

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade heterogênea, associada a formas peculiares de manifestação de variáveis genético-biológicas, sócio-estruturais e psicológicas, as quais contribuem para a configuração de padrões de velhice normal, ótima e frágil (BELO HORIZONTE, 2005).

Do ponto de vista cronológico, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Esta diferença está relacionada com a maior expectativa de vida nos países desenvolvidos (TAMAI *et al*, 2011).

O município de Belo Horizonte (BH) – Minas Gerais, vivencia uma transição demográfica acentuada e rápida, o que demanda planejamento e estratégias de prestação de assistência adequada à população envelhecida. A partir da construção das pirâmides etárias em BH, segundo as áreas de vulnerabilidade à saúde, observou-se grande heterogeneidade entre elas, com padrões de estrutura etária semelhantes à de países desenvolvidos em áreas de risco baixo e à de países subdesenvolvidos em áreas de risco muito elevado (BELO HORIZONTE, 2005).

Diante desse quadro, a longevidade propicia a vivência de uma situação ambígua, que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência (CAMPOLINA, DINI e CICONELLI, 2011).

Assim, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que deve ser amplamente estudado, pelos profissionais de saúde, principalmente das Equipes de Saúde da Família, pois, de acordo com a Portaria nº 648 do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006), a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde é pela Atenção Básica (AB). Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu para promover a organização das ações de AB nos sistemas municipais de saúde.

A ESF se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade (SOUZA, 2008). Portanto, os profissionais de saúde que fazem parte da ESF devem estar preparados para atender essa demanda crescente da população idosa.

Porém, os profissionais de saúde geralmente não visualizam o idoso como

um indivíduo que apresenta necessidades diferentes dos demais adultos e, conseqüentemente, os estudantes não são estimulados a aplicar conhecimento e conceitos específicos relacionados ao idoso em sua dinâmica assistencial. Torna-se necessário, então, que se desenvolvam atividades acadêmicas que não apenas informem a respeito do envelhecimento, mas que formem profissionais que respeitem os limites e as peculiaridades decorrentes do envelhecimento, tornando-os capazes de reconhecer as modificações físicas, emocionais e sociais do idoso (TAMAI *et al*, 2011).

Pensando nisso, iniciei minha aproximação com a temática do idoso atendido pela ESF na Graduação, através do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde foi instituído no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF, pela Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008, disponibilizando bolsas para estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

Constitui-se num instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço de saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS. Além disso, o PET-Saúde busca a promoção de ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2010).

O Programa, em BH, é realizado através da parceria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH). No período de 2009 a 2010, na regional Noroeste do município, foi trabalhado o tema idoso – PET-Saúde Idoso 2009-2010. O trabalho realizado no PET-Saúde Idoso 2009-2010 foi intitulado “Avaliação da situação de saúde de idosos residentes na área de abrangência de três unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte” (UFMG/BH, 2010).

O objetivo geral do estudo foi avaliar de forma global a situação de saúde do idoso em áreas atendidas pelo Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte. Os objetivos específicos foram: investigar a condição funcional e cognitiva de pessoas acima de 60 anos na área de abrangência de 3 unidades básicas de saúde da regional Noroeste de Belo Horizonte; investigar a prevalência de riscos,

fragilidade e agravos das pessoas acima de 60 anos nas áreas mencionadas; investigar a situação de acesso e uso de medicamentos pelas pessoas maiores de 60 anos e aos cuidados oferecidos pelo Programa de Saúde da Família nas áreas mencionadas; investigar a existência de associações das variáveis relacionadas ao estado funcional e cognitivo, fragilidade, riscos, agravos e uso de medicamentos entre si e com variáveis de natureza sócio-demográfica e de acesso a cuidados (UFMG/BH, 2010).

Porém, permaneceram lacunas na elaboração desse estudo, surgindo vários questionamentos e dados que precisavam ser explorados. A análise desses dados é de extrema importância, pois, de acordo com o censo (IBGE, 2000) realizado em 2000, 8,6% da população brasileira é constituída por idosos. Projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas, com o grupo etário de maior crescimento o de 75 anos ou mais, revelando 49,3% (FALLER *et al*, 2010).

Com isso, esse processo de envelhecimento, no Brasil, está ocorrendo mais rapidamente do que em muitos países desenvolvidos e possui características únicas. Essas, combinadas com um contexto institucional instável e um ambiente econômico desfavorável, geram condições que fazem o processo muito mais complicado que nos países desenvolvidos (LEBRAO e DUARTE, 2003).

Isso se justifica pelo fato do processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ter ocorrido depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado estratégias institucionais de acesso aos serviços de saúde. Ao contrário, na América Latina, esse processo começou a ocorrer em meio a economias frágeis, crescentes níveis de pobreza, expandindo mais do que diminuindo as desigualdades sociais e econômicas, e contraindo mais do que expandindo o acesso aos serviços de saúde e recursos coletivamente financiados (LEBRAO e DUARTE, 2003).

A rápida transição demográfica no Brasil ocorreu junto com intensas transformações no padrão de morbi-mortalidade. Essa transição epidemiológica se caracteriza pela diminuição acentuada da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, com as doenças crônicas não transmissíveis assumindo uma tendência inversa (BARRETO e CARMO, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em

desenvolvimento (OMS, 2002). Como consequência desse aumento da morbidade por doenças crônicas, estima-se que a expectativa de vida saudável dos brasileiros ao nascimento seja 59,8 anos, 12 anos a menos que a expectativa de vida total (SCHIMIDT *et al*, 2011).

Então, surgem uma série de questões, como o aumento de gastos na saúde devido às doenças crônicas, exigindo cuidados contínuos, atendimentos especializados e internações. Isso é um alerta para o fato de que quanto mais idosos, mais precisaremos de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável à população, ou seja, que garanta a qualidade de vida do idoso. Porém, definir o conceito de qualidade de vida não é tarefa fácil, havendo várias discussões sobre o tema (FALLER *et al*, 2010).

De acordo com a World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL), da Organização Mundial de Saúde – OMS, a qualidade de vida é definida como:

A percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. É um conceito de ampla abrangência, afetado de modos complexos pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relacionamentos sociais, e relacionamentos com os mais importantes aspectos dentro do seu ambiente (WHOQOL, 1995, p. 1405).

Alguns estudos têm abordado a qualidade de vida em idosos, chamando atenção para aspectos como grau de dependência, capacidade física funcional, depressão e ansiedade, recursos materiais, dentre outros. Fatores como saúde e boa função física, auto-estima, auto-eficácia, autonomia, coerência, o próprio ambiente físico, social, econômico e espiritual têm sido considerados chave para uma boa qualidade de vida entre idosos (SOARES *et al*, 2011).

Assim, autonomia, auto-satisfação, cuidado, elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, participação e possibilidade de atuar em variados contextos sociais são, atualmente, elementos chaves para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007). Além disso, existem muitas ameaças à qualidade de vida da população idosa, como riscos de queda, doenças cardiovasculares e doenças crônico-degenerativas.

Então, se quisermos que a crescente população com mais de 60 anos continue ativa, participante e produtiva na sociedade, fica evidente a importância de atentarmos não apenas para os aspectos biológicos e psicológicos na assistência aos idosos, mas também sociais, ambientais e espirituais (LOW e MOLZAHN, 2007).

A promoção da saúde para essa faixa etária deve ser amplamente implementada, considerando, especialmente, as ações da Equipe de Saúde da Família.

Portanto, realizar estudos que permitam explorar alguns dados de acordo com os resultados do PET-Saúde Idoso 2009-2010 pode contribuir na elaboração de estratégias específicas, em prol da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, e para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, em conjunto com a Política da Atenção Básica.

As transformações demográficas e epidemiológicas, com o conseqüente aumento das doenças crônicas na população, gerando impactos no sistema de saúde, justificam este estudo. Além disso, conhecer o modo de vida, as condições de saúde e em relação à qualidade de vida do idoso permitirá adequar estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

O delineamento de políticas específicas para esse segmento etário vem sendo apontado como altamente necessário pela comunidade científica, sendo imprescindível o conhecimento de suas necessidades e condições de vida, principalmente pelos profissionais de saúde da ESF (SOARES *et al*, 2011).

2 OBJETIVO

Descrever o perfil sociodemográfico de idosos estudados no PET-Saúde Idoso 2009-2010, em Belo Horizonte, atendidos em unidades de saúde da família.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, que visa analisar alguns dados de uma pesquisa realizada anteriormente, em relação ao perfil sociodemográfico, qualidade de vida e morbidades mais prevalentes em relação à população idosa.

Na fase de coleta de dados do estudo foi utilizado um questionário semi-estruturado, aplicado por alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Idoso, nos anos de 2009 e 2010, de três Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (**APÊNDICE 1**).

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, porque este era o Distrito de maior número absoluto da população com 60

anos ou mais residentes e cadastrados nas áreas adscritas das Unidades Básicas de Saúde do município (BELO HORIZONTE, 2009).

No PET-Saúde Idoso 2009-2010, as variáveis dos protocolos de pesquisa foram: identificação; dados sociodemográficos; avaliação cognitiva – *mini mental*; hábitos de vida; auto percepção da saúde; avaliação da capacidade funcional; saúde bucal; morbidade auto-referida e acesso a medicamentos; acesso a serviços de saúde; audição e visão; fragilidade; medidas antropométricas (UFMG/BH, 2010).

Para definição da amostra foi realizado um cálculo amostral e uma distribuição entre os três Centros de Saúde, segundo proporção da população idosa de seus setores censitários (SC). Os habitantes com 60 anos ou mais total das três Unidades Básicas de Saúde era de 7.525, segundo Censo 2000 (IBGE, 2000). A expectativa era representar uma proporção de idosos semelhante à população de cada setor censitário dos três Centros de Saúde (UFMG/BH, 2010).

Assim, foi definido a coleta de dados de 365 idosos, adicionando-se um percentual de 20% para prevenir perdas. Foram sorteadas 3 ruas por Setor Censitário, com uso de números aleatórios, com posterior definição das direções de procura das casas. Os alunos bateram nas portas das casas das ruas sorteadas, indagaram sobre a presença de idosos e sua disposição para atendê-los. Ao todo, os questionários semi-estruturados foram aplicados em 403 idosos que residiam na área de abrangência desses Centros de Saúde (UFMG/BH, 2010).

O projeto cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – **APÊNDICE 2** (UFMG/BH, 2010).

Para este estudo, as variáveis estudadas foram os dados sociodemográficos, os hábitos de vida, a auto percepção da saúde e a morbidade auto-referida.

Os dados foram inseridos, digitados duplamente e analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0 (Chigago, Ilinois).

4 RESULTADOS

De acordo com a análise dos dados da pesquisa realizada no PET-Saúde Idoso 2009-2010 pode-se verificar que 72,6% dos idosos estudados pertenciam ao

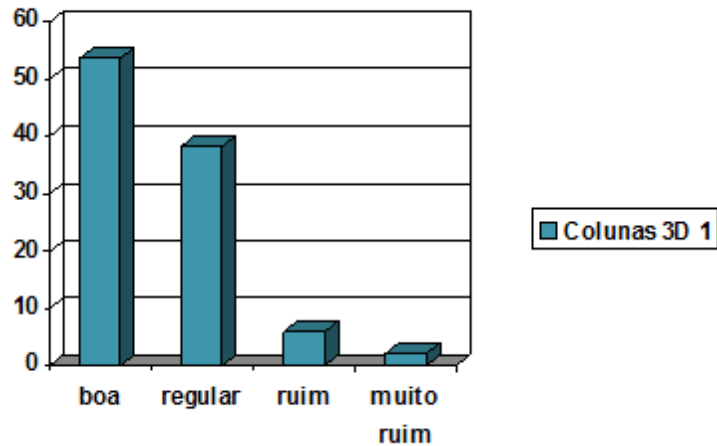
sexo feminino. Além disso, 12% desses viviam sozinhos e 88% com familiares. A faixa etária mais prevalente foi de 60-69 anos (40,4%), seguida de 70-79 anos (35,6%), 80-89 anos (20,6%) e por último de 90 anos ou mais (3,5%). Em relação ao estado civil, 43% eram casados e 38,9% viúvos (UFMG/BH, 2010).

Já em relação à raça, 43,4% se declararam mulatos e 40% se declararam brancos. Além disso, em relação à escolaridade, 47,7% informou ter o ensino fundamental incompleto, 13% o ensino fundamental completo, 16,4% ter cursado o ensino médio, 7,9% ter curso superior e 6,7% nunca ter ido a escola (UFMG/BH, 2010).

Em relação aos recursos econômicos, 15% trabalhavam e 85% eram aposentados ou pensionistas. Além disso, 77% residiam em casa própria e 9,3% recebiam de 1/2 a 2 salários mínimos. Já em relação à autopercepção da saúde, 13,7% se declararam insatisfeitos com a vida, 6,9% insatisfeitos se comparados aos pares, 24% insatisfeitos com a memória, 13,2 % insatisfeitos com a capacidade de resolver as coisas, 7,8% insatisfeitos com as relações familiares e amigos e 29% insatisfeitos com o Ambiente e o Transporte. Além disso, 52% dos idosos avaliaram sua saúde como boa (**GRÁFICO 1**) e 66% a consideraram melhor quando comparada com outras pessoas de sua idade – **GRÁFICO 2** (UFMG/BH, 2010).

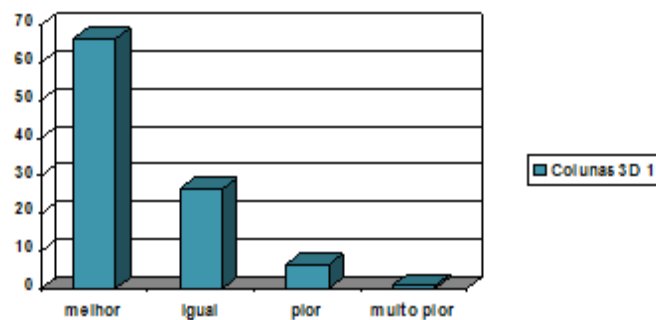
Em relação à morbidade auto-referida, pode-se verificar que 67% dos idosos entrevistados auto-referiram hipertensão arterial e 20% auto-referiram diabetes, sendo essas as morbidades mais prevalentes encontradas no estudo. Além disso, em relação aos hábitos de vida, 10% relataram ser tabagistas e 67,8% não praticavam exercícios programados. Em relação ao uso de remédios, foi constatado que 24,5% dos idosos usavam 5 ou mais medicamentos (UFMG/BH, 2010).

GRÁFICO 1 – Autoavaliação da saúde no momento.



UFMG/BH, 2010.

GRÁFICO 2 – Auto-avaliação da saúde comparada com outras pessoas da mesma idade.



UFMG/BH, 2010.

4 DISCUSSÃO

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do

número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 1999, o Ministro da Saúde, considerando a necessidade de o setor dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). Esta Política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (SILVESTRE e NETO, 2003).

Além disso, em 2006, a Portaria/GM nº 399 apresentou as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida, como consequência da dinâmica demográfica do país (BRASIL, 2006).

Além desse processo de transição demográfica, estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, sendo que cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (SILVESTRE e NETO, 2003). No estudo, foi constatado que 67% dos idosos entrevistados auto-referiram hipertensão arterial e 20% auto-referiram diabetes, resultado próximo do exposto em outros estudos.

Porém, a presença dessas morbidades não significa a perda da autonomia do idoso. Assim, intervenções eficazes devem ser realizadas pelos profissionais de saúde, especialmente da ESF, para preservar a qualidade de vida do idoso, mesmo que este possua alguma doença crônica.

Assim, para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas, com foco na ESF (SILVESTRE e NETO, 2003).

Ainda em relação a esse envelhecimento populacional, observa-se a predominância do sexo feminino nessa população, comprovada no estudo exposto nesse trabalho (72,6%). Esse resultado pode estar relacionado à maior exposição da população masculina aos fatores de risco que favorecem a mortalidade precoce

dessa população. Entre esses fatores encontram-se o tabagismo e o alcoolismo (REGO *et al*, 2011).

Além disso, agravos decorrentes das doenças crônicas não-transmissíveis têm sido as principais causas de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. A doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no país, e as doenças cardiovasculares, o segundo. Provavelmente, duas das causas mais importantes disso seja a alta prevalência de hipertensão e do diabetes na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessas doenças (BRASIL, 2006), indo de acordo com o encontrado no estudo.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, conforme comprovado no estudo exposto. No Brasil, existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, representando 35% da população de 40 anos e mais. Além disso, esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e, portanto, a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Em relação ao Diabetes Mellitus, sua incidência é crescente, a nível mundial, além de apresentar elevada morbimortalidade com diminuição da qualidade de vida. É importante melhorar o acompanhamento das pessoas com essa morbidade, pois o impacto na redução de expectativa de vida é considerável. Porém, há informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações, sendo o tema prioridade para a ESF. O acompanhamento pode ser realizado por meio da prevenção dos fatores de risco, identificação de pessoas com alto risco para diabetes e de casos não diagnosticados para tratamento, além da intensificação do controle de pacientes com o diagnóstico para a prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

Contudo, modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e do diabetes. Em relação ao baixo índice de adesão à atividade física, encontrado na pesquisa (67,8% não praticavam exercícios programados), é comprovado que os exercícios físicos diminuem a pressão arterial e os níveis de glicemia, reduzindo de maneira considerável os riscos de doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais, entre outros (BRASIL, 2006).

Além disso, o tabagismo, fator presente nos idosos da pesquisa (10% relataram ser tabagistas), é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes. Assim, quando presente, a Equipe de Saúde da Família deve lançar mão de recursos para o auxílio do indivíduo na meta de cessar o uso do tabaco (BRASIL, 2006).

Então, a prática de alimentação adequada, controle do peso, atividade física regular, evitar o tabagismo e o uso excessivo de álcool é comprovadamente eficaz para redução dos níveis pressóricos e da glicemia. Apesar dessas evidências, esses fatores continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão e do diabetes, assim como o controle inadequado dessas morbidades (BRASIL, 2006).

Além disso, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros. Por serem na maior parte do curso assintomáticas, o diagnóstico e tratamento da hipertensão e do diabetes é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão e do diabetes aos níveis considerados normais em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Considerando-se todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas – individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção. Este desafio é, sobretudo, da Saúde da Família, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade adscrita, levando-se em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

Assim, a ESF deve se preocupar com a promoção da saúde do idoso, tendo a capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida dessa população, em seu contexto familiar e social. Portanto, cabe a todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a ESF, estarem atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a AB possa ser competente, humanizada e resolutiva (SILVESTRE e NETO, 2003).

Portanto, o trabalho realizado no PET-Saúde Idoso 2009-2010 também teve o intuito de relatar a experiência dos alunos no ambiente da AB e em relação a

questões relacionadas à saúde do idoso. Faziam parte do PET-Saúde Idoso estudantes de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional (UFMG/BH, 2010).

De acordo com os alunos participantes, o PET-Saúde Idoso contribuiu para se chegar às seguintes conclusões: há reduzida inserção/indefinição do papel de profissionais na AB, a despeito da importância de sua inserção e reconhecimento do seu papel; oportunidade do contato precoce com a AB, possibilitando entender sua dinâmica, desenvolver olhar crítico sobre seu funcionamento e elaborar ações para aperfeiçoar o atendimento aos usuários; reconhecimento da importância da atenção primária para a saúde da população; detecção dos problemas da população idosa para planejar ações que busquem melhorar os cuidados e a qualidade de vida; verificação da importância do acompanhamento próximo da saúde do idoso que desenvolve doenças típicas do envelhecimento para obter melhor qualidade de vida; observação da importância do cuidado da saúde do idoso em ambientes comunitários, com maior comodidade e criação de vínculos com os profissionais que o atendem (UFMG/BH, 2010).

Assim, a experiência vivida no PET-Saúde Idoso 2009-2010 mostrou-se de grande relevância para a formação profissional dos estudantes, que além de aprenderem sobre o SUS, desenvolveram uma visão crítica do serviço de saúde, despertando assim, o desejo de contribuir para a sua melhora. Permitiu, também, conhecer a situação de saúde dos idosos e pensar alternativas para o cuidado e a promoção da saúde dos mesmos (UFMG/BH, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis são uma realidade mundial que demanda ações por parte dos profissionais de saúde, especialmente dos que compõe a ESF.

Assim, como enfermeira de Saúde da Família, busco me capacitar em relação aos temas, em busca de ações e estratégias que busquem preservar a qualidade de vida dos idosos, mesmo daqueles que possuam alguma doença crônica não transmissível.

O trabalho realizado no PET-Saúde Idoso 2009-2010 contribuiu para essa

capacitação e para minha formação, desde a fase de coleta de dados até a análise dos resultados. Além disso, o questionário aplicado na fase de coleta de dados possui muitas informações e dados que podem servir para estudos posteriores.

Portanto, aprofundar o trabalho em relação aos temas envelhecimento populacional e qualidade de vida do idoso, dando ênfase às morbidades mais prevalentes nessa faixa etária – hipertensão e diabetes, é de fundamental importância, refletindo sobre a necessidade de acompanhamento do idoso pela sua Equipe de Saúde da Família de referência.

Além disso, é de extrema relevância os profissionais da ESF buscarem intervenções eficazes que podem favorecer a manutenção da qualidade de vida dos idosos com diabetes e hipertensão.

Então, o desenvolvimento de uma nova pesquisa, em formato de dissertação de mestrado, que propõe uma estratégia de intervenção com foco na qualidade de vida dos idosos hipertensos e diabéticos, pode ser mais uma contribuição para a minha capacitação como enfermeira de Saúde da Família e para o fortalecimento das políticas públicas para essa população crescente no Brasil. O estudo realizado no PET-Saúde Idoso 2009-2010 e nesse Trabalho de Conclusão de Curso vão contribuir para a realização do novo estudo.

Face ao aumento da longevidade das pessoas, a obtenção de dados da qualidade de vida e do bem-estar dos idosos, além de ações que podem favorecê-los, são dados que podem ser fundamentais para dinamizar medidas adequadas a essa população, permitindo o alcance do envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1779-1790, 2007.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Belo Horizonte/MG: 2005-2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. PRODABEL. **Censo BH Social**. Consolidado das Famílias - Indivíduos cadastrados por município. Belo Horizonte/MG: 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Brasília/DF: 2010.

BRASIL. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999**, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1. Brasília/DF: 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília/DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PET-Saúde**. Portal da Saúde. Brasília/DF: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM de 22 de fevereiro 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília/DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Ministério da Saúde. (PACS). Brasília/DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília/DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus**. Brasília/DF: 2006.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, June 2011.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p. : il.

LOW, G.; MOLZAHN, A. E. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 141-150, 2007.

SOARES, S. M. *et al.* **Qualidade de Vida e perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte**. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH). Belo Horizonte/MG: 2012.

REGO, R. A. *et al.* Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 1990 Aug [cited 2011 June 28] ; 24(4): 277-285.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and

current challenges. **The Lancet**, v.377, n.9781, p.1949-1961. 2011.

SILVESTRE, J. A.; NETO, C.; MENEZES, M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, 2003; 19:839-47.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2008; 61:153-158.

TAMAI, S. A. B. *et al.* Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. **Einstein**. 2011; 9(1 Pt 1):8-13.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / BELO HORIZONTE (UFMG/BH). **Avaliação da situação de saúde de idosos residentes na área de abrangência de três unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte**. Trabalho do Grupo Tutorial Jardim Alvorada do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Idoso como parte de desenvolvimento de artigo científico. Belo Horizonte/MG: 2010.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, Oct. 2007.

FALLER, J. W. *et al.* Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2010; 14: 803-810.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP/WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life assessment: Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, P. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE 1

PET-Saúde
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM SAÚDE

Projeto	Avaliação da situação de saúde de idosos residentes na área de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Protocolo de coleta de dados
LINHA DE ATENÇÃO AO IDOSO - GRUPOS TUTORIAIS
UBS JD MONTANHÊS, SANTOS ANJOS E JD ALVORADA

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO (QI)

UBS (QI1)	ESF (QI2)	SETOR CENSIT. (QI3)	Nº Quest. (QI4)
(1) Montanhês	(1) Azul (2) Vermelha (3) Rosa (4) Verde (5) Laranja	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
(2) Santos Anjos	(1) Amarela (2) Laranja (3) Azul (4) Descoberta	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
(3) Alvorada	(1) Azul (2) Verde (3) Amarela (4) Rosa (5) Laranja	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _

QUADRO DE CONFIRMAÇÃO DA ENTREVISTA (QCE)

Confirmação da entrevista (QCE1)	Motivos (QCE2)
(1) Completa	(1) Recusou realizar a entrevista (2) Incapacidade de responder (_____)
(2) Incompleta	(3) Recusou-se a realizar as partes incompletas (4) Pediu para interromper (_____)
(3) Não realizada	(5) Não encontrado após 3 tentativas (6) Outra: _____
DATA: _ _ _ _ _ _ INÍCIO _ : _ h. FIM _ : _ h TEMPO _ _ _ _ min. (QCE3) (QCE4)	

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO E DO ENTREVISTADOR (QE)

NOME IDOSO: _____	
RUA: _____	Nº _____ COMPL _____
BAIRRO: _____	FONE: _____
NOME DE FAMILIAR, AMIGO OU VIZINHO PARA CONTATO: _____	FONE: _____
Obs.: _____	Cód. ENTREVISTADOR. _ _ _ _ (QE1)
ENTREVISTADORES: _____	_ _ _ _ (QE2)

Belo Horizonte
2009

I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

<p>I.1 GÊNERO: (1) Feminino (2) Masculino</p> <p>I.2 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ I.3 IDADE: _____ (anos)</p>

I.4 Qual é o seu estado civil?	Casado(a) ou vive com companheiro(a) Solteiro(a) Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a) Viúvo(a) NR	(1) (2) (3) (4) (9)
I.5 Como o(a) Sr(a) classifica sua cor ou raça?	Branca Preta Mulata/cabocla/parda Indígena Amarela/oriental NR	(1) (2) (3) (4) (5) (9)
I.6 Trabalha atualmente?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.7 Para aqueles que responderam SIM à I.6, perguntar: O que o senhor(a) faz? (procurar informações precisas sobre o tipo de ocupação)	_____	
I.8 O (a) senhor(a) é aposentado(a) ou pensionista?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.9 O senhor(a) é alfabetizado? (AUTO-REFERIDO)	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.10 Durante quantos anos o(a) Sr(a) frequentou a escola?	__ __ (anos) (NA=77; NS=88; NR=99)	
I.11 Qual o seu nível de escolaridade? <u>Estrutura antiga do ensino:</u> Primário – corresponde aos 4 primeiros anos do fundamental. Também pode ocorrer de ter uma 5ª série. Ginásio – corresponde às séries de 5ª a 8ª atuais. Científico, Formação, Clássico; corresponde ao ensino médio (3 séries)	Nunca foi à escola Ensino fundamental, incompleto Ensino fundamental, completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Pós-graduação incompleta Pós-graduação completa NA NS NR	(01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09) (77) (88) (99)
I.12 Quantos filhos o senhor(a) tem ou teve? (ao todo, inclusive mortos)	__ __ - (NS=88; NR=99)	
I.12.a Quantos são vivos hoje?	__ __ - (NS=88; NR=99)	
I.13 O (a) senhor(a) mora só?	Sim Não NR	(1) (2) (9)

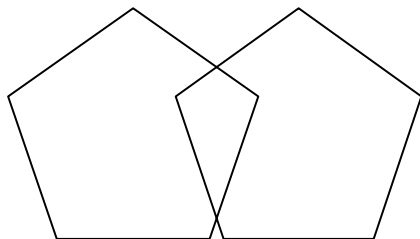
I.14 Para aqueles que não moram sozinhos, perguntar: “Quem mora com o (a) senhor(a)?” (Assinalar todas as que se aplicam e somar)	(01) Marido/mulher/companh. (02) Filhos (04) Netos (08) Bisnetos (16) Out parentes _____ (32) Out (amigo, empregado,...) (77) NA; (88) NS; (99) NR	SOMA: __ __
I.15 Ao todo, quantas pessoas vivem na casa?	__ __ pessoas	
I.16 O senhor(a) é proprietário de sua residência?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.17 O(a) senhor(a) é o principal responsável pelo sustento da família? (registrar o que ele declara. Se houver opinião divergente do cuidador, registre a parte)	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.18 Para aqueles que responderam NÃO , perguntar: “O(a) senhor(a) ajuda nas despesas da casa?”	Sim Não NR	(1) (2) (9)
I.19 Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? Salário mínimo = R\$ 465,00	Sem renda própria Até ½ SM (R\$ 232,50) Mais de ½ a 1 SM (R\$ 232,51 a 465,00) + de 1 a 2 SM (R\$ 465,01 a 930,00) + de 2 a 3 SM SM (R\$ 930,01 a 1.395,00) + de 3 a 5 SM (R\$ 1.395,01 a 2.325,00) + de 5 a 10 SM (R\$ 2.325,01 a 4.650,00) + de 10 a 20 SM (R\$ 4.650,01 a 9.300,00) + de 20 SM (R\$ 9.300,01 ou mais) NS NR	(00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (88) (99)
I.20 Qual a renda mensal da sua família , ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o(a) senhor(a)?	Até ½ SM (R\$ 232,50) Mais de ½ a 1 SM (R\$ 232,51 a 465,00) + de 1 a 2 SM (R\$ 465,01 a 930,00) + de 2 a 3 SM SM (R\$ 930,01 a 1.395,00) + de 3 a 5 SM (R\$ 1.395,01 a 2.325,00) + de 5 a 10 SM (R\$ 2.325,01 a 4.650,00) + de 10 a 20 SM (R\$ 4.650,01 a 9.300,00) + de 20 SM (R\$ 9.300,01 ou mais) NS NR	(01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (88) (99)

II. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MINIMENTAL)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:		P o n t o s	Pontuação
Ano	1		Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa. Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação a hora real/local.
Mês	1		
Dia do mês	1		
Dia da semana	1		
Hora aproximada	1		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL			Orientação espacial: Um ponto para cada resposta certa.
Estado	1		
Cidade	1		
Bairro ou rua próxima	1		
Local genérico (Instituição: hospital, residência, clínica.)	1		
Local específico (apartamento ou setor)	1		
MEMÓRIA IMEDIATA:			Um ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa. Repita até as 3 palavras serem entendidas ou o máximo de 5 tentativas. (veja manual)
Carro, vaso, tijolo.	3		
ATENÇÃO E CÁLCULO:			um ponto para cada resposta certa.
100-7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65	5*		
OU soletrar MUNDO de trás pra frente	5		O primeiro erro determina a pontuação correta.
EVOCAÇÃO			Um ponto para cada uma das 3 palavras evocadas.
Recordar as três palavras	3		
LINGUAGEM E FUNÇÕES EXECUTIVAS:			Um ponto para cada resposta certa.
Nomear um relógio e uma caneta	2		
Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá."	1		
Comando: "Pegue este papel com sua mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão."	3		Um ponto para cada etapa correta.
Ler e obedecer: "Feche os olhos"	1		Um ponto caso obtenha sucesso na tarefa.
Escrever uma frase (NA PÁGINA SEGUINTE)	1		Um ponto se compreensível. A frase deve ser completa, com princípio, meio e fim (sujeito, verbo e predicado).
Copiar o desenho (NA PÁGINA SEGUINTE)	1		Um ponto se houver 5 ângulos em cada figura E COM 2 ângulos sobrepostos.
II - TOTAL	30		 __ __ (NA=77; NR=99)

DESENHO:



 FRASE

III HÁBITOS DE VIDA

Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida.

III.1 O(a) Sr(a) fuma atualmente:		
III.1.1 Cigarros comuns (industrializados)?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
III.1.1 Outro tipo de tabaco? (Se sim anotar qual: _____)	Sim Não NR	(1) (2) (9)
III.2 Para aqueles que responderam SIM ao cigarro:		
III.2.1 “Há quanto tempo o(a) senhor(a) é fumante?” (anotar em anos; se < 1 ano, em meses; se não fuma)	_ _ _ ()anos ()meses (NA=77; NS=88; NR=99)	
III.2.2 “Quantos cigarros em média fuma por dia?” (Um maço = 20 cigarros)	_ _ _ (NA=77; NS=88; NR=99)	
III.2.3 No último ano o Sr(a) alterou seu hábito de fumar?	(1) Sim, aumentou (2) Sim, diminuiu (3) Sim, parou e recomeçou (4) Não alterou (7) NA; (8) NS; (9) NR	
III.3 Para aqueles que responderam NÃO ao cigarro , perguntar:	Nunca fumou? Já fumou e largou? NA NR	(1) (2) (7) (9)
III.4 O senhor (a) costuma tomar bebidas alcoólicas?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
III.5 Para aqueles que responderam SIM , perguntar: “Com que frequência bebe?” (Em caso de resposta vaga, do tipo ‘De vez em quanto...’ insistir na quantificação da frequência)	Raramente 1 vez por semana 2 a 3 vezes por semana 4 a 5 vezes por semana Todos os dias NA NR	(1) (2) (3) (4) (5) (7) (9)
III.6 Tipo de bebida (a soma deve conter dois dígitos para diferenciar 07 de 77)	(01) Cerveja (02) Destilado	

	(04) Vinho SOMA __ __ (NA=77; NR=99)
III.7 Para aqueles que responderam SIM , perguntar: “ Quando o (a) senhor(a) bebe, costuma servir-se de quantas doses”: 1 dose = 1 copinho de destilado (+/-30 ml), 1 lata de cerveja, ou 1 taça de vinho Considere: 1 garrafa de cerveja= 2 latas; 1 copo americano = 3 copinhos de destilado; 1 garrafa de vinho = 8 taças)	Até ½ dose* (1) Até 1 dose (2) Até 2 doses (3) De 3 a 4 doses (4) ≥ de 5 doses (5) NA (7) NR (9)
III.8 Para aqueles que responderam NÃO , perguntar: “Bebia e largou de beber?”	Sim (1) Não (2) NA (7) NR (9)
III.9 O (a) senhor (a) pratica exercício físico programado?	Sim (1) Não (2) NR (9)
III.10 Quantas horas por semana pratica esses exercícios?	__ __ horas (NA=77; NS=88; NR=99)
III.11 Nas suas atividades diárias, incluindo trabalho, o (a) senhor (a) realiza algum tipo movimentação, esforço, exercício. Se SIM, anotar na linha abaixo qual? (ficar em pé, varrer, lavar roupa, ir à padaria ou ao banco, carregar peso): (_____)	Sim (1) Não (2) NR (9)

IV AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE

IV.1 Satisfação global com a vida e referenciada a domínios

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
(a) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua vida hoje?	(1)	(2)	(3)	(4)
(b) Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o(a) senhor(a) diria que está satisfeito(a) com a sua vida?	(1)	(2)	(3)	(4)
(c) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	(1)	(2)	(3)	(4)
(d) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	(1)	(2)	(3)	(4)
(e) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com as suas amizades e relações familiares?	(1)	(2)	(3)	(4)
(f) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	(1)	(2)	(3)	(4)
(g) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com seu acesso aos serviços de saúde?	(1)	(2)	(3)	(4)
(h) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com os meios de transporte de que dispõe?	(1)	(2)	(3)	(4)

IV.2 Saúde percebida

(a) Pensando de um modo geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?	Boa	(1)
	Regular	(2)
	Ruim	(3)
	Muito ruim	(4)
	NS	(8)
	NR	(9)
(b) Quando o senhor (a) compara a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, como o senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?	Melhor	(1)
	Igual	(2)
	Pior	(3)
	Muito pior	(4)
	NS	(8)
	NR	(9)

V. Atividades da vida diária

Agora eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades.

V.1 Atividades Avançadas de Vida Diária			
Nós gostaríamos de saber qual é a relação do(a) Sr(a) com as seguintes atividades:	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
(a) Fazer visitas na casa de outras pessoas	(1)	(2)	(3)
(b) Receber visitas em sua casa	(1)	(2)	(3)
(c) Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	(1)	(2)	(3)
(d) Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso ou grupo.	(1)	(2)	(3)
(e) Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	(1)	(2)	(3)
(f) Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	(1)	(2)	(3)
(g) Dirigir automóvel	(1)	(2)	(3)
(h) Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	(1)	(2)	(3)
(i) Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	(1)	(2)	(3)
(j) Fazer trabalho voluntário	(1)	(2)	(3)
(k) Fazer trabalho remunerado	(1)	(2)	(3)
(l) Desenvolve atividades de liderança (diretorias, conselhos, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou em centros de convivência), ou desenvolver atividades políticas	(1)	(2)	(3)

V.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)

<p>Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:</p>		
Funções (Registre o escore correspondente à opção na última coluna)	Opções	Escores
<p>Usar o telefone</p> <p>I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? (2)</p> <p>D: É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar) (1)</p>		_
<p>Uso de transporte</p> <p>I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? (2)</p> <p>D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi? (1)</p>		_
<p>Fazer compras</p> <p>I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? (2)</p> <p>D: É incapaz de fazer compras? (1)</p>		_
<p>Preparo de alimentos</p> <p>I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? (2)</p> <p>D: É incapaz de preparar qualquer refeição? (1)</p>		_
<p>Tarefas domésticas</p> <p>I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? (2)</p> <p>D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico? (1)</p>		_
<p>Uso de medicação</p> <p>I: É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? (2)</p> <p>D: É incapaz de tomar a medicação sem ajuda? (1)</p>		_
<p>Manejo do dinheiro</p> <p>I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? (3)</p> <p>A: Precisa de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? (2)</p> <p>D: É incapaz de realizar estas atividades? (1)</p>		_
<p>Andar fora de casa</p> <p>I: É capaz de andar sozinho sem nenhum tipo de ajuda? (3)</p> <p>A: É capaz de andar, mas necessita de auxílio (Bengalas, andador, ou outra pessoa)? (2)</p> <p>D: É incapaz de andar fora de casa (1)</p>		_

(V.2) ESCORE LAWTON |_|_| (8 a 24 – NR=99)

V.3 ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)

Vamos agora continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas		
Área de Funcionamento	Pontos	Escores
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) (I) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (D) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	0 0 1	 _
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) (I) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (D) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (D) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	0 1 1	 _
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) (I) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) (D) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite (D) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	0 1 1	 _
Transferência (I) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (D) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (D) não sai da cama	0 1 1	 _
Continência (I) controla inteiramente a micção e a evacuação (D) tem "acidentes" ocasionais (D) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	0 1 1	 _
Alimentação (I) alimenta-se sem ajuda (D) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (D) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	0 1 1	 _
(V.3) ESCORE KATZ _ 		

V.4 Expectativa de Cuidado em AVDs e AIVDs

Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o senhor(a) tem com quem contar?	Sim	(1)
	Não	(2)
	NR	(9)
Para aqueles que responderam SIM , perguntar: “ Quem é essa pessoa?”		
Cônjuge ou companheiro(a)	(01)	SOMA _ _
Filha e/ou nora	(02)	
Filho e/ou genro	(04)	
Outro parente	(08)	
Um(a) vizinho(a) e/ou amigo(a)	(16)	
Um profissional pago		

	NA	(32)	
	NR	(77)	
		(99)	

VI. Saúde Bucal Percebida e aspectos Funcionais da alimentação

Agora vamos falar sobre seus dentes.

VI.1 Quantos dentes naturais o(a) senhor(a) tem? (apenas o declarado pelo idoso)			_ _
VI.2 O(a) senhor(a) usa dentadura? (Para aqueles que responderam NÃO , ir para a questão VI.5)		Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.3 Para aqueles que responderam SIM , perguntar: Em qual arcada usa dentadura:	Na de cima? Na de baixo? Em ambas as arcadas? NA NR		(1) (2) (3) (7) (9)
VI.4 O senhor(a) está usando a dentadura nesse momento?		Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
VI.5 O senhor(a) usa "ROACH"? (caso ele declare que usa mas está sem usar no momento por algum motivo, registrar SIM)		Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.6 A sua dentadura ou a sua ROACH machuca ou cai? (Encaminhar à UBS)		Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
VI.7 O (a) senhora (a)(a) se alimenta com a dentadura ou com ou ROACH?		Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
VI.8 Teve dor nos dentes, nas gengivas ou no rosto nos últimos 3 meses? (Encaminhar à UBS)	Nenhuma Pouca Moderada Muita NR		(1) (2) (3) (4) (9)
VI.9 Tem sentido sua boca seca ultimamente? (Recomendar que relate ao médico e/ou dentista)		Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.10 Tem alguma ferida na língua, bochecha, céu da boca ou lábio que está presente há mais de 1 mês? (Encaminhar à UBS)		Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.11 Como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde bucal?		Ruim Regular Boa Ótima NR	(1) (2) (3) (4) (9)

Agora eu gostaria de saber sobre possíveis mudanças ou dificuldades para se alimentar que o(a) senhor(a) tem sentido **nos últimos 12 meses**.

VI.12 Mudança no paladar ou dificuldade para perceber e diferenciar os sabores?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.13 Dificuldade ou dor para mastigar comida dura?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.14 Dificuldade ou dor para engolir?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.15 Sensação de alimento parado ou entalado? onde? (no manual pedir para apontar)	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.16 Retorno do alimento da garganta para a boca ou para o nariz?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.17 Pigarro depois de comer alguma coisa?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.18 Engasgos ao se alimentar ou ingerir líquidos?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.19 Necessidade de tomar líquido para ajudar a engolir o alimento?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.20 Uso de remédios para aliviar a dor de dentes?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
VI.20 Uso de remédios para aliviar a dor na gengiva, na bochecha ou no rosto?	Sim Não NR	(1) (2) (9)

VII – MORBIDADE AUTO-REFERIDA E ACESSO A MEDICAMENTOS

VII.1 - DOENÇAS AUTO-RELATADAS, EXISTENTE NO ÚLTIMO ANO E DIAGNOSTICADAS POR MÉDICO

Algum médico já disse que o senhor(a) tem os seguintes problemas de saúde? Ou, faz tratamento para alguma delas?					
VII.1.1 Problema do coração/doença do coração? Qual?	Sim	(1)	VII.1.2 Pressão alta/hipertensão?	Sim	(1)
	Não	(2)		Não	(2)
	NR	(9)		NR	(9)
VII.1.3 Derrame? (AVC; AVE)	Sim	(1)	VII.1.4 Parkinson?	Sim	(1)
	Não	(2)		Não	(2)
	NR	(9)		NR	(9)
VII.1.5 Diabetes Mellitus?	Sim	(1)	VII.1.6 Tonteira ou vertigem?	Sim	(1)
	Não	(2)		Não	(2)
	NR	(9)		NR	(9)
VII.1.7 Artrite ou reumatismo?	Sim	(1)	VII.1.8 Doença pulmonar crônica (Bronquite/enfisema/asma) (DPOC)?	Sim	(1)
	Não	(2)		Não	(2)
	NR	(9)		NR	(9)
VII.1.9 Depressão/ ansiedade/ insônia?	Sim	(1)	VII.1.10 Osteoporose?	Sim	(1)
	Não	(2)		Não	(2)
	NR	(9)		NR	(9)

VII.1.11 Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	Sim Não NR	(1) (2) (9)	VII.1.12 Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
-------------------------------------------------------------------	------------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------	------------------	-------------------

VII.1.13 NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, algum médico diagnosticou algum tipo de tumor maligno ou câncer no(a) Sr(a)

(1) Sim (2) Não (9) NR

VII.1.14 Para quem declarou osteoporose: O(a) Sr(a) disse ter osteoporose; gostaríamos então de saber se chegou a fazer exame com imagem do osso (densitometria óssea):

(1) Sim (2) Não (7) NA (9) NR

VII.2 - DOENÇAS AUTO-RELATADAS - COMPLEMENTAÇÃO

VII.2.1 Algum médico disse que o Sr(a) **tem** alguma outra doença que não citamos antes?

(1) Sim (2) Não (3) Não se lembra (9) NR

(Se NÃO ou NÃO SE LEMBRA ou NR, registrar 77 (NA) de VII.2.2.1 a VII.2.2.6)

VII.2.2 SE sim, quais? (se oito espaços forem insuficientes, use a lateral para registrar)

VII.2.2.1 _____ VII.2.2.2 _____

VII.2.2.3 _____ VII.2.2.4 _____

VII.2.2.5 _____ VII.2.2.6 _____

VII.2.3. QUANTAS DOENÇAS FORAM DECLARADAS AO TODO, INCLUINDO CÂNCER E AS DEMAIS QUE FORAM LEMBRADAS: |__|__| (NA=77; NR=99)

VII.3 - ACAMADO

VII.3.1 O(a) Sr(a) esteve acamado nos últimos 12 meses por motivo de doença ou cirurgia?

(1) Sim (2) Não (3) Não se lembra (9) NR

VII.3.2 Se SIM, por quantos dias: |__|__|__| dias (NA=777; NS=888; NR=999)

VII.4 ACESSO A MEDICAMENTOS PARA AS DOENÇAS RELATADAS

(ESPONTÂNEAS E INDUZIDAS)

VII.4.1 O(a) Sr(a) se lembra quantos medicamentos está usando nesse momento inclusive pomadas, colírios, vitaminas...? (nesse momento significa medicamentos em uso, mesmo que não vá tomar no dia da entrevista, como pode acontecer para a osteoporose, com medicamentos tomados semanalmente ou mensalmente - excluir medicamentos caseiros)

(1) Sim (2) Não (3) Não se lembra (7) NA (9) NR.

VII.4.1.1 SE SIM, quantos? |__|__| (NA=77).

VII.4.2 Dos medicamentos que está tomando nesse momento, há algum não prescrito por médico, dentista ou pela enfermeira do CS?

(1) Sim (2) Não (3) Não se lembra (7) NA (9) NR

VII.4.1.1 SE SIM, quantos? |__|__| (NA=77).

VII.4.3 Para alguma dessas doenças acima o(a) Sr(a) precisou comprar ou obter de outra forma algum medicamento **nos últimos 30 dias** (último mês)?

(1) Sim (2) Não (3) Não se lembra (7) NA (9) NR

No caso do idoso se lembrar de pelo menos de uma doença, preencha o quadro a seguir.

Lembre-se que o questionamento se refere às doenças para as quais precisou obter medicamentos **nos últimos 30 dias**.

VII.4.4 (a) até (e) - Nos últimos 30 dias, o Sr (a) precisou de conseguir medicamentos para o tratamento de alguma dessas doenças?

Relacione as doenças que o(a)entrevistado(a) relatar ter tido necessidade de obter medicamentos nos últimos 30 dias. SE MAIS DE CINCO, COLETAR APENAS AS CINCO PRIMEIRAS QUE O ENTREVISTADO RELATAR. NÃO DIRIGIR A RESPOSTA PARA DETERMINADA DOENÇA..			
VII.4.4.1 Doenças	VII.4.4.2 Conseguiu o(s) medicamento(s)?	VII.4.4.3 Onde conseguiu?	VII.4.4.4 Por quê não conseguiu?
(a) (escrever nome da doença) _____ (7) NA (8) NS (9) NR	(a) (1) Sim, todos. (2) Sim, pelo menos um (3) Não, nenhum (7) NA; (8) NS; (9) NR	(b) (01) SUS. (02) Farm. Pop. (Lj. própria) (04) Farm. Pop. (Comercial) (08) Farmácia comercial (16) Outra (_____) VII.3.5 (bb) SOMA: _ _ (77) NA; (88) NS; (99) NR	(a) (01) Não tinha SUS. (02) Não tinha Farm Pop. (04) Não tinha Farm com. (08) Não tinha dinheiro (16) Outra (_____) VII.3.6 (aa) SOMA: _ _ (77) NA; (88) NS; (99) NR
(b) (escrever nome da doença) _____ (7) NA (8) NS (9) NR	(b) (1) Sim, todos. (2) Sim, pelo menos um (3) Não, nenhum (7) NA; (8) NS; (9) NR	(b) (01) SUS. (02) Farm. Pop. (Lj. própria) (04) Farm. Pop. (Comercial) (08) Farmácia comercial (16) Outra (_____) VII.3.5 (bb) SOMA: _ _ (77) NA; (88) NS; (99) NR	(b) (01) Não tinha SUS. (02) Não tinha Farm Pop. (04) Não tinha Farm com. (08) Não tinha dinheiro (16) Outra (_____) VII.3.6 (bb) SOMA: _ _ (77) NA; (88) NS; (99) NR
(c) (escrever nome da doença) _____ (7) NA (8) NS (9) NR	(c) (1) Sim, todos. (2) Sim, pelo menos um (3) Não, nenhum (7) NA; (8) NS; (9) NR	(b) (01) SUS. (02) Farm. Pop. (Lj. própria) (04) Farm. Pop. (Comercial) (08) Farmácia comercial (16) Outra (_____) VII.3.5 (bb) SOMA: _ _	(c) (01) Não tinha SUS. (02) Não tinha Farm Pop. (04) Não tinha Farm com. (08) Não tinha dinheiro (16) Outra (_____) VII.3.6 (cc) SOMA: _ _ (77) NA; (88) NS; (99) NR

		(77) NA; (88) NS; (99) NR	
<p>(d) (escrever nome da doença)</p> <p>_____</p> <p>(7) NA (8) NS (9) NR</p>	<p>(d)</p> <p>(1) Sim, todos. (2) Sim, pelo menos um (3) Não, nenhum</p> <p>(7) NA; (8) NS; (9) NR</p>	<p>(b)</p> <p>(01) SUS. (02) Farm. Pop. (Lj. própria) (04) Farm. Pop. (Comercial) (08) Farmácia comercial (16) Outra (_____)</p> <p>VII.3.5 (bb) SOMA: _ _ </p> <p>(77) NA; (88) NS; (99) NR</p>	<p>(d)</p> <p>(01) Não tinha SUS. (02) Não tinha Farm Pop. (04) Não tinha Farm com. (08) Não tinha dinheiro (16) Outra (_____)</p> <p>VII.3.6 (dd) SOMA: _ _ </p> <p>(77) NA; (88) NS; (99) NR</p>
<p>(e) (escrever nome da doença)</p> <p>_____</p> <p>(7) NA (8) NS (9) NR</p>	<p>(e)</p> <p>(1) Sim, todos. (2) Sim, pelo menos um (3) Não, nenhum</p> <p>(7) NA; (8) NS; (9) NR</p>	<p>(b)</p> <p>(01) SUS. (02) Farm. Pop. (Lj. própria) (04) Farm. Pop. (Comercial) (08) Farmácia comercial (16) Outra (_____)</p> <p>VII.3.5 (bb) SOMA: _ _ </p> <p>(77) NA; (88) NS; (99) NR</p>	<p>(e)</p> <p>(01) Não tinha SUS. (02) Não tinha Farm Pop. (04) Não tinha Farm com. (08) Não tinha dinheiro (16) Outra (_____)</p> <p>VII.3.6 (ee) SOMA: _ _ </p> <p>(77) NA; (88) NS; (99) NR</p>

VIII. Acesso a Serviços Médicos e Odontológicos

Agora vamos falar sobre o uso que o(a) senhor(a) tem feito de serviços médicos e odontológicos **nos últimos 12 meses:**

VIII.1 Ficou ser internado no hospital pelo menos por 1 noite?	Sim Não NS NR	(1) (2) (8) (9)
VIII.2 Para aqueles que responderam SIM , perguntar: “Quantas vezes?”	_____ (NA=77;NS=88; NR=99)	
VIII.3 Quantos dias de internação? (Número total nos últimos 12 meses)	_____ (NA=777;NS=888; NR=999)	
VIII.4 Para aqueles que foram hospitalizados mais de uma vez, perguntar: Considerando todas as vezes que o(a) senhor(a) foi internado(a), qual foi o maior tempo de permanência no hospital? (Considerar a internação na qual permaneceu por mais tempo no hospital)	< 5 dias 6 – 10 dias 11 – 15 dias >15 dias NA NS NR	(1) (2) (3) (4) (7) (8) (9)
VIII.5 Precisou ser atendido em serviço de urgência (UPA, PS)?	Sim Não NS NR	(1) (2) (8) (9)
VIII.6 Se SIM , perguntar: “Quantas vezes?”	_____ (NA=77; NS=88; NR=99)	
VIII.7 O(a) senhor(a) recebeu em sua casa a visita de algum enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico ou auxiliar de enfermagem? (não considere visitas de ACS ou auxiliares de enfermagem)	Sim Não NS NR	(1) (2) (8) (9)
VIII.8 Quantas vezes o senhor (a) foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)?	Nenhuma 1 - 2 3 - 5 > 5 NS NR	(1) (2) (3) (4) (8) (9)
VIII.9 Se nenhuma , perguntar: “ Qual o principal motivo de não ter ido ao médico <u>nos últimos 12 meses?</u> ”	(1) Não precisou (2) Precisou, mas não quis ir (3) Precisou, mas teve dificuldade de conseguir consulta (4) A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir (5) A consulta foi marcada, mas não quis ir (7) NA (8) NS (9) NR	
VIII.10 Quando o senhor (a) tem necessidade de atendimento médico, que tipo de serviço de saúde o senhor (a) procura com <u>maior frequência:</u>	(1) Centros de saúde, ambulatórios e clínicas do SUS (2) Serviço de urgência do SUS (3) Clínicas, consultórios e hospitais ligados a convênios ou planos privados de saúde. (4) Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos diretamente pelo paciente. (5) outro: _____ (8) NS (9) NR	

VIII.11 O senhor (a) tem plano ou seguro particular de serviços médicos?		Sim Não NR	(1) (2) (9)
VIII.12 Se SIM , perguntar: “Quem mantém o seu plano de saúde particular?”.	(1) O(a) próprio(a) idoso(a) (2) Um filho ou filha (4) Outro (_____) (7) NA (8) NS (9) NR	SOMA _	
VIII.13 O Senhor(a) tomou as seguintes vacinas contra? (solicitar cartão de vacinas, se possível)	(01) a gripe nos últimos 12 meses (02) o tétano nos últimos 10 anos (04) a febre amarela nos últimos 10 anos (08) Outra:(qual doença) _____ (77) NA (88) NS (9) NR	SOMA _ _	
VIII.14 Quantas vezes o senhor(a) foi à uma consulta odontológica?	Nenhuma 1 - 2 3 - 5 > 5 NS NR	(1) (2) (3) (4) (8) (9)	
VIII.15 Se nenhuma , perguntar: “Qual o principal motivo de não ter ido ao dentista nos últimos 12 meses? ”	(1) Não precisou (2) Precisou, mas não quis ir (3) Precisou, mas teve dificuldade de conseguir consulta (4) A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir (5) A consulta foi marcada, mas não quis ir (7) NA (8) NS (9) NR		
VIII.16 Quando o senhor (a) tem necessidade de atendimento odontológico, que tipo de serviço de saúde o senhor (a) procura com maior frequência:	(1) Centros de saúde, ambulatórios e clínicas do SUS (2) Serviço de urgência do SUS (3) Clínicas, consultórios e hospitais ligados a convênios ou planos privados de saúde. (4) Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos diretamente pelo paciente. (5) Outro: _____ (8) NS (9) NR		
VIII.17 O senhor(a) tem plano ou seguro particular de serviços odontológicos?	Sim Não NR	(1) (2) (9)	
VIII.18 Se SIM , perguntar: “ Quem mantém o seu plano odontológico particular? “	(1) O(a) próprio(a) idoso(a) (2) Um filho ou filha (4) Outro (_____) (7) NA (8) NS (9) NR	SOMA _	

IX DÉFICIT DE AUDIÇÃO E DE VISÃO

IX.1 O(a) senhor(a) sente dificuldade de escutar?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
IX.2 Se SIM , o(a) senhor(a) usa aparelho auditivo?	Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
IX.3 Se SIM , mesmo com o aparelho o(a) senhor(a) sente dificuldade para ouvir?	Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
IX.4 O(a) senhor(a) tem dificuldade para enxergar ?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
IX.5 Se SIM , o(a) Sr(a) usa óculos ou lente de contato?	Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)
IX.6 Se SIM , mesmo usando o(a) senhor(a) tem dificuldade para enxergar ?	Sim Não NA NR	(1) (2) (7) (9)

X QUEDAS E TIME UP AND GO

X.1 O(a) senhor(a) sofreu duas ou mais quedas nos últimos 12 meses?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
X.2 O(a) senhor(a) tem medo de cair?	Sim Não NR	(1) (2) (9)
X.3 Se SIM , como O(a) Sr(a) avalia esse medo?	(1) Muito pequeno (2) Pequeno (3) Moderado (4) Muito grande (7) NA; (8) NS; (9) NR	
X.4 Sofreu alguma fratura devido a quedas após completar 60 anos? Local da fratura: _____	(1) Sim (2) Não (7) NA; (9) NR	
TUG (MEDIDAS): 1ª __ _ _ , _ _ ; 2ª __ _ _ , _ _ ; 3ª __ _ _ , _ _ segundos		
XI.5 TUG (média): __ _ _ , _ _ segundos (NR=88,8) - Resultado: __ _		
Resultados: 1. COM risco de queda; 2. SEM risco de queda; 8. NR		
60 – 69 anos: > 8.1 s (risco de queda) / 70 – 79 anos: > 9.2 s (risco de queda) / 80 – 99 anos: > 11.3 s (risco de queda)		
Se conseguir apenas uma mensuração, utilizar esse tempo como média.		

XI – CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS (PARA TODAS NR=99...)**Peso e Altura:****XI.1** Peso referido: |__|__|__|,|__|Kg**XI.2** Estatura: |__|,|__|__|m**XI.3** IMC: |__|__|,|__| Kg/m²**XI.4** Circunferência da panturrilha: |__|__|cm**XI.5** Circunferência abdominal: |__|__|__|cm

XI.6 O senhor(a) variou o seu peso involuntariamente nos últimos seis meses? (descartar se houve dieta)	Ganhou	(1)
	Perdeu	(2)
	Não	(3)
	NR	(9)
XI.7 Se SIM , perguntar: “Quantos quilos aproximadamente?”	__ __ , __ Kg	

XII. SPPB

SPPB – Pontuações dos testes	
XII.1 Equilíbrio: __	XII.2 Velocidade de marcha: __
XII.3 Levantar e sentar: __	XII.4 Pontuação total: __

XIII FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

XIII.1 Mão dominante: (1) direita (2) esquerda

MEDIDAS 1^a: _____Kgf 2^a _____Kgf 3^a _____Kgf

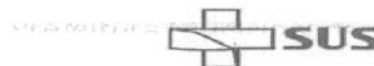
XIV.2 Média: |__|__|,|__|__|Kgf

Usar duas casas decimais

APÊNDICE 2



Prefeitura Municipal de
Belo Horizonte



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Parecer: 0040.0.410.203-09Ad1A

CAAE: 0040.0.410.203-09

Projeto: “Avaliação da situação de saúde de idosos residentes na área de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde do município de Belo Horizonte- PET SAUDE”

Pesquisadores responsáveis: Janine Gomes Cassiano, Edson Perini, Henrique Oswaldo da Gama Torres

Pesquisadores colaboradores da SMSA: Maria do Carmo Mariano De Castro, Laura Lacerda do Couto, Fernanda Filogônio de Souza, Amanda manda Cruz Rocha Franco, Érika Gonçalves Silva Santos, Fábio De Souza Neto, Maria Terezinha Nascimento, Fernanda Araújo De Oliveira, Artur Oliveira Mendes, Clécio De Oliveira Braga, Suzy Nara Correa Da Silva, Patrícia Ferreira Torres, Lucas Mota Hauck, Maria Pillar C. Vianna De Assis, Amanda Alves Medeiros.

Instituição responsável: Universidade Federal de Minas Gerais

Descrição das justificativas e dos objetivos do projeto:

Trata-se de projeto do PET-SAUDE e ser desenvolvido em parceria pela UFMG e a Secretaria Municipal de Saúde de BH.

Os autores apresentam como justificativa para a execução do estudo o envelhecimento da população e os impactos sobre o sistema de saúde. Ressaltam que conhecer o modo de vida, as condições de saúde e qualidade de vida permitirá adequar estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Objetivos gerais

1. Avaliar de forma global a situação de saúde do idoso em áreas atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de Belo Horizonte;
2. Contribuir para sensibilizar profissionais do Programa de Saúde da Família e estudantes da área de saúde para as questões relacionadas à saúde do idoso e ao seu cuidado;
3. Capacitar estudantes da área de saúde e profissionais do Programa de Saúde da Família para o uso de instrumentos de avaliação do idoso e para o seu cuidado
4. Contribuir para o diagnóstico local da situação de saúde do idoso e fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde dos mesmos
5. Fomentar a articulação do ensino e da pesquisa com a assistência no ambiente de atenção básica à saúde.

Objetivos específicos

- Investigar a condição funcional e cognitiva de pessoas acima de 60 anos na área de abrangência de 3 unidades básicas de saúde da regional Noroeste de Belo Horizonte;
- Investigar a prevalência de riscos, fragilidade e agravos das pessoas acima de 60 anos nas áreas mencionadas;
- Investigar a situação de acesso e uso de medicamentos pelas pessoas maiores de 60 anos e aos cuidados oferecidos pelo programa de Saúde da família nas áreas mencionadas

- Investigar a existência de associações das variáveis relacionadas ao estado funcional e cognitivo, fragilidade, riscos, agravos e uso de medicamentos entre si e com variáveis de natureza sócio-demográfica e de acesso a cuidados.

Os pesquisadores solicitaram a inclusão de mais uma unidade de saúde – Centro de Saúde Primeiro de Maio.

Foi apresentada a autorização da gerente da unidade para aplicação do questionário para idosos frágeis ali cadastrados.

Parecer

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Rosiene Maria de Freitas
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2011.