda que idosos com deficiência representaram 17%, sendo as deficiências visual e física as que mais prevaleceram (5,3% cada).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos idosos cadastrados na ESF Santos (n = 377).

	nº	%
Sexo		
Feminino	222	58,9
Masculino	155	41,1
Idade		
60 a 70 anos	232	61,5
71 a 80 anos	99	26,3
81 a 90 anos	38	10,1
91 anos ou mais	8	2,1
Cor		
Branca	294	78
Preta	22	5,8
Parda	58	15,4
Amarela	3	0,8
Escolaridade		
Nenhuma	35	9,2
1 a 3 anos	93	24,6
4 a 7 anos	142	37,6
8 anos ou mais	107	28,3
Situação conjugal		
Solteiro	35	9,3
Casado	197	52,2
Divorciado	49	13
Viúvo	96	25,5
Ocupação/Fonte de Renda		
Aposentado ou pensionista	306	81,2
Trabalhador	36	9,5
Recebem auxílio ou benefício	8	2,1
Outro	27	7,2
Residem com		
Só	84	22,3
Familiares	249	66
Somente com cônjuge	44	11,7

Na tabela 2, encontram-se os dados de condição de moradia, contidos na ficha cadastral preenchida pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A análise demonstrou que a maioria dos idosos possuía moradia própria, do tipo casa de alvenaria, com acesso em via pública de asfalto e calçamento. Somente um quinto dos domicílios possui rede sanitária de esgoto, os demais, fossa séptica. Grande parte dos idosos (57,8%) não possuíam animais e outros 42,2% têm de um a dois animais nos seus domicílios, sendo a espécie canina a mais prevalente (38,7%), seguida da felina (15,6%), os demais (3,5%) possuem pássaros ou animais de criação. Quanto ao tratamento de água no domicílio, 100% dos idosos não o realizavam. Outro aspecto relevante foi o não preenchimento das informações referentes à renda dos idosos cadastrados.

Tabela 2: refere-se aos dados de condição de moradia dos idosos analisados (n = 377).

	n°	%
Moradia		
Própria	283	75,1
Financiada	57	15,1
Alugada	29	7,7
Cedida	8	2,1
Domicílio		
Casa	295	78,2
Apartamento	81	21,5
Cômodo	1	0,3
Material		
Alvenaria	326	86,5
Madeira	51	13,5
Via de acesso		
Asfalto	182	48,3
Chão batido	36	9,5
Calçamento	159	42,2
Escoamento Sanitário		
Esgoto	77	20,4
Fossa séptica	300	79,6

Relacionado aos diagnósticos de doenças apresentadas pelos idosos, os dados mais expressivos foram HAS, Diabetes *Mellitus*, Depressão, Cardiopatias e Incontinência Urinária. A Tabela 3 mostra a distribuição dos diagnósticos, referidos pelos idosos e de acordo com a listagem da Caderneta, podendo um mesmo indivíduo apresentar mais de uma das doenças descritas. Parcela importante dos idosos não possuíam nenhum diagnóstico e, aproximadamente, um terço dos idosos apresentaram diagnósticos, comuns ao envelhecimento, não descritos na Caderneta.

Tabela 3: quantitativo de cada diagnóstico presente na população idosa analisada (n = 377).

	n°	%
Nenhum	43	11,4
Acidente Vascular Cerebral	31	8,2
Anemia	40	10,6
Asma	25	6,6
Cardiopatía,	68	18
Declínio Cognitivo	19	5
Depressão	91	24,1
Diabetes <i>Mellitus</i>	112	29,7
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	19	5
Epilepsia	6	1,6
Hipertensão Arterial Sistêmica	248	65,8
Incontinência Fecal	6	1,6
Incontinência Urinária	67	17,8
Úlcera Gastrointestinal	34	9
Outros Diagnósticos*	116	30,8

*Dislipidemia, Deficiência de Vitamina D e Cálcio, Parkinson e Doenças Osteoarticulares.

A Tabela 4 demonstra os dados sobre os hábitos de vida dos idosos; a maior parte referiu não fazer uso de tabaco e de bebidas alcoólicas. Os achados relativos à queda foram importantes - mais da metade dos idosos referiram ter sofrido, pelo menos uma vez, queda dentro ou fora do domicílio. Outro dado considerável foi o de dor crônica presente por um período de tempo de três meses ou mais. O uso de polifármacos (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos), prescritos ou não por médicos e enfermeiros, foi referido por grande parte dos idosos. Segundo dados obtidos através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que possui pontos de cortes diferenciados para os idosos, metade está com sobrepeso e 95,5% tem sua medida de panturrilha dentro dos parâmetros de normalidade. Dados relativos ao Escore de Vulnerabilidade também foram importantes.

Tabela 4: dados referentes aos hábitos de vida da população idosa analisada (n = 377).

	n°	%
Tabagista	50	13,3
Ex-tabagista	97	25,7
Não tabagista	230	61
Alcoolista	80	21,2
Ex-alcoolista	6	1,6
Não alcoolista	291	77,2
Dor Crônica	178	47,2
Histórico de Quedas	206	54,6
Uso de Polifármacos	160	42,4
IMC		
Baixo peso	29	7,7
Eutrófico	160	42,4

Sobrepeso	188	49,9
Perímetro de Panturrilha		
≥ 35cm	247	65,5
31 a 34cm	113	30
≤ 30cm	17	4,5
Score de Vulnerabilidade (VES-13)		
0 a 2 pontos	265	70,2
≥ 3 pontos	112	29,7

DISCUSSÃO

Os idosos pertencentes à ESF Santos correspondem a 18,5% do total da população cadastrada, superando a média nacional (14,4%), estadual (17,8%) e municipal (13,7%) (IBGE 2010, 2017a). Destes, 58,9% são mulheres, estando de acordo com os dados do Censo do IBGE (2010) para o município de Santa Maria, que segundo pirâmide etária, há prevalência de idosas (59,6%). Quanto à cor, 78% são brancos, refletindo a forte influência da imigração Alemã e Italiana no estado (MANTELLI, 2006). Apesar de a região ser de povoação indígena - Guarani e Kaingang - não houve autodeclaração de indígenas no território, sendo que, segundo Censo do IBGE (2010b) residiam no município 326 indígenas.

Os resultados desta pesquisa sobre dados sociodemográficos corroboram com os achados de outros estudos do estado do Rio Grande do Sul que tratam da saúde dos idosos, como, por exemplo, os realizados em Porto Alegre (PASKULIN & VIANNA, 2007; SILVA et al, 2016) e Palmeira das Missões (LUZ, 2014), que destacam o predomínio do sexo feminino, o pertencimento à categoria de “jovens idosos” (aqueles com idades entre 60 e 70 anos), a condição de residir com cônjuges e/ou familiares, cuja fonte de renda provém de aposentadoria ou pensão, bem como não usarem tabaco ou bebidas alcoólicas (SOARES, 2017). Residir com outra pessoa, familiares, indica a permanência de vínculo familiar, podendo melhorar as condições de existência e o provimento de auxílio que o idoso possa vir a necessitar. Desse modo, a família configura-se como rede de apoio, possibilita ajuda durante o processo de envelhecimento, e a perda desses laços frequentemente piora o estado de saúde, interferindo na qualidade de vida da pessoa idosa (CARVALHO, 2017).

No que se refere à escolaridade, a maioria possui mais de quatro anos de estudo formal e o analfabetismo está presente em 9,2%, estando em concordância com o estudo de Lopes (2013) que caracterizou idosos da região leste do mesmo município. A referida autora encontrou idosos com quatro ou mais anos de estudo, no entanto com menor grau de analfabetismo (3%). Por outro lado, os resultados deste estudo divergiram dos achados de

pesquisas desenvolvidos em Ituiutaba - MG (MELO et al, 2017) e Palmeira das Missões – RS (LUZ, 2014) que revelaram amostras compostas por idosos com baixa escolaridade. De acordo com Castro et al (2019), a escolaridade é um indicador de nível socioeconômico (possibilita melhor acesso a trabalhos melhores remunerados) e também está relacionada à condição de autoavaliação em saúde. Sendo assim, o grau de escolaridade interfere na longevidade produtiva, reflete na qualidade de vida dos idosos e pode ser um aspecto facilitador para compreensão da situação de saúde, adesão aos tratamentos bem como melhor aproveitamento das ações de educação em saúde.

Ao analisar os dados referentes às condições de moradia dos idosos da ESF Santos (Tabela 2), pode-se afirmar que, de um modo geral, possuem boas condições de moradia e a infraestrutura básica, exceto pela falta de rede de esgoto sanitário, já que a maioria possui fossa séptica e, apenas 20,4% possuem esgoto (aqueles que residem na rua principal do território em três condomínios financiados por programas habitacionais do governo federal). Segundo o preenchimento do Cadastro Domiciliar, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, os idosos não contam com tratamento de água, pois somente é considerado o tratamento feito após a água chegar ao domicílio, logo 100% dos idosos não possuem água tratada, ou seja, não há filtração, fervura ou cloração antes do consumo. Segundo dados do IBGE (2010), o município de Santa Maria possui 82,8% de esgotamento sanitário adequado, refletindo a situação do território da ESF Santos que ainda carece da necessidade de ações de melhorias por parte do poder público local para sanar esta demanda, posto que, no Brasil, o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição Federal, definido pela Lei nº. 11.445/2007 - como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações para distribuição de água potável, drenagem de água pluvial, coleta de resíduos, coleta e tratamento de esgoto sanitário – e disposto na Lei Orgânica da Saúde como um direito fundamental do ser humano, e sendo um dos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1988; 2007; 1990).

Ao realizar o levantamento de dados, constatou-se que no Cadastro não há preenchimento sobre a renda dos usuários, inviabilizando a caracterização econômica desta população. Este é um dado interessante de ser destacado, apesar de não se ter encontrados estudos a respeito. Uma reflexão que se colocou foi: por que a falta dessas informações. Possivelmente pelo fato de o Cadastro ser preenchido pelos ACS – vizinhos e/ou conhecidos dos usuários –, de modo que, tanto para os ACS quanto para os usuários, tal levantamento pode ser considerado invasivo. No entanto, pode-se dizer que grande parte da população pesquisada tem renda e que possivelmente existam diferenças quanto aos valores recebidos, pois alguns idosos ainda estão no mercado de trabalho, outros recebem pensão, aposentadoria

ou benefício de outra natureza. Este é um dado importante que deveria ser preenchido pelos profissionais de uma ESF (sejam ACS, enfermeiros, médicos, por exemplo), pois o poder aquisitivo reflete o quanto se tem condições para suprir as necessidades da vida cotidiana na velhice: acesso a uma alimentação de qualidade, a medicamentos, ao lazer e outros fatores que interferem diretamente na qualidade de vida.

Os achados relativos às patologias diagnosticadas vão ao encontro de outros estudos que demonstraram uma crescente na prevalência das condições crônicas. Ferretti et al. (2019) revelaram que 68% dos 385 idosos, estudados por eles no município de Chapecó (SC), apresentavam tais condições. Sabe-se que, nos últimos anos, passou-se por uma transição nos padrões de mortalidade e adoecimento, de afecções agudas e infecciosas para a necessidade do controle de doenças crônicas e degenerativas, que podem ser prevenidas, mas que, por isso, demandam longos anos de assistência (DUARTE & BARRETO, 2012; MENDES, 2012). Mais de 60% dos idosos da ESF Santos apresentaram HAS, que pode ser hereditária, mas também está associada ao elevado consumo de sal, álcool e tabaco, obesidade, estresse e sedentarismo. A HAS é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral ou Insuficiência Cardíaca que podem vir a causar obtidos ou limitações ao idoso no que se refere as suas condições de comunicação, capacidade motora e realização das atividades cotidianas que, por sua vez, exigem medicamentos caros e/ou cuidados permanentes e/ou especializados em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, nem sempre disponíveis na Rede de Atenção à Saúde, em específico, o município de Santa Maria (PONTE et al, 2017). Note-se, portanto, que no caso da HAS há muito a ser feito, já que se trata de uma condição de saúde com grande potencial de ser modificada por meio de ações preventivas de educação em saúde realizáveis nas Unidades Básicas pelos profissionais regulares dessas unidades, apoiados efetivamente por profissionais de diversas áreas, por meio das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (PONTE & FEDOSSE, 2016).

A segunda condição crônica mais presente na população estudada foi a Diabetes Mellitus (DM), esta possui diferentes tipos, os mais comuns são a tipo I e II. Essa condição pode permanecer não detectada por vários anos, favorecendo o avanço da doença ocasionando em complicações nos olhos, rins e nervos, por exemplo (BRASIL, 2013). Segundo documento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), a DM I caracteriza-se por ser autoimune ocasionando deficiência na produção de insulina, é frequente na infância e adolescência, podendo ser diagnosticada em adultos, porém, estes desenvolvem uma forma lentamente progressiva da doença. A DM II, mais presente em idosos, refere-se à má absorção de insulina, com causa multifatorial envolvendo componentes genético e ambiental como hábitos

alimentares e sedentarismo. Quanto ao diagnóstico tardio, em idosos, pacientes com obesidade associada à dislipidemia e hipertensão podem ser classificados como tipo 2; os magros com acentuada perda de peso e com início súbito de hiperglicemia, com tipo 1 (SBD, 2017).

Não foi possível identificar o tipo da Diabetes porque na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, sobre a qual se baseiam os dados desta pesquisa, não especifica. A propósito, este é um dos limites encontrados a respeito dos diagnósticos, na Caderneta. Sugere-se que a devida classificação da Diabetes Mellitus seja incorporada em nova versão da Caderneta, visto que no que é de suma importância que o profissional diagnostique precisamente e referencie o tipo de diabetes que o idoso apresenta, com implicações diretas na terapêutica a ser escolhida (SBD, 2017). Outro diagnóstico importante de ser discutido refere-se ao de Depressão. Quase um quarto da população estudada referiu apresentar depressão. Classificada como um transtorno de humor, esta doença se caracteriza pelo humor deprimido e/ou perda do interesse em atividades antes prazerosas associada a outros sintomas como insônia, apatia e inapetência, por exemplo (ESTEVES & GALVAN, 2006). CHAIMOWICZ (2013) alerta que idosos com depressão frequentam mais os serviços de saúde, consomem mais medicamentos e têm uma piora no prognóstico de outras doenças devido ao comprometimento físico, funcional e social gerado pela doença. O estudo de Gullich et al. (2016) concluiu que participar de eventos religiosos e realizar atividades de lazer com frequência mostraram-se como fatores de proteção para a Depressão em 62% dos sujeitos pesquisados por eles. A realização de grupos como recurso terapêutico – pelas equipes de saúde das Unidades de Saúde da Atenção Básica – e atividades comunitárias são potentes dispositivos para o enfrentamento da Depressão, bem como na prevenção da mesma pois propiciam a construção de laços e trocas sociais (BRASIL, 2006).

Um dos achados mais expressivos desta pesquisa foi o de mais da metade dos idosos terem sofrido, pelo menos, um episódio de queda. Sabe-se que a ocorrência da queda é comum entre os idosos, no entanto não deve ser negligenciada, pois é um alerta importante de que podem existir alterações significativas na saúde que levam ao declínio de funcionalidade, estão associadas à elevados índices de morbimortalidade e institucionalização precoce (BRASIL, 2006). As quedas em idosos podem ter a causa em fatores ambientais, como na acessibilidade e na organização da residência, e diversas outras condições comuns no processo de envelhecimento como pela fraqueza causada pela perda de massa muscular, alterações do equilíbrio, diminuição da acuidade visual e outras comorbidades que interferem na deambulação ou em decorrência do uso de polifármacos ou a reações adversas de

medicamentos (BRASIL, 2006). Muitas vezes, o desfecho de uma queda é a diminuição das atividades cotidianas, o isolamento do idoso por medo de cair novamente, até mesmo o óbito após hospitalizações relacionadas à má evolução do quadro. O estudo de Abreu et al. (2018) analisou a tendência da morbimortalidade por quedas em idosos no Brasil por um período de 16 anos e revelou que ocorreram 66.876 óbitos por quedas, um aumento médio de 15% ao ano, bem como 941.923 internações com diagnóstico secundário associado, passando de 2,5% para 41,3% durante o período da pesquisa.

A Caderneta permite ainda identificar se a queda causou fratura e se ocorreu dentro ou fora do domicílio. Possibilitando, assim, identificar os locais de risco para promover melhorias de estrutura, removendo barreiras arquitetônicas (BRASIL, 2006), seja no interior do domicílio como iluminação adequada, piso uniforme, escadas com corrimão, barras de apoio em locais estratégicos, bem como de acesso às vias públicas com calçadas adequadas, ruas boa pavimentação e tempo de travessia suficiente em sinaleiras de pedestres. No caso dos idosos da ESF Santos, tem-se um agravante, visto que o território de abrangência é cortado por uma rodovia sem estrutura adequada para travessia de pedestres, dificultando o acesso de parte da população e, ainda está agravada por uma obra que está em desenvolvimento desde 2018, o que acarreta em acúmulo de entulhos na via e no acostamento, situações que favorecem a ocorrência de quedas.

Os resultados desta pesquisa revelaram a presença dos diagnósticos trazidos na Caderneta, ou seja, foi possível identificar as chamadas Condições Crônicas Sensíveis à Atenção Básica, a saber: Acidente Vascular Cerebral, Anemia, Asma, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Epilepsia, Hipertensão Arterial e Úlcera Gastrointestinal, bem como as Cardiopatias (a Insuficiência Cardíaca e a Doença Arterial Coronariana) e as Condições Frequentes (Depressão, Incontinência Urinária e Fecal e Declínio Cognitivo). No entanto, constatou-se um número significativo (aproximadamente um terço) de idosos com outros diagnósticos para além das referidas. Quase metade dos idosos apresentam queixa de dor crônica.

Conforme estudo de Celich & Galon (2009), a dor é subjetiva, podendo ser física e/ou psíquica, e convém que não seja subestimada, por isso, a compreensão dos sintomas por parte da família, cuidadores e profissionais da saúde leva a uma melhor investigação e ao devido tratamento. Muitas queixas do idoso relacionadas à dor são desconsideradas e atribuídas à idade, deixando de ser tratadas e influenciando negativamente no cotidiano do indivíduo por se apresentar incapaz de realizar suas atividades da vida diária. Ainda sobre o estudo das autoras, concluem que os profissionais de saúde, ao valorizarem a dor referida pelos idosos,

têm a possibilidade de orientar e intervir de modo a minimizar este sofrimento, para que este idoso possa ter uma qualidade de vida satisfatória (CELICH & GALON, 2009).

Sabe-se que o idoso é mais sensível à dor devido às questões físicas e químicas do processo de envelhecimento. Geralmente a dor está associada a doenças osteoarticulares degenerativas (artrose artrite reumatoide), doenças vasculares e musculares, podendo levar a uma limitação para a realização das atividades de vida diárias, o que gera maior dependência funcional e diminuição da qualidade de vida do idoso. Os achados desta pesquisa possibilitam sugerir que sejam realizados mais estudos sobre as condições e diagnósticos frequentes na população idosa, visando alertar e instrumentalizar os profissionais que atuam na Atenção Básica - porta de entrada preferencial no SUS.

O uso de polifármacos é outro fator de risco para quedas, pois devido à excessiva quantidade de medicamentos ingeridos diariamente, os idosos podem se mostrar confusos em relação aos horários e quantidades tornando-os suscetíveis a um evento de queda. O uso regular e concomitantemente de cinco ou mais medicamentos pode se apresentar necessário devido ao grande número de patologias adquiridas no decorrer da vida, no entanto o uso não racional dos medicamentos pode ocasionar reações adversas, interação medicamentosa, menor adesão aos tratamentos propostos quando associado à comorbidades, declínio cognitivo ou pouca escolaridade e baixa visão (ALMEIDA et al, 2017). O uso de diversos medicamentos foi encontrado neste estudo – quase a metade dos idosos praticam a polifarmácia. Um fator que pode explicar o uso de tantos medicamentos é a repetição de receitas decorrente de que seguidamente o idoso frequenta médicos especialistas diferentes e cada um recomenda uso de um determinado medicamento (BRASIL, 2006). É comum encontrar em suas prescrições dosagens e indicações inadequadas, associações e redundância - uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica ou mesmo ilegíveis, podendo ocasionar em reações adversas graves e fatais (SIMÕES, 2005; LYRA JUNIOR et al, 2006).

No caso do município de Santa Maria, o sistema de informação ainda não está interligado suficientemente, sendo esse fenômeno um facilitador para uso de remédios duplicados ou a prescrição específica sem considerar possíveis e frequentes interações medicamentosas, favorecendo a ocorrência da iatrogenia. Por isso, a grande importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ser atualizada por todos os profissionais que atende idosos, de modo que, em se fazendo o registro das medicações e das condições de saúde, seja permitido o trânsito das informações nos diferentes espaços de saúde frequentados por eles. Assim, do nosso ponto de vista, o uso da Caderneta pelo idoso deve ser constantemente orientado e cobrado pelos profissionais da saúde.

A Caderneta permite também o registro para acompanhamento dos dados antropométricos; é importante acompanhar os indicadores: nutricional pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), da variação de massa muscular pelo Perímetro de Panturrilha e dos desgastes vertebrais pela Altura. Neste estudo evidenciou que a metade dos idosos apresentaram sobrepeso ou obesidade, enquanto que 65,5% apresentaram um o perímetro de panturrilha considerado adequado.

A obesidade não se caracteriza somente pelo aumento de peso. Cabrera (2001) conceitua a obesidade como o excesso de tecido adiposo no organismo, sendo considerada doença crônica e inter-relacionada como as doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas por exemplo. Conforme documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), utiliza-se o IMC para os idosos com pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos, devido às alterações fisiológicas como a redução do teor de água, a perda de massa muscular e óssea, o acúmulo de gordura e mudanças no seu padrão de distribuição, tendendo a localizar-se mais central, abdominal e visceral. Segundo estudo que trata de obesidade em idosos (SANTOS, 2013), a nutrição adequada é primordial para a manutenção da saúde dos idosos, tendo em vista as alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Os autores trazem ainda que o sobrepeso e a obesidade não estão diretamente relacionados aumento da mortalidade em idosos, divergindo dos estudos com pessoas mais jovens. No entanto, a obesidade ocasiona limitações funcionais no que se refere à independência e autonomia do idoso, uma vez que pode acentuar o declínio da capacidade física, especialmente a mobilidade, que se mostra maior em idosos obesos e com sobrepeso em relação a idosos eutróficos (SANTOS et al 2013).

Conforme a Caderneta (BRASIL, 2017a), a medida do perímetro de panturrilha é parâmetro de avaliação e outro indicativo do estado de saúde do idoso por informar a redução da massa muscular (sarcopenia), conseqüentemente da força e está associada ao maior risco de queda. Notou-se que aproximadamente um terço dos idosos da ESF Santos apresentou perímetro de panturrilha dentro do escore que necessita de atenção dos profissionais da saúde (entre 31 e 34cm). A propósito do explicitado acima, sabe-se que é bastante prevalente o sedentarismo entre os idosos, e que a saúde desta população não é apenas demanda da assistência médica e medicamentosa. Uma das estratégias do Ministério da Saúde (BRASIL 2006) é recomendar que o profissional de saúde da Atenção Básica estimule o idoso a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo, através da prática corporal/atividade física, sendo as atividades mais comuns: Caminhada, Dança, Ioga, entre outras. Indica também que os exercícios de resistência, flexibilidade, força muscular e de equilíbrio além de diminuir ou

reverter a sarcopenia e a osteoporose, podem contribuir na diminuição da incidência de quedas. Tal hábito traz outros benefícios como: melhora do controle do peso corporal e da pressão arterial, de quadros álgicos, da qualidade do sono e melhora do estado de humor e da autoestima agindo significativamente na manutenção da capacidade funcional e favorecendo a preservação da independência da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

No entanto, um dado importante de ser discutido refere-se ao fato de a área de abrangência da ESF Santos não apresentar áreas verdes ou locais seguros e adequados para a realização de atividades físicas. Assim, a falta de exercícios físicos pode ser um dos responsáveis pelo sobrepeso e obesidade. Constatou-se que o território de moradia da população estudada não recebe do poder público investimentos de urbanização que favoreçam atividades de lazer e cultura e tal situação pode contribuir para os prejuízos à saúde levando os usuários a utilizarem ainda mais os serviços de saúde devido a patologias associadas à obesidade que poderiam ser prevenidas.

Para completar as informações compatíveis com uma avaliação multidimensional, recomendada pelo Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Básica nº19 (Brasil, 2006), como forma de cuidar da saúde do idoso, a Caderneta conta com um instrumento de avaliação da vulnerabilidade da pessoa idosa, o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável - VES-13. A análise das Cadernetas dos idosos deste estudo revelou que quase 30% dos idosos obtiveram pontuação suficiente para serem indicados como vulneráveis. Foram encontrados idosos com idade avançada (acima de 75 anos), com autopercepção de saúde regular ou ruim, com dificuldades para realizarem atividades que necessitam de força física e/ou com incapacidade para realizarem atividades de vida diárias como, por exemplo, tomar banho sozinho. Segundo Manual do Ministério da Saúde para a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2018), idosos vulneráveis, pela aplicação do VES-13, têm aproximadamente quatro vezes mais possibilidades de declínio funcional e morte em dois anos, quando comparados aos que apresentavam pontuações menores, independentemente do sexo ou das comorbidades presentes.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível caracterizar a situação da população idosa residente em uma determinada região da zona urbana do município de Santa Maria/RS. Constatou-se a predominância de pessoas de cor branca, do sexo feminino, na faixa etária dos 60 aos 70 anos de idade, casadas, com escolaridade superior a quatro anos. Ressalta-se, como positivo, que a

maioria dos idosos tiveram a oportunidade de constituir família e ainda residem com algum membro familiar, tendo-o como fonte de apoio. É significativo, da mesma forma, o índice dos idosos que estão viúvos ou que residem sós. Com base nos dados referentes ao domicílio, pode-se afirmar que os idosos residentes na abrangência da ESF Santos possuem boas condições de moradia e infraestrutura básica, pelo menos.

Encontrou-se prevalência das condições crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, Depressão e Obesidade. Evidenciando a importância de que as atividades educativas e preventivas sejam rotineiras e abrangentes na ESF a fim de evitar complicações e também para que se possa intervir antes que tais doenças se instalem realizando-se, por exemplo, o incentivo de hábitos saudáveis como prática de atividade física, oficinas de alimentação balanceada e uso racional de medicamentos, entre outros.

Os achados referentes à ocorrência de queda ultrapassou a metade dos idosos e revela a necessidade de intervenções multisetoriais, para que se possam avaliar eventuais ajustes nas medicações, propor medidas preventivas como a prática de exercícios físicos para fortalecimento muscular e de equilíbrio, bem como de outras atividades que possam beneficiar as diferentes dimensões do bem-estar e da saúde do idoso (aqui implicadas as melhorias na infraestrutura do bairro, visando à acessibilidade com segurança). Outro importante dado revelado é quanto ao uso de polifármacos, revelando a necessidade de investigar mais aprofundadamente esta questão para intervenção mais apropriada – por exemplo, assistência médica e farmacêutica para reavaliar a necessidade de manter ou substituir as prescrições medicamentosas. Ressalta-se a importância de melhorar a comunicação com o idoso para que se torne mais compreensível na hora de transmitir as orientações e esclarecimentos para que não ocorram erros de doses e horários e se previna a automedicação.

No que tange à ESF Santos, este estudo ofereceu ao serviço de saúde, os profissionais e instituições de ensino que ali atuam, bem como a gestão do poder público municipal subsídios para implementar ações estratégicas que beneficiem a população idosa promovendo condições para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, já que revelou o panorama dos pesquisados e do local num determinado momento. No entanto houve uma limitação quanto ao tamanho da amostra, pois nem todos os idosos da ESF possuíam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa até o momento da coleta dos dados.

Considerando que alguns dos resultados deste estudo divergiram da literatura, é conveniente que as equipes de saúde realizem estudos sobre a população de suas respectivas áreas de abrangência para atuar de forma mais assertiva. Assim este estudo pode ser

replicado, investigando as condições dos idosos das ESF, aprofundando, portanto, conhecimentos sobre as características sociodemográficas, de saúde e moradia dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Débora R.O.M. et al. **Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>>. ISSN 1678-4561>. Acesso em 19 Jan 2020.

ALMEIDA, Nathália A. et al. **Prevalência e fatores associados à polifármacia entre os idosos residentes na comunidade.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 143-153 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf> Acesso em: 21 Jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da pessoa Idosa.** 4ª edição. Brasília: DF. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica.** 18 mai. 2017b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>> Acesso em 21 Jan 2020.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017c. **Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 21 Jan 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 17 Fev 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 17 Fev 2020.

_____. **LEI Nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111445.htm>. Acesso em: 17 Fev 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192

p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**– Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

CABRERA, Marcos A.S.; JACOB FILHO, Wilson. **Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 494-501, Out. 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302001000500014>.

CARVALHO, Benedita V. de. **Envelhecimento e apoio familiar: importância no bem-estar da pessoa idosa.** Psicólogo. Edição 06/2017. Disponível em <<https://psicologo.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/envelhecimento-e-apoio-familiar-importancia-no-bem-estar-da-pessoa-idosa>>. Acesso em 15 Jan 2020.

CASTRO, Camila M.S et al. **Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva, 24(11):4153-4162, 2019.

CELICH, Kátia L.S. & GALON, Cátia. **Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social.** Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2009, vol.12, n.3, pp.345-359. ISSN 1809-9823. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00004>.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso.** - Com colaboração de: Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. -2ed. –Belo Horizonte : NESCON UFMG : 2013. 167p. Disponível em < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>>. Acesso em 16 Jan 2020.

DUARTE, Elisabeth C.; BARRETO, Sandhi Maria. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012 . Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.

FERRETTI, F. et al. **Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física.** BrJP. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-7, Mar. 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n1/pt_2595-0118-brjp-02-01-0003.pdf> Acesso em: 16 Jan 2020.

ESTEVES, Fernanda Cavalcante; GALVAN, Alda Luiza. **Depressão numa contextualização contemporânea.** Aletheia, Canoas , n. 24, p. 127-135, dez. 2006 .

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2020.

GULLICH, Inês; DURO, Suele M.S; CESAR, Juraci A. **Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil**. Ver. bras. Epidemiol. São Paulo, v. 19, n.4, p. 691 – 701, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico do Brasil**. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Santa Maria (RS) – 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431690&corho mem=3d4590&cormulher=9cdbfc>. Acesso em 20 Jan 2020.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2012-2016 – 2017a**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/a7d023687b221aafb0364f56cad94367.pdf>. Acesso em 21 Jan 2020.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017b**. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf>. Acesso em 21 Jan 2020.

_____. **Censo Demográfico do Brasil**. Esgotamento Sanitário Santa Maria (RS) – 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>>. Acesso em: 17 Fev 2020.

LOPES, Carmen L. C. **Perfil do idoso do bairro camobi, santa maria/rs: qualidade de vida e cidadania**. 2013. 58p.

LUZ, Elizangela et al. **Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(2):303-314. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00303.pdf>>. Aceso em 21 Jan 2020.

LYRA JUNIOR, Divaldo P.de et al . **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.435-441, Junho 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300019>.

MANTELLI, Jussara. **O processo de ocupação do noroeste do Rio Grande do Sul e a evolução agrária**. Geografia. Rio Claro.v.31, n.2, p 269-278, maio/ago 2006.

MELO et al. **Perfil de saúde dos idosos atendidos nas unidades básicas de Saúde da Família (ubsf) em Ituiutaba, Minas Gerais**. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 15, n.

53, p. 66-75, jul./set., 2017. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4730>. Acesso em 21 Jan 2020.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

PASKULIN, Lisiane M.G; VIANNA, Lucila A.C. **Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre**. Rev Saúde Pública 2007;41(5):757-68.

PONTE, Aline Sarturi; FEDOSSE, Elenir. **Caracterização de sujeitos com lesão cerebral adquirida em idade produtiva**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 1097-1108, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000501097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18.Fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618518415>.

PONTE, Aline Sarturi et al. **Caracterização dos serviços de atendimento a pessoas com lesão cerebral de município do interior do Rio Grande do Sul**. Revista Baiana de Saúde Pública, [S.l.], v. 40, n. 1, set. 2017. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1597>>. Acesso em: 25 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n1.a1597>.

RIO GRANDE DO SUL. Governo Estadual. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul**. 2018.

SANTOS, Rodrigo R. et.al. **Obesidade em idosos**. Rev Med Minas Gerais 2013; 23(1): 64-73. Disponível em: < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/12>> Acesso em: 16 Fev 2020. DOI: 10.5935/2238-3182.20130011.

SILVA, Aline B.da et al. **Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p.308-316, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000300308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jan 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600030017>.

SIMÕES, M.J.S.; MARQUES, A.C. **Consumo de medicamentos por idosos segundo prescrição médica em Jaú-SP**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 26, n.2, p. 139-144, 2005. Disponível em: < <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/68642/2-s2.0-33745651859.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso 17 Jan 2020.

SOARES, Patrícia F. **Autopercepção de Saúde, Prevalência de Doenças Crônicas e Nível de Atividade Física em Idosos do Meio Urbano e Rural**. 2017. 77p.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes 2017-2018**. São Paulo : Editora Clannad, 2017.

APÊNDICE - FICHA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DAS CADERNETAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

VARIÁVEL	CATEGORIAS
SEXO	Feminino e masculino
FAIXA ETÁRIA	60 a 70; 71 a 80; 81 a 90; mais de 91
RAÇA/COR	Branca; Preta; parda; amarela; não declarada; indígena
ESCOLARIDADE	Nenhuma; 1 a 3 anos; de 4 a 7 anos; 8 anos ou mais
SITUAÇÃO CONJUGAL	Solteiro; casado; separado/divorciado; viúvo; outro
COM QUEM MORA	Só; familiares; cônjuge/companheiro
OCUPAÇÃO	Aposentado; trabalha; pensionista; auxílio; outro
TIPO DE DEFICIÊNCIA	Nenhuma; auditiva; visual; intelectual/cognitiva; física; outra
Nº DE DIAGNÓSTICOS	Nenhum; 1; 2; 3; 4; 5 ou mais
DIAGNÓSTICOS	Acidente Vascular Cerebral; Anemia; Asma; Diabetes <i>mellitus</i> ; Cardiopatia; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Epilepsia; Hipertensão Arterial Sistêmica; Úlcera Gástrica; Depressão; Incontinência Urinária; Incontinência Fecal; Outros.
TABAGISTA:	Sim; não; ex-tabagista
ALCOOLISTA	Sim; não
DOR CRÔNICA	Sim, não
HISTÓRICO DE QUEDAS	Sim; não
POLIFARMÁCIA	Sim; não
Índice de Massa Corporal	<22; 22 a 27; >27
Perímetro da Panturrilha	>35; 31 a 34; <31
Protocolo de Identificação de Idoso Vulnerável (VES-13)	0 a 2; ≥3

