

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**A Situação dos Idosos na Área de Abrangência da Equipe  
de Saúde da Família São José no Município de  
Pompéu/MG**

**Formiga/MG**

**2010**

**Evangelos Adriano Pereira**

**A Situação dos Idosos na Área de Abrangência da Equipe  
de Saúde da Família São José no Município de  
Pompéu/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Mara Vasconcelos

**Formiga/MG**

**2010**

**Evangelos Adriano Pereira**

**A Situação dos Idosos na Área de Abrangência da Equipe  
de Saúde da Família São José no Município de  
Pompéu/MG**

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovada em Belo Horizonte em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ao meu pai Gregório Pereira Barbosa, primeiro incentivador dos meus estudos, homem simples que valoriza o conhecimento e a sabedoria,

DEDICO

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha esposa Silvana Ferreira de Carvalho, que serviu como propulsora na confecção deste artigo.

Aos meus filhos Evangelos Emanuel e Arthur Adriano, fonte de alento.

À minha irmã Evanilza Renata Pereira, exemplo de amiga, dedicada aos estudos.

À Aline de Oliveira Galvão, enfermeira responsável pela Equipe de Saúde da Família São José em Pompéu, colega de grande qualidade profissional, que muito contribuiu com as informações apresentadas neste artigo.

“Não importa se a estação do ano muda, se o século  
vira, se o milênio é outro, se a idade aumenta...  
Conserve a vontade de viver.  
Não se chega a parte alguma sem ela.”

Fernando Pessoa

## **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo apresentar uma análise da situação de saúde da população idosa da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família São José, no município de Pompéu, Minas Gerais. Pretende-se propor ações para melhorar a atenção aos idosos e discutir os problemas observados na atenção à saúde deste grupo populacional. A partir daí, demonstrar os principais fatores relacionados com os condicionantes do processo de saúde e doença destes idosos, assim como verificar as necessidades de intervenção baseadas em protocolos estabelecidos por diversos órgãos de saúde. Com a reflexão do processo de trabalho desenvolvido na Equipe, espera-se construir uma nova realidade em relação à atenção ao idoso.

Palavras chave: idoso, saúde da família, doenças

## **ABSTRACT**

This paper aims to present an analysis of the health situation of the elderly population of the area covered by the Family Health Staff São José, in Pompéu, Minas Gerais. It is intended to purpose actions to improve the attention to elderlies and discuss the problems observed in the health of this population group. Then, to demonstrate the main factors related to the constraints of the process of health and disease of the elderly, as well as verifying the needs for action based on protocols established by various health agencies. From the reflection of the labor process in the Staff it is supposed to build a new reality in relation to elderly care.

Key Words: family health, elderly population, disease

## **LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS**

Gráfico 1-Evolução da Proporção de Idosos e mais Idosos na População Brasileira por Sexo-1940/2020

Gráfico 2-Número de Idosos por Idade

Gráfico 3-Distribuição de Idades por Gênero

Tabela 1-Estimativa da Esperança de Vida ao Nascer e aos 60 Anos por Sexo-Brasil 1980/98

Quadro 1-Distribuição do Número de Hipertensos por Idade e Sexo

Quadro 2-Distribuição do Número de Diabéticos por Sexo

Quadro 3-Algumas Condições Clínicas dos Idosos



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 ENVELHECIMENTO E OUTROS CONCEITOS	14
3.2 A SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E NO MUNDO	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS	20
5 DESENVOLVIMENTO	21
5.1 DISTRIBUIÇÃO POR IDADE	21
5.2 DISTRIBUIÇÃO POR SEXO	22
5.3 PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	23
5.4 PORTADORES DE DIABETES MELLITUS	24
5.5 USO DE MEDICAMENTO ENTRE OS IDOSOS	25
5.6 OUTROS IMPORTANTES FATORES NA SAÚDE DOS IDOSOS	26
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com aproximadamente 160 milhões de habitantes, dentre os quais 16 milhões são indivíduos com 60 anos ou mais, o que representa 10 por cento da população. O ritmo de crescimento desta faixa etária é tal que esta proporção tende a aumentar e chegar aos 15 por cento no ano de 2025, com mais de 32 milhões de idosos. Surgem, assim, os desafios relacionados à atenção aos idosos. O oferecimento de serviços específicos abre grandes oportunidades no mercado, porém a assistência à saúde é uma preocupação em que o Estado tem que debater e propor medidas eficazes a fim de garantir direitos constitucionais e afirmados no Estatuto do Idoso. O desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde é uma necessidade urgente tanto no âmbito nacional como estadual e, principalmente, para governos locais, que são os gestores diretos, em contato com as situações mais peculiares de cada cidade ou comunidade.

O município de Pompéu, atualmente com 30.621 habitantes, reflete em sua dimensão o quadro observado em âmbito nacional, ou seja, cresce o número de idosos, o que traz a necessidade de organizar os serviços de saúde com especificidades para atenção a esta população. Em Pompéu estão em funcionamento oito Equipes de Saúde da Família (ESF), além de uma equipe exclusiva de zona rural em implantação. O trabalho da Atenção Básica ainda é estruturado com o apoio do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e outros que integram a rede de assistência no município. Além das equipes de saúde, o município conta com o apoio de acadêmicos de medicina, odontologia e farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Considerada uma das áreas mais carentes da cidade, a comunidade coberta pela Equipe de Saúde da Família São José possui 2.726 habitantes, dos quais 146 têm idade igual ou acima de 60 anos, o que constitui 5,4% do total. Esta população inclui moradores de parte do bairro Várzea das Flores, bairro São José e bairro Paraíso, sendo que este fica afastado aproximadamente três quilômetros da sede da ESF. Esta equipe funciona na Unidade Básica de Saúde (UBS) Várzea das Flores, juntamente com outra ESF, o que implica em diversas atividades em conjunto, troca de experiências e maior contato entre profissionais. Atualmente, a ESF São José está composta por uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e oito agentes comunitárias de saúde, além de pessoal de apoio em recepção e limpeza. Na UBS, há também uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), com dentista e auxiliar de consultório

dentário. Os serviços de vacinação são conjuntos também e no local, em dias agendados, há apoio de nutricionista, médico pediatra e profissional de educação física.

A Atenção à Saúde do Idoso em Pompeú segue uma rotina sem especificidades. É inegável o avanço que o desenvolvimento da atenção básica trouxe nos últimos anos e isto reflete em todos os grupos de indivíduos como crianças, gestantes, idosos e outros. Porém, antigos problemas continuam a fazer parte do cenário da saúde, o que compromete a garantia de qualidade de vida. Em especial, o idoso carece de uma atenção baseada em protocolos clínicos já testados e recomendados por órgãos como a Secretaria Estadual da Saúde ou Ministério da Saúde. A abordagem das doenças crônicas e grandes síndromes precisa ser realizada com base em tais recomendações, logicamente com as devidas adaptações à realidade local.

Este trabalho procura identificar as condições de saúde e discutir medidas e soluções de melhorias para uma parcela da população igual ou acima de 60 anos da área de abrangência da ESF São José, em Pompéu. Trata-se de indivíduos que, por uma série de fatores são mais vulneráveis a problemas que comprometem sua qualidade de vida. A partir de uma análise da situação atual e uma reflexão sobre as proposições hoje recomendadas, espera-se obter uma proposta clara e objetiva para mudanças na atenção à saúde desta classe de pessoas. Conseqüentemente, uma abordagem específica aos idosos tem repercussões e interfaces na atenção a toda a população de diferentes grupos, principalmente se considerados os efeitos a longo prazo. Assim, este é um trabalho que busca consolidar a implementação das funções da atenção básica na ESF São José.

Esta necessidade na ESF é observada por todos os integrantes da equipe. Assim como para outros grupos, a atenção aos idosos é realizada praticamente através da demanda espontânea na unidade ou visitas domiciliares geralmente solicitadas pelo idoso ou familiar. O grande número de pessoas que aguardam atendimento, associado a limitações de infraestrutura física, comprometem uma atenção qualificada ao idoso e muitas vezes impedem a identificação e análise dos fatores que o classifica como portador de alto risco ou outra condição particular.

A equipe entende que essas limitações requerem mudanças, mas a própria equipe não tem governabilidade sobre elas. São problemas que só podem ser resolvidos através de ação política da secretaria de saúde ou prefeitura municipal. Contudo, compreende também que a organização do processo de trabalho, com planejamento das ações e participação dos mais diversos atores, o que inclui a comunidade e os próprios idosos pode trazer mudanças

importantes que determinem um novo modelo de pensar e agir, o que resulta em benefícios para a população.

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), no módulo Saúde do Idoso, foi possível discutir múltiplos problemas na assistência à população de faixa etária igual e acima de 60 anos na área de abrangência da ESF São José. Estas discussões, em fóruns e exercícios, serviram como base de reflexão para buscar melhor conhecimento do perfil e principais problemas em saúde destes idosos.

A partir da análise que a situação dos idosos na ESF São José é precária, por falta de aplicação de protocolos e políticas específicas de atenção à saúde, este tema foi eleito como prioridade para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, com expectativas que a partir dele possa ser definida e aplicada a intervenção necessária.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Propor ações para melhorar a atenção aos idosos baseadas em protocolos estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde/MG (Linhas Guia) e Ministério da Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Fazer uma breve contextualização da situação demográfica no Brasil.

2.2.2 Caracterizar a situação de saúde dos idosos da área de abrangência da ESF São José, por gênero, faixa etária, principais doenças e uso de medicamentos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Envelhecimento e Outros Conceitos**

O debate sobre envelhecimento é antigo e desde a antiguidade o conceito e percepção da idade avançada apresenta controvérsias e opiniões conflitantes. Por exemplo, enquanto há filósofo que considerava a velhice como “a pior desgraça que pode acontecer a um homem”, Platão pregava que ela “faz surgir em nós um imenso sentimento de paz e libertação” (SANTOS, 2001).

O envelhecimento pode ser considerado como a progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional. Baseado neste conceito é possível entendê-lo como um processo sistêmico que depende em grande parte de uma capacidade adaptativa para a realização de demandas funcionais (COMFORT, 1978).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o envelhecimento é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo que envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos, que devem ser considerados de forma integrada. Portanto não se deve considerá-lo unitário, que acontece de modo simultâneo em todo o organismo, assim como não se pode associá-lo à existência de uma doença (PALACIOS, 2004).

Na análise do envelhecimento, é necessário distinguir os conceitos de senescência e senilidade. A senescência envolve mecanismos fisiológicos relacionados a processo de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, próprias do envelhecimento normal. A modificação determinada por doenças, estresse emocional ou traumas é denominada senilidade, o que caracteriza o envelhecimento patológico (BRASIL, 2006).

É importante salientar que, especificamente em relação aos idosos, a avaliação do estado de saúde tem estreita relação com o nível de independência e autonomia observada. É o declínio destes fatores e a verificação das respectivas causas que define problemas de saúde, relacionados a condições normais ou patológicas. Assim, a constatação da presença de

doenças e outros agravos é, apesar de necessária, apenas mais um item a ser pesquisado, dentro deste enfoque.

Entende-se por autonomia a capacidade que o idoso apresenta de tomar suas próprias decisões e ter comando sobre suas ações, com estabelecimento de regras próprias. Envolve a capacidade mental para entender e resolver as mais diversas questões, ou seja, a cognição. Já a independência refere-se à capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Tem relação com a mobilidade e a habilidade de se comunicar. Estes fatores influenciam diretamente a qualidade de vida, ou seja, a percepção da pessoa de sua posição na vida, de acordo com valores sociais do seu lugar, objetivos, preocupações, relações sociais e crenças (OMS, 1998).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atualmente procura trabalhar com um conceito mais amplo que o termo envelhecimento saudável e adota a expressão envelhecimento ativo. Este conceito aborda diversos fatores que afetam o envelhecimento de um indivíduo ou população, o que inclui o reconhecimento de direitos humanos dos idosos, garantia de participação social em múltiplas áreas e outros além de cuidados com a saúde (KALACHE e KICKBUSCH, 1997).

Há autores que consideram a velhice bem-sucedida como dependente de múltiplos fatores, o que inclui aspectos econômicos, culturais, sociais, psicológicos e biológicos e envolve duas dimensões. A dimensão objetiva está relacionada com o estado de saúde conforme o padrão sócio-cultural, enquanto a dimensão subjetiva refere-se à satisfação com o estilo de vida. A velhice bem-sucedida, neste contexto, é fundamentada em um modelo com características próprias descritas abaixo, conhecido como modelo psicológico para um envelhecimento bem-sucedido de Baltes & Baltes (NERI, 1993).

As características deste modelo seguem as seguintes proposições:

- 1 Há diferença entre envelhecimento normal e patológico;
- 2 Há grande variabilidade individual no envelhecimento;
- 3 Preserva-se muita capacidade de reserva na velhice;
- 4 As perdas no envelhecimento estão próximas dos limites de capacidades de reserva;
- 5 A utilização dos conhecimentos da pragmática cognitiva e da tecnologia pode ser acrescentada aos declínios na mecânica cognitiva;
- 6 O balanço entre ganhos e perdas diminui no envelhecimento;
- 7 Um importante mecanismo de autorregulação no envelhecimento é o conceito que o indivíduo tem de si mesmo.

### 3.2 A Situação Demográfica no Brasil e no Mundo

É possível observar em todas as partes do mundo o fenômeno do envelhecimento populacional, ainda que com diferentes proporções e ritmo de crescimento. O envelhecimento populacional iniciou em regiões de países desenvolvidos e, progressivamente, alcançou altos índices nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil. É considerada a mais importante mudança demográfica ocorrida na maioria das nações e está relacionada tanto ao número total de idosos como a proporção deste grupo na população total (WATERS *et al.*, 1989).

A transição demográfica é um processo global que converte um padrão demográfico tradicional em outro moderno. O padrão tradicional é caracterizado por elevadas taxas de fecundidade e mortalidade, enquanto no padrão moderno estas taxas são baixas (CHESNAIS, 1992).

A transição demográfica, segundo Vermelho e Monteiro (2002), é o reflexo da dinâmica dentro da composição de uma população e é composta de quatro estágios (VERMELHO e MONTEIRO, 2002):

1-Fase pré-industrial ou primitiva: há um equilíbrio populacional, em que as taxas de natalidade e mortalidade, principalmente infantil, são elevadas;

2-Fase intermediária (divergência de coeficientes): as taxas de natalidade permanecem altas e as taxas de mortalidade caem. Acontece a chamada explosão populacional;

3-Fase intermediária (convergência de coeficientes): a taxa de natalidade diminui em ritmo mais acelerado que a mortalidade, o que tem como principal consequência o envelhecimento da população;

4-Fase moderna ou pós-transição: caracterizada por estabilidade de valores, em que a fecundidade é próxima ao nível de reposição, com equilíbrio populacional e coeficientes em níveis baixos. Ainda caracteriza esta fase a ampliação da proporção de mulheres, aumento da expectativa de vida e maior proporção de idosos na população.

Pode-se perceber que as causas do envelhecimento populacional relacionam-se principalmente à diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade, associadas ao aumento da expectativa de vida. Assim, em um primeiro momento, no início do século XX, pode-se observar elevadas taxas de mortalidade, principalmente a infantil, o que tornava reduzida a expectativa de vida da população. A alta taxa de fecundidade servia como um fator



compensador, considerada importante para a própria sobrevivência da espécie humana (KINSELLA,1996).

No Brasil, o início da transição demográfica acontece a partir dos anos 40 do século XX, após a introdução de tratamentos de doenças com uso de antibióticos e campanhas de imunização através das vacinas, o que reduziu de maneira significativa a mortalidade. Enquanto que em países desenvolvidos a diminuição da mortalidade estava relacionada com medidas de saúde pública para erradicação de doenças, melhoramentos em condições de habitação e mudanças na logística de produção e distribuição de alimentos, estes fatores estiveram ausentes, por exemplo, na América Latina. Assim, a transição demográfica observada nos países em desenvolvimento como o Brasil é considerada artificial, baseada em tecnologia e desenvolvimento de medicamentos fora do país e que em algum momento geram benefícios que alcançam a população interna (KALACHE *et al.* 1987).

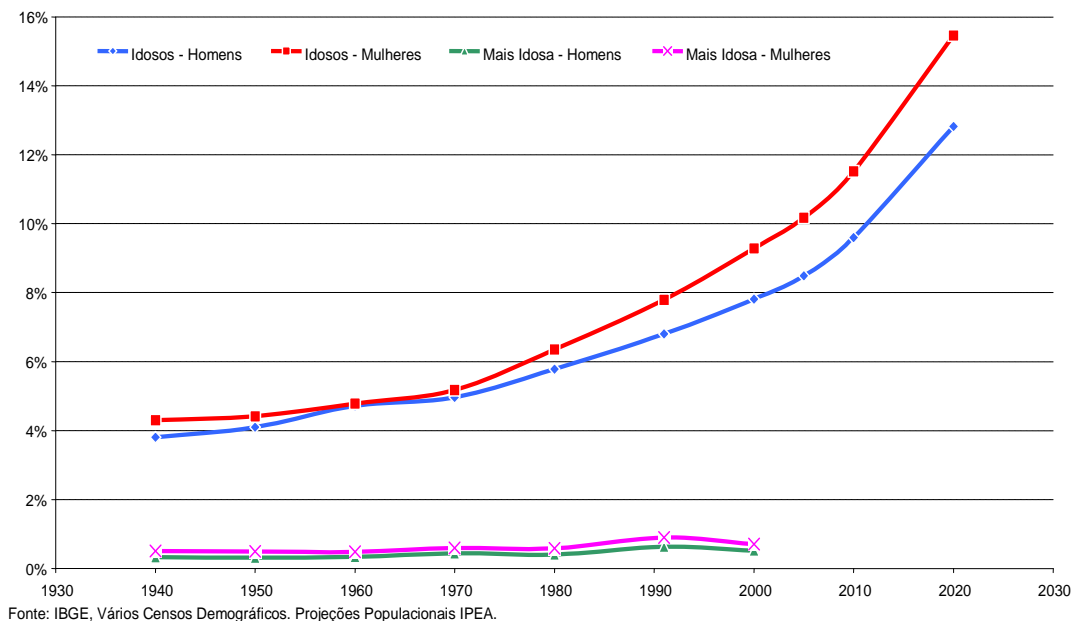
Entre os anos 40 e 60, observa-se um grande crescimento populacional no Brasil, pois além da queda da mortalidade, permaneceu alta a fecundidade, que somente começa a diminuir a partir dos anos 60 e continua progressivamente a cair nas próximas décadas. No período de 1980 a 2000 a fecundidade no Brasil passou de 4,02 filhos por mulher em idade fértil para apenas 2,02. Esta taxa reflete uma tendência ao baixo crescimento populacional, que na década de 60 chegou a 3% ao ano e tem hoje uma projeção menor que 1% para o ano 2020 (VERMELHO E MONTEIRO, 2002).

No Brasil, estima-se que a população com sessenta anos ou mais é cerca de 17,6 milhões de pessoas. Em 1940, o número de idosos representava 4% do total e em 2000 subiu para 9%. Até o ano de 2025, os idosos chegarão a 18,8% do total da população no país, o que representará mais de 32 milhões de indivíduos. Com isto, o Brasil será o sexto maior país do mundo em número absoluto de idosos (IBGE, 2002).

O grupo de idosos com 75 anos ou mais tende a crescer com taxas ainda maiores. Este é o grupo populacional que mais cresce no país. Com dados que consideram pessoas acima de 80 anos como mais idosos, a população nesta faixa etária era de 166 mil indivíduos em 1940. No ano de 2000, já havia crescido para 1,8 milhão de habitantes, o que representava na época 12,6% da população de idosos ou 1% da população total.

O gráfico 1 mostra esta evolução da proporção de idosos na população brasileira, de acordo com o sexo, desde 1940 e com projeções até 2020 (CAMARANO *et al.*, 1997).

**Gráfico 1**  
**EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE IDOSOS E MAIS IDOSOS**  
**NA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR SEXO - 1940/2020**



Em 2000, 55% dos idosos no Brasil eram do sexo feminino e a tendência é aumentar o predomínio deste gênero. Conhecido como feminilização da velhice, este fato é fundamental para decisões em saúde pública. Apesar de que é um fenômeno relacionado à maior longevidade das mulheres, observa-se maior incidência de problemas físicos e mentais em relação aos homens idosos.

Outra característica que pode ser observada é a transição epidemiológica que acompanha a transição demográfica e está em estreita ligação com o envelhecimento da população. Nos países desenvolvidos ela está caracterizada por queda de taxas de mortalidade, padrão nosológico com predominância de doenças crônicas e aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, a transição epidemiológica é atípica, pois observa-se a permanência ou reemergência de doenças infecciosas e parasitárias no contexto de saúde do país. Mesmo que não figurem entre as principais causas de mortalidade, o impacto destas doenças como morbidades frequentes é alto (BARRETO e CARMO, 2000).

As estimativas de vida ao nascer e sobrevida aos 60 anos são mostradas na tabela 1, com dados do ano de 1980 a 1998. No geral, houve significativo aumento para ambos os sexos, sendo que nas mulheres o índice é maior. Na população idosa os ganhos de sobrevida entre os homens foram de 2,4 e entre as mulheres 2,7 (BRASIL, 2002).

## Tabela 1

ESTIMATIVAS DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER ( $e_0$ ) E

AOS 60 ANOS ( $e_{60}$ ) POR SEXO

BRASIL, 1980/98

	Homens	Mulheres
	$e_0$	
1980	57,2	64,3
1985	59,3	65,8
1991	62,2	69,8
1996	63,3	71,0
1998	63,9	71,4
	$e_{60}$	
1980	10,7	12,7
1985	10,8	12,2
1991	12,5	14,8
1996	12,7	15,3
1998	13,1	15,4

Fonte: IBGE, Vários Censos Demográficos e Ministério da Saúde. Estimativas IPEA.

#### **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

Este é um estudo descritivo realizado no município de Pompéu/MG sobre a situação de saúde dos idosos da área de abrangência da ESF São José. Para alcançar os objetivos propostos neste estudo foi realizada uma coleta dos dados obtidos na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Sistema Único de Saúde (SUS) e avaliação dos prontuários dos idosos. A escolha dessa fonte de dados deveu-se à maior facilidade de acesso aos mesmos. Foram colhidas as seguintes variáveis: idade, gênero, principais doenças, uso de medicamentos. A pesquisa de prontuários foi realizada de forma sigilosa conforme preconizado pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde - Resolução 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

## 5 DESENVOLVIMENTO

### 5.1 Distribuição por idade

O gráfico abaixo mostra a distribuição por idade da população idosa da área da ESF São José. Pode-se perceber que predominam indivíduos com idade até 79 anos. Os idosos muito idosos, com 80 anos ou mais representam 8,9% do total.

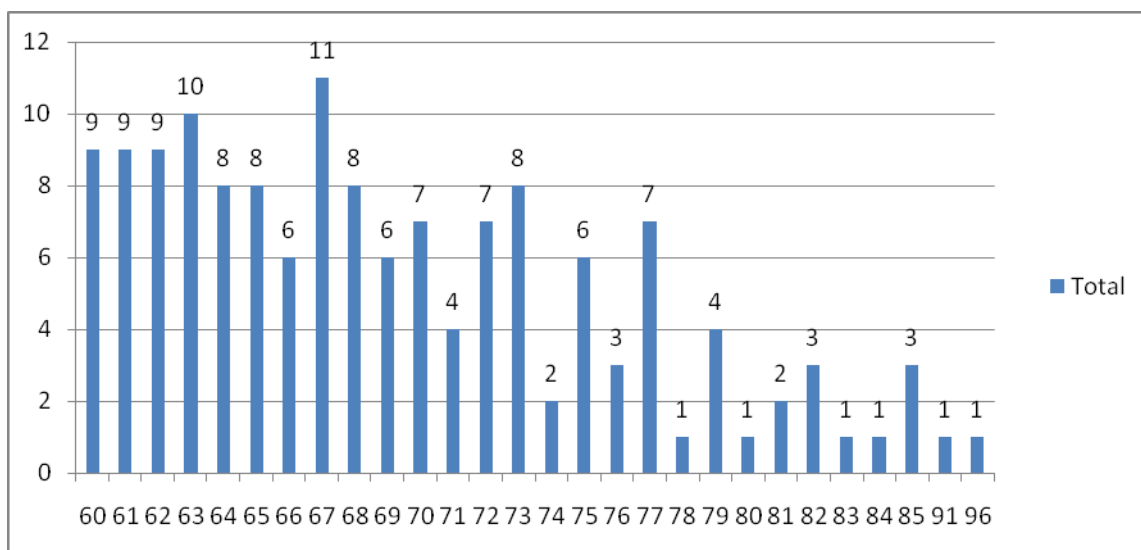


Gráfico2-Número de Idosos por Idade  
Fonte: SIAB e Análise de Prontuários

Conforme já mencionado, a faixa etária dos idosos muito idosos é a que mais cresce no país. É uma população fragilizada, com características próprias e que as intervenções não podem ser dissociadas da busca em ofertar oportunidades do exercício pleno da cidadania. Esta discussão deve estar na agenda do governo e debatida na sociedade em geral (FERRARI, 2002).

Na ESF São José, a maioria dos idosos acima de 80 anos encontram-se acamados. São 8 do total de 13 que necessitam de cuidados especiais em relação às Atividades de Vida Diária e atenção específica em relação a problemas crônicos de saúde. Entre os idosos mais novos, com idade até 70 anos, também encontram-se 4 acamados, o que representa 3% desta faixa etária. No total, 7,53% dos idosos estão acamados.

## 5.2 Distribuição por sexo

Na área da ESF São José, a distribuição por gênero entre os idosos é a seguinte: 82 são do sexo feminino (56,16%) e 64 do sexo masculino (43,84%). Dentre os idosos muito idosos, a proporção de mulheres é 53,8%, ou seja, aproxima-se mais do valor dos homens. Apesar da feminilização do envelhecimento ser evidente também dentro da categoria daqueles com mais de 80 anos, nesta área especificamente não se observa esta prevalência. Porém, o baixo número de indivíduos não permite fazer conclusões mais apuradas sobre tal situação.

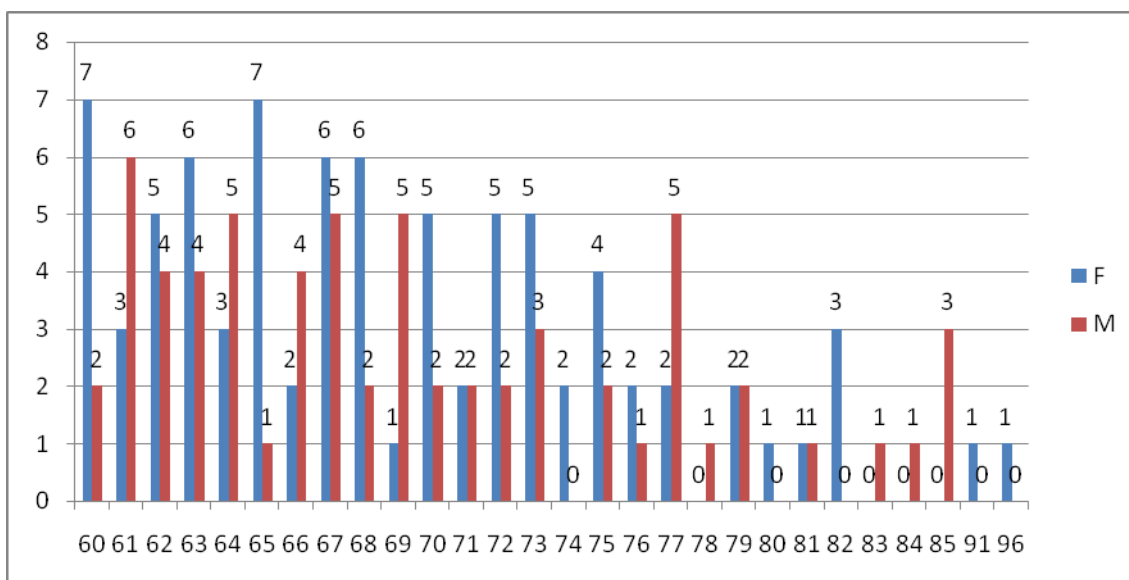


Gráfico3-Distribuição de idades por gênero  
Fonte: SIAB e Análise de Prontuários

Há evidências concretas que as mulheres em todo o mundo tendem a sobreviver mais que os homens. Porém isto não significa uma condição privilegiada de saúde. Ao contrário, idosos do sexo feminino são portadores de maiores problemas crônicos e comorbidades em relação ao sexo masculino (WHO, 1998).

Na ESF São José, assim como em todo o município de Pompéu e em seguimento à tendência nacional e mundial, as mulheres, de todas as faixas etárias, procuram mais os serviços de saúde, principalmente relacionados à prevenção, em relação aos homens.

A diferença na utilização dos serviços de saúde por gênero influencia diretamente o estado de saúde da população adulta e idosos e pode acarretar atrasos e piora de condições patológicas para o homem (BARRETO *et al.*, 2004).

### 5.3 Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica

Quase a metade dos idosos da área da ESF São José são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e a maioria, de acordo com análise de prontuários apresenta este problema por mais de 10 anos. São 45,2% do total de pessoas com 60 ou mais anos, índices próximos aos demonstrados para o Brasil pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que é de 43,9% de idosos hipertensos (LIMA *et al.*, 2003).

O quadro 1 abaixo mostra a distribuição de hipertensos por idade.

Quadro 1- Distribuição do número de hipertensos por idade e sexo

<b>IDADE</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTAL</b>
60	4		<b>4</b>
61	1	2	<b>3</b>
62	3	1	<b>4</b>
63	2	1	<b>3</b>
64	3	2	<b>5</b>
65	2		<b>2</b>
66	2		<b>2</b>
67	3	1	<b>4</b>
68	4	1	<b>5</b>
69		2	<b>2</b>
70	3		<b>3</b>
71	1	1	<b>2</b>
72	2	1	<b>3</b>
73	3		<b>3</b>
74	1		<b>1</b>
75	3	1	<b>4</b>
76	2	1	<b>3</b>
77	1	3	<b>4</b>
78		1	<b>1</b>
79	1	2	<b>3</b>
81		1	<b>1</b>
82	2		<b>2</b>
85		2	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>23</b>	<b>66</b>

Fonte: SIAB e Análise de Prontuário

Pode-se notar a maior prevalência da Hipertensão Arterial entre as mulheres idosas. A doença atinge 52,4% destas mulheres, enquanto que entre os homens idosos este número é 35,9% do total do gênero.

A hipertensão arterial é causa direta de 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% de infarto agudo do miocárdio e 40% de aposentadorias precoces (BRASIL, 2001).

## 5.4 Portadores de Diabetes Mellitus

Dentre os idosos da área de abrangência da ESF São José, há 13 portadores de Diabetes Mellitus, o que representa 8,9% do total de indivíduos acima de 60 anos. Pode-se observar o maior acometimento no sexo feminino, acima do dobro do índice dos homens. O baixo número de indivíduos avaliados impede avaliação de maiores detalhes em relação às complicações e evolução desta doença.

O Diabetes é sempre um desafio para o profissional de saúde, pois envolve o fato de ajudar aos portadores da doença a conviver e gerenciar o problema de modo a evitar e prevenir as complicações típicas. Nos idosos, devido outras limitações, o quadro chega a ser mais importante e maior é a incidência, por exemplo, de cegueira, amputação de membros inferiores, insuficiência renal e outros (BRASIL, 2006).

O quadro 2 abaixo mostra a distribuição dos idosos diabéticos de acordo com a idade e gênero na área de abrangência da ESF São José.

Quadro 2- Distribuição do número de diabéticos por idade e sexo

IDADE	F	M	TOTAL
60		1	1
62	1		1
67	1		1
68	2		2
69		1	1
73	3		3
77	1	1	2
81		1	1
82	1		1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

Fonte: SIAB e Análise de Prontuário

Em indivíduos com doenças crônicas, e especialmente entre os idosos, é comum a comorbidade de patologias. Na área estudada, 76,9% dos diabéticos são portadores também de hipertensão arterial. Alguns estudos mostram taxas bem inferiores a este percentual (ZAGURY *et al.*, 2002).



## 5.5 Uso de medicamentos entre os idosos

O problema da utilização de medicamentos pelo idoso envolve vários aspectos. Primeiramente é preciso entender que no idoso as doses são diferenciadas e geralmente devem ser diminuídas, com grave risco de causar intoxicações ou outras seqüelas no seu organismo. Muitas vezes o idoso faz uso de medicamentos inadequados, prescritos ou não prescritos, o que dificulta o controle de condições mórbidas. Há estudos que demonstram a relação entre o consumo de medicamentos sem indicação criteriosa com complicações importantes e risco de morte (COELHO *et al.*, 2004).

Com o uso indiscriminado de várias drogas simultâneas, os idosos ficam expostos à apresentação de efeitos indesejados e ainda correm o risco de não atingir o objetivo terapêutico, podendo agravar ainda mais a doença (SOARES, 2000).

Na revisão de prontuários da ESF São José, pode-se verificar que 90,4% (138 pessoas) dos idosos tomam pelo menos um medicamento de forma contínua. Dentre estes, 71 pessoas usam mais de 5 medicamentos (48, 6% dos idosos). As drogas mais usadas são: captopril, hidroclorotiazida, paracetamol, diclofenaco, nifedipina, amitripitilina, clonazepam e nimesulida.

Alguns fatores são preocupantes ao analisar tais drogas, que muitas vezes são consumidas sem a prescrição médica. Os medicamentos são limitados na Farmácia Pública, o que restringe o arsenal terapêutico, uma vez que a população da área estudada tem baixo poder aquisitivo e depende de produtos oferecidos pela rede municipal.

O uso de antiinflamatórios não esteróides estão relacionados, principalmente em doses altas e tempo prolongado, ao aumento da incidência de complicações renais e surgimento de doença péptica, com alto risco de hemorragia digestiva (GOODMAN, 1996).

Os benzodiazepínicos são contra-indicados para o idoso devido ao risco potencial de intoxicação, inclusive estando seu uso relacionado com alto índice de fratura de fêmur secundária a queda. Também estão contra-indicados para idosos os anti-depressivos com ação anti-colinérgica forte (GURWITZ, 1994).

Em Pompéu, o estágio em Saúde Coletiva dos estudantes de Farmácia da UFMG tem possibilitado o desenvolvimento de estratégias e capacitação profissional para lidar com o problema da correta utilização de medicamentos. É uma ação difícil principalmente porque envolve aspectos culturais e de percepção subjetiva das pessoas, que estão durante muitos anos acostumados a fazerem uso de determinada droga, principalmente os benzodiazepínicos.

## 5.6 Outros importantes fatores na saúde dos idosos

O quadro 3 abaixo mostra alguns importantes temas que foram identificados como queixas ou achados em exame físico, relatados em prontuários de idosos.

Quadro 3- Algumas condições clínicas dos idosos

Condição clínica	Número de Idosos	Percentual
Incontinência Urinária	48	32,9%
Instabilidade postural ou quedas anteriores	27	18,5%
Depressão	23	15,7
Demência	10	6,8%
Câncer em tratamento	5	3,4%

Fonte: Análise de Prontuários

As condições clínicas listadas acima, exceto o câncer, estão incluídas nos chamados Gigantes da Geriatria, expressão criada pelo ingleses desde o surgimento desta especialidade médica, sendo que são problemas muito comuns nos idosos e de difícil solução. São os seguintes: 1-Iatrogenia, 2-Incontinência Urinária, 3-Instabilidade postural, quedas e fraturas, 4-Doenças neuropsiquiátricas, 5-Síndrome de imobilidade (MORLEY, 2004).

A iatrogenia é um evento com ou sem intenção, causado por intervenção justificada ou não, por membro de equipe de saúde e que tem como resultado algum dano para o paciente. Pode também ser devido a omissão de prática de intervenção esperada ou correto monitoramento (LEFRÉVE *et al.*, 1992).

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina e envolve múltiplas classificações e formas de apresentação clínica. O conhecimento do mecanismo em que a incontinência se manifesta é importante para a condução do tratamento e intervenções adequadas. Está geralmente associada a problema social e higienização. A prevalência é variada, 8 a 32% na população idosa (HERZOG e FULTZ, 1990).

As quedas são responsáveis por diversas lesões e incapacidades nos idosos, além de aumentar a mortalidade deste grupo. A maioria das quedas ocorre dentro de casa e estão relacionadas a fatores que podem ser evitados facilmente. Quanto mais idoso, maior o risco de quedas e mais importantes são as complicações. Dos idosos que sofrem uma queda, 2,5%

necessitam de hospitalização. Daqueles que internam, somente 50% sobreviverão após um ano (BRASIL, 2006).

As doenças neuropsiquiátricas incluem a depressão e a demência principalmente.

Nos idosos, a depressão pode ter associado ou como fator principal queixas somáticas, hipocondria, distúrbios do sono, hiporexia, baixa auto-estima, além de outros sintomas. Idosos deprimidos apresentam risco aumentado de suicídio (PERSON e BROWN, 2000).

As demências também constituem grande grupo de patologias, que representam um problema de saúde pública em ascensão e trazem impacto no indivíduo e sua família. Um grande desafio é a correta identificação dos casos, assim como avaliar possíveis indivíduos com risco aumentado de desenvolverem algum quadro de demência (CAIXETA, 2004).

A síndrome da imobilidade pode ser considerada o somatório de uma série de fatores, que se associam e tornam o quadro complexo e de difícil manejo. É a junção de debilidades neurológicas, musculares e esqueléticas. Está relacionada ao surgimento de infecções, como pneumonia, incontinência urinária, desnutrição, úlceras de pressão e outros. Na prevenção é fundamental a intervenção precoce de equipe de saúde multidisciplinar. Na recuperação e para minimizar os danos, o papel da família e especificamente do cuidador do idoso precisa ser bem estabelecido de forma a garantir um vínculo forte com responsabilização por ações.

Na área em estudo, muito ainda precisa ser realizado para a identificação e manejo adequado dos problemas citados anteriormente. A simples relação das condições clínicas é insuficiente para uma abordagem integral e resolutiva.

Além dos fatores já citados, de predominância do aspecto biológico, é importante analisar outras situações que influenciam diretamente o estado de saúde da população idosa na área da ESF São José, como a interação com o meio ambiente físico e social, que inclui a questão da renda familiar, a influência da escolaridade, a ausência ou presença de um cuidador e o suporte social através de amigos ou grupos. Estas variáveis estão relacionadas ao risco ou proteção da saúde da pessoa idosa e, atualmente, as observações dos problemas referentes a elas no território são empíricas, sem documentação adequada. Através do contato direto com a população e principalmente com lideranças que constituem pessoas-chave na comunidade, nota-se o seguinte:

-Falta de recursos sanitários adequados, sendo que em algumas residências não há esgoto e a água é armazenada em manilhas de forma precária;

- A ausência de asfalto ou calçamento é considerado um péssimo indicador de qualidade de vida;
- É comum o idoso reclamar que sua renda, principalmente proveniente de aposentadoria ou pensão, é usada inadequadamente para sustento de demais membros da família;
- A baixa escolaridade dificulta o autocuidado;
- Idosos que contam com auxílio de um cuidador ou fazem parte de grupos sociais como, por exemplo, uma igreja tem menor demanda de assistência da ESF.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

A partir da análise dos dados referentes à população idosa da área de abrangência da ESF São José, fica evidente a necessidade de explicitar melhor os problemas encontrados, detalhar as condições clínicas dos indivíduos avaliados e somente a partir daí é possível seguir um método de intervenção adequado, que resulte em aumento da qualidade da assistência oferecida e maior grau de promoção de saúde.

O primeiro passo consiste em refazer ou, em muitos casos, fazer a primeira consulta dos idosos, a fim de relacionar as principais informações sobre a saúde da pessoa. Esta deve ser uma tarefa em conjunto do médico e enfermeira da equipe, porém a participação de outros profissionais que tem acesso ao prontuário como cirurgião-dentista e psicólogo é muito útil. Devido alta demanda espontânea e falta de planejamento estratégico, esta atividade encontra múltiplos obstáculos, uma vez que a primeira consulta dispensa um tempo consideravelmente longo para ser realizada. Assim, parte do horário de trabalho deverá ser reservada como atividade programada com tal finalidade. Um fator importante é considerar o formulário utilizado para tal procedimento. Linhas-guia da secretaria de Estado da Saúde fornecem modelos prontos, porém o ideal é fazer adaptações de acordo com interesses e necessidades discutidas com a equipe.

Quando se fala em primeira consulta, não se deve apenas valorizar o espaço do paciente com o médico no consultório. Envolve também o contato com outros profissionais, como o fisioterapeuta, o psicólogo, o cirurgião-dentista e o educador físico. Além disto, aspectos relacionados ao ambiente familiar, como número de pessoas, quem exerce o papel de chefe de família, qual a constituição desta família, como se classifica, podem ser verificados através do uso de instrumentos específicos. Estes instrumentos devem ser discutidos em equipe, mas como referência inicial a aplicação do genograma parece ser importante. Tanto o genograma como outro instrumento que será desenvolvido a partir de consenso da equipe poderão ser aplicados em visitas domiciliares pelo ACS, técnico de enfermagem, médico e enfermeira. Logicamente, algumas informações serão de competência exclusiva de médico ou enfermeira. O que se espera deste instrumento é que seja fácil e objetivo e que contenha todas as informações julgadas essenciais. Por fim, sua aplicação não deve ser restrita às visitas domiciliares, mas também em outras oportunidades de contato do profissional com as pessoas.

Algumas outras medidas fundamentais são as seguintes:

1-Atenção especial aos idosos acamados, pois são 8 idosos que necessitam de cuidados especiais em relação às Atividades de Vida Diária e atenção específica em relação aos problemas crônicos de saúde. É preciso garantir a visita domiciliar de outros profissionais (fisioterapeuta, cirurgião-dentista, psicólogo) que farão avaliação em suas respectivas áreas e posteriormente discutirão em conjunto com toda a equipe, a fim de programar as ações.

2-Fortalecimento do grupo operativo com idosos portadores de hipertensão arterial, uma vez que esse grupo constitui 45% dos idosos da área da ESF São José. Estes grupos operativos devem ter como ênfase questões sobre o autocuidado desses idosos em relação às condições que afetam e aumentam a hipertensão.

3-Atuação dos alunos da Faculdade de Farmácia da UFMG em relação ao uso de medicamentos na população idosa, juntamente com psicólogo, devido ao fato de envolver aspectos culturais e de percepção subjetiva das pessoas.

4-Estabelecer junto com a Secretaria de Saúde um fluxograma organizado para garantir referência e contra-referência adequada. Assim espera-se que todo indivíduo encaminhado para um determinado serviço, seja especialidade ou procedimento, possa retornar à Unidade Básica com informações suficientes para permitir o acompanhamento do caso.

5-Os aspectos relacionados ao meio ambiente físico e social devem ser estudados e documentados adequadamente a fim de desenvolver medidas que fortaleçam os fatores de proteção à saúde dos idosos.

Na ESF São José, espera-se até o fim de 2010, realizar esta reavaliação de todos os idosos. A partir daí, o próximo passo é buscar a aplicação de protocolos conforme preconizados em linhas-guia e outros documentos do governo. Muitas destas ações, que envolvem solicitação de exames especiais, interconsultas com especialistas e administração de fármacos não constantes na Farmácia Municipal, precisam ser discutidas com o poder executivo do município, a fim de assegurar medidas elementares.

O fortalecimento da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, através de planejamento conjunto de ações de saúde, é outro ponto chave. Hoje, com o NASF, observa-se o desenvolvimento de atividades de caminhada para os idosos com acompanhamento de

educador físico, atendimentos de reabilitação com fisioterapeutas e orientação dietética com nutricionista. Porém, ainda é incipiente o diálogo entre os diferentes profissionais, incluindo o médico e enfermeira. A partir de uma nova abordagem ao idoso na área de abrangência da ESF, espera-se reuniões e discussão conjunta de casos clínicos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O idoso constitui um grupo de indivíduos que acumulam diversas características peculiares e a atenção específica à sua saúde não é somente uma questão de humanização do serviço. Constitui um aspecto ético e legal, com fundamentos em lei como o Estatuto do Idoso. Atualmente, a organização das informações e da assistência à população idosa na área de abrangência da ESF São José é insatisfatória. Dentre os principais problemas podem ser citados:

- 1-Prontuários sem dados relevantes, com priorização à queixa aguda em consulta de demanda espontânea de forma simplificada.
- 2-Falta de adoção de protocolos clínicos estabelecidos.
- 3-Dificuldades na integralidade da assistência.
- 4-Número limitado de ações de promoção de saúde.
- 5-Vínculo entre o paciente e a equipe não consolidado.

O plano de intervenção descrito anteriormente tem como missão alterar esta situação. Para atingir seus objetivos, alguns aspectos são essenciais:

- 1- A utilização do prontuário eletrônico, previsto para ser instalado até o fim de 2010, que constituirá um grande facilitador no gerenciamento das informações.
- 2-Desenvolvimento de atividades de educação em saúde, com olhar crítico e participação ativa da população idosa, sem deixar que seja algo apresentado já pronto pela equipe de saúde.
- 3-Realização de ações de educação permanente para os profissionais de saúde, através de cursos ou outros métodos que facilitem e aprimorem a capacidade técnica.
- 4-Aplicação de ferramentas de avaliação do processo, que deve ser feita continuamente e permitir ajustes nas ações.

Por último, vale lembrar que o envolvimento da sociedade geral, além dos idosos, é sempre um fator auxiliador que precisa ser estimulado pela equipe de saúde. Assim, espera-se que em médio espaço de tempo, a ESF São José seja caracterizada como modelo para o município na assistência ao idoso.



## REFERÊNCIAS

- BARCELOS, E.M.; MADUREIRA, M.D. **Síndrome de Imobilidade**. In: CHAIMOWICS, F. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009. p. 131-136.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. **Determinantes das Condições de Saúde e Problemas Prioritários do País**. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.
- BARRETO,S.M.; GIALTI,L.; KALACHE, A. **Gender Inequalities in Health Among Brazilian Older Adults**. Pan American Health, volume 16, nº 2, 2004. p. 110-117.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Brasília: 1996. 11p.
- BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Relatório sobre Envelhecimento do Ministério das Relações Exteriores. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 19-Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica-Hipertensão e Diabetes. Brasília, 2006.
- CAIXETA, L. **Princípios Gerais do Diagnóstico das Demências**. In: Demências. São Paulo: Lemos Editorial, 2004. p. 79-88.
- CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.I.; ARAÚJO, H.E.; PINTO, M.S. **Transformações no Padrão Etário da Mortalidade Brasileira em 1979-1994 e no Impacto na Força do Trabalho**. Ipea. Brasília, 1997.
- COELHO FILHO, J.M.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. **Perfil de Utilização de Medicamentos por Idosos em Área Urbana do Nordeste do Brasil**. Revista Saúde Pública, nº 38. Agosto, 2004. p. 557-564.
- CHESNAIS, J.C. **The Demographic Transition-Stages, Patterns and Economic Implications**. New York: Claredon Press, 1992.
- CONFORT, A. **The Biology of the Senescence**. Third Edition. New York: Elsevier; 1978. p. 27-42.
- FERRARI, M.A.C. **Idosos muito Idosos: Reflexões e Tendências**. Mundo Saúde. Outubro-Dezembro, 2002. p. 467-471. -GURWITZ, J.H. **suboptimal Medication Use in the Elderly. The Tip of the Iceberg**. JAMA, nº 272, 1994. p. 316-317.

- GOODMAN, L.S. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.
- HERZOG, A.R.; FULTZ, N.H. **Prevalence and Incidence in Community-Dwelling Populations**. Journal of the American Geriatric Society. Volume 38, 1990. p. 273-278.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002
- KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. **A Global Strategy for Healthy Ageing**. World Health , n° 4, July-August, 1997. p. 4-5.
- KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **O Envelhecimento da População Mundial-Um Desafio Novo**. Revista Saúde Pública, São Paulo, 1987. p. 200-210.
- KINSELLA, K. **Demographic Aspects**. In: Ebrahim S., Falache A. epidemiology in Old age. London: BMJ Publishing Group, 1996. p. 32-40.
- LEFÉVRE, F.; FEINGLASS, J.; POTTS, S. et al. Iatrogenic Complications in High-Risk Elderly Patients. Archive Internal Medicine. Volume 152, issue 10, 1992. p. 2074-2080.
- LIMA-COSTA, MF; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. **Condições de Saúde, Capacidade Funcional, Uso de Serviços de Saúde e Gastos com Medicamentos da População Idosa Brasileira**. Cadernos de Saúde Pública, n° 19, 2003. p.735-743.
- MORLEY, J.E. **A Breif History of Geriatrics**. Journals of Gerontology, volume 59, issue 11. New York: Oxford University Press, 2004. p. 1132-1152.
- NERI, A.L. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papiros, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho de Qualidade de Vida. Genebra: OMS, 1998.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínico para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª Ed. Washington; OPAS, 2003.
- PALACIOS, J. **Mudança e Desenvolvimento durante a Idade Adulta e a Velhice**. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. Desenvolvimento, Psicologia e Educação Psicológica Evolutiva. Volume 1, 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PERSON, J.L.; BROWN, G.K. **Suicide Prevention in Late Life: Directions of suicide for Science and Practice**. Clinical and Psychology Review, volume 20, issue 6. 2000. P. 685-705.
- SANTOS, S.S.C. **Enfermagem Gerento-Geriátrica: da Reflexão à Ação Cuidativa**. São Paulo: Robe, 2001.
- SOARES, M.A. **Medicamentos Mais Usados pelos Idosos**. Revista Farmácia Brasileira. Fevereiro, 2000.

VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M.F.G. **Transição Demográfica e Epidemiológica.** In: MEDRONHO, R.A. (Organizador). Epidemiologia. Volume 1. Rio de Janeiro, 2002. p. 91-103.

WATERS, W.E.; HEIKKINEN, E.; DONAS, A.S. **Health, Lifestyles and Services for Elderly.** World Health Organization. Public Health in Europe 29. Copenhagen, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women, Ageing and Health. Achieving Health Across the Life Span.** Geneve: WHO, 1998.

ZAGURY, L.; NALIATO, E.C.O.; MEIRELLES, R.M.R. **Diabetes Mellitus em Idoso de Classe Média Brasileira: Estudo Retrospectivo de 416 Pacientes.** Jornal Brasileiro de Medicina. Vol. 82, Junho de 2002. p. 59-61.