



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**MORBIDADES REFERIDAS POR IDOSOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**JOÊNIA KARLA LANDIM ALVES**

**CAMPINA GRANDE – PB**  
**2013**

JOËNYA KARLA LANDIM ALVES

**MORBIDADES REFERIDAS POR IDOSOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado ao curso de Fisioterapia da  
Universidade Estadual da Paraíba em  
cumprimento às exigências para obtenção  
do grau de Bacharel em Fisioterapia pela  
Universidade Estadual da Paraíba.

Orientadora: Profa. Dra. Tarciana Nobre de  
Menezes.

CAMPINA GRANDE – PB  
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A474m

Alves, Joênya Karla Landim.

Morbidades referidas por idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande/PB [manuscrito] / Joênya Karla Landim Alves.– 2013.

35 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Departamento de Fisioterapia”.

1. Saúde do Idoso. 2. Morbidade referida. 3. Saúde da Família. I. Título.

21. ed. CDD 618.97

JOÊNIA KARLA LANDIM ALVES

**MORBIDADES REFERIDAS POR IDOSOS CADASTRADOS NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB**

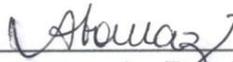
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de monografia, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 06/08/2013.

Banca Examinadora



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes - UEPB  
Orientador(a)



Profa. Ms. Alessandra Ferreira Tomaz - UEPB  
Examinador(a)



Profa. Esp. Alba Lúcia Ribeiro - UEPB  
Examinador(a)

Aos meus pais, irmãos e namorado que  
contribuíram para a conclusão deste  
curso, DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a Nossa Senhora de Fátima, pelas oportunidades. Por darem sabedoria e discernimento em minhas escolhas.

Aos meus pais, pelo apoio e confiança que sempre depositaram em mim.

A minha avó (Giselda), por sempre ajudar em minhas conquistas.

Ao meu namorado (Alex Fábio), pela confiança e por dar força e coragem para enfrentar os dias longe de casa.

Aos colegas da turma 2009.1 pela convivência nesses anos de faculdade e por terem me acolhido.

As minhas amigas Fernanda, Jullyana e Lillian por fazerem parte da minha família campinense, pelo carinho e cuidado que sempre disponibilizaram, pela amizade verdadeira, por formarem comigo o quarteto fantástico e que serão para sempre minhas irmãs de coração.

À minha orientadora Tarciana, pela oportunidade e paciência, pela contribuição de conhecimentos, por cobrar sempre o meu melhor. Pela amizade construída.

As professoras Alecsandra e Alba, pelos excelentes dias de convivência acadêmica, pela atenção sempre dedicada, pela boa relação de amizade, por serem sempre lembradas como professoras queridas.

## RESUMO

O processo de envelhecimento está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, em virtude das alterações decorrentes deste processo, as quais podem acontecer em nível molecular, morfofisiológico ou funcional. O conhecimento da morbidade e das causas de morte nos idosos é de fundamental importância para o planejamento de estratégias visando à promoção e a recuperação da saúde e a profilaxia de doenças. **Objetivo:** Verificar a prevalência das morbidades referidas por idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB. **Material e métodos:** Este estudo é de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários, constituído por indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. A coleta dos dados foi realizada por duplas de entrevistadores, os quais foram devidamente treinados. As variáveis de estudo foram sócio-demográficas e morbidade referida. Os dados demográficos incluem informações sobre sexo, grupo etário, escolaridade e estado civil. Para obtenção da informação sobre a morbidade referida, o entrevistado respondeu à seguinte pergunta: Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem determinada doença? No questionário as respostas se limitaram a oito condições crônicas: pressão alta, artrite/artrose/reumatismo, problema cardíaco, diabetes, osteoporose, doença crônica pulmonar, embolia/derrame e tumor maligno. As informações estatísticas foram obtidas com o auxílio do aplicativo estatístico SPSS 17.0. Em todas as análises foi utilizado o nível de significância alfa = 5%. **Resultados:** Foram entrevistados 141 idosos (70,9% mulheres e 29,1% homens). A média etária foi 71,3 anos (Desvio padrão=9,3). A maioria dos idosos (52,5%) encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Em relação à escolaridade, a maior parte da população (39,7%) referiu ter de 1 a 4 anos de estudo e 38,3% eram analfabetos. Sobre o estado civil, 55,3% dos idosos eram casados. Em relação às morbidades referidas, a pressão alta apresentou maior prevalência entre os idosos (68,1%), seguida pela artrite/artrose/reumatismo (38,7%), sendo ambas as morbidades mais frequentes entre as mulheres. O problema cardíaco foi apontado por 24,3 % dos idosos, seguido de outras morbidades como diabetes (19%), osteoporose (18,4%), embolia/derrame (10,8%), doença crônica pulmonar (8%) e tumor maligno (4,3%) com menor frequência. **Conclusões:** Entre os idosos estudados, observou-se que as doenças crônicas não transmissíveis mais referidas foram a hipertensão arterial e as doenças osteoarticulares

(artrite/artrose/reumatismo) e que todas as morbidades referidas apresentaram associação estatisticamente significativa com sexo. Diante da elevada prevalência das morbidades referidas, especialmente a hipertensão arterial, observa-se a importância de inquéritos desse tipo, de forma a proporcionar o conhecimento da situação de saúde da população idosa, por conseguinte, suas necessidades em saúde.

**Palavras - chaves:** Idoso, Morbidade referida, Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The aging process is associated with a greater likelihood of being affected by chronic diseases, due to changes resulting from the process, which can happen at the molecular level, morphophysiological or functional. Knowledge of morbidity and causes of death in the elderly is very important for planning strategies for the promotion and restoration of health and prevention of diseases. Objective: To determine the prevalence of morbidities reported in elderly individuals enrolled in the Family Health Strategy in Campina Grande/PB. Methods: This study is household-based, cross-sectional, with primary data collection, comprised of individuals enrolled in the Family Health Strategy in Campina Grande, 60 years or older, of both sexes. Data collection was performed by pairs of interviewers, which were properly trained. The study variables were socio-demographic and morbidities reported. The data include demographic information on sex, age group, educational level and marital status. To obtain information on morbidities reported, the respondent answered the following question: A doctor or other health care provider told you have certain disease? In the questionnaire responses were limited to eight chronic conditions: high blood pressure, arthritis / osteoarthritis / rheumatism, heart trouble, diabetes, osteoporosis, chronic pulmonary embolism / stroke and malignancy. The statistics informations were obtained with the aid of statistical program SPSS 17.0. In all analyzes was used the significance level  $\alpha = 5\%$ . Results: We interviewed 141 elderly people (56% women and 43.9% men). The mean age was 71.3 years (standard deviation = 9.3). Most seniors (52.5%) was in the age group 60-69 years. Regarding education, the majority of the population (39.7%) reported having 1-4 years of study and 38.3% were illiterate. About marital status, 55.3% of the elderly were married. Regarding morbidities reported, high blood pressure was more prevalent among the elderly (68.1%), followed by arthritis / arthritis / rheumatism (38.7%), being both more frequent morbidities among women. The heart problem was reported by 24.3% of participants, followed by other morbidities such as diabetes (19%), osteoporosis (18.4%), embolism / stroke (10.8%), chronic pulmonary disease (8%) and malignant tumor (4.3%) less often. Conclusions: Among elderly studied, we observed that chronic diseases were the most mentioned hypertension and osteoarticular diseases (arthritis / osteoarthritis/ rheumatism) and all morbidities were significantly associated with sex. Given the high prevalence of morbidities, especially hypertension, notes the importance of such inquiries, to provide the knowledge of the health status of the elderly population, therefore, their health needs.

**Key - words:** Elderly, Reported morbidity, Family Health Strategy.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

<b>TABELA 1 -</b>	<b>Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as condições sócio-demográficas. Campina Grande/PB, 2010.</b>	<b>Pg 19</b>
<b>TABELA 2 -</b>	<b>Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as morbidades referidas e sexo. Campina Grande/PB, 2010.</b>	<b>Pg 20</b>
<b>TABELA 3 -</b>	<b>Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as morbidades referidas e grupo etário. Campina Grande/PB, 2010.</b>	<b>Pg 21</b>

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DCP** - Doença Crônica Pulmonar

**HA** - Hipertensão Arterial

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	14
<b>3 METODOLOGIA</b>	17
<b>3.1 Trabalho de campo</b>	17
<b>3.2 Coleta dos dados</b>	17
<b>3.2.1 Sócio-demográficas</b>	17
<b>3.2.2 Morbidade referida</b>	18
<b>3.3 Análise dos dados</b>	18
<b>3.4 Aspectos éticos</b>	18
<b>4 RESULTADOS</b>	19
<b>5 DISCUSSÃO</b>	22
<b>6 CONCLUSÃO</b>	28
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	29
<b>ANEXOS</b>	33
<b>ANEXO A; Parecer do comitê de Ética em Pesquisa (CEP)</b>	33
<b>ANEXO B: Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	34

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo em resposta a mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e conseqüentemente ao aumento da expectativa de vida (SAMPAIO et al., 2009). Essas mudanças caracterizam a transição demográfica que, segundo Papaléo Netto (2007), é um processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores.

Nos países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu gradualmente ao longo de um maior período de tempo, em decorrência de um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa mudança vem ocorrendo de forma brusca e despreparada (GOTTLIEB et al., 2011).

No Brasil, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Na região Nordeste, a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010. No estado da Paraíba, em 2010, a população idosa representava 11,9% (IBGE, 2010).

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, a estimativa é que o quadro mude e que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. Em relação à esperança de vida dos brasileiros observa-se um aumento, visto que em 2003 era de 71,3 anos passando para 72,7 anos em 2008. O país continuará galgando anos na expectativa de vida de sua população, a qual deverá em 2050 ser de 81,29 anos (IBGE, 2008).

O aumento da expectativa de vida da população amplia a demanda de idosos nos serviços de saúde, pois traz os efeitos associados ao envelhecimento em si e o maior tempo para surgimento e combinação de várias doenças, em sua maioria de natureza crônica não transmissível. Com isso, o desafio da saúde pública é não só ampliar ainda mais o tempo de vida, mas fazer com que a população viva de forma mais saudável (IOZZI et al., 2008). Entre os idosos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

mais prevalentes são: hipertensão, artrose, diabetes, doença cardíaca, doença pulmonar e câncer (RODRIGUES et al., 2008; ALVES et al., 2007; IOZZI et al., 2008).

As complicações provenientes do não tratamento, ou de medidas inadequadas de controle das DCNT poderão se expressar na redução da qualidade de vida e no aumento dos custos em saúde. O custo do tratamento em idosos tende a ser maior que em outras faixas etárias, pela multiplicidade de patologias associadas. Idosos apresentam taxas de internações hospitalares mais elevadas que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (KILSZTAJN et al., 2003).

Diante das informações expostas, da escassez de estudos sobre a prevalência das morbidades referidas por idosos no Nordeste e da ausência na Paraíba, por conseguinte em Campina Grande, verificou-se a necessidade de conhecer a situação de saúde dos idosos nesta região. Com isso, será possível traçar estratégias de prevenção e diagnosticar de forma precoce as doenças crônicas, visando um planejamento adequado que possibilite oferecer qualidade de vida à população que está envelhecendo.

O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência das morbidades referidas por idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O ritmo acelerado do processo de transição demográfica vivido pelo Brasil nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, visto que o país apresenta sua população envelhecendo em curto prazo, o que dificulta que as modificações para a atenção aos idosos sejam estabelecidas paralelamente ao envelhecimento populacional (OLIVEIRA et al.,2004; VERAS, 2009).

O envelhecimento populacional repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos, da mesma forma que os demais segmentos etários, apresentam demandas específicas que lhes garantam adequadas condições de vida (SIQUEIRA et al., 2002). Ele está associado a uma maior probabilidade de acometimento por doenças crônicas não transmissíveis, em virtude das alterações decorrentes deste processo, as quais podem acontecer em nível molecular, morfofisiológico ou funcional (GOTTLIEB et al.,2011).

Nesse contexto, do ponto de vista da saúde, segundo Berenstein e Wajnmana (2008) a transição demográfica está diretamente relacionada à transição epidemiológica, que se caracteriza pela alteração do perfil de morbimortalidade da população, antes marcado pela elevada prevalência de doenças transmissíveis, passando para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As doenças crônicas não transmissíveis compõem um grupo de agravos à saúde que apresentam, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (SCHMIDT et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as DCNT constituem um problema de saúde pública em todo o mundo, as quais foram responsáveis em 2008 por 36 milhões de óbitos. Destes, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 48%, seguidas pelo câncer (21%), pelas doenças respiratórias crônicas (12%) e pelo diabetes (3%) (OMS, 2008). No Brasil, cerca de 72% das mortes em 2007 foram atribuídas às DCNT (SCHMIDT et al., 2009).

O aumento intenso da presença de doenças crônicas com a idade é observação frequente na literatura e fonte de interesse e preocupação por parte dos serviços de saúde. O aumento da sobrevivência da população é concorrente com o crescimento da carga e o impacto social das doenças crônicas (BARROS et al., 2006).

Alonso et al. (2004), avaliaram o impacto de condições crônicas na saúde e qualidade de vida na população geral de oito países (Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Japão, Holanda, Noruega e Estados Unidos) e a hipertensão foi uma das doenças mais prevalente. Estudos realizados no Brasil com idosos, ao avaliar as morbidades referidas têm observado que a hipertensão arterial (HA) é a mais prevalente (GOTTLIEB et al., 2011; SOUZA et al., 2011; PEDRAZZI et al., 2007).

No estudo de Fontes et al. (2010), onde se investigou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos de uma unidade de saúde da família de Diamantino, MG, os resultados apontaram que a doença de maior prevalência na população estudada foi a hipertensão arterial (80,6%). Sampaio et al. (2009), em estudo para conhecer as condições de saúde e sociodemográficas de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA, identificaram que a doença mais prevalente entre os idosos foi a hipertensão, com 73,3% dos acometimentos.

Em uma pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro, as seis doenças mais referidas foram hipertensão (63%), artrite (48%), catarata (35%), depressão (25%), osteoporose (21%) e diabetes (18%). Destas, exceto o diabetes, todas foram mais frequentes entre as mulheres (IOZZI et al., 2008). Em um estudo realizado em Uberaba-MG dos cinco problemas de saúde referidos a hipertensão arterial foi a mais prevalente (17,6%), seguida pelos problemas de visão (10,4%) (TAVARES et al., 2007).

Como pode ser visto, os resultados destes estudos têm mostrado um perfil de morbidade referida com maior prevalência da hipertensão, artrite/artrose e diabetes mellitus. Fato preocupante, tendo em vista que doenças como hipertensão e diabetes representam fatores de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de doença renal crônica. O acometimento por artrite/artrose aumenta as chances de comprometimento da capacidade funcional dos idosos. Além disso, por serem doenças, geralmente, de longa duração as DCNT necessitam de maior tempo de tratamento e, conseqüentemente, maiores gastos em saúde advindos da necessidade de internações hospitalares e diagnósticos modernos e caros (SCHMIDT et al., 2011; PAPALÉO NETTO, 2007).

Diante do exposto, é de fundamental importância o diagnóstico precoce dessas doenças, que pode ser realizado de forma clínica por meio da observação de exames de rotina e complementares (laboratoriais, tomografias, raio-X, ressonância) (PAPALÉO NETTO, 2007). Outro método comumente utilizado em estudos com idosos para

verificar a prevalência de DCNT tem sido a morbidade referida, que se baseia na resposta à pergunta: “um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?” Com isso é possível obter de forma rápida as condições de saúde de uma população e auxiliar a elaboração das novas propostas em saúde pública (SOUZA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2008; PEDRAZZI et al., 2007; RAMOS, 2003).

De acordo com Oliveira et al. (2004), o conhecimento da morbidade e das causas de morte nos idosos é de fundamental importância para o planejamento de estratégias visando a promoção e a recuperação da saúde e a profilaxia de doenças. Neste contexto, no Brasil, as DCNT estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública e, assim, políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas.

O Ministério da Saúde protagonizou, junto a outras instituições de relevância nacional e internacional, a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Com ele, almeja-se nos próximos dez anos, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir de três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nesta perspectiva, o país tem destacado a organização da vigilância das DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco; a priorização de ações voltadas para a alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, envelhecimento ativo; expansão da atenção básica em saúde com definição de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT, ampliação da atenção farmacêutica com a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensos e diabéticos, atenção às urgências e atenção domiciliar (MALTA et al., 2006).

Visando obter uma melhor resposta da sociedade perante as ações desenvolvidas é importante fortalecer os vínculos entre o governo, as instituições acadêmicas e a sociedade civil. As relações com as instituições acadêmicas precisam ser expandidas, em parte por uma agenda de pesquisas adequadamente direcionadas, engajando-as no planejamento e nas avaliações em todos os níveis e no treinamento de profissionais de saúde que trabalham no SUS (SCHMIDT et al., 2011).

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo é parte de um trabalho mais amplo que objetivou realizar uma avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB. O estudo base, do qual este faz parte, caracteriza-se por ser de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários.

Foram incluídos neste estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, selecionados para compor a amostra e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos idosos em fase terminal de doença, sem possibilidades terapêuticas e que apresentavam debilidade clínica grave; e os que estavam ausentes do município durante o tempo da pesquisa.

A amostra deste estudo foi constituída por idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família, de dois Distritos Sanitários do total dos seis setores que compuseram a amostra do estudo base (Centro, Bela Vista, Palmeira, Catolé, Liberdade e Malvinas). Ela é proporcional a cada Distrito Sanitário, constituindo 141 idosos.

#### **3.1 Trabalho de campo**

O trabalho de campo do estudo base foi desenvolvido por equipes de dois entrevistadores cada uma, os quais eram alunos da Universidade Estadual da Paraíba de cursos da área da saúde. Os alunos foram devidamente treinados pela professora orientadora deste estudo.

#### **3.2 Coleta dos dados**

Foram coletados dados que objetivaram obter informações sócio-demográficas e das morbidades referidas.

##### **3.2.1 Sócio-demográficas**

Os dados sócio-demográficos incluíam informações sobre sexo (masculino e feminino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), escolaridade

(analfabeto, 1 a 4 anos, 5 a 8, 9 anos ou mais) e estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado).

### **3.2.2 Morbidade referida**

Para obtenção da informação sobre a morbidade referida, o entrevistado respondeu a seguinte pergunta: Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem determinada doença? No questionário as respostas se limitaram a oito condições crônicas: pressão alta, artrite/artrose/reumatismo, problema cardíaco, diabetes, osteoporose, doença crônica pulmonar (DCP), embolia/derrame e tumor maligno.

### **3.3 Análise dos dados**

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. As informações estatísticas foram obtidas com o auxílio do aplicativo estatístico SPSS 17.0. Para verificar a associação entre as morbidades referidas e sexo e grupo etário foi utilizado o teste Qui Quadrado ( $\chi^2$ ). Em todas as análises foi utilizado o nível de significância  $\alpha = 5\%$ .

### **3.4 Aspectos éticos**

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB (CAAE: 0228.0.133.000-08) (Anexo 1). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. No caso dos idosos, que por algum motivo, encontravam-se impossibilitados de assinar o termo de consentimento, foi solicitado ao responsável que o fizesse; caso este não estivesse no domicílio, foi realizada nova visita. Os idosos que se recusaram, não participaram do estudo e sendo assim, foram estabelecidos critérios de substituição.

## 4 RESULTADOS

Foram avaliados 141 idosos, dos quais 70,9% são mulheres e 29,1% homens. A média etária foi de 71,3 anos (desvio padrão 9,3), sendo 70,7 anos para as mulheres e 72,8 para os homens. A maioria dos idosos (52,5%) encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Em relação à escolaridade, a maior parte da população (39,7%) referiu ter de 1 a 4 anos de estudo e 38,3% eram analfabetos. Sobre o estado civil, 55,3% dos idosos eram casados, sendo que, ao avaliar por sexo, 73,2% do total dos homens relataram serem casados, enquanto 46% do total das mulheres referiram serem viúvas (Tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, de acordo com as condições sócio-demográficas. Campina Grande/PB, 2010.

VARIÁVEIS	SEXO		
	FEMININO (%)	MASCULINO (%)	TOTAL (%)
<b>GRUPO ETÁRIO</b>			
60 a 69 anos	56,0	43,9	52,5
70 a 79 anos	28,0	34,1	29,8
80 anos ou mais	16,0	22,0	17,7
<b>ESCOLARIDADE</b>			
Analfabeto	35,0	46,3	38,3
1 a 4 anos de estudo	40,0	39,0	39,7
5 a 8 anos de estudo	21,0	12,2	18,4
9 anos ou mais de estudo	4,0	2,4	3,5
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Solteiro	1,0	4,9	5,0
Casado	48,0	73,2	55,3
Viúvo	46,0	17,1	37,6
Separado	5,0	4,8	2,1

Em relação às morbidades referidas, a pressão alta apresentou maior prevalência entre os idosos (68,1%), seguida pela artrite/artrose/reumatismo (38,7%). O problema cardíaco foi referido por 24,3% dos idosos, seguido de outras morbidades como diabetes (19,0%), osteoporose (18,4%), embolia/derrame (10,8%), doença crônica pulmonar (8,0%) e tumor maligno (4,3%) em menor frequência. Entre as mulheres, as morbidades mais prevalentes foram pressão alta (70,0%) e artrite/artrose/reumatismo (48,0%). Entre os homens, as morbidades mais prevalentes foram pressão alta (63,4%) e problema cardíaco (25,0%). Todas as morbidades referidas apresentaram associação estatisticamente significativa com sexo (Tabela 2).

**Tabela 2-** Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as morbidades referidas e sexo. Campina Grande/PB, 2010.

MORBIDADES REFERIDAS	SEXO		
	FEMININO (%)	MASCULINO (%)	TOTAL (%)
<b>PRESSÃO ALTA*</b>			
SIM	70,0	63,4	68,1
NÃO	30,0	36,6	31,9
<b>ARTRITE/ARTROSE/REUMATISMO*</b>			
SIM	48,0	15,4	38,7
NÃO	52,0	84,6	61,3
<b>PROBLEMA CARDIACO*</b>			
SIM	24,0	25,0	24,3
NÃO	76,0	75,0	75,7
<b>DIABETES*</b>			
SIM	18,8	19,5	19,0
NÃO	81,2	80,5	81,0
<b>OSTEOPOROSE*</b>			
SIM	26,0	0,0	18,4
NÃO	74,0	100,0	81,6
<b>EMBOLIA/DERRAME*</b>			
SIM	8,2	16,7	10,8
NÃO	91,8	83,3	89,2
<b>DOENÇA CRÔNICA PULMONAR*</b>			
SIM	8,2	7,5	8,0
NÃO	91,8	92,5	92,0
<b>TUMOR MALIGNO*</b>			
SIM	4,0	4,9	4,3
NÃO	96,0	95,1	95,7

\*p<0,05

Quanto às morbidades referidas e grupo etário, a pressão alta obteve maior prevalência no grupo de 60 a 69 anos com 49,0%. As demais morbidades também apresentaram maior proporção no referido grupo, com exceção da osteoporose que foi mais prevalente no grupo de 70 a 79 anos (44,0%). O tumor maligno foi a morbidade que apresentou maior porcentagem no grupo de 60 a 69 anos (66,6%). No grupo de 80 anos ou mais a doença mais referida foi a embolia/derrame (35,7%). Nenhuma morbidade referida apresentou associação estatisticamente significativa com grupo etário (Tabela 3).

**Tabela 3-** Distribuição dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, de acordo com as morbidades referidas e grupo etário. Campina Grande/PB, 2010.

MORBIDADES REFERIDAS	GRUPO ETÁRIO		
	60 a 69 anos (%)	70 a 79 anos (%)	80 anos ou mais (%)
<b>PRESSÃO ALTA*</b>			
SIM	49,0	32,3	18,7
NÃO	60,0	24,4	15,6
<b>ARTRITE/ARTROSE/REUMATISMO*</b>			
SIM	52,8	30,2	17,0
NÃO	52,3	29,5	18,2
<b>PROBLEMA CARDIACO*</b>			
SIM	47,1	32,4	20,5
NÃO	54,2	29,0	16,8
<b>DIABETES*</b>			
SIM	57,7	15,4	26,9
NÃO	51,3	33,0	15,7
<b>OSTEOPOROSE*</b>			
SIM	40,0	44,0	16,0
NÃO	55,2	26,7	18,1
<b>EMBOLIA/DERRAME*</b>			
SIM	50,0	14,3	35,7
NÃO	52,8	31,5	15,7
<b>DOENÇA CRÔNICA PULMONAR*</b>			
SIM	45,4	36,4	18,2
NÃO	53,1	29,2	17,7
<b>TUMOR MALIGNO*</b>			
SIM	66,6	16,7	16,7
NÃO	51,8	30,4	17,8

\*p>0,05

## 5 DISCUSSÃO

O envelhecimento da população determina modificações sociais, econômicas e de saúde para uma melhor atenção ao idoso, tendo em vista as suas necessidades e limitações. No caso do Brasil, os desafios que essas mudanças impõem são inúmeros, uma vez que esse envelhecimento vem ocorrendo em ritmo acelerado. Estudos objetivando verificar a prevalência das morbidades referidas têm apresentado papel fundamental para conhecer o perfil epidemiológico e social da população estudada e para auxiliar os gestores de saúde a desenvolver ações estratégicas que possibilitem a prevenção de doenças e a promoção de saúde para a população brasileira.

Os dados sócio-demográficos do presente estudo mostraram que a maioria da população pesquisada era constituída por mulheres. Resultado semelhante foi encontrado por Coelho Filho e Ramos (1999), em uma amostra de idosos residentes em um centro urbano do Nordeste do Brasil, onde a maioria dos idosos foi constituída pelo sexo feminino (66,0%). Os dados também se assemelham com os obtidos em outros estudos com idosos (FONTES et al., 2010; RODRIGUES et al., 2008; ALVES et al., 2007).

Diferentemente a este estudo, no estudo realizado por César et al. (2008) para determinar o perfil de pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes em dois municípios pobres nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, a maioria da amostra era composta pelo sexo masculino (62,9%). Esse maior número de homens pode ser justificado pelo fato do estudo citado ter sido realizado em municípios afastados dos centros urbanos, pois de acordo com dados do Censo Demográfico realizado em 2010, os homens são maioria nas zonas rurais, e as mulheres nas zonas urbanas (IBGE, 2010).

De acordo com dados do Censo Demográfico 2010, há no Brasil uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. No Nordeste (NE), essa proporção é de 95,3 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Essa maior proporção de mulheres em relação aos homens pode ser justificada pela maior participação das mesmas na busca pelos serviços de saúde, o que facilitaria a identificação de suas doenças mais prontamente e diminuiria os gastos e o tempo de hospitalização, além do risco de declínio funcional e perda da independência (IOZZI et al., 2008). Assim, elas passam a agir mais precocemente na tomada de medidas de controle e prevenção. Outra hipótese seria a menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco,

notadamente no trabalho; no trânsito e, por último, menor uso de álcool e cigarro (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Quanto ao grupo etário, a população deste estudo constituiu-se em sua maioria (52,5%) de idosos pertencentes à faixa etária mais jovem (60 a 69 anos). Essa maior proporção de idosos mais jovens tem sido observada em outros estudos (PELEGRINI et al., 2011; BELON et al., 2008; CESAR et al., 2008; ARAUJO e ALVES, 2000). No estudo realizado por Coelho Filho e Ramos (1999), a proporção de idosos com idade abaixo de 70 anos foi de 53%. Segundo o Censo 2010, o grupo etário de 60 a 69 anos apresentou um valor absoluto de 11.349.930 de pessoas. Comparando o valor referido com o do grupo de 80 anos ou mais, que foi representado por 2.935.584 de pessoas, observa-se um maior contingente da população idosa da faixa etária mais jovem, o que poderia justificar sua maior participação no presente estudo. Apesar disso, vem sendo observado aumento do grupo de 80 anos ou mais (IBGE, 2010).

Em relação à escolaridade, verificou-se que a população estudada apresentava baixa escolaridade, predominando o tempo de estudo de 1 a 4 anos; o analfabetismo também apresentou elevada proporção entre os idosos participantes. Em sua distribuição por sexo, observou-se que as mulheres apresentaram mais anos de estudo que os homens, cuja maioria era de analfabetos. Resultado coerente com o presente estudo foi encontrado por Rodrigues et al (2008), em estudo com idosos atendidos em serviço ambulatorial de um Hospital Escola, em Ribeirão Preto-SP, onde 51,3% dos idosos referiram ter de 1 a 4 anos de estudo. No estudo realizado por Pedrazzi et al (2007) a maioria dos idosos teve oportunidade de estudar, pois 68,1% apresentava de 1 a 4 anos de estudo e 23,3% de 5 a 12 anos e a proporção de analfabetos foi maior entre as mulheres, resultados diferentes do presente estudo.

Essa maior proporção de mulheres com baixa escolaridade observada em alguns estudos pode ser devido ao fato de no início do século XX, tanto as crianças como os jovens, principalmente as mulheres, não tinham acesso à educação básica (RODRIGUES et al., 2008). Porém, essa realidade está mudando, pois de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) houve um aumento da escolaridade das mulheres que procuram trabalho. Em 2009, entre o 1,057 milhão de mulheres desocupadas e procurando por trabalho, 8,1% apresentava nível superior, porcentagem maior que a do ano de 2003 que era de 5% (IBGE, 2010). Assim, esse aumento dos anos de estudo entre as mulheres refletirá sobre o nível de escolaridade das idosas do século XXI que serão mais instruídas, conforme mostra o presente estudo,

onde as mulheres apresentaram mais anos de estudo que os homens, cuja maioria era de analfabetos.

Segundo Belém (2009), a baixa escolaridade, principalmente o analfabetismo, limita as condições de vida e trabalho do idoso, por ele não conseguir ler, escrever e entender informações. O Censo 2010, mostra que a taxa de analfabetismo caiu, mas ainda chega a 28% nas menores cidades do NE (IBGE, 2010). De acordo com o referido censo, a taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais de idade caiu de 13,63% em 2000 para 9,6% em 2010. Em 2000, o Brasil tinha 16.294.889 analfabetos nessa faixa etária, ao passo que os dados do Censo 2010 apontam 13.933.173 pessoas que não sabiam ler ou escrever, sendo que 39,2% desse contingente eram de idosos. Entretanto, a maior proporção de analfabetos estava nos municípios com até 50 mil habitantes na região Nordeste. Nessas cidades, a proporção de idosos que não sabiam ler e escrever estava em torno de 60%.

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos entrevistados era casada. Porém, ao considerar a viuvez, observou-se que a porcentagem de mulheres viúvas era bem maior que a de homens, cuja maior proporção era de casados. Os dados apresentados mostraram coerência com os obtidos no estudo de Gonçalves e Andrade (2010), onde a maioria da população idosa também era casada (64,8%). Outros estudos também têm verificado uma maior proporção de homens casados (RODRIGUES et al., 2008; ARAUJO; ALVES, 2000).

O maior número de viúvas é reflexo da maior procura por serviços de saúde pelas mulheres e da sobremortalidade masculina, que contribuem para um maior número de idosas. O casamento de idosos viúvos é diferente entre homens e mulheres. Eles, em geral, partem para a segunda ou terceira união muito mais rápido que elas. De acordo com os dados da pesquisa de Registro Civil, 16.294 foi o total de casamentos com homens viúvos, de todas as idades. Destes, 8.877 homens tinham mais de 60 anos quando decidiram casar novamente. Pelo menos metade desse grupo escolheu para a união mulheres solteiras. No mesmo estudo, apenas 3.478 mulheres viúvas com mais de 60 anos casaram novamente, sendo que 60% delas – ou 2.023 – realizaram o matrimônio com homens também viúvos. A pesquisa mostra, ainda, que elas apresentam outra particularidade, enquanto eles casaram com mulheres de idades variadas, elas preferem homens com mais de 60 anos (IBGE, 2007).

Em relação às morbidades investigadas no presente estudo, as mais referidas pelos idosos foram a pressão alta, a artrite/artrose, o problema cardíaco e o diabetes

mellitus. Todas as morbidades referidas apresentaram associação estatisticamente significativa com sexo, porém não apresentaram associação com grupo etário.

A pressão alta foi a morbidade mais prevalente (68,1%). Os dados mostram coerência com outros estudos (SCHMIDT et al., 2009; PEDRAZZI et al., 2007; BELÉM, 2009). Alves et al (2007), em estudo realizado para investigar a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos residentes no município de São Paulo, verificaram que a hipertensão arterial foi a condição crônica mais frequente (53,4%). No Canadá, entre as 21 condições pesquisadas em um estudo para comparar o impacto das condições crônicas auto-relatadas na qualidade de vida, foram mais frequentes: hipertensão, alergia, artrite e problema nas costas (SCHULTZ; KOPEC, 2003). No estudo realizado por Barros et al (2006) para analisar as desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, com base na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD, 2003), a doença crônica mais referida foi a doença de coluna (15,5%), e a hipertensão (14,5%) está no grupo das doenças mais prevalentes.

Levando-se em conta o sexo, o feminino foi o mais acometido pela HA, tendo sido referida por 70,0% das entrevistadas neste estudo. Em estudo realizado com idosos em Ribeirão Preto (SP), as idosas da faixa etária mais jovem, de 60 a 69 anos, apresentavam maior prevalência de morbidades que os idosos do sexo masculino do mesmo grupo etário (PEDRAZZI, 2007). No Rio de Janeiro em uma pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos, o número de doenças auto-declaradas também variou conforme o sexo: homens declaram menor número de doenças que as mulheres (IOZZI et al, 2008).

A hipertensão é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Nos idosos sua frequência aumenta bastante, o que leva a uma grande demanda à assistência médica, diretamente ou pelas suas complicações, particularmente os acidentes vasculares cerebrais (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

No presente estudo as doenças osteo-articulares (artrite/artrose/reumatismo) constituíram a segunda categoria de morbidades mais referida (38,7%), sendo que o seu acometimento foi maior no sexo feminino. Em um estudo para identificar os agravos que mais acometeram os idosos na área de abrangência de quatro unidades básicas de saúde de diferentes regiões no Município de Cascavel, Paraná, 17,7% dos idosos referiram doença do sistema osteomuscular no bairro Floresta (SOUZA, 2011). Essas

doenças se desenvolvem a partir de desgastes que se acumulam no tempo como a atrofia muscular e substituição das fibras musculares por fibras colágenas, rigidez articular, perda de flexibilidade e de força. Isto ocorre naturalmente no sistema musculoesquelético com o envelhecimento (PAPALÉO, 2007).

Segue-se o problema cardíaco, que foi referido em 24,3% da amostra do presente estudo, com ligeiro predomínio no sexo masculino (25,0%). O resultado observado mostra coerência com o encontrado por Lebrão e Duarte (2003) na Pesquisa Saúde Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizada no município de São Paulo, onde a frequência do problema cardíaco também foi maior entre os homens (20,5%).

O diabetes mellitus foi referido por 19% da população estudada, tendo sido a quarta doença mais referida. Em estudo para se estimar a prevalência de diabetes e de hipertensão auto-referidas e seus números absolutos no Brasil, a prevalência de diabetes foi de 5,3% para o total da amostra. Porém, considerando a população entre 65-74 anos a porcentagem foi bem maior (18,4%), em coerência com o presente estudo (SCHMIDT et al., 2009). Segundo Lima et al (2010), dentre as complicações crônicas dessa doença, destaca-se a oftalmopatia diabética, pé diabético, amputação e doença renal, o que pode ser preocupante em virtude de uma maior probabilidade de incapacidade. Assim, a intervenção na atenção à saúde do idoso portador de diabetes deve objetivar manter os níveis glicêmicos normais, visando evitar as lesões micro e macrovasculares, bem como controlar os fatores de risco cardiovasculares (TAVARES, 2007).

As doenças menos prevalentes neste estudo (osteoporose, embolia/derrame, doença crônica pulmonar e tumor maligno) não podem ser esquecidas, tendo em vista que elas fazem parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis e também necessitam de ações que visem prevenção e controle, como as outras morbidades que foram mais referidas. A menor frequência entre essas doenças tem sido observada em outros estudos com idosos (SOUZA et al., 2011; BELÉM, 2009).

Por fim, vale ressaltar que nenhuma morbidade referida apresentou associação estatisticamente significativa com grupo etário. As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, tendo em vista que as doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS) e se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica.

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno que vem ocorrendo de forma brusca e despreparada. Diante disso, observa-se a importância do planejamento de políticas públicas direcionadas às necessidades específicas da população idosa, pois com a coexistência de doenças crônicas na população de 60 anos ou mais, o sistema de saúde terá que fazer frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos dessas doenças. Porém, com o intuito de diminuir essa demanda, ações que tenham um significado prático no nível primário de atenção à saúde e que tenham uma relação de custo-benefício aceitável para os administradores dos poucos recursos destinados a essa área poderão ser realizadas.

Diante do exposto é de fundamental importância identificar a condição epidemiológica da população idosa, a fim de que, com o conhecimento das necessidades de atenção dessa população, sejam desenvolvidas ações de promoção e prevenção em saúde específicas para a população que envelhece.

## 6 CONCLUSÃO

No presente estudo, a hipertensão arterial foi à morbidade mais referida. Dentre as morbidades referidas, todas apresentaram associação estatisticamente significativa com sexo, porém não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre nenhuma delas e grupo etário.

Diante da elevada prevalência das morbidades referidas, especialmente a hipertensão arterial, observa-se a importância de inquéritos desse tipo, de forma a proporcionar o conhecimento da situação de saúde da população idosa, por conseguinte, suas necessidades em saúde. Com isso, será possível auxiliar gestores no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde de forma a melhorar e adaptar os serviços de saúde para a população idosa, garantindo assim, melhor qualidade de vida.

## 7 REFERÊNCIAS

ALONSO, J. et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 283-98, 2004.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, pg. 1924-1930, 2007.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**, v. 3, n. 3, fev. 2000.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, Dec. 2006.

BELÉM, P. L. O. **Capacidade funcional do idoso hospitalizado**. 2009. 54 f. Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação)- Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2009.

BELON, Ana Paula et al. Diabetes em idosos: perfil sociodemográfico e uso de serviços de saúde. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008. [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP\\_2008\\_1642.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP_2008_1642.pdf) (acessado em 15/Abr/2013).

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, 2008.

CÉSAR, J. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 4, p. 1835-45, 2008.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 1999.

FONTES, K. C. F. Q.; PISSOLATO, S. T. C.; COSTA, I. G. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos de uma unidade de saúde da família de Diamantino-MT. **Revista Matogrossense de Enfermagem**, p. 1-15, 2010.

GONÇALVES, V. C.; ANDRADE, K. L. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região Nordeste do Brasil (São Luís-MA). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 289-299, 2010.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no rio grande do sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico**: 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de registro civil**: 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeção da população do Brasil**: 2008.

IOZZI, Rosanna et al. Morbidade Referida - 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. **ABEP** 2008-1195.

KILSZTAJN, Samuel et al. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, jan/jun, 2003.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LIMA, C. T. et al. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 4, p.316-9, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, set, 2006.

Ministério da saúde do Brasil. Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877)>  
. Acesso em: Outubro, 2012.

OLIVEIRA, F. A. et al. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, p. 33-6, 2004.

Organização Mundial da Saúde (OMS), 2008. Enfermidades crônicas. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)>. Acesso em: Setembro, 2011.

PAPALÉO, Matheus Netto. **Tratado de Gerontologia**. 2ª ed., rev. e ampl.-São Paulo: Atheneu, 2007.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 407-413, 2007.

PELEGRINI, Andreia et al. Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, v. 13, n. 6, p. 442-447, 2011

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 19, p. 793-7, 2003.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.

SAMPAIO, L. S. et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 74-82, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Series Saúde no Brasil, Fascículo 4, 2011.

SCHULTZ, S. E.; KOPEC, J. A. Impact of chronic conditions. **Health Reports**, v. 14, n. 4, p. 41-53, 2003.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, v.8, n.1, 2005.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, p. 899-906, 2002.

SOUZA, E. A.; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S. Estudo da morbidade em uma população idosa. **Escola Anna Nery** (impr.), v. 15, n. 2, p. 380-388, 2011.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 5, p.1341-1352, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, 2009.

## ANEXO A

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

**Andamento do projeto - CAAE - 0228.0.133.000-08**

**Título do Projeto de Pesquisa**  
 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB E GRAU DE SATISFAÇÃO ACERCA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	09/07/2008 09:27:07	20/08/2008 14:45:35		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	09/07/2008 09:27:07	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	02/07/2008 21:52:51	Folha de Rosto	FR205237	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	20/08/2008 14:45:35	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP

**⓪ Voltar**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

*PP Pedrosa*  
 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

## ANEXO B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito livremente participar do estudo intitulado "Avaliação multidimensional da saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos" sob responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tarciana Nobre de Menezes.

**Propósito do Estudo:** Avaliar o idoso de Campina Grande atendido pela Estratégia de Saúde da Família em seus aspectos bio-psico-sociais.

**Participação:** Ao concordar em participar, deverei estar à disposição para responder a algumas perguntas referentes a dados demográficos, sócio-econômicos, situação de saúde e psico-cognitivos, utilização de medicamentos, hábitos de vida, redes de apoio social e grau de satisfação quanto aos serviços oferecidos pela estratégia. Além disso, permitirei a aferição da minha pressão arterial e das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricipital (DCT) e dobra cutânea subescapular (DCS), perímetro do braço (PB), perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ), perímetro do abdome (PA), perímetro da panturrilha (PP) e altura do joelho, bem como a realização de testes de capacidade funcional, avaliação da saúde bucal e coleta de sangue.

**Riscos:** Este estudo não trará risco para minha integridade física ou moral.

**Benefícios:** As informações obtidas com esse estudo poderão ser úteis cientificamente e de ajuda para os idosos.

**Privacidade:** A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os dados científicos resultantes do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas. Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer consequência para mim.

**Dúvidas e/ou reclamações:** Em caso de dúvidas e/ou reclamações entrar em contato com Tarciana Nobre de Menezes (33153415).

Campina Grande, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

-----  
Assinatura do participante do estudo  
ou impressão dactiloscópica

-----  
Assinatura do pesquisador