

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO, DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PARINTINS AMAZONAS

HEALTH CONDITIONS OF THE ELDERLY, FROM A BASIC HEALTH UNIT OF PARENTINS AMAZONAS
CONDICIONES DE SALUD DEL IDOSO, DE UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE PARINTINS AMAZONAS

Flávia Maia Trindade¹, Fernanda Farias de Castro²

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, envolvendo uma amostra de 132 idosos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família, de uma Unidade Básica de Saúde do município de Parintins-AM. O principal objetivo foi investigar as condições de saúde dos idosos e descrever o perfil sócio demográfico, econômico, alimentação e hábitos de vida. Utilizou-se um questionário padronizado, contendo as variáveis de acordo com os objetivos que incluiu a aferição da Pressão Arterial e dados antropométricos dos participantes. Identificou-se nos entrevistados 60 (45,4%) idosos do sexo masculino e 72 (54,6%) do sexo feminino, 74,2% informaram ter algum problema de saúde, sendo a hipertensão (37,1%), diabetes (22,7%) e Osteoartrose (15,2%) as mais citadas. Observa-se um número significativo de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, os quais precisam de estratégias voltadas para melhorar sua condição de saúde, assim como chamar atenção para um cuidado diferenciado junto à equipe da Estratégia Saúde da Família.

Palavras - Chave: Idoso, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive, quantitative research involving a sample of 132 elderly people enrolled in the Family Health Strategy of a Basic Health Unit of the municipality of Parintins-AM. The main objective was to investigate the health conditions of the elderly and to describe the sociodemographic profile, economic, food and life habits. A standardized questionnaire was used, containing the variables according to the objectives included, the Blood Pressure measurement and anthropometric data of the participants. A total of 60 (45.4%) male and 72 (54.6%) female subjects were identified, 74.2% reported having a health problem, with hypertension (37.1%), diabetes (22,7%) and Osteoarthritis (15.2%) were the most cited. A significant number of elderly people with chronic non-communicable diseases are in need of strategies aimed at improving their health condition, as well as calling attention to a differentiated care among the Family Health Strategy team.

Keywords: Old man, Family Health Strategy, Nursing.

RESUMEN

Se trata de una investigación descriptiva, cuantitativa, involucrando una muestra de 132 ancianos, registrados en la Estrategia Salud de la Familia, de una Unidad Básica de Salud del municipio de Parintins-AM. El principal objetivo fue investigar las condiciones de salud de los ancianos y describir el perfil sócio demográfico, económico, alimentación y hábitos de vida. Se utilizó un cuestionario estandarizado, conteniendo las variables de acuerdo con los objetivos que incluyó, la medición de la Presión Arterial y datos antropométricos de los participantes. Se identificó en los entrevistados 60 (45,4%) ancianos del sexo masculino y 72 (54,6%) del sexo femenino, el 74,2% informó tener algún problema de salud, siendo la hipertensión (37,1%), diabetes (22,7%) y Osteoartrosis (15,2%) las más citadas. Se observa un número significativo de ancianos con enfermedades crónicas no transmisibles, que necesitan estrategias dirigidas a mejorar su condición de salud, así como llamar la atención sobre un cuidado diferenciado junto al equipo de la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras Clave: Edad, Estrategia Salud de la Familia, Enfermería.

1 Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA – fm.trindade@hotmail.com

2 Msc. Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem CESP/UEA - fcastro_uea@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento populacional trouxe um importante impacto para a sociedade, não só pela presença de morbidade comum nesta fase da vida, mas também por importantes alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que o processo de envelhecimento carrega. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE ⁽¹⁾, em 2010 o crescimento da população de idosos no país apresentou-se de maneira significativa, o que se justifica pelo fato da taxa de fecundidade ter diminuído e a expectativa de vida aumentado, como afirma Moraes ⁽²⁾. Segundo Gomes et al.,⁽³⁾ o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque.

No entanto, o prolongamento da vida só poderá ser uma conquista, na medida em que o envelhecimento agregue boas condições de saúde e que o idoso possa viver com qualidade, segurança, participação contínua na família e sociedade, mesmo aqueles com algum grau de fragilidade ⁽⁴⁾.

Aliada às alterações normais do envelhecimento humano, existem as alterações relacionadas às condições de desigualdades socioeconômicas, características individuais, comportamentais, ambiente físico, acesso aos serviços de saúde, diferenças culturais e regionais, que contribuem sobremaneira para o adoecer ou viver com qualidade. No entanto, as condições de saúde é fator determinante para o seu bem estar e implica na necessidade de adequação do setor saúde, equipes e políticas públicas adequadas para atender as demandas, tornando-se fundamentais para subsidiar o planejamento de atenção à saúde, da pessoa idosa.

Dados sobre a saúde do idoso pode ser encontrados no Sistema de Informação da Atenção Básica, o E-SUS, no entanto sabe-se que a subnotificação é fato notório nos Serviços, e deixam uma lacuna nas reais informações sobre as condições de saúde da população. O presente artigo objetiva investigar as condições de saúde, perfil sóciodemográfico e hábitos de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, de Unidade Básica de Saúde – UBS do município de Parintins, Amazonas.

A investigação no contexto escolhido é relevante, considerando a escassez de pesquisas na região, pautando-se ainda na possibilidade de revelar as peculiaridades da população estudada e identificar os principais agravos na população idosa da área de abrangência da Unidade de Saúde, além de contribuir para o planejamento de estratégias diferenciadas no trabalho da equipe de Saúde e políticas de saúde adequadas para os idosos.

2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL – DADOS DA POPULAÇÃO

Nos últimos anos o Brasil vem sofrendo inúmeras transformações demográficas, epidemiológicas e sociais, devido à incorporação de tecnologias novas, conquistas sociais e políticas, dando destaque dentre essas transformações ao envelhecimento populacional que vem crescendo significativamente nos últimos anos ⁽⁵⁾.

Segundo o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, sendo 10,8% deste número eram considerados idosos. Estima-se ainda ter nos próximos 20 anos a uma população idosa no Brasil de 30 milhões de pessoas, passando de 10,8% para 13% da população desse período ⁽⁶⁾. O crescimento da população de idosos é considerado um fenômeno mundial, uma vez que, em 1991 o número de idosos com 65 anos ou mais, era de 4,8%, passando a 5,9% em 2000 e aproximando-se em 2010 a 7,4% ⁽⁷⁾.

Como já fora mencionado sobre as projeções de crescimento da população de idosos, autores afirmam que “no ano 2000, a população brasileira de idosos cresceu oito vezes mais que a jovem, estando previsto, em 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos no mundo” ⁽⁸⁾. Outros estudos apontam alguns lugares onde esse crescimento populacional é mais acentuado, a região norte, por exemplo, é um espaço aonde a população cresceu significativamente na última década, tendo um crescimento de 8,3% ⁽⁶⁾. Segundo o IBGE ⁽⁹⁾ Parintins possui uma população de aproximadamente 102.033 habitantes, sendo 68,50% dessa população equivalente a 69.890 habitantes, está na zona urbana deste município, e 31,50% o que corresponde a 32.143 habitantes, estão na zona rural.

Souza e Gomes ⁽¹⁰⁾ e Rodrigues ⁽¹¹⁾, em seus estudos relatam a possibilidade de migração de idosos para ambientes mais tranquilos, como as áreas rurais, pelo fato de ficar mais próximo a natureza e tendo tranquilidade fora do ambiente urbano, no entanto podendo deixa-los afastado dos bens de consumos e serviços de saúde que possam a vir precisar.

A questão do crescimento populacional em várias regiões do país nos leva a pensar se essa população está tendo uma qualidade de vida adequada, uma assistência de saúde que atenda suas necessidades, pois é possível fazer uma relação que se a população está crescendo conseqüentemente o número de idosos também, uma vez que a expectativa de vida aumentou nos últimos anos ⁽¹²⁾.

Todavia para Cabral ⁽¹³⁾, existem outros fatores e desafios que interferem e se relacionam com o processo de envelhecimento como afirma no trecho seguinte:

O Brasil passa por um envelhecimento populacional rápido e intenso, com o desafio de cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos no século XXI, sendo que a

maioria tem baixo nível educacional e socioeconômico, e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Poucos são os profissionais de saúde com formação especializada na saúde do idoso que atuam dentro do sistema, muitas vezes desestruturado, para fazer o atendimento necessário a essa faixa etária (CABRAL 2009, pág. 11.).

O crescimento populacional de idosos no país está trazendo um impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), pois a população envelhece e na maioria das vezes não apresenta quem cuide dos idosos, pois cada vez mais diminui o número de filhos por idosos, deixando-os desassistidos por parte da família, passando essa responsabilidade dos cuidados para os programas oferecidos pelo SUS, como o Programa de Estratégia Saúde da Família ⁽⁵⁾.

Analisando as diferenças de infraestrutura entre as condições sociais de cada um, as características da população podem comprometer as condições de saúde dos idosos, quando não atendidas nas suas especificidades, considera-se necessário promover investigações que compreendam as peculiaridades desses diferentes espaços, para que busquem adequar as políticas públicas voltadas para essas situações ⁽¹¹⁾.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO

Com o aumento da longevidade da população, alguns desafios são lançados na atenção à saúde, uma vez que esses problemas frequentemente são crônicos e podem requerer intervenções onerosas, com tecnologias complexas para sua resolução, assim como adequação dos serviços de saúde para atender esta população ⁽¹⁴⁾.

O sistema de saúde brasileiro tem o direcionamento de suas ações garantidas na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica de Saúde (LOS) onde “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e seus agravos [...]” ⁽¹⁵⁾. A lei define que todas as condições de saúde e doença de qualquer brasileiro independente de idade ou condição social devem ser completamente assistidas pelo Estado. A Lei Orgânica da Saúde ⁽¹⁵⁾ destaca os fatores determinantes e condicionantes da saúde, no art. 3º:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (pág. 01).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde ampliado, garantindo que o indivíduo tenha direito de gozar do melhor estado de saúde possível ⁽¹⁶⁾.

Sobre os direitos da pessoa idosa, inúmeras são a legislação disponível, mas pouco efetivas quando se trata de idosos menos favorecidos social e economicamente. A

Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994 dispõe sobre a política nacional do idoso, destacando no capítulo I, artigo 1º que “a Política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.”(pág. 06). Ainda afirma no artigo 2º (pág. 06) considera idoso, para fins legais as pessoas com 60 anos e mais ⁽¹⁷⁾.

Em relação à saúde do idoso a política destaca que as ações governamentais devem garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante programas e medidas profiláticas. Neste artigo ainda propõe sobre a realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, visando à prevenção, o tratamento e a reabilitação; além de criar serviços alternativos de saúde para o idoso ⁽¹⁷⁾. Destaca também que devem ser observadas as diferenças econômicas, sociais e regionais, em especial as contradições dos meio urbano e rural.

Dentre outras políticas públicas voltadas para a Saúde está o Pacto pela Vida, que tem o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira ⁽¹⁸⁾.

Incluso neste pacto há definição de prioridades posta por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados, regiões, municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. Dentre as prioridades pactuadas está a Saúde do Idoso ⁽¹⁸⁾.

A respeito de Saúde do Idoso dentro do pacto, as tarefas a ser realizada seguem diretrizes que almejam a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas ⁽¹⁸⁾.

As diretrizes do Pacto pela Vida em relação à saúde do idoso esta relacionada a um envelhecimento saudável, a atenção integral e integrada a saúde da pessoa idosa, trazendo um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos atualmente, na qual se deve considerar que existem pessoas idosas independentes e que há uma parcela da população mais

frágil, buscando assim através das ações pactuadas e pautadas de acordo com estas especificidades de cada esfera de governo a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável para a melhora da qualidade de vida dos idosos ⁽¹⁹⁾.

Polaro et al,⁽²⁰⁾ fala sobre dois grandes grupos que a Política Nacional da pessoa idosa considera, que são os dos idosos independentes que, mesmo sendo portadores de algumas doenças, geralmente crônicas, se mantem ativos no meio familiar e social, graças a práticas e comportamentos saudáveis, e os idosos frágeis ou em processo de fragilização, que por qualquer razão apresentam condições que devem ser identificadas pelos profissionais da saúde.

No nível local a Estratégia Saúde da Família, deve dar apoio e assistência integral à saúde do idoso, pois como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica pode favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade ⁽²¹⁾.

Um ponto importante na Estratégia Saúde da Família é a composição da equipe, esta deve ser composta por uma equipe multiprofissional onde tenha: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal ⁽²²⁾.

Uma vez que, o aumento do número de idosos traz a necessidade de formação e capacitação específica dos profissionais de saúde em particular dos enfermeiros, para atender as especificidades dessa parcela da população e melhorar a assistência prestada é importante à capacitação na área geriátrica/gerontológica melhorando a assistência prestada e colocando em prática o que é previsto em leis por parte do Estado ⁽¹⁴⁾.

3.3 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS

O envelhecimento é uma condição individualizada e universal a todos os seres vivos, e este tem se acentuado no Brasil nos últimos anos, precisando de uma atenção maior para tal acontecimento, uma vez que junto a este processo surgem modificações físicas, fisiológicas, psicológicas, e bioquímicas nestas pessoas, que alguma forma irá atuar como fatores determinantes na vida desses indivíduos, podendo levar a alterações visíveis nos sistemas que compõem o corpo ⁽²³⁾. A OPAS e o MS determinam envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de

maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (pág. 08) ⁽²⁴⁾.

Geralmente estas alterações fisiológicas do envelhecimento estão associadas a doenças, uma vez que esses indivíduos tornam-se mais frágeis e predispostos a morbidades, a depender da exposição de fatores extrínsecos, como o tipo de dieta adotada, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, alterações climáticas e ambientes insalubres, há ainda fatores intrínsecos que contribuem para essa situação, como as alterações biológicas, que ocorrem com transcorrer do tempo ⁽¹³⁾.

Envelhecer não é sinônimo de adoecer, pois o envelhecimento é um conjunto de eventos normais, ou seja, naturais de todo ser humano, ocorrem através do tempo e levam a perda de algumas funções. São exemplos de alterações normais do envelhecimento as seguintes ^(25 - 26):

1. A pele enruga, perde a elasticidade e fica mais fina, sua menos e produz menos gordura. Por isso é comum tornar-se mais fina, seca e áspera, sendo mais fácil coçar e abrir feridas causando pequenas lesões ^(25 - 26).

2. O andar fica mais lento, a flexibilidade e os reflexos diminuem, tornando mais fáceis as quedas e mais difícil proteger-se delas ^(25 - 26).

3. A saliva diminui, os movimentos de deglutição são mais lentos; fica mais fácil engasgar-se e sentir a boca ressecada e a saliva engrossa ^(25 - 26).

4. O sistema imunológico, que defende o indivíduo contra infecções é menos ativo, e o idoso normal tem uma sensibilidade maior a algumas infecções como pneumonia e tuberculose. Com essa alteração torna-se ainda mais suscetível ^(25 - 26).

5. O sistema de adaptação de pressão arterial e temperatura também mudam, sendo comuns: a deficiência na resposta ao calor ou frio intenso; a ausência de febre nas infecções; as quedas de pressão em mudanças rápidas de posição e a má adaptação da pressão arterial a perdas de líquidos levando a desidratação ^(25 - 26).

6. A quantidade de cálcio dos ossos, a massa e a força muscular diminuem com o avançar da idade ^(25 - 26).

7. O cérebro diminui de tamanho, mas conserva suas funções, como capacidade de aprender e memorizar. Existe uma diminuição de memória em idades muito avançadas, mais relacionadas à falta de estímulo e atividade do que à incapacidade de lembrar, devendo ser mantido o estímulo e a atividade mental ^(25 - 26).

8. O coração pode bater mais lento, mesmo em situações em que deveria acelerar, e diminui sua capacidade de adaptação ao estresse ^(25 - 26).

9. Há uma diminuição da capacidade do pulmão ventilar e da habilidade de tossir ^(25 - 26).

10. Os rins diminuem sua reserva funcional, tornando-se mais sensíveis aos medicamentos ^(25 - 26).

11. O sono se altera, sendo comum o idoso dormir menos à noite, e ter períodos de sonolência (cochilos) durante o dia, principalmente quando não tem atividade nenhuma ^(25 - 26).

Embora o processo de envelhecimento não esteja, necessariamente, relacionado à doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são comumente descobertas em idosos. Deste modo, a tendência atual é os números crescentes de idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas que estão intimamente ligadas com a incapacidade funcional ⁽²⁷⁾.

Durante o século passado as doenças eram agravadas pelas deficiências nutricionais, saneamento básico e transporte, porém, com medida simples ligada ao incrementado, a saúde pública diminuiu esse índice. Entretanto, no século XXI, os agravos vêm aumentando devido hábitos poucos saudáveis, que levam a doenças cardiovasculares, câncer, perda de massa óssea, reumatismos, hipertensão, diabetes e outras doenças crônico-degenerativas ⁽¹³⁾.

Em estudos realizados em áreas do Rio Grande do Sul, indica que as principais morbidades que afetam os idosos, são as crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), reumatismos e diabetes, compondo esse conjunto de patologias que os acomete ⁽²⁷⁾.

A hipertensão é o principal fator de risco para morbidade e mortalidade precoce causada pelas doenças cardiovasculares, sendo que geralmente esta patologia vem associada ao diabetes, trazendo uma série de complicações para o idoso. O diabetes está se tornando o mal do século, pois está afetando um grande número de pessoas, sendo estas idosas ou não ⁽²⁷⁾.

Focchesalto ⁽²⁷⁾ ainda cita o câncer como uma doença comum em zona rural, devido à interação entre fatores endógenos e ambientais que resultam no crescimento anormal de células, característica da doença, que leva a maioria dos indivíduos ao óbito.

Nesta perspectiva, observa-se que a maioria dos estudos sobre o processo de envelhecimento se encontram, frequentemente, mais referenciados os aspectos negativos, como as perdas e doenças nesta fase de vida, do que comentários sobre os pontos positivos associados à velhice, tais como a sabedoria, experiência e habilidade nos relacionamentos sociais e familiares, o que ocorre devido à crença de que as perdas só ocorrem na velhice e de que os ganhos estão restritos às fases iniciais do desenvolvimento e crescimento humano, o que é uma ideia errônea, uma vez que perdas e ganhos ocorrem em todas as etapas da vida, embora na terceira idade haja mais perdas do que ganhos ⁽²⁸⁾.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e analítica, exploratória de natureza quantitativa, sobre as condições de saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde - UBS do município de Parintins. A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis pré-estabelecidas para constatar e explicar sua influência sobre outras, mediante análise de frequência e correlações estatísticas, centrando-se na objetividade ⁽²⁹⁾.

A população pesquisada foi idosos com 60 anos e mais, cadastrados na Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro de Saúde Dr. Toda do Município de Parintins - Amazonas. Para a composição da amostra foi utilizado o método de Amostragem probabilística aleatória simples com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Para o cálculo da amostra foi utilizado a fórmula proposta por Santos (sd), onde: n - amostra calculada; N - população; Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p - verdadeira probabilidade do evento; e - erro amostral ⁽³⁰⁾.

Para definir a amostra, considerou-se a população geral de idosos cadastrados ESF da UBS em 200 idosos, informado pelos profissionais enfermeiros responsáveis pelas equipes de Saúde da Família, no mês de Julho de 2016. Sendo investigada uma amostra aleatória de 132 idosos que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: Maior ou igual a 60 anos de idade; Estar cadastrados na Estratégia Saúde da família; Participar das reuniões nos grupos de idosos nos dias estabelecidos; Ter condições cognitivas para responder o questionário e aceitar participar do estudo, após explicação detalhada do TCLE. Sendo excluídos os indivíduos pertencentes à comunidade indígenas em função das restrições para realização de pesquisa. A coleta de dados foi realizada nos meses de Fevereiro, Maio, Junho e Julho de 2017.

Para realizar a investigação sobre a saúde do idoso foi utilizado um questionário padronizado com informações demográficas, econômicas, suporte social e familiar do idoso e suas condições de saúde. Para dar suporte a essas investigações utilizaremos os dados recomendados pelo Ministério da Saúde do Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa ^(24 - 31).

Nesta pesquisa, foram considerados os seguintes componentes e características dos idosos ⁽³²⁾: Dados de Identificação; Características sócio-demográficas; Características sócio-econômicas; Suporte Social, Estilo de Vida e Morbidades autoreferidas. Para avaliar o estado de saúde atual, foram verificados os níveis pressóricos do idoso no início e fim da entrevista, Índice de Massa Corpórea - IMC, para investigar o estado nutricional e Relação Cintura Quadril para investigar o risco cardiológico. Quanto aos procedimentos foram realizados os descritos por Najas e Yamatto ⁽³³⁾ e VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão ⁽³⁴⁾.

Para a classificação do Estado Nutricional foi utilizado os pontos de acordo com A Caderneta do Idoso preconizado pelo Ministério da Saúde ⁽³⁵⁾: < 22 indica baixo peso; maior que 22 e menor que 27 peso adequado ou eutrófico, maior que 27 sobrepeso (acima do peso desejado). A relação cintura-quadril foi calculada dividindo-se a medida da circunferência da cintura pela medida da circunferência do quadril. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998) ⁽³⁶⁾, o índice de corte para a RCQ é menor que 0,85 para mulheres e 1,0 para homens. A medida da Pressão Arterial - PA foi realizada pelo método indireto com técnica auscultatória com uso de esfigmomanômetro aneroide devidamente calibrado, observando as alterações próprias do envelhecimento. Essa medida seguirá as diretrizes da VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão ⁽³⁴⁾.

Os dados quantitativos foram codificados, digitados e apresentados em planilha eletrônica Excel através de tabelas. Calculou-se as frequências absolutas simples e relativas para os dados categóricos. Na análise dos dados quantitativos foi calculado a média, o desvio-padrão (Dp) e aplicado o teste paramétrico t-student, pois foi aceita a hipótese de normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk ao nível de 5% de significância. Na comparação das variáveis categóricas foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson, sendo que na impossibilidade de aplicar o teste de Pearson, foi calculado o teste exato de Fisher ⁽³⁵⁾.

O software utilizado na análise da maioria dos dados foi o programa Epi Info versão 7.2 para Windows que é desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças Norte – Americano – CDC (www.cdc.gov/epiinfo) e o nível de significância fixado na aplicação ds testes estatísticos foi de 5%. ($p < 0,05$).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, em atendimento à resolução 466 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS ⁽³⁶⁾, CAAE 72433717.9.0000.5016.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa foram entrevistados 132 idosos, sendo 60 (45,4%) do sexo masculino e 72 (54,6%) do sexo feminino, dados expostos na tabela 1, conforme a distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos de idosos entrevistados. Assim verifica-se que o número de mulheres é maior do que a de homens, mostrando a feminização da população idosa. Uma vez que quanto mais à população envelhece mais feminina se torna devido a maior expectativa de vida das mulheres ⁽³⁷⁾.

A expectativa de vida maior em mulheres se dá pela melhor qualidade de vida destas, pois os homens são mais expostos a fatores externos como acidentes de trânsito, doenças cardiovasculares adquiridas por hábitos alimentares e de vida pouco saudáveis, por exemplo, e

costumam não se cuidar tanto quanto as mulheres, que buscam com maior frequência os serviços de saúde e o autocuidado para prevenir problemas de saúde.

Durante o desenvolvimento do projeto ainda observou-se que a quantidade de mulheres que compareciam as atividades realizadas nos grupos de idosos era sempre maior que o número de homens que frequentava as reuniões.

Tabela 1. Distribuição segundo os dados sociodemográficos de idosos atendidos em uma UBS do município de Parintins - AM, 2017.

Variáveis (n = 132)	f_i	%
Gênero		
Masculino	60	45,4
Feminino	72	54,6
Idade		
60 --- 65	21	15,9
65 --- 70	29	22,0
70 --- 75	32	24,2
75 --- 80	27	20,5
80 --- 85	14	10,6
85 --- 90	9	6,8
Média ± Dp	72,4 ± 7,5	
Escolaridade		
Nenhuma	11	8,3
Primário	76	57,6
1º grau incompleto	28	21,2
1º grau completo	8	6,1
2º grau completo	7	5,3
Superior completo	2	1,5
Estado civil		
Casado ou união estável	84	63,6
Solteiro, viúvo ou divorciado	48	36,4
Religião		
Católico	105	79,6
Evangélico	25	18,9
Outra	2	1,5

f_i = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão.

Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto à faixa etária dos entrevistados verificou-se que há um número de idosos maior com faixa etária de 60 a 75 anos contabilizando 82 (62,1%) idosos do que na faixa etária de 75 a 80 anos com 50 (37,9%) pessoas.

Isso se dá pelo fato do Brasil ser um país que envelhece a passos largos e ao mesmo tempo rápidos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis. Desde os

anos 1940, é entre a população idosa que se observa as taxas mais altas de crescimento populacional (38).

Dessa forma observa-se que há semelhanças com dados encontrados no censo demográfico realizado no ano de 2010 conforme distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na cidade de Parintins, onde a quantidade de pessoas com idade de 60 a 75 anos é maior que a população de 75 a 80 anos, assim como exposto na tabela 1.

Em referência a escolaridade identificou-se entre os entrevistados que 76 (57,6%) dos idosos o que equivale à metade da população entrevistada possui o primário como nível de escolaridade e 28 (21,2%) o 1º grau incompleto, correspondente a um nível de escolaridade baixo.

Nota-se que o nível de escolaridade é muito baixo entre os idosos entrevistados, pois a maioria dos idosos entrevistados estudou apenas até o primário e uma pequena porção ainda nunca estiverem em uma sala de aula para estudar, o que é comum em regiões como a região norte devido à dificuldade de deslocamento para chegar até a escola, uma vez que a maioria dos idosos viveu a maior parte de suas vidas em ambiente rural, vindo para o ambiente urbano apenas quando adulto, sendo assim um fator influenciador para a evasão escolar nesta população.

Pilger, Menon e Mathias (39), em um estudo realizado com idosos no município de Guarapuava no Paraná encontraram um número de 21,4% de analfabetos e aproximadamente 5% com escolaridade de 1º grau completo, com resultados parecidos aos dados encontrados nesta pesquisa onde há semelhança entre a população de idosos, apesar da diferença de região.

Quanto a variável estado civil verificou-se que 84 (63,6%) idosos são casados ou vivem em união estável e 48 (36,4%) são viúvos, solteiros ou divorciados. Nota-se a prevalência de idosos com companheiro conjugal, o que por alguns é colocado como benéfico ter com quem compartilhar seus sentimentos, suas angustias e seu dia-a-dia, uma vez que o fato de ter alguém como apoio pode diminuir o aparecimento de sinais depressivos em idosos, pois quando viúvos ou solteiros estes costumam sentir-se como estorvos para seus filhos, precisando deste para realizar suas atividades básicas, já que a maioria dos filhos tende a ter uma superproteção em seus pais.

A respeito da religião dos 132 idosos entrevistados 105 (79,6%) disseram ser católicos e 25 (18,9%) evangélicos, na qual se verifica que ainda se tem grande influência do cristianismo na população idosa.

No Censo realizado pelo IBGE (6) em 2010 identificou-se que na cidade de Parintins dentre a população residente ainda há a predominância da religião católica apostólica romana, na população em geral. Isso se dá também pelo fato da cidade ter sido colonizada por portugueses e no início de sua povoação ter sido instalada algumas missões religiosas de natureza católicas que exerceram e ainda exerce forte influência religiosa no local.

Estudos realizados sobre o impacto da religiosidade nas condições de saúde dos idosos tem evidenciado que as crenças pessoais influenciam no envelhecimento bem-sucedido, pois mostrou que a resiliência, capacidade humana muito presente em pacientes com bem-estar espiritual, que consiste em enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado nas experiências de adversidade foi associado ao envelhecimento bem-sucedido, principalmente em idosos que enfrentam problemas com doenças crônicas degenerativas como o Parkinson, por exemplo, que através de leituras em bíblias ou orações mostram que os idosos passam a ter mais força para enfrentar esses obstáculos de vida ⁽⁴⁰⁾.

A tabela 2 mostra a distribuição segundo os dados de pessoas residentes no domicílio, número de filhos, ocupação e renda dos idosos. Na qual identificou – se que 54 (40,9%) dos entrevistados moram em residências com número entre três a quatro pessoas e 02 (1,5%) idosos moram sozinhos.

Quanto ao número de filhos 48 (36,4%) responderam ter tido de sete a dez filhos e somente 04 (3%) disseram nunca ter tido filhos, (tabela 2).

Nota-se que a maioria dos idosos teve um número alto de filhos o que pode influenciar no fato de muitos não morarem sozinhos, tendo dessa forma alguém para cuidar. Assim, observa-se que do total dos idosos, 54% moram com alguém da família ou com um cuidador, dos quais a grande maioria vive em domicílios multigeracionais, coabitam com esposo (a) e/ou filhos e/ou genros ou noras.

Pilger, Menon e Mathias ⁽³⁹⁾ encontram resultados semelhantes a este em suas pesquisas, onde 57,7% estão casados ou morando juntos e 84% moram com alguém da família ou cuidador, ou seja, não vive sozinho, embora todo o abandono que é comum ocorrer em famílias com idosos, ainda há uma boa parcela da população que não abandona seus idosos e ajudam a enfrentar a fase do envelhecimento.

Quando questionados sobre em que trabalhou ou sua ocupação na maior parte de sua vida 38 (28,8%) idosos responderam ter tido como ocupação o trabalho na agricultura, 27 (20,5%) foi dona de casa, 25 (18,9%) trabalhavam como autônomo, 13 (9,8%) eram pescador, os demais trabalharam em profissões distintas como juteiro, costureira, marítimo, bordadeira, entre outro.

Tabela 2. Distribuição segundo os dados de pessoas residentes, ocupação e renda de idosos atendidos em uma UBS do município de Parintins – AM, 2017.

Variáveis (n = 132)	f_i	%
Quantas pessoas vivem na residência		
0	2	1,5
1 a 2	31	23,5
3 a 4	54	40,9
5 a 6	37	28,0

7 a 10	8	6,1
Média ± Dp	4,0 ± 1,9	
Número de filhos		
0	4	3,0
1 a 2	13	8,3
3 a 4	16	12,1
5 a 6	30	22,7
7 a 10	48	36,4
11 a 14	23	17,4
Média ± Dp	7,3 ± 3,7	
Ocupação		
Agricultor	38	28,8
Dona de casa	27	20,5
Autônomo	25	18,9
Pescador	13	9,8
Assalariado com carteira assinada	9	6,8
Juteiro	9	6,8
Outros	11	8,3
Renda pessoal (salários mínimos)		
< 1	25	18,9
1 --- 2	95	72,0
2 --- 3	7	5,3
3 --- 6	5	3,8
Aposentado	114	86,4

f_i = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão.

Fonte: Pesquisa de campo.

Dos 132 idosos entrevistados apenas 114 são aposentados, sendo que todos possuem uma fonte de renda, seja da aposentadoria, trabalho ou ajuda dos filhos e/ou parentes. Questionados sobre o valor da renda média mensal 95 (72%) dos idosos possuem uma renda de 01 a 02 salários mínimos e 25 (18,9%) tem uma renda menor que um salário mínimo.

Observa-se que a maioria dos idosos passou a maior parte de sua vida trabalhando em atividades agrícolas, nas quais se destacam o trabalho na agricultura familiar que é a principal atividade e fonte de renda dos ribeirinhos na região amazônica por um longo tempo até estes alcançarem a idade de aposentadoria como trabalhadores rurais, plantando, colhendo e vendendo seus produtos para tirar o sustento de suas famílias. E outra parte passou a maior parte de suas vidas como dona de casa, característica das mulheres as quais eram as principais responsáveis pelas atividades de casa e seus esposos por ajudar no sustento através de atividades agrícolas ou remunerada.

Victor et al., ⁽⁴¹⁾ em pesquisa realizada sobre o Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família, verificou em sua investigação que mais da

metade dos entrevistados eram aposentados ou pensionista, que possuíam renda fixa, com resultados parecidos aos descritos acima.

Para Silva, Junior e Vilela ⁽⁴²⁾ ter filhos pode ser considerado uma garantia de cuidado e atenção ao idoso, de tal modo como uma forma de apoio e proteção social e financeira. Uma vez que o idoso considera também como forma de proteção social e financeira o recebimento de algum benefício previdenciário, seja aposentadoria ou pensão.

Essa sensação de amparo pode acontecer do fato que é uma renda fixa do idoso, com grande impacto em suas condições de saúde, no qual o recebimento do benefício representa muitas vezes a única fonte de renda da família e a aposentadoria pode representar uma melhoria das condições de vida dos idosos ⁽⁴²⁾.

A tabela 3 mostra os resultados segundo as condições de saúde dos idosos, onde 98 (74,2%) declararam possuir algum problema de saúde. Sendo que 49 (37,1%) possuem Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, 30 (22,7%) Diabetes, 20 (15,2%) Osteoartrose e 44 (33,4%) possuem outros problemas de saúde, tais como catarata, problema de Colesterol Alto, Gastrite, Anemia, Tonturas, Litíase biliar, Tuberculose, Alteração de próstata, hérnia umbilical, etc.

Nota-se que os problemas vivenciados pelos idosos entrevistados, são os mesmos dos pesquisados em outras regiões do país, inclusive citando as mesmas doenças, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus e a Osteoartrose.

No entanto essas condições de saúde podem ser menos assistidas ou em condições agudas, serem agravadas pela falta de serviços de saúde disponível na localidade, como as alterações fisiológicas específica do envelhecimento que necessitam de profissionais qualificados e que saibam cuidar desses casos. O idoso pode ter dificuldade para acessar serviços básicos de saúde devidos sua condição de saúde e socioeconômica, não tendo acesso direto e rápido aos serviços de saúde, levando-o ao agravamento dos casos ou não tratamento adequado.

Tabela 3. Distribuição segundo as condições de saúde dos idosos e doenças autoreferidas atendidos em uma UBS do município de Parintins - AM, 2017.

Variáveis (n = 132)	f_i	%
Possui algum problema de saúde	98	74,2
Hipertensão arterial	49	37,1
Diabetes	30	22,7
Osteoartrose	20	15,2
Problemas na visão	9	6,9
Colesterol alto	7	5,3
Cardiopatias	5	3,8
Gastrite	4	3,0
Outras	19	14,4

Uso de algum medicamento	86	65,2
Serviço de saúde que costuma utilizar		
UBS	94	71,2
Hospital	21	15,9
Saúde da família	9	6,8
Não utiliza	8	6,1
Faz uso de algum tratamento caseiro	75	56,8
Tratamento alternativo	31	23,5

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo.

Em um estudo realizado por Farias e Santos ⁽⁴³⁾ em um município em Santa Catarina sobre a influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos, verificou-se que 36,78% dos idosos pesquisados relataram ter hipertensão arterial e diabetes Mellitus, e dentre estes, todos informaram que frequentam mensalmente os grupos de promoção em saúde da Atenção Básica de Saúde, nas UBS. Quanto ao atendimento para resolução d problemas de saúde eles buscam atendimentos na Atenção Básica, os serviços hospitalares são utilizados mais para procedimentos cirúrgicos.

As doenças crônicas não transmissíveis - DCNT constituem um problema de saúde entre os idosos, devido, aos hábitos de vida e a não adesão ao tratamento destas, que podem gerar lesões irreversíveis ao organismo, aumentando as chances de incapacidades, dentre elas o destaque vai para a Hipertensão a qual é um fator de risco importante para Doenças Cardiovasculares em idosos ⁽⁴⁴⁾.

Pilger, Menon e Mathias ⁽³⁹⁾ mostraram em sua pesquisa a hipertensão sendo o problema mais frequente relatado pelos idosos que participaram de seu estudo, com 34,9% de casos, seguida do diabetes com 12, 4% e doenças reumáticas (artrite/artrose) com 12, 2%.

Em Parintins assim como nas cidades de interior tem uma carência na prestação de assistência qualificada e a falta de insumos básicos para atender a população, dessa forma, quem sofre é a população, em especial os idosos, não tendo acesso a atendimentos especializados e a insumos básicos, visto que estes vivem na maioria com renda de 01 salário mínimo e ainda tendo que arcar com despesas de medicamentos utilizados no tratamento das doenças que estes possuem.

Entretanto atualmente o serviço de saúde oferecido na sede da cidade vem apresentando melhorias em seu atendimento, o que pode influenciar no aumento da procura por serviços por parte desta população, entretanto ainda há falta de insumos necessários para prestar uma assistência adequada para as pessoas, fazendo com que esses idosos após buscarem atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde das localidades e não terem seus problemas solucionados busque atendimento nas urgências e emergências dos hospitais ou tratamento alternativo com fitoterapia o que são comuns na população idosa devido os conhecimentos empíricos adquiridos durante suas vivências.

Quanto ao item serviço de saúde que costuma utilizar, 94 (71,2%) dos idosos utilizam os serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde – UBS do local onde residem, 21 (15,9%) costumam utilizar os serviços de um dos dois hospitais da cidade, 09 (6,8%) usam os serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família e apenas 08 (6,1%) dos idosos entrevistados não utiliza nenhum tipo de serviço de saúde público ou privado.

Questionados se realizavam uso de algum medicamento apenas 86 idosos responderem sim, que utilizavam medicamentos, uns para controle de doenças como Diabetes e Hipertensão e outros utilizam como paliativos, apenas para alívio de dores ou outra sintomatologia.

Observou-se durante a pesquisa que os medicamentos mais são utilizados pelos idosos são para controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes, outras medicações citadas por eles são as utilizadas para o alívio da dor, talvez seu uso seja pelo aparecimento de dores reumáticas e osteoarticular.

O uso de medicamentos por idosos tem uma linha muito delicada entre o risco e o benefício, pois a elevada utilização de medicamentos que considerado por estes, em sua maioria, ajudam a prolongar a vida, por outro lado, pode afetar sua qualidade de vida, sendo o problema atribuído não somente ao consumo do medicamento, mas à irracionalidade do uso, que expõe o idoso a riscos potenciais sem o conhecimento destes, podendo desta maneira afetar suas condições de saúde ⁽⁴⁵⁾.

Sobre a utilização de remédios caseiros e tratamento alternativo, verificou-se que apenas 75 (56,8%) faz uso de tratamento caseiro, mais comuns são chás de ervas, chá de capim-santo, água com cascas de arvores como carapanaúba, piranheira, folhas de azeitoneira dentre outras. A respeito de tratamento alternativo como a utilização de serviços de rezador, benzedor, curandeiros, apenas 31 (23,5%) dos idosos afirmaram utilizar como alternativa de tratamento.

Baptistel et al., ⁽⁴⁶⁾ relata que populações locais, em especial os mais antigos possuem um amplo conhecimento sobre métodos alternativos usados para curar ou aliviar sintomas de doenças o que facilita mesmo que empiricamente a utilização de remédios caseiros para algumas doenças.

O conhecimento tradicional, como o direcionado às plantas medicinais, possui várias vias de influência, pois os seres humanos como sistemas vivos, gravam e processam informações que podem ser ontologicamente adquiridas, ou seja, própria a sua natureza, além dos elementos disponíveis no ambiente, ligadas por meio da aprendizagem individual e da comunicação social ⁽⁴⁷⁾.

A utilização de plantas ou formas de preparo foi observada por Neto, Barros e Silva ⁽⁴⁸⁾ em sua pesquisa sobre o uso de plantas medicinais em comunidades rurais da Serra do Passa – Tempo, estado do Piauí, nordeste do Brasil, dando destaque para as utilizadas em forma de chás, decocção, maceração e infusão. Do mesmo modo foi observada e relata pelos idosos pesquisados neste estudo.

Durante a realização das entrevistas com os idosos observou-se a forte influência na utilização de remédios caseiros nos tratamentos das doenças autoreferidas como o uso de chá da

folha da planta insulina, por exemplo, para ajudar no controle da glicemia nas pessoas com Diabetes, assim como o uso da água com limão e berinjela para ajudar a manter os níveis normais de colesterol. Esses conhecimentos são compartilhados pelos idosos aos filhos, netos e conhecidos que se interessem pelo assunto.

A tabela 4 mostra os resultados da distribuição segundo os dados antropométricos, Pressão Arterial – PA e relação cintura quadril. A classificação da PA foi feita de acordo com as referências dadas pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, a Relação cintura quadril seguiu o preconizado pela OMS e o Índice de Massa Corporal – IMC foi de acordo com a caderneta do Idoso.

Tabela 4. Distribuição segundo os dados antropométricos dos idosos atendidos em uma UBS do município de Parintins - AM, 2017.

Variáveis (n = 132)	f_i	%
PAS		
< 120	35	26,5
120 --- 130	56	42,4
130 --- 140	28	21,2
140 --- 160	13	9,9
PAD		
< 80	45	34,1
80 --- 90	68	51,5
90 --- 100	19	14,4
Relação Cintura quadril		
Homens (n = 60)		
< 1	33	55,0
≥ 1	27	45,0
Mulheres (n = 72)		
< 0,85	1	1,4
≥ 0,85	71	98,6
IMC		
< 22	23	17,4
22 --- 27	60	45,5
≥ 27	49	37,1

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo.

O item PA foi dividido em Pressão Arterial Sistólica – PAS e Pressão Arterial Diastólica – PAD, sendo que 35 (26,5%) dos idosos estavam com a PAS <120, 56 (42,4%) e a PAD 45 (34,1%) estavam com pressão diastólica <80 mmHg, 68 (51,5%) entre 80 a 90 mmHg e 19 (14,4%) com PAD entre 90 a 100 mmHg.

Observa – se que entre os idosos há a predominância da PA entre 120x80 mmHg, considerado como normal e limítrofe por ter um número significativo de idosos com pressão

130x80 ou 130x90 mmHg, entretanto, é de chamar atenção que há idosos que estão com um grau de hipertensão alarmante, apesar de poucos como mostra os dados da tabela 4.

Atualmente as principais causas de mortalidade no mundo estão relacionadas às doenças cardiovasculares. Fatores de risco como hiperglicemia, dislipidemia, pressão arterial limítrofe e obesidade constituem hoje um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil, principalmente para a melhoria na qualidade de vida dos idosos ⁽⁴⁹⁾.

Quanto a Relação Cintura Quadril verificou – se 60 homens sendo 33 (55%) com circunferência <1 e 27 (45%) dos idosos do sexo masculino com ≥ 1 . Dos entrevistados 72 eram do sexo feminino, onde 71 (98,6%) tem a circunferência da cintura $\geq 0,85$ e apenas 01 (1,4%) tem a medida $< 0,85$.

Observa-se que entre os idosos do sexo masculino não tem nenhum considerado como risco para doença cardiovascular, pois não há nenhum idoso homem com relação cintura quadril – RCQ maior que $\geq 1,10$. Já entre as idosas há 01 que apresentou risco para problemas cardiovasculares.

No que se refere às condições de saúde, a maioria dos idosos apresentaram pelo menos uma doença autoreferida. Estas morbidades têm papel determinante no desenvolvimento de risco cardiovascular, principalmente ao considerar que as doenças mais relatadas pelos brasileiros, principalmente pelos idosos são a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melittus, que podem ocorrer de forma simultânea e são amplamente associadas ao aparecimento de eventos cardiovasculares ⁽³⁹⁾.

A respeito da classificação do IMC dos idosos a maioria está eutrófico ou com peso adequado, no entanto há um percentual significativo dos entrevistados no sobrepeso, observando assim que o sobrepeso é alarmante para esta população devido à presença de HAS e para o risco de outros problemas cardiovasculares.

A RCQ e o IMC são uma das medidas mais utilizadas no diagnóstico da obesidade ou baixo peso, estando intimamente relacionada às Doenças Cardiovasculares e Diabetes, além disso, em estudo realizado em Londrina. Paraná foi observado que a obesidade central obtida com a RCQ se apresentou como preditora de mortalidade total, principalmente até os 80 anos, concluindo – se que a RCQ e o IMC são melhores indicadores de risco cardiovascular em idosos ⁽⁵⁰⁾.

Em tão alto grau o sobrepeso como a gordura abdominal representam um fator de risco para doenças crônicas e afetam a saúde do idoso com morbimortalidade. O fato de identificar a obesidade abdominal, por meio dessas medidas simples e de baixo custo, deveria fazer parte das ações rotineiras da saúde do idoso, de modo a prevenir o surgimento doenças crônicas degenerativas e cardiovasculares ⁽⁴⁴⁾.

A tabela 5 expõe a distribuição segundo os hábitos de vida dos idosos a respeito de etilismo, tabagismo e atividade física. Questionados se fumavam apenas 08 (6,1%) responderam que sim, 17

(12,9%) responderam que fumaram, mas que atualmente pararam de fumar e 107 (81%) dos idosos disseram nunca ter fumado. Observa – se que a maior parte dos idosos não possuía hábito de fumar cigarros ou semelhantes, o que é benéfico a este, pois ao contrario dos que fumam ou que parram de fumar o tabagismo pode ser muito prejudicial à saúde destes.

Tabela 5. Distribuição segundo os hábitos de vida dos idosos atendidos em uma UBS do município de Parintins - AM, 2017.

Variáveis (n = 132)	f_i	%
Fuma		
Sim	8	6,1
Parou	17	12,9
Nunca fumou	107	81,0
Bebe		
	10	7,6
Atividade física		
Ginástica e dança	31	23,5
Caminhada	26	19,7
Ginástica	13	9,8
Dança	1	0,8
Outra	3	2,3
Nenhuma	58	43,9
Quantas vezes por semana (n = 74)		
2	45	60,8
3	10	13,5
4	8	10,8
5 e mais	11	14,9

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo.

O tabagismo é o mais importante fator de risco para sete das quatorze principais causas de morte entre os idosos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública da atualidade ⁽⁴⁹⁾.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas apenas 10 (7,6%) dos idosos disseram ainda fazer o consumo de bebidas, os 122 (92,4%) responderam não fazer ou nunca terem ingerido bebidas alcoólicas.

Questionados sobre a realização de atividade física apenas 74 dos 132 praticam algum tipo de atividade física durante a semana o que equivale a 56,1%. Das atividades realizadas a maioria dos idosos realiza ginástica, dança 31 (23,5%) e 26 (19,7%) praticam caminhada. Quanto à frequência que realizam a maior parte dos idosos o que equivale 45 (60,8%) realiza atividade duas vezes por semana.

Percebe-se que a maioria dos idosos pratica algum tipo de atividade física pelo menos duas vezes por semana o que é benéfico para estes, pois a prática de atividade física regular ajuda na prevenção de doenças e melhora a qualidade de vida.

A realização de exercícios físicos contribui significativamente na prevenção de quedas mediante diferentes mecanismos como o fortalecimento dos músculos das pernas, melhora dos reflexos, sinergia motora das reações posturais, velocidade de andar, incremento da flexibilidade, mobilidade, manutenção do peso corporal e diminuição do risco de doença cardiovascular ⁽⁵⁰⁾.

Idosos sedentários no lazer costumam apresentar maior probabilidade de serem fumantes. A coexistência de comportamentos não saudáveis em subgrupos da população já foi apontada em outros estudos, sendo observada a relação entre tabagismo, etilismo, sedentarismo e dieta inadequada ⁽⁴⁹⁾.

A maioria dos idosos ainda costuma alimenta-se quatro ou mais vezes durante o dia, adquirem seu alimento através da compra e não possuem hábitos de criação de animais para sua alimentação como galinhas, por exemplo. Observa-se assim que devido o processo de urbanização os idosos não tem mais o hábito de criar e plantar seus alimentos, fazendo com que a principal forma de adquirir seus alimentos seja exclusivamente à compra, fazendo com esses passem a consumir mais produtos industrializados.

A tabela 6 expõe a distribuição segundo os dados demográficos, antropométricos, hábitos de vida e alimentação em relação aos idosos com problemas de saúde.

Observa-se que não houve significância estatística da relação entre gênero, idade, IMC, etilismo, tabagismo e frequência alimentar com a saúde do idoso, conforme o exposto.

A respeito ao consumo alimentar e estado nutricional dos idosos, não se observou diferença significativa e dados semelhantes foram encontrados no estudo de Scherer et al., (44) segundo o qual os idosos ingeriam mais frequentemente alimentos ricos em gordura (leite, queijos e gorduras de origem animal), sódio (embutidos e margarina com sal) e açúcares simples (açúcar, doces e sorvetes), fazendo com que os hábitos alimentares mostrem – se como fatores de risco para Doenças Cardiovasculares. O sobrepeso e a obesidade são as causa de diversas complicações que podem acometer diferentes sistemas, estando associada a problemas metabólicos, sanguíneos, urinários, respiratórios e osteoarticulares.

Tabela 6. Distribuição segundo os dados demográficos, antropométricos, hábitos de vida e alimentação em relação aos idosos com problemas de saúde atendidos em uma UBS do município de Parintins - AM, 2017.

Variáveis	Problemas de saúde				Total	p
	Sim		Não			
	f _i	%	f _i	%		
Gênero						0,309*
Masculino	42	70,0	18	30,0	60	

Feminino	56	77,0	16	22,2	72	
Idade						0,122***
Média ± Dp	73,0 ± 6,7		70,7 ± 8,8			
IMC						0,234*
< 22	14	60,9	9	39,1	23	
22 --- 27	45	75,0	15	25,0	60	
≥ 27	39	79,6	10	29,4	49	
Bebida alcóolica						0,717**
Sim	7	70,0	3	30,0	10	
Não	91	74,6	31	25,4	122	
Fuma						0,823*
Sim/Parou	19	76,0	6	24,0	25	
Não	79	73,8	28	26,2	107	
Número de refeições						0,864*
< 4	33	73,3	12	26,7	45	
≥ 4	65	74,7	22	25,3	87	

f_i = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão; * Qui-quadrado de *Pearson*; ** Teste exato de *Fisher*; *** Teste *t-student*. Fonte: Pesquisa de campo.

A tabela 7 mostra a distribuição segundo a relação cintura quadril, PAS, PAD e atividade física em relação ao IMC, conforme a aplicação de testes estatísticos.

Tabela 7. Distribuição segundo a relação cintura quadril, PAS, PAD e atividade física em relação ao IMC dos idosos atendidos em uma UBS do município de Parintins – AM, 2017.

Variáveis	IMC						Total	p
	<22		22 --- 27		≥ 27			
	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Relação cintura quadril								
Homens								0,278*
< 1	6	18,2	19	57,6	8	24,2	33	
≥ 1	8	29,6	10	37,0	9	33,3	27	
Mulheres								**
< 0,85	-	-	1	100,0	-	-	1	
≥ 0,85	9	12,7	30	42,2	32	45,1	71	
PAS								**
< 120	10	28,6	17	48,6	8	22,9	35	
120 --- 130	9	16,1	28	50,0	19	33,9	56	

130 --- 140	4	14,3	11	39,3	13	46,4	28
140 --- 160	-	-	4	30,8	9	69,2	13
PAD							0,641*
< 80	9	20,0	21	46,7	15	33,3	45
80 --- 90	12	17,6	32	47,1	24	35,3	68
90 --- 100	2	10,5	7	36,8	10	52,6	19
Atividade física							0,203*
Sim	10	13,3	33	44,0	32	42,7	75
Não	13	22,8	27	47,4	17	29,8	57

f_i = frequência absoluta simples; * Qui-quadrado de *Pearson*; ** Não foi possível aplicar o qui-quadrado devido as restrições do teste (VIEIRA, 2004). Fonte: Pesquisa de campo.

Observa-se que na correlação cintura quadril, PAS, PAD e atividade física em relação ao IMC não houve significância estatística comparada as condições de saúde dos idosos entrevistados. Ou seja, com a amostra estudada não houve, talvez com outra população de um local diferente do pesquisado haja alguma relação das variáveis pesquisadas com a saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos do presente estudo apresentam características semelhantes a outros estudos realizados no país, alguns aqui citados, predominando as mulheres, mostrando a feminização da população idosa, com idade igual ou superior a 60 anos, com baixa escolaridade e renda de um a dois salários mínimos e que coabitam com parentes, esposos (a) netos, bisnetos ou com cuidadores.

Com relação às condições de saúde dos idosos, identificou-se um número significativo de idosos que auto declararam ter Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e a Osteoartrose. Entretanto essas condições de saúde apresentadas podem estar desassistidas ou em condições agudas, estarem agravadas pela falta de serviços de saúde ou profissionais qualificados disponíveis no local para que possam prestar assistência correta a essa população.

O idoso pode ter dificuldade para acessar serviços, tanto sociais como de saúde, as condições de saúde verificadas nesta pesquisa destacam os desafios enfrentados durante a prática profissional do enfermeiro. Ainda que todos sejam idosos, a prática suscita peculiaridades do cuidado diferentes dentro da Atenção Básica. Pois o idoso não apenas recebe tratamentos medicamentosos nestes locais, mas precisa de cuidados diferenciados para a melhoria de seu estado de saúde e qualidade de vida.

O desenvolvimento deste possibilitou ainda identificar as peculiaridades da população estudada e identificar os principais agravos na população idosa pesquisada, além de contribuir para

o planejamento de estratégias diferenciadas no trabalho da equipe de Saúde e políticas de saúde adequadas para os idosos.

Contudo observa-se um número significativo de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, os quais precisam de estratégias voltadas para melhorar sua condição de saúde, assim como chamar atenção para um cuidado diferenciado junto à equipe da Estratégia Saúde da Família, em olhar multidisciplinar para a qualidade na saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- 1 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Dia Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/voce-sabia/calendario-7a12/event/44-dia-nacional-do-idoso>>. Acesso em: 20 de Julho de 2016.
- 2 - Moraes E N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização. Pan-Americana da Saúde, 2012.
- 3 – Gomes C B S. et al., Serviços Ambulatoriais de Saúde no Cuidado Integral a Pessoa Idosa. 4º CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Anais CIEH, Vol. 2, N.1. 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA3_ID453_27082015091807.pdf>. Acesso em: 05 de Novembro de 2017.
- 4 – Confortin S C, et al., Condições de vida e Saúde de Idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Epidemiol. Serv. Saúde. Vol. 26, nº 2. Brasília, abr./jun., 2017. ISSN 1679-497.
- 5 – Chaimowicz F. Saúde do Idoso/ Flávio Chaimowicz em colaboração de Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON UFMG.
- 6 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 27 de Julho de 2016.
- 7 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf>. Acesso em: 21 de Junho de 2016.
- 8 - Ferretti F. Nierotka R P. Silva M R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.15, n.37, p.565-72, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n37/aop1211.pdf>>. Acesso em : 02 de agosto de 2016.
- 9 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Amazonas >> Parintins. Informações completas, síntese das informações, histórico do município, infográficos. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=130340&search=amazonas|parintins/>>. Acesso em: 23 de Junho de 2016.
- 10 - Souza A P R. Gomes K O. Avaliação da qualidade de vida de idosos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde do município de Belém. Belém, 2010.

- 11 – Rodrigues L R. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de idosos rurais segundo o indicativo de depressão. Revista Eletrônica de Enfermagem. Universidade do Triângulo Mineiro – UFTM. Minas Gerais, 2014.
- 12 - Cabral S O L. Neves, A C S. Oliveira C C C. Vargas M M. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. Aracaju. Sergipe. 2010.
- 13 - Cabral S O L. Ambiente e a saúde do idoso nas zonas rural e urbana de um município do agreste nordestino. Aracaju, SE. 2009.
- 14 - Lima O B A. et. al., O idoso frente ao processo de Envelhecimento: produção científica em periódicos online no âmbito da Saúde. Trabalho submetido ao 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF). Eixo Temático – Determinantes de Vida e trabalho. Paraíba, 2012.
- 15 - Brasil. Ministério da Saúde. LEI ORGANICA DE SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.
- 16 - Universidade de São Paulo - USP. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 28 de maio de 2014.
- 17 - Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional Do Idoso. Lei nº 8.842 de janeiro de 1994. 1ª ed., 2ª reimpresso em maio de 2010. Brasília.
- 18 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação – Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2016.
- 19 - Santana F F S. Pontelli B P B. Pacto pela vida e implantação da saúde do idoso no município de Colina-SP. Revista Fafibe On-Line — ano V — n.5 — nov. 2012 — ISSN 1808-6993 [unifafibe.com.br/revistafafibeonline](http://www.unifafibe.com.br/revistafafibeonline) — Centro Universitário UNIFAFIBE — Bebedouro-SP. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/21112012211749.pdf>>. Acesso em: 05 de Novembro de 2017.
- 20 - Polaro S H I. et. al., Condições de vida e saúde de idosos residentes em áreas ribeirinhas. Belém – Pará, 2013.
- 21 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 de Agosto de 2015.

- 22 - Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 24 de Agosto de 2016.
- 23 – Wanderley M S. Diniz R C L. Avaliação do nível de atividade física e capacidade funcional em idosos de Jequié, BA. 2012. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd167/atividade-fisica-e-capacidade-funcional-em-idosos.htm>>. Acesso em: 08 de agosto de 2017.
- 24 - 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.
- 25 – Tortora G J.; Grabowski S R. *Corpo Humano, fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 6. ed. São Paulo: Artmed, 2006.
- 26 - Guyton A C. Tratado de Fisiologia Médica. Tradução de Barbara de Alencar Martins. (et al). Rio de Janeiro: Elsevier, 2006- 4ª tiragem.
- 27 - Focchesatto A. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS. Porto Alegre. 2009.
- 28 - Fazzio D M G. Envelhecimento e Qualidade de Vida – uma abordagem Nutricional e Alimentar. Artigo de Revisão. Curso de Nutrição, Universidade Paulista (UNIP), Brasília – DF. 2012.
- 29 - Gerhardt T E. Silveira D T. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- 30 - Santos G E O. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 28 de Julho de 2016.
- 31 - Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas em Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.
- 32 - Veras R. Dutra S. Perfil do idoso brasileiro – questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. 100 p. [online]. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf>. Acesso em: 29 de Julho de 2016.
- 33 - Najas M. Yamatto T H. Implicações Nutricionais na Funcionalidade do idoso In: PERRACINI, Mônica Rodrigues e FLÓ, Claudia Marina. Funcionalidade e Envelhecimento. Cap. 16. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 34 - Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016.
- 35 - Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3ª Edição. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>. Acesso em: 01 de Agosto de 2017.

- 36 - OMS. Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. (1998). Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>>. Acesso em: 03 de Agosto de 2017.
- 37 - Vieira S. Bioestatística, Tópicos Avançados – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.
- 38 - Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS 466/12 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/reso466>>. Acesso em: 30 de Julho de 2016.
- 39 - Kuchemann B A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Revista Sociedade e Estado - Volume 27 Número 1 - Janeiro/Abril 2012. Brasília – DF.
- 40 - Pilger C. Menon M H. Mathias T A F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Paraná, 2011. Rev. Latino-Americana de Enfermagem.
- 41 - Luchetti G. et al.,. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. Artigo de Revisão. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2011; 14(1):159-167.
- 42 - Victor J F. Ximenes L B. Almeida P C. Vasconcelos F F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Acta Paul Enfermagem, 2009.
- 43 - Silva I T. Junior E P P. Vilela A B A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2014; 17(2):275-287.
- 44 - Farias R G. Santos S M A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar.
- 45 - Scherer R. et., al. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2013.
- 46 – Neto J A C. et al.,. Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: Um olhar sobre a polifarmácia. Hospital Universitário – Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 305-313, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjfqe3_zqrXAhWGgJAKHRhKDrIQFgg2MAI&url=https%3A%2F%2Fhurevista.ufjf.emnuvens.com.br%2Fhurevista%2Farticle%2Fdownload%2F1422%2F578&usq=AOvVaw321VedFavxxKHOo_6kJIdk>. Acesso em: 06 de Novembro de 2017.
- 47 - Baptistel A.C. et al. Plantas medicinais utilizadas na Comunidade Santo Antônio, Currais, Sul do Piauí: um enfoque etnobotânico. Revista Brasileira de Plantas Mediciniais, 16(2): 406-425. 2014.
- 48 - Soldati G.T. Transmissão de conhecimento: origem social das informações e evolução cultural. In: ALBUQUERQUE, U.P. (org.) Etnobiologia: bases ecológicas e evolutivas. Recife, PE: NUPEEA. p. 37-61. 2013.

- 49 - Neto J R A. Barros R F M. Silva P R R. Uso de plantas medicinais em comunidades rurais da Serra do Passa-Tempo, estado do Piauí, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Biociências*. Porto Alegre, 2015.
- 50 - Zaitune M P A. et al.,. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):583-595, mar, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/18.pdf>> Acesso em: 01 de Novembro de 2017.
- 51 - Matsudo S M M. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Envelhecimento & Saúde*. Boletim do Instituto de Saúde, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a19_bisn47.pdf>. Acesso em: 02 de Novembro de 2017.
- 52 - Benedetti T R B. Meurer S T. Morini S. Índices antropométricos relacionados a doenças cardiovasculares e metabólicas em idosos. *Rev. educ. fis. UEM* [online]. 2012.
- 53 - Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29(3):507-21.

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO, DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PARINTINS AMAZONAS.

Pesquisador: Fernanda Farias de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72433717.9.0000.5016

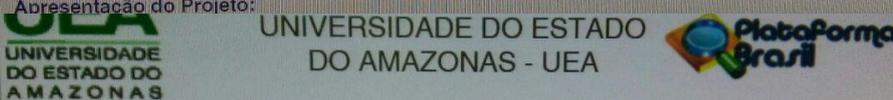
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.280.191

Apresentação do Projeto:



Continuação do Parecer: 2.280.191

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_anuencia.pdf	20:03:48	Castro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_FLAVIA.pdf	11/07/2017 16:22:36	Fernanda Farias de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Flavia.pdf	10/07/2017 17:31:55	Fernanda Farias de Castro	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MANAUS, 17 de Setembro de 2017

Assinado por:
DOMINGOS SÁVIO NUNES DE LIMA
(Coordenador)

Figuras 01 e 02: Projeto Aprovado na Plataforma Brasil.

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento A

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

01. Iniciais do Entrevistado _____

02. Sexo (1) masculino (2) Feminino 03. Data de Nasc. ____ / ____ / ____

04. Idade _____

05. Raça/etnia: (1) negra (2) amarela (3) branca (4) mulato (5) quilombola (6) parda

06. Nacionalidade _____ 07. Naturalidade _____

B - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICO

08. O (a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não

09. Até que série o Sr (a) estudou?

- (1) Nenhuma
- (2) Primário
- (3) Ginásio ou 1º grau incompleto
- (4) Ginásio ou 1º grau completo
- (5) 2º grau incompleto (científico, técnico ou equivalente)
- (6) 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
- (7) Curso Superior incompleto
- (8) Curso superior completo.

10. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

- (1) Casado (a)
- (2) União Estável
- (3) Solteiro (a)
- (4) Viúvo (a)
- (5) Divorciado/desquitado (a) /Separado

11. Qual a sua religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Outra; Qual _____

12. O(a) Sr.(a) teve filhos? (1) Sim (2) Não 13. (Em caso positivo, quantos?), especifique o n° de filhos _____

14. Quantas pessoas vivem com o (a) Sr. (a) na casa? _____ pessoas

15. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?

16. O Sr(a) possui aposentadoria (1) Sim (2) Não

17. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

- (1) Sim
- (2) Não

18. De onde o (a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

		SIM	NÃO
A	Do seu trabalho	1	2
B	Da sua aposentadoria	1	2
C	Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo (a)	1	2
D	De ajuda de parentes e amigos	1	2
E	De outra fonte. Qual:	1	2

19. Em média, qual é a sua renda mensal?

Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido) rendimento mensal _____

20. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? (não precisa saber o valor exato, basta o valor aproximado) Rendimento mensal _____

21. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar _____

22. Tipo de moradia: (1) Madeira (2) alvenaria (3) Palha (4) Barro (5) Mista (6) Outros _____

23. O(a) Sr.(a) é proprietário(a) do lugar onde mora? (Especifique apenas uma alternativa)

- (1) Propriedade do entrevistado
- (2) Propriedade do cônjuge do entrevistado
- (3) Propriedade do casal
- (4) Alugado pelo entrevistado
- (5) Residência cedida sem custo p/ o entrevistado
- (6) Outra categoria (especifique) _____

24. Como é a privada da sua casa? (1) céu aberto (2) fossa negra (3) vaso sem descarga (4) vaso com descarga (5) outro _____
25. Qual o destino do lixo? (1) joga a céu aberto (2) queima (3) utiliza como adubo (4) coleta de lixo (5) outro _____
26. Possui animal de estimação? (1) Sim (2) Não 27. Qual? _____
28. Observar: Tem árvores frutíferas no quintal (1) sim (2) não 29. Qual _____

C - CONDIÇÕES DE SAÚDE

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.

30. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- (1) Sim (2) Não

31. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Especifique os problemas: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

32. O Sr. (a) toma algum medicamento

- (1) Sim (2) Não

33. Qual: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

34. Quais os serviços de saúde que o Sr. Utiliza?

- (a) Saúde da Família
(b) UBS do local onde reside
(c) Hospital (Jofre Cohen ou Pe. Colombo)
(d) Não utiliza

35. Faz uso de algum tratamento caseiro?

- (1) Sim (2) Não

36. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

37. Em caso de doença o Sr (a) procura tratamento alternativo (Rezadeira, Curandeiros, Puxadores, Benzedores...)?

- (1) sim (2) não

38. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

39. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?

- (1) Sim (2) Não

40. Esse esquecimento está piorando nos últimos meses?

- (1) Sim (2) Não

41. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

- (1) Sim (2) Não

42. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

- (1) Sim (2) Não

43. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

- (1) Sim (2) Não

44. Você teve duas ou mais quedas no último ano?

- (1) Sim (2) Não

45. Você tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.*

- (1) Sim (2) Não

46. Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de aparelhos de audição.*

- (1) Sim (2) Não

D – HÁBITOS DE VIDA

47. O Sr (a) fuma?

- (1) sim 43. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca fumou)

48. Parei de fumar (quanto tempo) _____

49. O Sr. (a) bebe bebida alcoólica ?

- (1) sim 46. Quanto tempo? _____ (anos) (2) Não (nunca bebeu)

50. Parei de beber (quanto tempo) _____

51. O Sr(a) faz alguma atividade física, sem ser o trabalho diário?

- (1) sim (2) Não 52. Qual _____

53. Quantas vezes por semana: _____ vezes.

54. O Sr(a) costuma fazer atividades domésticas e/ou campo (1) sim (2) não

55. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

56. O(a) Sr (a) está envolvido em alguma atividade social na sua comunidade?

(1) sim (2) não

57. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

58. Qual o tipo de transporte o (a) Sr (a) usa cotidianamente:

(1) moto (2) bicicleta (3) carro (7) outro _____

F – ALIMENTAÇÃO

59. Quantas refeições o Sr. (a) faz por dia?

(1) Uma (2) Duas (3) Três
(4) Mais de três

60. Qual a fonte de água?

(1) encanada (2) poço (1) rio

Outros: _____

61. Sr(a) cultiva algum tipo de alimento (hortaliças)?

(1) Sim (2) Não

62. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

63. Sr(a) tem algum tipo de criação (aves, suínos, caprinos...) em sua casa?

(1) Sim (2) Não

64. Quais: 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

65. Qual a maneira de adquirir seu alimento:

(1) compra (2) troca (3) pesca (4) planta (5) caça (6) colhe

Agora vou realizar algumas aferições importantes para identificar alterações no seu estado de saúde.

G – AFERIÇÕES

66. Peso _____ Kg
IMC _____

67. Altura _____ cm

68. Resultado do

69. Circunf. Cintura _____ cm

70. Circunf. Quadril _____

71. Resultado da RCQ

72. Perímetro Braquial (PB) _____ cm

73. Perímetro da Perna (PP) _____ cm

74. 1ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima) (início da entrevista)

75. 2ª Aferição: Pressão Arterial _____ mmHg (máxima) _____ mmHg (mínima) (no final da entrevista)

APÊNDICE 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO, DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PARINTINS
AMAZONAS.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, _____, RG
nº _____, domiciliado na cidade de Parintins, _____

declaro de livre e espontânea vontade querer participar do Estudo “**Condições de Saúde do idoso, cadastrado em uma Unidade Básica de Saúde de Parintins/AM.**”, que tem como objetivo investigar as condições de saúde do idoso, cadastrado na Estratégia saúde da Família – ESF de uma Unidade Básica de saúde – UBS do município de Parintins, Amazonas. Serão avaliados especificamente neste projeto o perfil sociodemográfico, estratégias utilizadas para resolver os problemas de saúde, identificar os tipos de assistência a saúde disponíveis e acessíveis no local onde este reside e as principais doenças auto referidas pelos idosos.. Sei que minha participação consiste em responder algumas perguntas que será feita pelos próprios pesquisadores e colaboradores, com duração média de 30 minutos, com perguntas referentes às condições sócio econômicas, de saúde, sobre minha família. Sei também que vou realizar algumas medidas antropométricas como peso, altura e circunferência abdominal, braquial, perna e pressão arterial. Fui informado (a) também que este material será descartado em lugar apropriado, que ninguém terá acesso e que não será utilizado para outros fins.

Embora saiba que os riscos que corro são mínimos, pois não há possibilidade de danos ou desconforto para minha saúde após a realização de tais procedimentos, que os dados terão privacidade e minha identidade não será divulgada. Também me foi informado que se, eventualmente vier a sofrer danos em decorrência da pesquisa, terei o apoio, inclusive indenizatório, da Instituição onde a pesquisa foi realizada.

Sei que me beneficiarei com este projeto pela possibilidade de expressar meus sentimentos e necessidade de ajuda e possibilitar a reflexão sobre o auto-cuidado. Sei também que outros benefícios poderão surgir como a possibilidade de adequadas intervenções, divulgação científica dos resultados e recomendações de políticas públicas para nossa cidade.

Minha participação é inteiramente voluntária e não receberei qualquer quantia em dinheiro ou em outra espécie. Fui informado (a) que em caso de esclarecimentos ou dúvidas posso procurar informações com a Sra. Orientadora da Pesquisa Msc. **Fernanda Farias de Castro**, no endereço: Rua Francisco Augusto Belém, 412, Bairro Santa Clara. Parintins Amazonas. Fones: (92) 99419-9172. Ou com a orientanda a Acadêmica **Flávia Maia Trindade**, no endereço: Rua Edilce Baranda, 455, Bairro Santa Clara. Parintins Amazonas. Fones: (92) 99230-9585.

Este consentimento foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. Atende à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Parintins, _____ de _____ de 2017

Assinatura do resp. pelo projeto

Assinatura do voluntário do projeto

Assinatura do entrevistador

