

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARINA BRAMBILLA STECANELA

**FREQUÊNCIA DE CONSULTAS REALIZADAS A IDOSOS EM UMA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA E FATORES RELACIONADOS**

PORTO ALEGRE

2013

MARINA BRAMBILLA STECANELA

**FREQUÊNCIA DE CONSULTAS REALIZADAS A IDOSOS EM UMA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA E FATORES RELACIONADOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Disciplina de TCC II, da Escola de Enfermagem  
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Idiane Rosset Cruz

PORTO ALEGRE

2013

**“Eu não posso mudar a direção do vento, mas eu posso ajustar as minhas velas para sempre alcançar o meu destino.”**  
**(Jimmy Dean)**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Luis Carlos e Adriane pelos esforços que fizeram para que esse sonho se realizasse. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelos valores e educação transmitidos. Vocês foram meu alicerce nessa trajetória.

Ao meu noivo Alisson, obrigada pela compreensão e pelo apoio nas horas mais difíceis. Por toda a força e positividade que me transmitiu durante a produção deste trabalho e por também fazer parte deste sonho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Idiane Rosset Cruz, pela profissional competente e afetuosa, pela dedicação, apoio, paciência e carinho com que orientou este trabalho.

Ao bolsista de iniciação científica Lucas Mariano pela parceria durante a árdua coleta de dados e pela ajuda na revisão deste trabalho.

À Ana Cláudia Fuhrmann por também auxiliar na revisão deste trabalho e por podermos compartilhar todas angústias, medos e alegrias vivenciadas nesses anos de parceria. Obrigada pelo apoio durante a confecção deste trabalho.

Agradeço também a Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém pela receptividade, principalmente, aos agentes comunitários de saúde pela disponibilidade e auxílio durante a coleta de dados. Fico grata também pelos idosos que aceitaram participar desta pesquisa. Agradeço a banca: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin e Carla Becker Kottwits Bierhals por aceitarem fazer parte desse momento tão especial em minha graduação.

Enfim, muito obrigada a todas as pessoas que acreditaram em mim e me apoiaram durante essa jornada.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>07</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>07</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>07</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>08</b>
<b>3.1 Envelhecimento humano</b> .....	<b>08</b>
<b>3.2 Políticas públicas de saúde da pessoa idosa</b> .....	<b>09</b>
<b>3.3 Atenção básica e saúde do idoso</b> .....	<b>10</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>12</b>
<b>4.2 Campo do estudo</b> .....	<b>12</b>
<b>4.3 População e amostra</b> .....	<b>12</b>
<b>4.4 Coleta de dados</b> .....	<b>13</b>
<b>4.5 Variáveis do estudo</b> .....	<b>13</b>
<b>4.6 Análise dos Dados</b> .....	<b>14</b>
<b>4.7 Aspectos éticos</b> .....	<b>14</b>
<b>5 ARTIGO</b> .....	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados</b> .....	<b>33</b>
<b>ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO 2- Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem (COMPESQ)</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXO 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO 4- Normas para artigo segundo a revista de enfermagem da USP</b> .....	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os idosos com 60 anos ou mais representavam, de acordo com o censo de 2010, 11,3% da população brasileira. Há estimativas de que, em 2050, cheguem a 19% da população do Brasil. Estratificando a proporção de idosos com 60 anos ou mais de acordo com os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul ocupa o topo da lista com uma proporção de 13,6% de idosos no ano de 2010, sendo Porto Alegre a capital brasileira com maior proporção (15%) (IBGE, 2010).

Em paralelo à transição demográfica ocorre a transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva de mortes por doenças infecto-contagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010).

O envelhecimento da população pode ser considerado uma grande conquista da humanidade e conseqüentemente um desafio, pois são necessárias adaptações políticas, econômicas e sociais para que se possa suprir necessidades e direitos dessa crescente faixa etária. Assim, com o envelhecimento populacional ocorre também maior demanda de atenção dos serviços de saúde.

Considera-se que as políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população. Por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tenta-se garantir a integralidade da atenção, de modo a atender as diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, cabe ressaltar as atribuições do enfermeiro direcionadas aos idosos no serviço de atenção básica, que inclui a atenção integral à promoção da saúde e prevenção de agravos, a realização da consulta de enfermagem e a assistência domiciliar quando necessário. Sendo assim, é necessário organizar o planejamento das ações de saúde, conhecer as reais necessidades da população atendida, assim como a distribuição do atendimento, a situação familiar e as características do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2007).

Diante do exposto, a motivação para este estudo surgiu a partir da afinidade da autora pelos assuntos relacionados à saúde do idoso e à saúde coletiva, e pelas experiências e atividades desenvolvidas como bolsista de iniciação científica vinculada a um projeto maior que avaliou a fragilidade, sintomas depressivos e fatores relacionados a idosos residentes na comunidade.

O presente estudo visa avaliar a frequência de consultas realizadas (por médicos e/ou enfermeiros) a idosos de 60 anos ou mais em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre-RS de acordo com a situação socioeconômica, demográfica e de saúde. A partir dos

resultados deste estudo será possível conhecer melhor a demanda que essa crescente faixa etária implica para as redes de atenção básica, além de avaliar a relação entre a frequência de consultas realizadas e outros aspectos relacionados à saúde do idoso. Com isso, espera-se contribuir para que os profissionais possam readequar os cuidados de acordo com as necessidades locais.

Verificou-se que ainda, que poucos são os estudos que abordam esse tema, sobretudo de idosos residentes na comunidade. Atualmente, cada vez mais se percebe o quanto é imprescindível uma melhor avaliação e elaboração dos cuidados a serem prestados a população idosa na atenção primária à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a frequência de consultas realizadas a idosos de 60 anos ou mais em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre-RS de acordo com a situação socioeconômica, demográfica e de saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os idosos quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos, estado cognitivo e número de morbidades;
- Identificar a frequência de consultas realizadas pelos idosos;
- Relacionar a frequência de consultas realizadas com as características socioeconômicas, demográficas, estado cognitivo, tipo e número de morbidades dos idosos.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Envelhecimento humano

A esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, no Brasil, passou de 70,5 anos em 2000 para 73,48 anos em 2010. Entretanto, o patamar desse indicador poderia ser superior em dois ou três anos, se não fosse o efeito das mortes prematuras de jovens por violência. Conforme projeção mais recente da mortalidade, somente por volta de 2040 o Brasil estaria alcançando o patamar de 80 anos de esperança de vida ao nascer (IBGE, 2010).

No Brasil, o número de idosos passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975 e para 20 milhões em 2008- um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Consequentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS et al., 2007).

O processo de envelhecimento acelerado da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, dos avanços da medicina e da tecnologia, da redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil e, das melhorias nas condições de saneamento e infraestrutura básica (FREITAS, 2006).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres, o qual depende e será influenciado por diversos fatores: psicológicos, sociais, econômicos e biológicos. Esse processo dinâmico pode interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social no qual vive, tornando-o mais vulnerável a agravos e doenças que possam comprometer a sua saúde e consequentemente a qualidade de vida (SOUZA, 2007).

Sendo assim, o envelhecimento está interligado ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (BRASIL, 2008). As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas as DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% as doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis (SCHMIDT et al., 2011).

A hipótese da compressão da morbidade proposta por Fries (2005) diz que, com a expectativa de vida adulta se aproximando de seu limite biológico, se a incidência de doenças incapacitantes puder ser retardada para idades posteriores, então a morbidade será

comprimida para um período mais curto de vida. Sendo assim, a partir de abordagens preventivas e modificadoras do estilo de vida e estratégias para a promoção da saúde se fazem necessárias para que se posterguem os problemas mais comuns entre os idosos: DCNT, declínio cognitivo e dependência funcional.

### **3.2 Políticas públicas de saúde da pessoa idosa**

Com o crescimento exponencial da população idosa, surgiu a necessidade de implementar ações e políticas públicas para suprir de forma mais eficiente as necessidades e direitos dessa população.

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. Neste fórum foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, posteriormente publicado em Nova Iorque, em 1983 (ONU, 2013). Esse documento foi considerado fundamental para desenvolver estratégias e recomendações nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população.

No Brasil, em 1996 a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94 de 2003), regulamentada pelo Decreto 1.948/96, assegura os direitos sociais a pessoa idosa e reafirma o direito à saúde nos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003).

A ação a favor do envelhecimento continuou em 2002, quando a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid. Objetivando desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, surge o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid o qual impunha mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para atender a crescente demanda do envelhecimento no século XXI. Suas recomendações dão prioridade à melhoria da saúde e o bem-estar na velhice, assegurando habilitação e ambientes de apoio. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (parágrafo 19), Madrid, 2002: *“Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles”* (ONU, 2013).

No ano seguinte, no Brasil, foi aprovado e sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), definindo especificamente o papel do SUS no atendimento ao idoso e a atenção à saúde, de forma integral e em todos os níveis de atenção, incluindo ações de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento domiciliar incluindo a internação para o idoso que precisar e estiver impossibilitado de se locomover, inclusive para aqueles abrigados

e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público nos meios urbano e rural; fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003).

Em 2006 foi divulgado o Pacto pela Saúde - o qual inclui o Pacto pela Vida - que pela primeira vez, no SUS, refere como uma das prioridades a Saúde do Idoso em consequência da dinâmica demográfica do país. Dentre os compromissos e ações firmadas pelo Ministério da Saúde (2010), ressalta-se a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento e da disseminação de conhecimentos para os profissionais que atuam na rede e a inovação, buscando parcerias e divulgando a idéia do Envelhecimento Ativo (BRASIL, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005, p.13) o *“Envelhecimento ativo é o processo de otimizar as oportunidades de saúde, educação continuada, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida à medida em que as pessoas ficam mais velhas”*.

No mesmo ano foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) pela Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que define que a população idosa tenha como porta de entrada para a atenção à saúde a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Esse primeiro contato com a rede deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2007).

Sabe-se que estas mudanças da configuração demográfica acarretam em maior comprometimento, envolvimento e conhecimentos dos profissionais da área da saúde, sobretudo da atenção primária. Para isso, deveria ser imprescindível que os profissionais recebessem apoio, atualização e qualificação adequada para que se possa garantir um atendimento digno, além de divulgar e promover o envelhecimento ativo.

### **3.3 Atenção básica e saúde do idoso**

Na Política Nacional de Atenção Básica destaca-se a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica, devendo estar de acordo com os preceitos do SUS. Tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios

básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2011).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (BRASIL, 2011).

O cuidado à saúde dos idosos neste contexto implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada. É necessário oferecer a essa população e a sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, conhecendo suas limitações e respeitando sua cultura de forma a facilitar o acesso (BRASIL, 2007).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que se permanecem por anos, exigindo cuidados e tratamentos constantes. Desta maneira, o envelhecimento populacional se atribui a uma maior carga de doenças, mais incapacitantes e, conseqüentemente, necessitam assim de maior uso dos serviços de saúde (VERAS et al., 2007).

Em contrapartida, estudo recentes têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase se dá na prevenção para que seja possível reverter o quadro atual (VERAS et al., 2007).

Estudos mostram que o principal motivo pelo qual os idosos brasileiros buscam por consultas médicas nos serviços de Atenção Básica está associado ao dano crônico (VENTURI, et al., 2008; PASKULIN, et al., 2011). A frequência de consultas realizadas na atenção básica pode também estar relacionada a vários fatores, como os demográficos, socioeconômicos e presença de morbidades (WANG et al, 2013). Apesar das alterações que ainda acontecem no sistema de saúde desde a implantação do SUS, as demandas e expectativas da população idosa continuam centradas na figura do profissional médico e no enfoque curativo das ações de saúde (PASKULIN, et al., 2011).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. Assim, configura-se a Atenção Básica como porta de entrada do usuário no sistema do SUS (BRASIL, 2011).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo. O presente estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre - RS”, o qual visou avaliar a presença de fragilidade, sintomas depressivos, comorbidades, estado cognitivo e funcional e variáveis relacionadas em idosos residentes na comunidade.

### **4.2 Campo do estudo**

O presente estudo incluiu idosos adscritos à Unidade de Saúde da Família (USF) Nossa Senhora de Belém em Porto Alegre – RS. A USF localiza-se no bairro Belém Velho em Porto Alegre e pertence ao distrito sanitário Glória e à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

Em 2010, a população da área totalizou 3.145 habitantes distribuídos em 949 famílias. Desse total, 335 eram idosos ( $\geq 60$  anos), perfazendo aproximadamente 10,7% do total da população adscrita na referida unidade (PORTO ALEGRE, 2011).

### **4.3 População e amostra**

Para fins do presente estudo utilizou-se a população e a amostra final do estudo maior. Este considerou como população todos os idosos com 60 anos ou mais cadastrados na referida USF no ano de 2012.

Considerando-se um erro amostral de 6%, intervalo de confiança de 95% e uma proporção máxima de 35% obteve-se um cálculo amostral de 243 indivíduos. Acrescentou-se 20% a esse cálculo como possibilidade de perdas, obtendo-se um  $n = 291$  como amostra final. Dada a proximidade do número da amostra final com o número da população de idosos daquela área, optou-se por incluir inicialmente todos aqueles idosos na amostra.

Critérios de inclusão:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser residente da área de abrangência da USF Nossa Senhora de Belém e estarem devidamente cadastrados na mesma;

Critérios de exclusão:

- Diagnóstico médico prévio de demência avançada;
- Idoso institucionalizado.

#### **4.4 Coleta de dados**

Para o presente estudo foi utilizado um banco de dados previamente elaborado e referente ao estudo maior.

Os dados do estudo maior foram coletados no ano de 2012, no período de janeiro a setembro, por acadêmicos de enfermagem incluindo a pesquisadora desse estudo. Esses participaram de treinamento para uma padronização da aplicação dos questionários. Foi realizada uma listagem com os nomes e endereços de todos os idosos vinculados na referida USF através do cadastro na unidade e da utilização de mapas das microáreas. Posteriormente, os idosos foram contatados via telefone ou por meio de visita domiciliar para a devida elucidação do propósito do estudo e verificação da aceitação ou recusa com relação à participação. Os agentes comunitários de saúde contribuíram para a localização ou contato com os idosos quando necessário. Primeiramente foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e quando o idoso obtinha uma pontuação inferior a 13 pontos foi solicitado o auxílio de um familiar para responder à entrevista (BERTOLUCCI et al., 1994).

#### **4.5 Variáveis do estudo**

Foi utilizado um instrumento (APÊNDICE A) pertencente ao estudo maior, sendo que as variáveis utilizadas para este estudo foram: questionário de identificação; abordagem demográfica e socioeconômica; questionário de investigação sobre a presença de doenças crônicas e MEEM.

-Variáveis demográficas: idade (em anos completos); sexo; estado conjugal (separado/solteiro – viúvo - casado); quantas pessoas moram na casa; com quem mora (sozinho/ com outras pessoas - familiares ou não familiares);

- Variáveis socioeconômicas: escolaridade (em anos completos); renda;

- Frequência que consulta com médico e/ou enfermeiro na Unidade de Saúde: uma vez por ano ou menos/ mais de uma vez por ano;

- Doenças crônicas: número e tipo de morbidades autorreferidas e diagnosticadas previamente;

- Pontuação total do MEEM: instrumento contendo 30 questões relativas ao grau de função cognitiva, sendo que a pontuação zero corresponde a um maior grau de comprometimento cognitivo e 30 pontos melhor capacidade cognitiva.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0. Foram realizados testes de estatística descritiva com média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Para avaliar a relação entre a frequência de consultas e as variáveis de interesse foram utilizados o teste *T-student* para as variáveis contínuas e o Qui-quadrado para as categóricas.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) para apreciação. O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre, sob processo nº 001036701 (ANEXO1), e pela COMPESQ (ANEXO 2) conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) em duas vias previamente a aplicação dos questionários do estudo, sendo que uma permaneceu com o idoso.

A seguir será apresentado um artigo redigido segundo as normas da Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) (ANEXO 4).

## 5 ARTIGO

### **FREQUÊNCIA DE CONSULTAS REALIZADAS A IDOSOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E FATORES RELACIONADOS**

FREQUENCY OF CONSULTATIONS TO THE ELDERS IN A PRIMARY HEALTHCARE CENTER AND RELATED FACTORS

FRECUENCIA DE CONSULTAS PARA ADULTOS MAYORES EN UNA UNIDAD DE LA SALUD DE LA FAMILIA Y FACTORES RELACIONADOS

Marina Brambilla Stecanela – Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Idiane Rosset Cruz- Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar a frequência de consultas realizadas a idosos de acordo com a situação sociodemográfica e de saúde. Estudo transversal quantitativo, o qual incluiu idosos ( $\geq 60$  anos) adscritos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Porto Alegre-RS. Os dados foram coletados em 2012, totalizando uma amostra final de 245 idosos. O instrumento incluiu dados sociodemográficos, frequência de consultas, presença de morbidades e Mini-exame do Estado Mental. 57,6% dos idosos eram do sexo feminino, a idade média foi 68,82 ( $\pm 7,02$ ), 69,4% consultou mais de uma vez por ano (maior frequência) e a média de comorbidades foi de 5,44 ( $\pm 3,49$ ). Idosos do sexo feminino, com renda menor e com maior número de comorbidades ( $6,2 \pm 3,3$ ) consultaram com maior frequência na USF ( $p < 0,05$ ). Identifica-se a iminente necessidade de se intensificar conhecimentos que subsidiem métodos de prevenção das morbidades em idosos residentes na comunidade.

DESCRITORES: Idoso, atenção básica, consulta, morbidade

#### ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the frequency of consultations to elders according to sociodemographic and health situation. Quantitative cross-sectional study, which included elders ( $\geq 60$  years) ascribed in a Primary Healthcare Center (PHC) of Porto Alegre-RS. Data



were collected in 2012, with 245 elders in the final sample. The instrument included sociodemographic data, frequency of consultation, presence of morbidities and Mini-Mental State Examination. 57.6% of the elderly were female, the mean age was 68.82 ( $\pm 7.02$ ), 69.4% consulted more than once a year (more frequently) and the mean number of comorbidities was 5.44 ( $\pm 3.49$ ). Females, elders with lower income and greater number of comorbidities (6.2  $\pm$  3.3) consulted more frequently at the PHC ( $p < 0.05$ ). It was identified the imminent need for enhancing knowledge to subsidize prevention methods for morbidities among community-dwelling elders.

DESCRIPTORS: Elderly, primary care, consultation, morbidity

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia de las consultas a los adultos mayores de acuerdo con la situación sociodemográfica y la salud. Estudio transversal, cuantitativo, que incluyó adultos mayores ( $\geq 60$  años) cadastrados en una Unidad de Salud de la Familia (USF) de Porto Alegre-RS. Los datos fueron recogidos en 2012, con una muestra final de 245 adultos mayores. El instrumento incluyó datos demográficos, frecuencia de las consultas, presencia de morbilidades y Mini Examen del Estado Mental. 57,6% de los adultos mayores eran mujeres, la edad media fue de 68,82 ( $\pm 7,02$ ), el 69,4% consultó más de una vez al año y el número medio de comorbilidades fue de 5,44 ( $\pm 3,49$ ). Las mujeres mayores, adultos mayores con rendimientos más bajos y mayor número de comorbilidades (6,2  $\pm$  3,3) consultaron con mayor frecuencia en la USF ( $p < 0,05$ ). Fue identificada la necesidad inminente de mayor conocimiento para subsidiar los métodos de prevención de las morbilidades en los adultos mayores residentes en la comunidad.

DESCRIPTORES: Adultos mayores, atención primaria, consulta, morbilidad

### INTRODUÇÃO

Os idosos com 60 anos ou mais representam, de acordo com o censo de 2010, 11,3% da população brasileira. Há estimativas de que, em 2050, cheguem a 19% da população do Brasil. Estratificando a proporção de idosos  $\geq 60$  anos de acordo com os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul ocupa o topo da lista com uma proporção de 13,6% de idosos no ano de 2010, sendo Porto Alegre a capital brasileira com maior proporção (15%)<sup>(1)</sup>.

O processo de envelhecimento acelerado da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, dos avanços na área da saúde e da tecnologia, da redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil e, das melhorias nas condições de saneamento e infraestrutura básica<sup>(2)</sup>.

Considera-se que as políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população. Por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tenta-se garantir a integralidade da atenção, de modo a atender as diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, o cuidado à saúde dos idosos implica em ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada. É necessário oferecer a essa população e a sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, conhecendo suas limitações e respeitando sua cultura de forma a facilitar o acesso<sup>(4)</sup>.

Na Atenção Básica destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica, devendo estar de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade<sup>(3)</sup>. Em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade<sup>(5)</sup>.

Juntamente com o processo de envelhecimento, ocorre com frequência um aumento do número de morbidades. Estudos mostram que as morbidades podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas, sendo que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 anos ou mais<sup>(4)</sup>.

A hipótese da compressão da morbidade proposta por Fries<sup>(6)</sup> diz que, com a expectativa de vida adulta se aproximando de seu limite biológico, se a incidência de doenças incapacitantes puder ser retardada para idades posteriores, então a morbidade será comprimida para um período mais curto de vida. Sendo assim, a partir de abordagens preventivas e modificadoras do estilo de vida e estratégias para a promoção da saúde se fazem necessárias para que se posterguem os problemas mais comuns entre os idosos: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), declínio cognitivo e dependência funcional.

Estudos mostram que o principal motivo pelo qual os idosos buscam por consultas médicas nos Serviços de Atenção Básica está associado ao dano crônico<sup>(7-8)</sup>. Apesar das alterações que ainda acontecem no sistema de saúde desde a implantação do SUS, as

demandas e expectativas da população idosa continuam centradas na figura do profissional médico e no enfoque curativo das ações de saúde<sup>(8)</sup>.

Como as populações estão vivendo mais e conseqüentemente com mais necessidades dos serviços de saúde, é importante saber se há subgrupos da população que "sub-consultam" ou "super-consultam" para garantir uma utilização mais eficaz dos recursos na atenção básica à saúde de acordo com as necessidades locais<sup>(9)</sup>.

O presente estudo visa analisar a frequência de consultas realizadas (por médicos e/ou enfermeiros) a idosos de 60 anos ou mais em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre-RS de acordo com a situação socioeconômica, demográfica e de saúde. A partir dos resultados deste estudo será possível conhecer melhor a demanda que essa crescente faixa etária implica para as redes de atenção básica, além de avaliar a relação entre a frequência de consultas realizadas e outros aspectos relacionados à saúde do idoso. Com isso, busca-se contribuir para que os profissionais possam readequar os cuidados de acordo com as necessidades locais.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, o qual incluiu idosos adscritos à Unidade da Saúde da Família (USF) Nossa Senhora de Belém em Porto Alegre – RS. A USF localiza-se no bairro Belém Velho em Porto Alegre e pertence ao distrito sanitário Glória e à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.

Em 2010, a população da área totalizou 3.145 habitantes distribuídos em 949 famílias. Desse total, 335 eram idosos ( $\geq 60$  anos), perfazendo aproximadamente 10,7% do total da população local adscrita na USF<sup>(10)</sup>.

O presente estudo considerou como população todos os idosos com 60 anos ou mais cadastrados na referida USF no ano de 2012. Considerando-se um erro amostral de 6%, intervalo de confiança de 95% e uma proporção máxima de 35% obteve-se um cálculo amostral de 243 indivíduos. Acrescentou-se 20% a esse cálculo como possibilidade de perdas, obtendo-se um  $n= 291$  como amostra final. Entretanto, optou-se por incluir inicialmente todos aqueles idosos na amostra.

Foi adotado como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 60 anos; ser residente da área de abrangência da USF e estarem devidamente cadastrados na mesma. Foram excluídos da amostra aqueles com diagnóstico médico prévio de demência avançada e idosos institucionalizados.

Os dados foram coletados entre janeiro e setembro de 2012, por acadêmicos de enfermagem devidamente treinados, por meio de visita domiciliar. Primeiramente foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e quando o idoso obtinha uma pontuação inferior a 13 pontos foi solicitado o auxílio de um familiar para responder à entrevista<sup>(11)</sup>.

Foi utilizado um instrumento onde as variáveis utilizadas para este estudo foram: questionário de identificação; abordagem demográfica e socioeconômica; frequência que consulta com médico e/ou enfermeira, questionário de investigação sobre a presença de doenças crônicas: número e tipo de morbidades autorreferidas e diagnosticadas previamente e MEEM (30 questões relativas ao grau de função cognitiva, sendo que a pontuação zero corresponde a um maior grau de comprometimento cognitivo e 30 pontos melhor capacidade cognitiva).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre, sob processo nº 001036701, conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos<sup>(12)</sup>. Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias previamente a aplicação dos questionários do estudo, sendo que uma permaneceu com o idoso.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0, utilizando-se testes de estatística descritiva e inferencial. Para avaliar a relação entre a frequência de consultas e as variáveis de interesse foram utilizados o teste *T-student* para as variáveis contínuas e o Qui-quadrado para as categóricas.

## RESULTADOS

A amostra final obtida para o presente estudo correspondeu a 245 idosos. Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas, desempenho cognitivo e a frequência que consultam com o médico ou enfermeiro na USF.

**Tabela 1-** Características sociodemográficas, desempenho cognitivo e frequência de consultas de idosos residentes na área de atuação da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2013.

Variáveis	n= 245	(%)
<b>Idade</b>		
Média ( $\pm$ DP)	68,82 ( $\pm$ 7,02)	
<b>Sexo</b>		

Feminino	141	57,6
Masculino	104	42,4
<b>Estado Conjugal</b>		
Separado/solteiro	73	29,8
Casado	104	42,4
Viúvo	68	27,8
<b>Quantas pessoas moram na casa</b>		
Média ( $\pm$ DP)	2,71 ( $\pm$ 1,62)	
<b>Com quem mora</b>		
Sozinho	49	20
Com outras pessoas*	196	80
<b>Anos de Escolaridade</b>		
Média ( $\pm$ DP)	5,37 ( $\pm$ 4,16)	
<b>Renda Mensal do idoso</b>		
Média ( $\pm$ DP)	1193,36 ( $\pm$ 1387,47)	
<b>MEEM (0-30)</b>		
Média ( $\pm$ DP)	23,91 ( $\pm$ 4,59)	
<b>Frequência que consulta</b>		
Uma vez por ano ou menos	70	30,6
Mais de uma vez por ano	170	69,4

\*Com outras pessoas (familiar ou não familiar); DP= desvio padrão; MEEM= Mini Exame do Estado Mental.

Conforme a Tabela 1 observou-se uma predominância de idosos do sexo feminino, casados, que moram com outras pessoas - familiar ou não familiar- e que consultam mais de uma vez por ano.

A Tabela 2 mostra as variáveis sociodemográficas, econômicas e desempenho cognitivo de acordo com a frequência de consultas realizadas aos idosos.

**Tabela 2-** Características sociodemográficas, econômicas e desempenho cognitivo relacionados com a frequência de consultas realizadas a idosos residentes na área de atuação da ESF Nossa Senhora de Belém. Porto Alegre, 2013.

Variáveis	Frequência que consulta		p*
	Uma vez por ano ou menos	Mais de uma vez por ano	
<b>Idade</b>			0,419
Média ( $\pm$ DP)	68,67( $\pm$ 6,57)	68,89 ( $\pm$ 7,23)	

<b>Sexo</b>			<b>0,002</b>
Feminino	32 (22,7%)	109 (77,3%)	
Masculino	43 (41,3%)	61 (58,7%)	
<b>Estado Conjugal</b>			<b>0,129</b>
Separado/solteiro	18 (24,7%)	55 (75,3%)	
Casado	39 (37,5%)	65 (62,5%)	
Viúvo	18 (26,5%)	50 (73,5%)	
<b>Quantas pessoas moram na casa</b>			
Média (±DP)	2,76 (±1,97)	2,69 (±1,44)	0,272
<b>Com quem mora</b>			
Sozinho	16 (32,7%)	33 (67,3%)	0,760
Com outras pessoas**	59 (30,3%)	136 (69,7%)	
<b>Anos de Escolaridade</b>			
Média (± DP)	5,96 (±4,45)	5,1 (±4,02)	0,259
<b>Renda Mensal do idoso</b>			
Média (± DP)	1632,67 (±1854,18)	999,54 (±1072,64)	<b>&lt;0,001</b>
<b>MEEM (0-30)</b>			
Média (±DP)	24,25(±4,76)	23,76 (±4,5)	0,469

\*Utilizado teste T-student para as variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado para as categóricas.

\*\*Com outras pessoas (familiar ou não familiar); DP= desvio padrão; MEEM= Mini Exame do Estado Mental.

Verificou-se que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre a média de idade e frequência de consultas. Houve uma proporção consideravelmente maior de idosas que consultaram mais de uma vez por ano quando comparado aos que consultaram menos de uma vez por ano ( $p < 0,05$ ). Embora houvesse uma proporção maior de idosos casados que consultaram mais de uma vez por ano quando comparada com idosos separados/solteiros ou viúvos, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Também não houve diferença importante entre frequência de consultas daqueles que moram sozinhos ou com outras pessoas, e entre as médias de escolaridade e MEEM. Já a média da renda mensal do idoso foi consideravelmente maior entre os que consultaram com menor frequência ( $p < 0,05$ ).

A Tabela 3 mostra as morbidades autorreferidas e diagnosticadas previamente, em ordem decrescente de prevalência geral, de acordo com a frequência de consultas realizadas a idosos com 60 anos ou mais adscritos a ESF Nossa Senhora de Belém.

**Tabela 3-** Distribuição das morbidades autorreferidas de acordo com a frequência de consultas realizadas a idosos. Porto Alegre, 2013.

Morbidades	Frequência que consulta		p*
	Uma vez por ano ou menos	Mais de uma vez por ano	
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	30 (19,6%)	123 (80,4%)	<0,001
Problemas de coluna	28 (22,4%)	97 (77,6%)	0,004
Doença vascular periférica	22 (25,3%)	65 (74,7%)	0,180
Artrite/ artrose	16 (19,5%)	66 (80,5%)	0,007
Visão prejudicada	21 (26,6%)	58 (73,4%)	0,345
Insônia	15 (19,5%)	62 (80,5%)	0,001
Doença gastrointestinal	12 (16%)	63 (84%)	0,001
Doença cardíaca	15 (22,1%)	53 (77,9)	0,072
Audição prejudicada	11 (18,6%)	48 (81,4%)	0,022
Ansiedade/ transtorno do pânico	12 (21,4%)	44 (78,6%)	0,090
Diabetes	9 (16,7%)	45 (83,3%)	0,012
Osteoporose	10 (18,5%)	44 (81,5%)	0,029
Obesidade	11 (22,9%)	37 (77,1%)	0,197
Depressão	7 (14,9%)	40 (85,1%)	0,009
Incontinência urinária/fecal	10 (21,3%)	37 (78,7%)	0,122
Prisão de Ventre	8 (20%)	32 (80%)	0,111
Asma/ bronquite	5 (15,6%)	27 (84,4%)	0,049

Doença pulmonar	3 (14,3%)	18 (85,7%)	0,09
Derrame	5 (29,4%)	12 (70,6%)	0,911
Câncer	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0,732
Anemia	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,282
Doença neurológica	2 (22,2%)	7 (77,8%)	0,578

---

\*Utilizado teste Qui-quadrado.

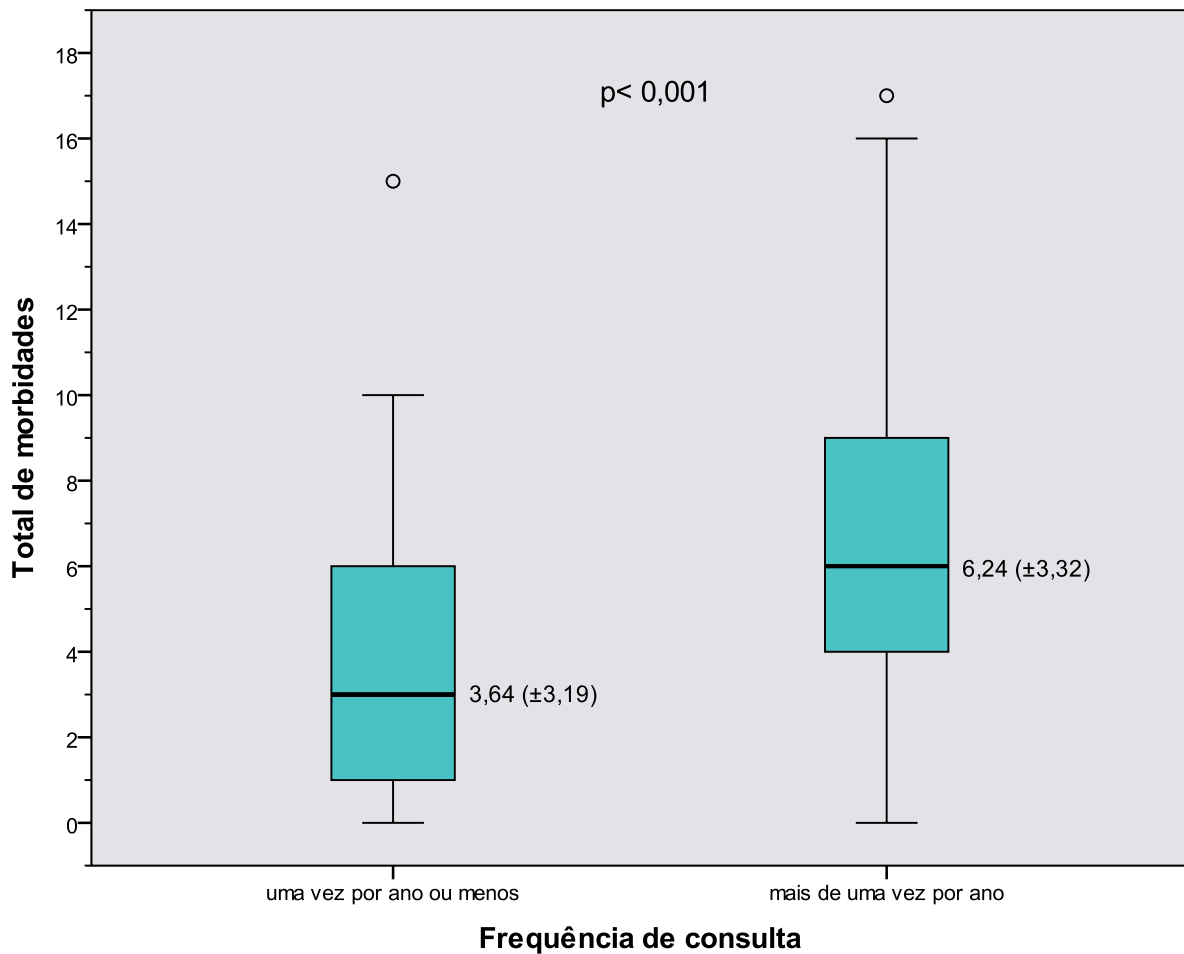
A HAS foi a morbidade mais prevalente, referida por 62,4% dos idosos, sendo que destes cerca de 80% consultou mais de uma vez por ano. No entanto, destaca-se que problemas de coluna, as doenças vasculares periféricas, a artrite/ artrose, a visão prejudicada, a insônia, as doenças gastrointestinais e as doenças cardíacas também obtiveram importantes prevalências (Tabela 3).

Verificou-se que uma maior proporção dos idosos que possuíam HAS, problemas de coluna, artrite/artrose, insônia, doenças gastrointestinais, audição prejudicada, diabetes, osteoporose, depressão e asma/bronquite consultou com maior frequência ( $p < 0,05$ ). Embora também houvesse uma proporção de idosos que consultaram com maior frequência entre as demais morbidades, essas diferenças não foram estatisticamente significativas.

A distribuição do número médio de morbidades de acordo com o número de consultas realizadas a idosos com 60 anos ou mais adscritos na referida USF se observa através do gráfico 1.



**Gráfico 1:** Distribuição do número médio de morbidades de acordo com o número de consultas realizadas a idosos com 60 anos ou mais. Porto Alegre 2013.



O número médio de morbidades por idoso foi de 5,44 ( $\pm 3,49$ ). Observou-se que o número médio de morbidades autorreferidas e diagnosticadas previamente foi mais elevado entre aqueles idosos que consultaram com maior frequência do que aqueles que consultaram com menor frequência ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 1).

## DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária, utilizando-se as subfaixas proposta por Veras<sup>(13)</sup>: idosos jovens (60 a 69 anos), meio idosos (70 a 79 anos) e idosos (80 anos ou mais), constatou-se a prevalência de idosos jovens com uma média de 68,82 ( $\pm 7,02$  anos), assim como em outros estudos com idosos brasileiros residentes na comunidade<sup>(14-15)</sup>. Não foi verificado uma diferença importante entre a média de idade e frequência de consultas, indicando que tanto idosos mais jovens quanto os mais velhos tendem a consultar com frequência similar.

Foi evidenciada uma amostra predominantemente feminina (57,6%) o que vai ao encontro de outros estudos<sup>(15-16)</sup>, refletindo o fenômeno da feminilização do envelhecimento<sup>(8,17)</sup>. A expectativa de vida a partir dos 60 anos aumentou para ambos os sexos, sendo que a expectativa de vida das mulheres excede a dos homens. Isso pode ser parcialmente atribuído a maior preocupação e cuidado com a saúde e, conseqüentemente, a maior procura aos serviços de saúde pelas mulheres<sup>(17-18)</sup>. Conforme observado na tabela 2, 77,3% das mulheres consultaram mais de uma vez por ano na Unidade de Saúde, sendo que entre os homens esse percentual foi de 58,7%. Já, outro estudo realizado no Reino Unido mostrou que, entre os idosos não houve diferença importante entre os sexos na procura por consultas na atenção primária<sup>(9)</sup>.

Averiguou-se, também, que 80% dos idosos conviviam com outros familiares ou não familiares em seu domicílio, sendo que a maioria (42,4%) convivia com seus cônjuges, dado semelhante a outros estudos<sup>(14,19)</sup>. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre a frequência de consultas entre os idosos que convivem com outras pessoas e os que moram sozinhos, indicando que o convívio com mais pessoas no domicílio não promoverá necessariamente o incentivo e a maior busca pelos serviços de saúde.

Em relação aos anos de escolaridade averiguou-se uma média de 5,35( $\pm$ 4,16) anos. Entre os idosos brasileiros em geral a média de anos de estudo é de 3,9 anos sendo que 32% tem menos que 1 ano de estudo<sup>(1)</sup>. É possível, também, que esses resultados estejam relacionados a um predomínio de idosos mais jovens e de uma população urbana de grande cidade, onde o acesso às escolas é maior quando comparado a áreas mais rurais ou cidades menores. Além disso, observou-se que o escore médio do MEEM obtido também foi mais elevado (23,9 pontos) quando comparado a outros estudos<sup>(14,19,20)</sup>. Quando comparadas as frequências de consultas, observou-se que não houve diferença importante entre as médias de idade, escolaridade e MEEM. Estudos apontam que a idade e a escolaridade são fatores que estão diretamente relacionados ao declínio da cognição<sup>(19,20)</sup>.

Foi observado em outros estudos que os indivíduos com maior escolaridade e com maior renda possuem uma tendência a buscar outros locais de assistência à saúde, como convênios de saúde e assistência privada<sup>(5,21)</sup>. Isso corrobora com o achado do presente estudo, onde foi identificada associação entre a renda e a frequência de consulta, sendo que aqueles que consultam mais de uma vez por ano possuem uma média de renda mensal inferior àqueles que consultam mais. Entretanto, a utilização de outros serviços de saúde não foi avaliada no presente estudo.

Dentre as morbidades, a HAS, problemas de coluna, as doenças vasculares periféricas e a artrite/artrose foram as mais prevalentes, corroborando com observações realizadas em outros estudos de populações idosas<sup>(14,22-23)</sup>.

Estudos epidemiológicos têm mostrado não somente o aumento da prevalência de hipertensão com a idade, mas, também com a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, como estilo de vida e hábitos alimentares, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, entre outras doenças<sup>(23)</sup>. Dentre os idosos do presente estudo, 27,8% relataram possuir alguma doença cardíaca, indo ao encontro com os dados do estudo supracitado. Assim, é possível, pelo menos parcialmente, atribuir a maior procura pelos serviços de saúde à prevenção de fatores de risco e consequentes danos crônicos entre os idosos. É possível que os idosos que possuem mais problemas de saúde busquem atendimento com maior frequência de modo a controlar os problemas existentes, prevenindo agravos dos mesmos.

Observou-se que a artrite/artrose foi a quarta morbidade mais prevalente e que cerca de 80% dos idosos portadores desta consultaram mais de uma vez por ano ( $p < 0,05$ ). Estudo mostra que a presença de patologias crônico-degenerativas, como o desgaste do sistema osteomuscular pode provocar dor<sup>(24)</sup>. Sendo assim, a maior frequência de consultas realizadas aos idosos com artrite/artrose pode ser também atribuída à procura do serviço para o controle da dor. Contudo, apesar da alta prevalência entre a população de idosos brasileiros, a artrite não está incluída entre os principais problemas de saúde pública. Sua inclusão é de extrema importância para a melhora do diagnóstico e implementação de programas educacionais, enfatizando o autocuidado para prevenção de incapacidades<sup>(25)</sup>.

Conforme observado no gráfico 1, os idosos que possuem maior número de morbidades consultam com maior frequência do que aqueles que possuem menor número. A população idosa é o segmento etário que mais utiliza os serviços de saúde, devido especialmente ao aumento de doenças crônicas e suas consequências<sup>(5,21)</sup>. Em geral, uma maior proporção dos idosos portadores das morbidades investigadas no presente estudo consultaram mais frequentemente. É possível que a má adesão ou a falta de controle e/ou prevenção promovam o acúmulo de maior número de morbidades, fazendo assim com que consultem mais. Ademais, pesquisas mostram que o número de consultas nos serviços de saúde têm tido um aumento significativo nos últimos anos. Isso pode ser também atribuído à melhora do acesso a esses serviços, bem como ao aumento das necessidades de saúde<sup>(21)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que houve uma proporção maior de idosos do sexo feminino, com renda mais baixa e com maior número de morbidades que consultaram mais frequentemente na USF.

Destaca-se que por se tratar de um estudo com delineamento transversal, não foi possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis. Considera-se também que muitos daqueles idosos que consultaram com menor frequência na USF possam ter plano de saúde ou utilizar a rede privada, questão que não foi abordada neste estudo. Considera-se ainda, que por se utilizar somente uma amostra de idosos adscritos a uma USF, não é possível generalizar a amostra para além da área local.

Contudo, para um planejamento de ações de atenção à saúde da população idosa em conjunto com os serviços de saúde é necessário conhecer e estudar as condições dos indivíduos daquela população local para que se possa oferecer um atendimento com qualidade.

Sendo assim, a partir da relação que se estabelece entre os aspectos sociodemográficos e de saúde com a frequência de consultas realizadas a idosos, torna-se iminente a necessidade de se intensificar conhecimentos que subsidiem métodos de prevenção das morbidades em idosos que residem na comunidade.

## REFERENCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por gênero e idade 1950-2050. Rio de Janeiro; revisão 2008 (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão). Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf) Acesso em 11 abr de 2013
2. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
3. 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). 21 out 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, Brasília (DF); 2007.

5. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília (DF); 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2013.
6. Fries JF. Compression of Morbidity. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83: 801-823. (Reprint from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1983; 61: 397-419). Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x/pdf>. Acesso em 30 nov 2013.
7. Venturi I, Rosado LEFP, Cotta RMMC, Rosado GP, Doimo LA, Tinoco ALA et al. Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG. *Cien Saude Colet*. 2008; 13 (julho-agosto). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 20 jun 2013.
8. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre, RS, BRASIL. *Cien Saude Colet*. 2011; 16: 2935-2944. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600031&script=sci_arttext) Acesso em: 24 out 2013
9. Wang Y, Hunt, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open* nov. 2013;3 Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003320.full> Acesso em 4 dez 2013.
10. Planejamento Situacional Local 2011. Porto Alegre: Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém; 2011.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52: 1-7.
12. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). *Diário Oficial da União*. 10 out. 1996. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>. Acesso em 11 abr. 2013.
13. Veras R. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice em uma visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000200013&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200013&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 22 mai de 2013
14. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenção pela equipe de saúde. *Ver. Eletr. De Enf*. 2009; 11: 144-150. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/a18.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/a18.pdf)> Acesso em 30 out 2013.
15. Tavares, DMS, DIAS FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21: 112-120. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext) Acesso em: 24 out 2013
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro; 2010b.

17. Neri A. Feminização da velhice. In: Abramo FP, editor. Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora SESCSP; 2007. p. 47-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800023&script=sci_arttext) Acesso em 21 nov 2013.
18. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010c. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinte\\_seindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsociais2010/SIS_2010.pdf) Acesso em 14 abr 2013.
19. Valle RA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini exame do estado mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4):918-26 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000400023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000400023&script=sci_arttext) Acesso em 20 nov 2013.
20. Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev. bras. epidemiol.* 2007. 10: 592-605. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400017&script=sci_arttext). Acesso em 31 nov 2013.
21. Lima-Costa MF, Filho AIL, Divane LM. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007; 23(10): 2467-2478. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001000021&script=sci_arttext) Acesso em 23 jun 2013.
22. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2009. [43: 604-612.] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000037>. Acesso em 31 nov 2013.
23. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serviços de Saúde*. 2006;15(1):35-45. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>. Acesso em 31 nov 2013.
24. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009. 12: 345-360. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232009000300004&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 30 nov 2013.
25. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:1260-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/07.pdf>. Acesso em 30 nov 2013.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei no 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. **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). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html?q=pol%C3%ADtica+nacional+aten%C3%A7%C3%A3o+b%C3%A1sica>. Acesso em 19 jun 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf> . Acesso em: 11 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.528 de outubro de 2006.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> . Acesso em 1 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2013.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI,S.R.; JULIANO, Y. **O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral:** impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria. V.52, n.1, p.1-7, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadores de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96).** Diário Oficial da União, 10 out. 1996. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>. Acesso em: 11 abr. 2013.

FREITAS, E. V.; Py,L.; Cançado, F.A.X.; Doll,J.; Gorzoni, M.L.; **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIES, J. F. **Compression of Morbity.** The Milbank Quartetly, v83, n. 4, p. 801-823, 2005. (Reprint from The Milbank Memorial Fund Quaterly, v. 61, n.3, p. 397-419, 1983).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por gênero e idade 1950-2050.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A ONU e as Pessoas Idosas**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/> Acesso em: 13 jun 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, OPAS, 2005. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf) Acesso em: 1 maio 2013.

PASKULIN, L.M.G; VALER, D.B; VIANNA, L.A.C. **Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre, RS, BRASIL**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2935-2944, 2011.

PORTO ALEGRE. **Planejamento Situacional Local 2011**. Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém : Porto Alegre/RS, 2011.

SCHMIDT M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet. Saúde no Brasil. Maio, 2011. p. 61-74. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil> Acesso em: 10 jun 2013.

SOUZA, R.F; SKUBS, T; BRÊTAS, A.C.P. **Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf> Acesso em: 15 jun 2013.

VENTURI, Ivonilce et al. **Identificação da área de influência do serviço de atenção básica do sistema público de saúde à população idosa, município de Viçosa-MG**. Ciência e saúde coletiva, vl.13, n.4, 2008.

VERAS, R.P., CALDAS, C.P., COELHO, F.D., SANCHEZ, M.A. **Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.10, n3, p. 355-37-, 2007.

WANG, Y. et al. I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. BMJ Open nov. 2013;3 Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003320.full> Acesso em 4 dez 2013.



**APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados**

<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p align="center">ESCOLA DE ENFERMAGEM</p> <p align="center">DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL</p> <p align="center"><b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b></p> <p align="center">DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA</p> <p>Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseja responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta (apresentação do Termo de Consentimento).</p> <p><b>Nº Questionário:</b> _____</p> <p>Município: Porto Alegre/RS</p> <p>Nome do(a) Entrevistador(a): _____</p> <p>Data da entrevista ____/____/____</p> <p>Nome do(a) idoso(a): _____</p> <p>Entrevistado: (1) idoso (2) cuidador (3) ambos</p> <p>Endereço: _____ nº _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>Tel.de contato (ou outra referência): _____</p>	<p>NQUEST _____</p> <p>DATA __/__/__</p> <p>ENTREV _____</p>
--	--

## A. AVALIAÇÃO COGNITIVA: MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

<p>A1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto , erro (zero), ou não sabe (zero).)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Ano</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Semestre</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mês</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia da semana</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>				Ano	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Semestre	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Mês	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Dia	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Dia da semana	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	<p>AORTEM _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
Ano	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Semestre	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Mês	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Dia	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Dia da semana	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
<p>A2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou ( 1 ponto) , erro (zero), ou não sabe (zero).)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nome da rua</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Número da casa</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Bairro</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cidade</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Estado</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>				Nome da rua	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Número da casa	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Bairro	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Cidade	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Estado	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	<p>AORESP _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
Nome da rua	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Número da casa	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Bairro	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Cidade	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Estado	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
<p>A3) REGISTRO - Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote &gt; Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.</p> <p>Vou lhe dizer três palavras e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O sr(a) tem alguma dúvida?</p> <p>Lembrou = 1 Não lembrou = 0</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Árvore</td> <td>( )conseguiu</td> <td>( )não conseguiu</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td>( )conseguiu</td> <td>( )não conseguiu</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td>( )conseguiu</td> <td>( )não conseguiu</td> </tr> </tbody> </table> <p>Número de repetições: _____</p>				Árvore	( )conseguiu	( )não conseguiu	Mesa	( )conseguiu	( )não conseguiu	Cachorro	( )conseguiu	( )não conseguiu	<p>AREGIS _____</p> <p>(3 ITENS)</p>											
Árvore	( )conseguiu	( )não conseguiu																						
Mesa	( )conseguiu	( )não conseguiu																						
Cachorro	( )conseguiu	( )não conseguiu																						
<p>A4) ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou ( 1 ponto) , erro (zero), ou não sabe (zero).</p> <p>Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>100-7=93</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>93-7=86</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>86-7=79</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>79-7=72</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>72-7=65</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>				100-7=93	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	93-7=86	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	86-7=79	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	79-7=72	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	72-7=65	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	<p>AATCAL _____</p> <p>(5 ITENS)</p>
100-7=93	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
93-7=86	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
86-7=79	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
79-7=72	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
72-7=65	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
<p>A5) MEMÓRIA DE EVOCÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem</p> <p>Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Árvore</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> </tbody> </table>				Árvore	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Mesa	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Cachorro	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	<p>AMEEVO _____</p> <p>(3 ITENS)</p>								
Árvore	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Mesa	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					
Cachorro	( )acertou	( )errou	( )Não sabe																					

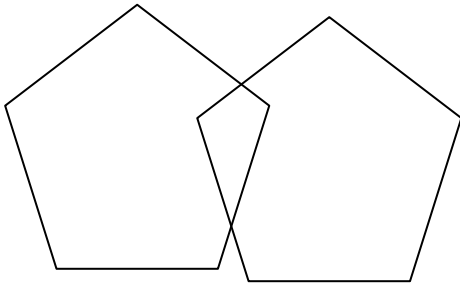
<p>A6) LINGUAGEM – Anotar se acertou ( 1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).  <i>Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Caneta</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Relógio</td> <td>( )acertou</td> <td>( )errou</td> <td>( )Não sabe</td> </tr> </table>				Caneta	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	Relógio	( )acertou	( )errou	( )Não sabe	<p>ALINGU _____  (2 ITENS)</p>				
Caneta	( )acertou	( )errou	( )Não sabe													
Relógio	( )acertou	( )errou	( )Não sabe													
<p>A7) Repita a frase que vou lhe dizer - (<i>Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente</i>). A resposta correta vale 1 ponto.  <b>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Conseguiu ( )</td> <td>Não conseguiu ( )</td> </tr> </table>				Conseguiu ( )	Não conseguiu ( )	<p>AREFRA _____</p>										
Conseguiu ( )	Não conseguiu ( )															
<p>A8) Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: <b>FECHE OS OLHOS</b>, diga-lhe:  <i>Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Fechou os olhos ( ) (1 ponto)</td> <td>Não fechou os olhos ( ) (zero)</td> </tr> </table>				Fechou os olhos ( ) (1 ponto)	Não fechou os olhos ( ) (zero)	<p>AFEOLH _____</p>										
Fechou os olhos ( ) (1 ponto)	Não fechou os olhos ( ) (zero)															
<p>A9) Diga ao idoso(a):  Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. <i>Anotar se acertou ( 1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Pegue o papel com a mão direita</td> <td>( ) acertou</td> <td>( ) errou</td> <td>( ) Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dobre esse papel ao meio</td> <td>( ) acertou</td> <td>( ) errou</td> <td>( ) Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Ponha-o no chão</td> <td>( ) acertou</td> <td>( ) errou</td> <td>( ) Não sabe</td> </tr> </table>				Pegue o papel com a mão direita	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe	Dobre esse papel ao meio	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe	Ponha-o no chão	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe	<p>APAPEL _____  (3 ITENS)</p>
Pegue o papel com a mão direita	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe													
Dobre esse papel ao meio	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe													
Ponha-o no chão	( ) acertou	( ) errou	( ) Não sabe													
<p>A10) Diga ao idoso(a):  O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? <i>Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</i></p> <p>_____</p> <p>Pontuação _____</p>				<p>AFRASE _____</p>												

A11) Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:

Mostre o desenho e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)

Pontuação: \_\_\_\_\_



AESENH \_\_\_\_\_

APONT \_\_\_\_\_

### AÇÕES DEMOGRÁFICAS

B1) Idade _____(anos completos)	BIDADE _____
B2) Sexo  (1) Masculino      (2) Feminino	BSEXO _____
B4) Qual seu estado conjugal? (1) Solteiro (a) / separado (a) (2) Casado (a) (3) Viúvo(a) (99) NS/NR	BECONJ _____
B5) Quantas pessoas moram na casa atualmente com o(a) Sr(Sra)?  _____	BMCASA _____
B6) Com quem o sr(a) mora: (1) sozinho (2)com outras pessoas (familiares/ não familiares) (99) NS/NR	BMORA _____

### C. DADOS SOCIOECONÔMICOS

C1) Quantos anos o (a) Sr.(a) frequentou a escola? (anos completos)  _____	CANESC _____
--	--------------

<p>C2) Qual é a renda mensal do (a) Sr.(a) em reais:</p> <p>Idoso: _____ (99) NS/NR</p>	<p>CREMES _____</p>
---	---------------------

#### D. FREQUÊNCIA QUE CONSULTA UNIDADE DE SAÚDE

<p>D1) Com que frequência o(a) Sr(a) consulta (com médico/ enfermeiro) na Unidade de Saúde?</p> <p>(1) Uma vez por ano ou menos (2) Mais de uma vez por ano</p>	<p>DFRUNS _____</p>
---	---------------------

#### E. POSSUI ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS DE SAÚDE?

	NÃO	SIM	
A) Anemia	0	1	EANEMI _____
B) Ansiedade/ transtorno do pânico	0	1	EANTPA _____
C) Artrite(reumatóide/ osteoartrite)	0	1	EARTRI _____
D) Asma ou bronquite	0	1	EASBRO _____
E) Audição prejudicada	0	1	EAUDPR _____
F) Câncer - Qual? _____	0	1	ECANCE _____
G) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	0	1	EDBPOC _____
H) Diabetes Mellitus	0	1	EDIABE _____
I) Depressão	0	1	EDEPRES _____
J) Derrame	0	1	EDERRA _____
K) Doença cardíaca	0	1	EDCARD _____
L) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	EDTGIA _____
M) Doença vascular periférica (varizes)	0	1	EDVASP _____
N) Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	EDNEUR _____
O) Hipertensão arterial	0	1	EHIPAR _____

P) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	EINCUF _____
Q) Insônia	0	1	EINSON _____
R) Obesidade	0	1	EOBESID _____
S) Osteoporose	0	1	EOSTEO _____
T) Prisão de ventre	0	1	EPVENT _____
U) Problemas de coluna	0	1	EPCOLU _____
V) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	EVISAO _____
X) Outras – Qual? _____	0	1	EOUTRA _____

## ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Idiane Rosset Cruz  
**Registro no CEP:** 683 **Processo N°:** 001.036701.11.4  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Nossa Sra de Belém  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.036701.11.4, referente ao projeto de pesquisa: **“Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre/RS”**, tendo como pesquisador responsável Idiane Rosset Cruz cujo objetivo é **“- Avaliar as características sócio-econômicas, demográficas e de saúde dos idosos vinculados à ESF Nossa Sra. de Belém; Identificar os idosos frágeis e, conseqüentemente, estimar a prevalência de depressão entre esses idosos; Avaliar a relação entre a Síndrome Geriátrica de Fragilidade, depressão, estado cognitivo, tipo e número de morbidades e as demais variáveis do estudo, como aquelas de ordem demográfica e sócio-econômica; identificar os cuidados de enfermagem prestados a esses idosos, bem como propor novos cuidados, se necessário for”**.

**ADENDO:** inclusão de um questionário sobre a saúde bucal

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas , a apresentação do trabalho e o formulário de relatório que consta no site deste CEP.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 27/03/2012.

Elen Maria Borba  
 Coordenadora do CEP

**ANEXO 2- Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem (COMPESQ)**

Projetos

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ComissaoUnidade/form...>**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Idiane Rosset Cruz****Projeto Nº:** 20440**Título:** IDENTIFICANDO IDOSOS FRAGEIS E COM SINTOMAS DEPRESSIVOS EM UMA UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE PORTO ALEGRE - RS

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão



**ANEXO 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO/CUIDADOR**

Título do Projeto:

**Identificando idosos frágeis e com sintomas depressivos em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre - RS**

Prezado (a) Senhor (a)

Vimos pedir sua colaboração em um estudo que visa realizar uma avaliação quanto à presença de sintomas depressivos e de fragilidade nos idosos residentes na comunidade e vinculados ao posto N. Sra. de Belém. Solicitamos a(o) Sr(a) que atenda o(a) aluno(a) entrevistador(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição responsável pela pesquisa, cujo crachá e identificação são obrigatórios. Os resultados do estudo serão avaliados e discutidos com a equipe de Saúde da Família, como forma de conhecer melhor as necessidades para melhor prestar o cuidado a essa população.

Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. O(a) Sr(a) terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não trará nenhum prejuízo a sua assistência na Unidade de Saúde. Esta entrevista terá duração de aproximadamente 45 minutos e não trará despesas, podendo causar possível desconforto físico ou psicológico, relacionados ao tempo de entrevista ou às perguntas.

Solicitamos a sua permissão para aplicar o questionário e, caso concorde, deverá assinar este termo de consentimento. Caso o(a) Sr(a) tenha dificuldades, solicitamos permissão ao seu cuidador para auxiliar na entrevista. Esperamos merecer sua confiança e nos colocamos à sua disposição para qualquer informação adicional nos telefones abaixo:

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o professora Orientadora do projeto, Idiane Rosset Cruz responsável pelo estudo, pelo telefone (51) 33085425, ou com a acadêmica Marina Steconela pelo telefone (54) 99031868/ (51)33986599 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 ou 91441379.

\_\_\_\_\_  
Nome do sujeito de pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa


  
\_\_\_\_\_  
Profª Idiane Rosset Cruz

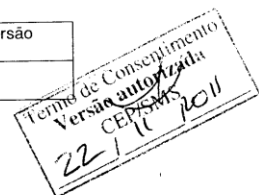
\_\_\_\_\_  
Entrevistador (nome)

Eu, \_\_\_\_\_ Declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa. Idoso ( ) Cuidador ( )

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão
			



## REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

### INSTRUÇÃO AOS AUTORES:

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

### Categorias de artigos aceitos pela Revista:

**Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A **Página de título** deve conter:

- título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas;
- nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem;
- indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*;

quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentado.

**Resumo:** deve ser apresentado em português (*resumo*), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.

**Descritores:** devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (*descritores*), inglês (*descriptor*) e espanhol (*descriptor*), extraídos do vocabulário DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*), elaborado pela BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

**Texto:** O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão**, **Conclusão** e **Referências**.

**Introdução:** deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

**Método:** os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o

número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

**Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

**Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

**Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

**Referências:**

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: <sup>(1-4)</sup>; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: <sup>(1-2,4)</sup>.

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a 30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

**Depoimentos:** frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

**Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

**Fotos e Imagens** – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

**Agradecimentos:** a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

**REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL

E-mail: [nursingscholar@usp.br](mailto:nursingscholar@usp.br)