



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VANESSA DANIELE ZAMBON VALÉRIO PELIZZARI

PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES NO CAMPO E FATORES ASSOCIADOS

**MARINGÁ
2016**

VANESSA DANIELE ZAMBON VALÉRIO PELIZZARI

PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES NO CAMPO E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Saúde do Idoso.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes

**MARINGÁ
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P163p Pelizzari, Vanessa Daniele Zambon Valério
Perfil dos idosos residentes no campo e fatores associados / Vanessa Daniele Zambon Valério Pelizzari. -- Maringá, 2016.
86 f. : il., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Saúde do idoso. 2. Serviços de saúde. 3. Enfermagem geriátrica. 4. Perfil epidemiológico. I. Fernandes, Carlos Alexandre Molena, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21. ed. 610.7365

VANESSA DANIELE ZAMBON VALÉRIO PELIZZARI

PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES NO CAMPO E FATORES ASSOCIADOS

Aprovado em: 29/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes (Orientador)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof^a. Dr^a. Mara Solange Gomes Delarozza
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este estudo a Deus, minha família, amigos e colegas de trabalho pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de mais uma etapa de um grande desafio, alguns agradecimentos são necessários, pois sem o auxílio de tantos eu não teria atingido esse propósito.

Em primeiro lugar agradeço a **Deus** por me permitir chegar até aqui e por fazer que as coisas sempre acontecessem no momento certo.

Aos meus pais – **Elza Terezinha Zambon Valério** e **José Carmona Valério** – meus primeiros exemplos de vida. Amo muito vocês!

Ao meu esposo – **Alexandre Pelizzari** – por não medir esforços para me propiciar uma vida tranquila e feliz, e por me incentivar sempre a lutar pelos meus sonhos, além de todo o suporte financeiro e emocional que me proporcionou.

Ao meu filho – **Gabriel Valério Pelizzari** – por estar sempre ao meu lado e entender que, às vezes, eu não podia brincar e dar-lhe a devida atenção em função dos meus estudos.

Às minhas amigas **Dirce Mari Bodner**, **Daniele Tamiko Carneiro**, **Rosa Hermógenes de Moraes** pela amizade, companheirismo e incentivo em mais esta etapa. Obrigada pelas palavras de conforto nos momentos angustiantes e por me oferecerem força e suporte.

Ao **Programa de Mestrado em Enfermagem** pela confiança que depositaram em mim.

Um obrigada especial ao professor **Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes**, meu orientador. Obrigada pela dedicação, por confiar e acreditar em mim e por todo o carinho que sempre me dedicou.

Às professoras **Dr^a. Ana Maria Rigo Silva** e **Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera** pela contribuição no Exame de Qualificação. E à professora **Dr^a. Mara Solange Gomes Delarozza** na finalização deste estudo.

Aos **idosos** que entrevistei, por me acolherem em suas casas, abrindo muito mais do que a porta, mas as suas próprias vidas para que, com base em suas experiências e informações, eu pudesse realizar esta pesquisa. Agradeço pelo carinho, pelo papo agradável, pelos lanches, pela delicadeza, pelas lições de vida que certamente mudaram minha forma de viver e pensar no futuro.

À **equipe da Secretaria de Saúde** do município de Campo Mourão que, desde o início, me possibilitou a vivência junto aos idosos residentes na área rural do município.

À **equipe das Unidades de Saúde** – à enfermeira, aos auxiliares de enfermagem e aos Agentes Comunitários de Saúde.

E, por fim, obrigada a todas as pessoas que, de alguma ou outra forma, colaboraram para a realização deste sonho, pois tenho certeza que é impossível nomear todos que contribuíram para que eu aqui chegasse.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

PELIZZARI, V. D. Z. V. **Perfil dos idosos residentes no campo e fatores associados**. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes. Maringá, 2016.

RESUMO

O idoso possui suas particularidades que precisam ser atendidas pelos serviços de saúde. A realização de estudos sobre perfil de saúde em área rural é essencial para a assistência à população de idosos, pois irá proporcionar aos profissionais de saúde e gestores a formulação de ações e políticas públicas que tornem o cuidado resolutivo e de qualidade. No presente estudo teve-se o objetivo de analisar as condições de vida e saúde de uma população idosa residente em zona rural; analisar a associação entre fatores sociodemográficos, de doenças autorreferidas e autopercepção de saúde dos idosos; descrever os fatores de risco e proteção para a saúde dos idosos; analisar o perfil de utilização de serviços de saúde por idosos da área rural; apreciar o estado nutricional, perfil lipídico e glicêmico dos idosos da área rural. O estudo é transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 187 idosos residentes na área rural por meio de inquérito domiciliar, explorando as condições sociodemográficas e de saúde. Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizados um questionário, a partir de um roteiro resumido da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, aplicado aos idosos, e a coleta de sangue para exames bioquímicos. Para a análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences SPSS 20*. Foram estimadas as prevalências e as razões de prevalência bruta e ajustadas, utilizando regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, níveis de significância de 0,05 e intervalo de 95% de confiança para as variáveis sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal, número de moradores a domicílio. Para estimar as razões de prevalência ajustadas nas variáveis sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal, número de moradores a domicílio, horas em frente a TV, tabagismo, bebida alcoólica, prática de atividade física, duração da atividade física, consumo de hortaliças e frutas, inicialmente foi realizada análise bivariada. As associações que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado. Nas análises multivariadas que incluíram as variáveis do modelo final, estas foram ajustadas pelo sexo masculino ou feminino. Na análise descritiva, as variáveis categóricas (sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal, número de moradores por domicílio; horas em frente a TV; tabagismo; bebida alcoólica; prática de atividade física, duração da atividade física; consumo de hortaliças e frutas; deixou de realizar AVD; quantos dias deixou de realizar AVD; internações nos últimos 12 meses; quantas vezes internado nos últimos 12 meses; procurou atendimento nas últimas duas semanas; procurou atendimento nas últimas duas semanas na farmácia; procurou atendimento nas últimas duas Semanas no Posto ou Centro de Saúde; procurou atendimento nas últimas duas semanas no Consultório Particular; procurou atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato; procurou atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório ou consultório de clínica; procurou atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório de hospital; procurou atendimento nas últimas duas semanas no Pronto Socorro ou emergência; procurou atendimento nas últimas duas semanas com o ACS; procurou atendimento nas últimas duas semanas em outro tipo de serviço; consulta ao médico nos últimos 12 meses; entre as que consultaram, quem realizou três ou mais consultas médicas no último ano; consulta ao dentista nos últimos 12 meses; possui plano de saúde; renovar

receita; pegar medicação; aferir pressão; aferir glicemia, doença e classificação do IMC) foram apresentadas como frequências e percentuais, e as variáveis contínuas (valor de colesterol, LDL, HDL, VLDL, triglicérido e glicemia), como média e desvio-padrão. Para fazer o cálculo das associações entre os sexos com outra variável categórica foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2) e o teste t Student para a comparação entre médias. Foi usado o nível de significância de 5%. Observou-se que 23,0% dos entrevistados tinham renda *per capita* de até um salário mínimo; 90,40% tinham menos de quatro anos de estudo; 41,71% classificaram a própria saúde como regular. A doença mais referida foi a hipertensão (65,77%). Entre os que se autoavaliam com boa saúde, a maioria, 48,05%, não pratica atividade física; 46,75% consomem hortaliças; e 40,26%, frutas; 27,27% deixaram de realizar suas AVD. A maior procura por atendimento nos serviços de saúde deveu-se à presença de doença. No IMC, 68,44% estavam acima do peso, e os com sobrepesos estavam com colesterol total elevado. O LDL e VLDL, em todos os estados nutricionais, estavam acima do limite. Concluímos que a população que vive com baixa renda deve ter atenção dobrada da equipe, pois há maior vulnerabilidade social. Um dado importante levantado foi que a grande maioria da população estudada tem baixa escolaridade e, por isso, a equipe de saúde deve estar atenta para que os pacientes compreendam as orientações passadas pelos profissionais. Quanto à percepção de saúde, a maioria a considerou regular, assim, a equipe precisa estar atenta, pois alguns declaram não estar com boa saúde, estão acima do peso, fumam ou são sedentários. Um fator positivo é que a minoria fuma ou ingere bebida alcoólica. A ESF deve estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis, pois os que acham que têm boa saúde não realizam prática de atividade física e consomem poucas frutas, verduras e hortaliças durante a semana. Um número expressivo ficou sem realizar as atividades de vida diária, devendo a equipe, especialmente o enfermeiro, verificar as falhas que ocorrem na prevenção e os principais motivos que afastaram esses idosos de suas atividades. Observamos que a maioria dos entrevistados procura atendimento de saúde somente quando está doente, assim, a equipe deve gerar estratégias para estimular o atendimento preventivo. Um dado preocupante levantado é que grande parte dos idosos estão acima do peso e, conseqüentemente, com o colesterol total elevado. Os exames de LDL e VLDL também mostraram-se alterados, independente do estado nutricional, e isso preocupa, pois essas moléculas podem se acumular nos vasos e gerar aterosclerose, portanto, esta população precisa ser estimulada a fazer atividade física e adotar uma alimentação saudável.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde do idoso. Inquéritos epidemiológicos. População rural. Serviços de saúde. Atividades cotidianas.

PELIZZARI, V. D. Z. V. **Profile of elderly people who live in rural areas and associated factors**. 86 f. Dissertation (Masters in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes. Maringá, 2016.

ABSTRACT

The elderly person has its particularities that need to be fulfilled by the health services. The accomplishment of studies about the health profile in the rural area is essential for providing assistance to the elderly population, since it will enable the health professionals and managers to formulate actions and public policies that enhance the care, making it resolute and qualitative. In the present study, the objectives were to analyze the life and health conditions of an elderly population who lives in the rural area; to analyze the association among sociodemographic factors, self-reported diseases and self-perception of health of the elderly people; to describe the risk and protective factors for the health of the elderly people; to analyze the profile of use of health services by the elderly people in the rural area; and to appraise the nutritional status, the lipid profile and the glycemic profile of the elderly people in the rural area. This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, which was conducted with 187 elderly people who live in the rural area by means of a household survey, exploring the sociodemographic and health conditions. Regarding the data collection instruments, we used a questionnaire, based on a short script of the National Household Sample Survey, which was applied to the elderly people, and the blood collection, with a view to performing biochemical exams. In order to hold the statistical analysis, we used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 20. We estimated the prevalence and the prevalence ratios, gross and adjusted, using Poisson regression with robust adjustment of variance, significance levels of 0.05 and a confidence interval of 95% for the variables: gender, race, schooling level, income, marital status and number of residents per household. In order to estimate the prevalence ratios adjusted in the variables of gender, race, schooling level, income, marital status, number of residents per household, hours spent in front of TV, smoking, alcoholic drinks, physical activity practice, physical activity duration, and consumption of vegetables and fruits, we initially performed a bivariate analysis. The associations that showed values of $p < 0.20$ were included in the multivariate model. In the multivariate analyzes that included the variables of the final model, there were adjustments through the male or female gender. In the descriptive analysis, the categorical variables (gender, race, schooling level, income, marital status, number of residents per household, hours spent in front of TV, smoking, alcoholic drinks; physical activity practice physical activity duration, consumption of vegetables and fruits, ceased to perform ADL, how many days did they fail to perform ADL, hospital admissions in the past 12 months, how often were they admitted in the past 12 months, did they seek assistance in the past two weeks, did they seek assistance in the past two weeks at the pharmacy, did they seek assistance in the past two weeks at the Health Center or Unit, did they seek assistance in the past two weeks at the Private Medical Office, did they seek assistance in the past two weeks at the outpatient clinics or medical office of a company or union, did they seek assistance in the past two weeks at the outpatient clinics or medical office of a clinic, did they seek assistance in the past two weeks at the outpatient clinics of a hospital, did they seek assistance in the past two weeks at the First-aid Post or emergency room, did they seek assistance in the past two weeks with CHW, did they seek assistance in the past two weeks

in the other type of service; medical consultations in the past 12 months; among those who underwent consultations, who underwent three or more medical consultations in the past year; dental consultation in the past 12 months; do they have health insurance plan; to renew medical prescription; to obtain medication; to assess pressure; to assess blood glucose, disease and BMI classification) were displayed as frequencies and percentages, and the continuous variables (cholesterol value, LDL, HDL, VLDL, triglyceride and blood glucose) as average and standard deviation. In order to calculate the associations between the genders and other categorical variables, we used the Chi-square test (χ^2) and the Student's t test to compare the averages. We used the significance level of 5%. We noted that 23.0% of interviewees had a per capita income of up to one minimum wage, 90.40% had less than four years of study and 41.71% rated their own health as regular. The most mentioned disease was hypertension (65.77%). Among those who self-rated with good health, the majority, 48.05%, do not practice physical activity, 46.75% consume vegetables, 40.26% consume fruits and 27.27% ceased to perform their ADL. The greatest demand for assistance in health services was due to the presence of illness. In BMI, 68.44% were overweight, and those with excess weight showed high total cholesterol levels. LDL and VLDL levels, in all nutritional statuses, were above the limit. We conclude that the population who lives on low income should receive an intensified assistance from the health team, since there is a greater social vulnerability. An important question raised that should be highlighted is the fact that the great majority of the studied population had low schooling levels; thus, the team should be aware of this data, in order to help the patients to understand the guidelines transmitted by the professionals. Concerning the perception of health, the majority considered it as regular; thus, the team should be aware of this situation, since some of them claimed not to have a good health, are overweight, smoke or are sedentary. A positive factor is that the minority smoke or ingest alcoholic drinks. FHS should encourage the adoption of healthy living habits, since those who think they have good health do not practice physical activities and consume a little amount of fruits and vegetables during per week. A significant number remained without performing the activities of daily living. That is why the health team, especially the nurses, should observe faults that took place in the prevention, as well as finding the main reasons that moved these elderly people away from their activities. We note that the majority of respondents seek health assistance only when they are sick; thus, the team should produce strategies to encourage preventive assistance. A worrying data that was raised reveals that the majority of elderly people are overweight and, consequently, with high total cholesterol levels. LDL and VLDL exams also showed alterations, regardless of nutritional status, which worries us because these molecules may accumulate in the vessels and generate atherosclerosis; therefore, this population should be encouraged to practice physical activities and adopt healthy eating habits.

Keywords: Nursing. Health of the elderly. Health surveys. Rural population. Health services. Activities of daily living.

PELIZZARI, V. D. Z. V. **Perfil de los ancianos residentes en el campo y factores asociados**. 86 h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Dr. Carlos Alexandre Molena Fernandes. Maringá, 2016.

RESUMEN

El anciano posee sus particularidades que precisan ser atendidas por los servicios de salud. La realización de estudios sobre el perfil de salud en el área rural es esencial para la asistencia a la población de ancianos, pues proporcionará a los profesionales de salud y gestores la formulación de acciones y políticas públicas que tornen el cuidado resolutivo y de calidad. En el presente estudio, los objetivos fueron: analizar las condiciones de vida y salud de una población anciana residente en la zona rural; analizar la asociación entre factores sociodemográficos, enfermedades auto-referidas y auto-percepción de salud de los ancianos; describir los factores de riesgo y protección para la salud de los ancianos; analizar el perfil de utilización de servicios de salud por ancianos del área rural; y apreciar el estado nutricional, el perfil lipídico y el perfil glucémico de los ancianos del área rural. Estudio transversal, de planteamiento cuantitativo, realizado con 187 ancianos residentes en el área rural por medio de una encuesta domiciliaria, explorando las condiciones sociodemográficas y de salud. Como instrumentos para la recolección de datos, se utilizaron un cuestionario, a partir de una guía resumida de la Investigación Nacional por Muestra de Domicilios, aplicado a los ancianos, y la extracción de sangre, con miras a hacer exámenes bioquímicos. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20. Se estimaron las prevalencias y las razones de prevalencia brutas y ajustadas, utilizando la regresión de Poisson, con ajuste robusto de la variancia, niveles de significancia de 0,05 e intervalo de confianza del 95% para las variables sexo, raza, escolaridad, ingreso, situación conyugal y número de moradores en el domicilio. Para estimar las razones de prevalencia ajustadas en las variables sexo, raza, escolaridad, ingreso, situación conyugal, número de moradores en el domicilio, horas frente a la TV, tabaquismo, bebida alcohólica, práctica de actividad física, duración de la actividad física y consumo de hortalizas y frutas, se realizó inicialmente un análisis bivariado. Las asociaciones que presentaron valor de $p < 0,20$ fueron incluidas en el modelo multivariado. En los análisis multivariados que incluyeron las variables del modelo final, estas fueron ajustadas por el sexo masculino o femenino. En el análisis descriptivo, las variables categóricas (sexo, raza, escolaridad, ingreso, situación conyugal, número de moradores en el domicilio, horas frente a la TV, tabaquismo, bebida alcohólica, práctica de actividad física, duración de la actividad física, consumo de hortalizas y frutas, dejó de realizar AVD, cuantos días dejó de realizar AVD, internaciones en los últimos 12 meses, cuantas veces internado en los últimos 12 meses, buscó atendimento en las últimas dos semanas, buscó atendimento en las últimas dos semanas en la Farmacia, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el Centro o Puesto de Salud, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el Consultorio Particular, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el ambulatorio o consultorio de empresa o sindicato, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el ambulatorio o consultorio de clínica, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el ambulatorio de hospital, buscó atendimento en las últimas dos semanas en el Pronto Socorro o emergencia, buscó atendimento en las últimas dos semanas con el ACS, buscó atendimento en las últimas dos semanas en otro tipo de servicio; consulta al médico en los últimos 12 meses; entre las

que consultaron, quién realizó tres o más consultas médicas en el último año, consulta al dentista en los últimos 12 meses, posee seguro de salud, renovar receta, obtener medicación, medir presión, medir glicemia, enfermedad y clasificación del IMC.) fueron presentadas como frecuencias y porcentajes, y las variables continuas (valor de colesterol, LDL, HDL, VLDL, triglicéridos y glucemia), como media y desvío padrón. Para hacer el cálculo de las asociaciones entre los sexos y otras variables categóricas, se utilizaron la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) y la prueba t-Student, con el fin de comparar las medias. Se utilizó el nivel de significancia del 5%. Se observó que el 23,0% tenían ingreso per cápita de hasta un salario mínimo, el 90,40% tenían menos de 4 años de estudio y el 41,71% clasificaron la propia salud como regular. La enfermedad más referida fue la hipertensión (el 65,77%). Entre los que se autoevalúan con buena salud, la mayoría, el 48,05%, no practican actividad física, el 46,75% consumen hortalizas, el 40,26% consumen frutas y el 27,27% dejaron de realizar sus AVD. La mayor búsqueda por atendimento en los servicios de salud se debió a la presencia de enfermedad. En el IMC, el 68,44% tenían exceso de peso, y los con sobrepeso estaban con colesterol total elevado. Los niveles de LDL y VLDL, en todos los estados nutricionales, estaban por arriba del límite. Concluimos que la población que vive con un bajo ingreso debe tener atención doblada del equipo, pues hay una mayor vulnerabilidad social. Un dato importante levantado fue que la gran mayoría de la población estudiada tiene baja escolaridad y, por tanto, el equipo de salud debe estar atento para que los pacientes puedan comprender las orientaciones suministradas por los profesionales. En lo que atañe a la percepción de salud, la mayoría la consideró regular; así, el equipo debe estar atento, pues algunos se consideran que no están con una buena salud, tienen exceso de peso, fuman o son sedentarios. Un factor positivo es que la minoría fuma o ingiere bebida alcohólica. La ESF debe estimular la adopción de hábitos de vida saludables, pues los que creen que tienen una buena salud no practican actividad física y consumen pocas frutas, verduras y hortalizas a lo largo de la semana. Un número expresivo no realizó las actividades de vida diaria; de este modo, el equipo, en especial el enfermero, debe verificar las fallas que ocurren en la prevención, así como los principales motivos que alejaron estos ancianos de sus actividades. Observamos que la mayoría de los entrevistados buscan atendimento de salud solamente cuando están enfermos; así, el equipo debe producir estrategias para estimular el atendimento preventivo. Un dato preocupante levantado es que gran parte de los ancianos tienen exceso de peso y, consecuentemente, presentan colesterol total elevado. Los exámenes de LDL y VLDL también se mostraron alterados, independiente del estado nutricional, lo que nos preocupa, pues estas moléculas pueden acumularse en los vasos y generar aterosclerosis; por tanto, esta población debe ser estimulada con relación a la práctica de actividad física y la adopción de una alimentación saludable.

Palabras clave: Enfermería. Salud del anciano. Encuestas epidemiológicas. Población rural. Servicios de salud. Actividades cotidianas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários da Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Consulta de Enfermagem
DC	Doenças Crônicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de longa Permanência para Idosos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos da área rural, segundo variáveis sociodemográficas, Campo Mourão, PR, 2015	43
Tabela 2	Distribuição da frequência de percepção do estado de saúde entre idosos da área rural, segundo faixa etária e sexo, Campo Mourão, PR, 2015	45
Tabela 3	Doenças autorreferidas pelos idosos da área rural, segundo consideração do estado de saúde, Campo Mourão, PR, 2015	46
Tabela 4	Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como boa segundo variáveis sociodemográficas entre idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015	47
Tabela 5	Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como boa, segundo fatores de risco e proteção à saúde entre idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015	49
Tabela 6	Frequência (f) e percentagem (%) dos indicadores de Atividade de Vida Diária e internamentos entre idosos da área rural, por sexo, Campo Mourão, PR, 2015	52
Tabela 7	Frequência (F) e percentagem (%) dos indicadores de acesso a serviços de saúde e cobertura por plano de saúde entre idosos da área rural, por sexo e faixa etária. Campo Mourão, PR, 2015	53
Tabela 8	Motivo de utilização de atendimento relacionado à saúde nos últimos 15 dias por idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015	56
Tabela 9	Distribuição dos idosos da área rural, segundo estado nutricional e sexo, Campo Mourão, PR, 2015	57
Tabela 10	Médias dos resultados de exames bioquímicos por idosos, classificados, segundo o índice de massa corporal em idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	17
1.2	O ENFERMEIRO E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	20
1.3	AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE	23
1.4	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS	25
1.5	O CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO NO CAMPO	27
2	JUSTIFICATIVA	30
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1	TIPO DE ESTUDO	33
4.2	POPULAÇÃO-ALVO E LOCAL DO ESTUDO	33
4.3	PARTICIPANTES	34
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	37
4.5.1	Para a descrição das características sociodemográficas e da percepção de saúde	37
4.5.2	Para a identificação dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde	38
4.5.3	Para a identificação dos fatores de comportamento de risco e proteção ...	39
4.5.4	Variáveis IMC, perfil glicêmico e lipídico	40
4.6	PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	61
7	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	74
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cerca de 20 milhões de idosos (> 60 anos) no Brasil e, segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos deverá aumentar 15 vezes em número, enquanto a população total aumentará cinco vezes. Dessa forma, o Brasil ocupará, em 2025, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo (BRASIL, 2010).

O acelerado crescimento da população idosa já pode ser considerado um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). De maneira muito rápida, o Brasil passou de um cenário epidemiológico próprio de uma população jovem para um quadro de mortalidade típica de países longevos, ou seja, com doenças crônicas e múltiplas de longa duração e com exigências complexas e onerosas de cuidados (VERAS, 2009). Devido a essas doenças crônicas os idosos apresentam níveis de morbidade maiores dos que o da população em geral, com maior consumo de medicamentos e procura por serviços de saúde (PIZZOL et al., 2012).

A construção de políticas e programas voltados a atender especificidades do processo de envelhecimento vem ao encontro do aumento da expectativa de vida e da busca por um envelhecimento saudável (AMORIM; PESSOA, 2014). Desse modo, é relevante destacar que o envelhecimento populacional acarreta grandes mudanças em todos os setores da sociedade e desafia a habilidade de produção de políticas públicas que respondam as suas necessidades (TAVARES; ARAÚJO; DIAS, 2011).

Uma ferramenta para melhor atender a população, criada pelo Ministério da Saúde, foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu para “reorganizar” a atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Ela foi criada para substituir a rede de atenção básica tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuavam, e deveriam atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade. Cabe à ESF, a partir do

planejamento com base no diagnóstico situacional, desenvolver atividades que tenham como foco a família e a comunidade (AMORIM; PESSOA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família deve buscar parcerias com instituições e organizações sociais em sua área de abrangência, e, acima de tudo, deve ser compreendida como um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006a).

Com base no princípio de territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família é responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas da sua área de abrangência, mesmo aquelas que se encontram em instituições (públicas ou privadas). Todas essas pessoas idosas e sua rede social (familiares, cuidadores) devem ser recebidas e atendidas, segundo o princípio da humanização. Para isso, é necessário investir na qualificação dos profissionais, com enfoque especial na pessoa idosa. Devem-se respeitar as culturas locais, as diversidades do processo de envelhecimento e facilitar o acesso ao sistema de saúde. Além disso, os profissionais da saúde também devem estar preparados para romper com a fragmentação da equipe multiprofissional e para reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências (AMORIM; PESSOA, 2014).

No que se refere às políticas públicas de saúde para a população idosa, no cenário nacional, destaca-se o Pacto pela Saúde, Portaria nº 399, publicado, em 2006, pelo Ministério da Saúde; entre as ações pactuadas nas três esferas de governo, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades (BRASIL, 2006c).

Em uma direção mais específica, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi atualizada e regulamentada pela Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, passando a chamar-se Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde incluiu essa política como item prioritário na agenda de saúde do País, a qual se baseia no paradigma da capacidade funcional: proporcionar independência e autonomia, por mais tempo possível. A partir disso, foi definido que a atenção à saúde da população idosa teria como porta de entrada a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010).

Essa política define que a escolha do melhor tipo de intervenção e monitoramento do estado clínico e funcional da população idosa deve basear-se na avaliação da capacidade funcional individual e coletiva. Aqui, a funcionalidade é entendida como algo além das doenças, que considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece,

desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado (AMORIM; PESSOA, 2014).

Para que essa política seja implementada e possa contribuir de forma efetiva para a melhoria da saúde da população, torna-se importante a promoção da equidade de acesso e de utilização dos serviços e sistemas de saúde (VIRTUOSO et al., 2012).

Esse atendimento, além de promover a equidade, deve ser humanizado. Assim, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe que os princípios do SUS sejam concretizados no dia a dia dos serviços de saúde, com a valorização de todos os atores e sujeitos que participam do processo do “gerar saúde”. O conceito de humanizar considera diversos fatores do contexto social em que o indivíduo está inserido: gênero, geração/idade, origem, etnia, raça/cor, situação econômica, orientação sexual, pertencimento a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo em situações especiais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; NASCIMENTO; CHAGAS, 2010).

Mais recentemente, a promoção do envelhecimento ativo aparece como uma das principais ações do eixo da Promoção da Saúde que consta no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022). Esse plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários para o enfrentamento das DCNT nos próximos 10 anos. Dentre as ações relacionadas ao envelhecimento ativo está a capacitação das equipes da ESF para atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas em condições crônicas de saúde (BRASIL, 2011). No entanto, para que haja assistência adequada é necessário o conhecimento das diretrizes e finalidades da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por parte dos profissionais integrantes da ESF, além da capacitação desses profissionais para o acolhimento desse grupo populacional (COSTA et al., 2015).

Entretanto, mesmo com os avanços das políticas públicas de saúde, nos serviços de atenção básica estão presentes dificuldades nas relações entre profissionais e usuário, limitações no atendimento ao idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contrarreferência, entre outros (ARAÚJO; BARBOSA, 2010). Assim, é necessário investir na qualificação dos profissionais, com enfoque especial na pessoa idosa. Também deve-se respeitar as culturas locais, as diversidades do processo de envelhecimento e facilitar o acesso ao sistema de saúde, e os profissionais da saúde também devem estar preparados

para romper com a fragmentação da equipe multiprofissional e reconhecer a integração entre a rede básica e o sistema de referências (AMORIM; PESSOA, 2014).

Considerando-se que houve acentuado crescimento dos estudos sobre envelhecimento humano, constata-se que as iniciativas são, em sua maioria, direcionadas a idosos residentes em áreas urbanas. Ainda são incipientes as pesquisas que investigam as características do estado de saúde dos indivíduos idosos residentes no âmbito rural (SOUZA et al., 2015).

Idosos residentes em áreas rurais compartilham características particulares, que precisam ser melhores evidenciadas, com o propósito de fornecer maiores subsídios para o desenvolvimento de ações direcionadas a essa população. Os estudos sobre essa população apresentam desafios adicionais, diretamente relacionados às diferenças culturais, à baixa escolaridade, à pobreza e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BICALHO et al., 2010).

1.2 O ENFERMEIRO E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A enfermagem, na condição de ciência, busca sua estruturação e valorização profissional, e um caminho para fortalecer sua identidade na assistência pode ser agir de forma planejada, baseando-se em princípios científicos e na reflexão de seus atos (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012). O Processo de Enfermagem é a maior representação do método científico na enfermagem e é direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual permite a organização e o desenvolvimento do trabalho da equipe, tendo o enfermeiro como responsável (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

A utilização da SAE favorece a organização do trabalho do enfermeiro, permitindo o desenvolvendo de sua prática clínica (MATUMOTO et al., 2011). A adoção dessa prática possibilita a organização do trabalho da Enfermagem, tornando possível a operacionalização e a documentação do Processo de Enfermagem. Esse Processo, quando operacionalizado em instituições prestadoras de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), corresponde ao usualmente denominado Consulta de Enfermagem (CE) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Ao longo do seu processo histórico, a Enfermagem vem construindo diferentes percepções em relação ao processo de cuidar. Assim, destaca-se uma tendência atual direcionada ao estabelecimento de assistência que consiga superar a imagem tradicional, tecnicista e biologicista, adotando uma visão mais ampla de cuidado, capaz de integrar corpo/mente, objetividade/subjetividade, de forma a contemplar o sujeito em suas diversas nuances. Nesse contexto, a consulta de enfermagem, ao subsidiar condições para uma atuação direta e independente com o paciente, surge como importante instrumento que poderá contribuir para potencializar os sujeitos envolvidos no processo de cuidado (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

A atenção à saúde do idoso por meio da CE é uma oportunidade ampla de desenvolvimento de práticas de cuidado, entre as quais: fortalecimento do vínculo, educação em saúde, avaliação multidimensional, identificação precoce de idosos frágeis ou em processo de fragilização. Frente a isso, acredita-se que o enfermeiro da ESF assume papel fundamental nas respostas às necessidades de saúde da população idosa na Atenção Básica, e a CE aparece como uma estratégia de cuidado, além de um espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos desse segmento populacional (SILVA; SANTOS, 2014).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, 2006, as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ESF devem superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

O atendimento por meio de consultas de enfermagem ajuda a atingir a excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente. A implementação de um programa estruturado também possibilita a avaliação crítica do cuidado, facilitando os ajustes clínicos e a comunicação multidisciplinar (VIEIRA et al., 2014). Portanto, durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve considerar o paciente como um todo, observar os aspectos afetados e os sadios, reforçar e estimular as suas potencialidades, a subjetividade do ser cuidado. Desse modo, vínculos entre o profissional e o cliente podem ser construídos a fim de identificar e satisfazer as necessidades deste cliente e obter qualidade no cuidado prestado (CANABRAVA et al., 2011).

Esse procedimento deve abranger a coleta de informações sobre a clientela, identificação de diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação de

intervenções e avaliação de resultados assistenciais. Para tanto, necessário se faz que enfermeiro e pessoa cuidada se mostrem como seres existenciais nos encontros viabilizados pelas continuadas consultas. O esperado é que esses encontros se transformem em oportunidade de interação entre profissional e clientela, possibilitando que o enfermeiro ajude a pessoa cuidada a escolher suas possibilidades de vir a ser, ou seja, de bem-viver (SILVA et al., 2015).

Entretanto, a flexibilidade e a criatividade na aplicação da consulta são os diferenciais que podem contribuir para a prática profissional do enfermeiro, porque tornam possível a utilização de outros mecanismos de intervenção, entre os quais a escuta, o acolhimento e o vínculo, de modo a fortalecer o relacionamento terapêutico entre profissional e paciente (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2013).

A realização da consulta de enfermagem tem seu aporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que a legitima como uma atividade privativa do enfermeiro (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Na Resolução nº 159/93, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), consta que a consulta de enfermagem utiliza componentes do método científico, a fim de identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Em seu artigo 1º, define que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

Defende-se que a CE ao idoso possibilita ampliar a atuação do enfermeiro da ESF na atenção à saúde da pessoa idosa, além de contribuir com a promoção da saúde desse segmento populacional tão expressivo e com tantas especificidades (SILVA; SANTOS, 2014). Destarte, o enfermeiro tem, na atenção primária à saúde, um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, ou mediante atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo. Em relação à atenção à saúde da pessoa idosa e a todas as especificidades do processo de envelhecimento, faz-se extremamente necessária a realização da consulta de enfermagem ao idoso nos serviços de saúde (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

Incumbe ao profissional enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem (PE), na qual a definição das intervenções ocorre a partir do estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem (DE), de modo a classificar o cuidado prestado com uma linguagem padronizada para propiciar uma sistematização das informações e da assistência de enfermagem. Dessa forma, o planejamento e a implementação do cuidado de enfermagem são individualizados, auxiliando efetivamente para a melhoria da situação de saúde. As intervenções podem ser realizadas em diferentes ambientes de cuidado, com metodologias e ferramentas variadas, aplicadas a pacientes e familiares de pacientes com diversos problemas de saúde (VIEIRA et al., 2014).

No caso da consulta de enfermagem, esta possibilita à enfermeira avaliar as necessidades do paciente e as variáveis que interferem na sua adesão terapêutica, permitindo um espaço de descoberta e interação, e favorecendo uma abordagem mais precisa e próxima da realidade. Entretanto, a qualidade dessa consulta pode ser influenciada por fatores que incluem dificuldades pessoais, estruturais e organizacionais (BEZERRA et al., 2008). Os entraves para a realização da CE ao idoso vão além da necessidade de capacitação, melhora na formação e educação continuada nos serviços. Estes, com certeza, são elementos fundamentais, mas a postura profissional do enfermeiro, em ser proativo, autônomo e independente na realização da assistência de enfermagem ao idoso, é imprescindível para que a CE ao idoso realmente seja uma possibilidade (SILVA; SANTOS, 2014).

Assim, com o esforço de cada enfermeiro, e conhecendo os pacientes de sua área de abrangência, criando um vínculo com os mesmos, o atendimento terá uma melhor qualidade.

1.3 AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE

A autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo (BORIM; BARROS; NERI, 2012). É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). A autoavaliação é cada vez mais utilizada e retrata o estado de saúde da população – seja positivo ou negativo –, considerando-se a

ótica pessoal do indivíduo. Entende-se que o conceito subjetivo de saúde, automaticamente incluso nesse processo, possibilita investigar quais são os fatores associados à percepção de vida saudável da população em estudo (BEZERRA et al., 2011).

Considerada o principal indicador de qualidade de vida percebida, a autoavaliação de saúde é um conceito corrente na pesquisa epidemiológica sobre saúde do idoso. É o indicador mais comumente utilizado para investigar o bem-estar físico e mental (LIMA-COSTA et al., 2011). As informações sobre a autoavaliação de saúde de pessoas mais velhas permitem evidenciar o impacto que ela tem na vida e na saúde dessa parcela da população (CARDOSO et al., 2014).

A autoavaliação, portanto, implica em perguntas e respostas de natureza valorativa e comparativa. É uma medida complexa, influenciada pelos mesmos elementos que controlam os relatos sobre sinais, sintomas, desempenho funcional e diagnósticos médicos. A diferença entre esses dois tipos de medida – (relatos e autoavaliação) – reside no fato de os autorrelatos sobre sinais e sintomas serem de caráter descritivo, e a autoavaliação da saúde ser de caráter global e valorativo, indicada por uma resposta que se caracteriza como um julgamento pessoal, feito com base em critérios individuais e socionormativos de acesso prioritário ao respondente (LATHAM; PEEK, 2013).

Estudos sobre as relações entre a avaliação de saúde por critérios objetivos e subjetivos são baseados em comparações entre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido aferidas pelos dois critérios de avaliação. A correlação entre o estado de saúde medido e os indicadores objetivos e subjetivos tende a enfraquecer com o avançar da idade (LATHAM; PEEK, 2013).

O julgamento subjetivo dos idosos sobre suas condições de saúde tem bases pessoais, lastreadas por informações oriundas de profissionais de saúde, por experiências fisiológicas, pela observação do próprio comportamento e pela observação do comportamento de outrem (MELO; FALSARELLA; NERI, 2014). Assim, a autoavaliação subjetiva do estado de saúde tem merecido notável atenção, sendo considerada um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos. Também tem sido largamente utilizada por ser uma variável simples de ser obtida, com o potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso, e com valor preditivo de mortalidade (KIVINEN et al., 1998).

Considerando-se que aspectos culturais, psicológicos, sociais, entre outros, podem influenciar a percepção de saúde dos indivíduos, é razoável ter como hipótese que,

especialmente em países em desenvolvimento, onde há forte desigualdade social, as diferenças econômicas e sociais, e até mesmo comportamentais, podem produzir padrões de autopercepção de saúde diferenciados entre sujeitos com diferentes condições e características (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

No Brasil, estudos de base populacional apontam associação da autoavaliação de saúde com a morbidade e a capacidade funcional em idosos (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012; SILVA et al., 2012).

Um indivíduo pode se autoavaliar quanto ao seu estado de saúde. Existem vários instrumentos que podem ser utilizados, mas tem sido amplamente utilizada, em inquéritos de saúde, a autoavaliação da saúde, obtida por meio de uma única questão (BARROS et al., 2009; COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). No entanto, investigações epidemiológicas, de base populacional, centradas na autoavaliação da saúde entre idosos brasileiros ainda são escassas. Esses estudos apontam para a existência de um caráter multidimensional na estrutura da autoavaliação da saúde, tanto para os idosos residentes em metrópoles quanto para aqueles residentes em pequenas cidades (SILVA et al., 2012).

O Estudo Fibra Campinas investigou a autopercepção de saúde em 689 indivíduos com 65 anos de idade, residentes na comunidade, e constatou que 71,3% da amostra consideraram sua saúde boa e muito boa; 24,3% a consideraram regular; e 4,3%, ruim e muito ruim (GUARIENTO et al., 2011). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) avaliou, entre os anos de 1998 a 2008, as tendências de saúde da população idosa brasileira (105.254 idosos), e constatou aumento gradativo da boa autoavaliação da saúde ao longo de dez anos, passando de 39,3% para 43,5% (LIMA-COSTA et al., 2011).

Diante disso, conhecer os fatores que influenciam a percepção de saúde dos idosos poderá contribuir para identificar quais dimensões da saúde precisam ser fortalecidas para que esse grupo tenha atenção adequada às suas necessidades (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013).

1.4 PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

A realização de inquéritos periódicos de saúde é relevante para acompanhar o grau das desigualdades sociais que prevalecem entre os subgrupos da população em relação às

variáveis das dimensões da saúde. Esse monitoramento, realizado em países com maior desenvolvimento econômico e menores desigualdades socioeconômicas, é crucial em um país como o Brasil, onde persiste um dos níveis mais elevados de concentração de renda do mundo, não obstante a constatação de avanços para a diminuição das desigualdades (IPEA, 2006).

Um exemplo de inquéritos periódicos de saúde é o sistema de pesquisas domiciliares, implantado progressivamente no Brasil a partir de 1967, com a criação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a qual tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. Trata-se de um sistema de pesquisas por amostra de domicílios, o qual, por ter propósitos múltiplos, investiga diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente nas pesquisas – características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação –, e outras com periodicidade variável: características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o País (IBGE, 2010).

Cabe lembrar que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios iniciou no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral até o primeiro trimestre de 1970. A partir de 1971, os levantamentos passaram a ser anuais, realizando-se no último trimestre. Essa pesquisa foi interrompida para a realização dos Censos Demográficos 1970, 1980, 1991 e 2000 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011).

O tema Saúde é abordado na PNAD, com intervalos regulares de cinco anos entre as realizações da investigação (IBGE, 2010). As PNAD possibilitam o monitoramento de vários indicadores de saúde, como morbidades crônicas autorreferidas, e também de fatores que permitem estudos de acesso e utilização dos serviços de saúde (MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011).

No Programa de Saúde da Família, entre as informações de saúde colhidas no cadastramento dos domicílios, constam: acesso e utilização de serviços de saúde, realização de exames preventivos da saúde das mulheres, realização de cirurgia para retirada do útero, mobilidade física e fatores de risco e proteção à saúde da população (atividade física, tabagismo, trânsito e violência), entre outras (IBGE, 2010).

O levantamento suplementar sobre saúde, realizado em 1998, foi repetido, com algumas alterações e inclusões, em 2003. Em sua terceira aplicação, em 2008, a pesquisa

trouxo mais algumas alterações e inclusões, mas manteve aspectos essenciais da investigação, possibilitando a comparabilidade dos resultados desses três anos (IBGE, 2010).

Essa pesquisa se baseia em uma amostra probabilística de domicílios, obtida em três estágios de seleção. No primeiro estágio é feita a seleção dos municípios, classificados em autorrepresentativos, com probabilidade de pertencer à amostra, e em não autorrepresentativos, com probabilidade de pertencer à amostra proporcional a população residente. No segundo são selecionados os setores censitários, cuja probabilidade de inclusão é proporcional ao número de domicílios existentes no setor. No terceiro, os domicílios são amostrados em cada setor censitário e seus moradores são elegíveis para a entrevista face a face (LIMA-COSTA et al., 2011).

A PNAD utiliza-se de um desenho de amostragem denominado complexo, que consiste na agregação de métodos de amostragem clássicos (estratificação e conglomeração), com probabilidades desiguais de seleção em três estágios, que dependem de os municípios selecionados serem classificados como autorrepresentativos ou não. Os municípios situados em Regiões Metropolitanas ou em unidades da Federação sem região metropolitana, porém grandes em termos populacionais, são denominados municípios autorrepresentativos. Os municípios não autorrepresentativos são aqueles situados fora das Regiões Metropolitanas ou considerados não tão grandes em termos populacionais (IBGE, 2009a).

Assim, com a disponibilização da base de dados das PNAD, o Ministério da Saúde e o IBGE ampliam, consideravelmente, o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira (IBGE, 2010).

1.5 O CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO NO CAMPO

Um novo olhar lançado pelos serviços de saúde sobre os idosos deve considerar o ambiente em que essas pessoas vivem. Estudos sobre a situação de saúde e qualidade de vida constataram que os pacientes da zona urbana apresentaram melhores condições de saúde. Porém, os que residem na zona rural também enfrentam alguns impasses,

relacionados aos fatores socioeconômicos e aos domínios e facetas da qualidade de vida (TAVARES et al., 2015b; SANTOS et al., 2013).

A literatura científica evidencia que a população que vive na zona rural envelhece à semelhança da que vive na zona urbana. Entretanto, aponta para uma realidade em que predomina a pobreza, o isolamento geográfico, baixos níveis socioeconômicos e educacionais, residências mais precárias, limitações de transporte, problemas crônicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

As famílias rurais, em seu modo de organização, estão expostas a uma diversidade de riscos ambientais e aos perigos relacionados ao trabalho (WUNSCH et al., 2014), ou seja, a população rural pode ser tão ou mais vulnerável ao adoecer do que a população urbana.

Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde e a medicamentos são maiores na zona urbana quando comparados aos da zona rural. Ademais, o deslocamento do local de moradia para realizar consultas médicas pode ser difícil para os idosos que dependem de familiares ou residem em áreas distantes, desprovidas de transporte coletivo regular, ou ainda com topografia acidentada, dificultando a caminhada até o local de parada do ônibus (PIZZOL et al., 2012). Essas dificuldades podem favorecer o subdiagnóstico em áreas rurais e, conseqüentemente, intervir no controle da doença e na qualidade de vida (QV) (TAVARES et al., 2015a).

Os serviços de saúde muitas vezes não têm condições de responder aos problemas que estejam situados além do campo das doenças infecto-contagiosas, como é o caso das doenças inespecíficas e das doenças do trabalho, pois os profissionais de saúde ainda não estão capacitados para atender a essa demanda. Para cuidar de famílias rurais, os profissionais de saúde precisam compreender que cada família rural possui características singulares, com valores e hábitos de vida próprias do ser humano rural, que passam de geração para geração, influenciadas pelo ambiente em que vivem (SCHWARTZ et al., 2016).

Existe ainda a necessidade de políticas públicas que garantam às populações rurais o acesso aos serviços de saúde, a promoção de saúde e a prevenção de doenças com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e o estado de saúde (LIMA; OLIVEIRA, 2014).

Acredita-se que o ambiente rural também possa influenciar as condições de saúde e a QV através da maior prevalência de indivíduos inativos fisicamente no lazer. Além disso, acrescentam-se a maior dedicação para o trabalho no campo e deficiência de espaços e equipamentos de lazer (PEGORARI et al., 2015).

Mesmo havendo iniciativas de estudos com idosos, constata-se ainda escassez de produção de conhecimento a respeito de idosos da área rural. Assim, é relevante o estudo das condições de saúde desses idosos, pois o processo de vida e envelhecimento pode lhes conferir características peculiares, a partir dos diferentes contextos e realidades (SOUZA et al., 2015).

2 JUSTIFICATIVA

O franco processo de envelhecimento da população brasileira torna imperativas as investigações acerca da saúde dos idosos, isto porque, historicamente, nunca houve nas sociedades um grupo tão grande de pessoas com idade tão avançada (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

O sistema de saúde atual focaliza a expansão da Saúde da Família e para atender a população idosa é necessário que a Equipe de Saúde da Família conheça o perfil socioeconômico-demográfico e a capacidade funcional da população idosa da sua região, a fim de planejar e implementar ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de agravos e reabilitação.

Diante da importância em conhecer a realidade de cada território em relação às condições de vida, principalmente no que tange à população de idosos, estudos deveriam ser realizados considerando fatores de risco à saúde como doenças crônicas e as condições socioeconômicas. Esses estudos deveriam considerar não só as características de divisão territorial, mas também as relacionadas à oferta de serviços de saúde.

O Estado do Paraná tem apresentado, em geral, indicadores de saúde e indicadores socioeconômicos melhores que a média do Brasil, mesmo assim esses indicadores têm sido pouco informativos sobre a situação individual dos municípios e suas diversidades locais.

No Brasil, poucos estudos de base populacional analisaram a autopercepção de saúde e muito menos utilizaram esse indicador especificamente em idosos da área rural, havendo vários aspectos da saúde subjetiva desse segmento etário dos brasileiros ainda por investigar. Conhecer os aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar os subgrupos mais vulneráveis de idosos e contribuir para identificar quais dimensões da saúde precisam ser fortalecidas para que esse grupo receba atenção adequada às suas necessidades e subsidiem os serviços de saúde nas iniciativas de promoção de melhor qualidade de vida e saúde.

O propósito do presente estudo foi o de verificar, em idosos da área rural, a relação da percepção de saúde com aspectos sociodemográficos e econômicos, com aspectos comportamentais, e achados clínicos pelos exames bioquímicos. Com o levantamento dessas informações visou-se entender como o idoso se autoavalia em relação a sua saúde, quais os seus comportamentos nesse âmbito e compará-los com o resultado dos exames

bioquímicos, servindo de referência para fundamentar: programas de promoção à saúde no diagnóstico e acompanhamento de possíveis intervenções que venham a ser desenvolvidas em grupamentos etários mais avançados da área rural.

Conhecer os fatores que influenciam a percepção de saúde dos idosos pode contribuir para identificar quais dimensões da saúde precisam ser fortalecidas para que esse grupo obtenha atenção adequada às suas necessidades. Além disso, pode orientar a equipe de saúde e os enfermeiros na adequação e instrumentalização de ações que permeiem o alcance das metas programáticas e, principalmente, a adequação dos programas oficiais às reais necessidades e demanda do município.

Abordar esse tema é de suma importância para a reflexão sobre a Saúde do Idoso e sobre a garantia de um envelhecimento saudável, como é o desejo de pessoas que, ao longo da vida, trabalharam na área rural. Essa abordagem também é importante para a análise de políticas públicas, pois ao avaliar e analisar as vulnerabilidades nas quais os grupos populacionais residentes em comunidades rurais estão expostos seja possível implantar políticas públicas de desenvolvimento sustentável que garantam melhor qualidade de vida.

Sabendo da existência de políticas de atenção à saúde do idoso no Brasil, cuja execução envolve diversos profissionais de saúde, percebemos a importância do cuidado profissional realizado para com essa parcela populacional. E considerando que a equipe de saúde deve realizar assistência integral, em todas as fases do desenvolvimento humano, em especial a do envelhecimento, a relevância deste estudo está justamente na possibilidade de se verificar: de que modo o idoso da área rural se autoavalia e o seu comportamento nesse âmbito em seu ambiente físico e social, e compará-los a exames bioquímicos, no intuito de auxiliar os profissionais que trabalham ou venham a trabalhar com essa população.

Enfim, a realização deste estudo se justifica pelo fato de contribuir para melhorar a resposta da equipe, principalmente a do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção, possibilitando que a população da zona rural passe a ser atendida de forma mais integral e resolutive.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as condições de vida e saúde de uma população idosa residente em zona rural.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, de doenças autorreferidas e autopercepção de saúde dos idosos;
2. Descrever os fatores de risco e proteção para a saúde dos idosos;
3. Analisar o perfil de utilização de serviços de saúde por idosos da área rural;
4. Apreciar o estado nutricional, perfil lipídico e glicêmico dos idosos da área rural.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa se caracteriza um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

4.2 POPULAÇÃO-ALVO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Campo Mourão, estado do Paraná, com os residentes da área rural, de 60 anos ou mais de idade, cadastrados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde do município.

Campo Mourão é um município situado a 24° 02' 44" latitude sul e 52° 22' 59" longitude oeste. A excelente localização do município, no Centro-Oeste paranaense, coloca-o nas rotas de integração para os principais centros urbanos do país e do Mercosul, com população estimada, em 2015, de 92.930 habitantes, sendo 4.518 na área rural, com percentual de 9,1% de idosos na população (IBGE, 2015).

Predominantemente agrícola, município tem no plantio de soja e milho seus principais produtos. O agronegócio fortalece a economia, empregando e difundindo moderna tecnologia a partir de duas cooperativas agrícolas de projeção nacional, e de uma unidade da maior processadora de carnes do mundo.

O comércio e a prestação de serviços são diversificados. E diante de um grande volume de negócios envolvendo os dois setores, Campo Mourão está posicionado entre os 243 principais municípios do mapa de consumo do País e como a 17ª cidade do Paraná com potencial de mercado. Condição que tem gerado um alto índice de desenvolvimento urbano, fruto de um projeto de melhoria da qualidade de vida da população por meio da geração de emprego e renda.

Campo Mourão é sede da 11ª Regional de Saúde do Estado, com coeficiente de mortalidade infantil, em 2013, de 10,54 por mil nascidos vivos e taxa de mortalidade

materna de 225,90 por 100.000 nascidos vivos. Já, a taxa de mortalidade infantil do estado do Paraná neste mesmo ano foi de 10,95 por mil nascidos vivos e taxa de mortalidade materna de 41,73 por 100.000 nascidos vivos (IPARDES, 2015).

Quanto à disposição e oferta de serviços de saúde o município conta com uma unidade de atendimento de urgência e emergência que funciona 24 horas, e em breve será inaugurada uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas na área rural e seis Postos de Atendimento de Saúde na área rural, com 16 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo duas rurais, dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e oito Equipes de Saúde Bucal. A cobertura do município pela ESF é de 62,52%, que proporciona à população atendimentos de atenção primária e secundária de saúde.

O perfil de saúde da população é acompanhado por alguns sistemas do Ministério da Saúde, como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), puericultura, exames laboratoriais e preventivo de câncer de mama e colo de útero, imunização, tuberculose, hanseníase, DST/Aids, Programa de Saúde Bucal, dentre outros; além de atividades de educação em saúde, atendimentos clínicos, assistenciais, consultas médicas gerais que envolvem todos os ciclos da vida.

A cidade possui três hospitais, sendo dois conveniados ao SUS. Existe uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), de caráter beneficente. Existem 2,09 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, sendo 119 leitos hospitalares conveniados ao SUS (IPARDES, 2015).

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram definidos por cálculo amostral e a seleção foi aleatória. Para o cálculo da amostra foi necessário um levantamento de todos os idosos cadastrados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família da área rural do município. Para isso, foi requisitada ao enfermeiro responsável de cada equipe, a organização de uma listagem dos idosos cadastrados nas fichas A do cadastramento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de cada ESF. À época, o cadastro das famílias ainda era feito através das Fichas de Cadastramento e de Acompanhamento Domiciliar, utilizadas pela

ESF para cadastrar as famílias da sua área de abrangência. As listagens dos nomes e endereços dos idosos foram feitas no mês de agosto de 2014, totalizando 360 idosos para a elaboração do projeto para a qualificação. Portanto, a pesquisa foi planejada considerando a população cadastrada no momento da organização da lista.

O cálculo amostral (n=188) resultou do número do total da população analisada (n=360); prevalência desconhecida (50%); nível de confiança igual a 95%; e erro amostral de 5%. E para selecionar a população a ser entrevistada fez-se um sorteio aleatório simples, que consistiu em averiguar quais os elementos da amostra possuíam a mesma probabilidade de serem incluídos ao serem sorteados. Para a realização deste sorteio foi utilizado o *Programa Excel*[®], por meio da função – aleatório. Foi realizado sorteio individual para cada uma das UBS.

Para eleger os 188 idosos do estudo, utilizou-se o seguinte critério de inclusão: pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas, e que não apresentassem dificuldades de compreensão das questões decorrente de outras condições patológicas (acometimento por doença neurológica, distúrbios mentais e psiquiátricos, sequela de doença isquêmica cerebral, dentre outras). Assim, a ESF escolhia aleatoriamente um idoso que se enquadrasse nos critérios de inclusão. Quando algum idoso se recusasse a participar tanto da entrevista quanto da coleta de sangue era substituído através de um novo sorteio. Houve o total de duas recusas para participar da pesquisa, portanto, realizaram-se dois novos sorteios.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As informações sociodemográficas, percepção do estado de saúde, doenças autorreferidas, comportamentos de proteção e de risco, indicadores de atividade de vida diária, internamentos, acesso a serviços de saúde, motivo de utilização de atendimento relacionado à saúde foram obtidas mediante questionários aplicados aos idosos sorteados em seus domicílios. O estado nutricional foi avaliado por meio do cálculo IMC, considerando-se o peso e a altura mensurados no domicílio.

Já, a coleta de sangue para os exames bioquímicos de perfil lipídico e glicemia capilar foi agendada um dia em cada Unidade Básica para ser realizada. Os exames

bioquímicos foram custeados pelo município e realizados por laboratório conveniado ao município. A Secretaria Municipal de Saúde julgou interessante o estudo que seria feito com os idosos, e por se tratar de exames da rotina do protocolo municipal do idoso autorizou a sua realização desde que os pacientes estivessem com mais de seis meses sem realizá-los. As coletas de sangue foram feitas pelo pesquisador, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem da Estratégia Saúde da Família local após jejum de, no mínimo, 12 horas. O agente comunitário de saúde avisou com antecedência o dia da visita, quando seria aplicado o questionário, feita a mensuração do peso e altura e também a coleta de sangue para que pudessem estar em jejum.

Durante a realização da pesquisa, as entrevistas com os idosos da comunidade foram facilitadas pela intermediação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual as acompanhou. Esse profissional favoreceu a localização dos endereços e a aceitação por parte dos idosos em participar do estudo. O ACS aproveitou a oportunidade para preencher novos cadastros, entrega de consultas ou exames com especialista e problemas a serem levados ao enfermeiro da respectiva unidade. Ainda durante a visita tomava a iniciativa de convidar os idosos para participarem de atividades oferecidas pela UBS – grupos de caminhadas ou das palestras que são oferecidas nas reuniões dos hipertensos e diabéticos, por exemplo.

As amostras de 10ml de sangue periférico de cada paciente foram coletadas com seringas da marca BD[®] e distribuídas em tubo de ensaio, sem anticoagulante, e encaminhadas ao laboratório em caixas térmicas com gelo reciclável. Em seguida, esses tubos foram submetidos às técnicas de dosagem de Triglicérides, Colesterol Total, HDL, LDL VLDL e glicemia de jejum.

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado o mesmo questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), porém, foram retiradas algumas questões sobre saneamento básico, características dos domicílios, número de eletrodomésticos e migração (ANEXO A).

O instrumento foi dividido em sessões, que estão descritas a seguir, e as variáveis que foram utilizadas neste estudo.

SEÇÃO I – Informações gerais: esta sessão do questionário se destinou a obter informações sobre sexo, raça, idade, grau de escolaridade, estado conjugal do idoso, composição geral do lar em que vive esta pessoa, profissão. A informação obtida forneceu

uma ideia geral da situação pessoal e doméstica da pessoa idosa, permitindo relacionar características demográficas com possíveis problemas de saúde a serem investigados na sessão seguinte. O instrumento dessa seção continha 10 perguntas.

SEÇÃO II – Saúde Física: nesta seção foram incluídas perguntas para verificar a opinião do entrevistado em relação ao seu estado geral de saúde e se já havia sido informado sobre o diagnóstico de alguma morbidade. Foram incluídas perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso, num total de 18 perguntas, conforme o questionário da PNAD (ANEXO).

SEÇÃO III – Utilização de serviços de saúde: o propósito desta seção foi obter informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação a vários tipos de serviços médicos. A seção utilização de serviços médicos e dentários foi denominada utilização de serviços de saúde. As informações obtidas indicaram as instituições e serviços dos quais o idoso faz uso, os problemas para ser atendidos em suas necessidades médicas e dentárias, e possíveis deficiências institucionais ou de programas que exigem atenção. Foram introduzidas perguntas destinadas a verificar a ajuda ou a assistência que a pessoa idosa pode obter, na área da saúde, de sua família ou de outros. Incluíram-se 21 perguntas relativas aos tipos de ajuda e/ou apoio utilizado pelo idoso, seus hábitos de consumo de medicamentos e as dificuldades para adquiri-los. Por fim, houve uma pergunta relativa à frequência com que nos últimos doze meses utilizaram os serviços médicos.

SEÇÃO IV – Comportamento: esta seção teve por objetivo avaliar o comportamento do idoso em seu ambiente físico e social, com um total de sete perguntas.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Para a descrição das características sociodemográficas e da percepção de saúde

Nesse item foram analisadas as variáveis das seções I e II do questionário com as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo; raça; faixa etária; grau de escolaridade; estado conjugal; número de moradores; renda familiar.

Para a descrição da saúde física e da percepção sobre sua saúde foram analisadas as seguintes variáveis, da seção II do PNAD:

- Percepção de saúde; últimas duas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais; quantos dias não fez atividades habituais; principal motivo que o impediu de realizar suas atividades habituais; nas duas últimas semanas esteve acamado; quantos dias esteve acamado; algum profissional de saúde disse que tem lombalgia; algum profissional de saúde disse que tem artrite ou reumatismo; algum profissional de saúde disse que tem câncer; algum profissional de saúde disse que tem diabetes; algum profissional de saúde disse que tem bronquite ou asma; algum profissional de saúde disse que tem hipertensão; algum profissional de saúde disse que tem doença do coração; algum profissional de saúde disse que tem insuficiência renal crônica; algum profissional de saúde disse que tem depressão; algum profissional de saúde disse que tem tuberculose; algum profissional de saúde disse que tem tendinite ou tenossinovite; algum profissional de saúde disse que tem cirrose.

4.5.2 Para a identificação dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde

A sessão III do PNAD, com questões relativas à utilização de serviços de saúde, permitiu verificar possíveis fragilidades da assistência à saúde e indicar uma relação com a utilização e a qualidade da atenção dos serviços de saúde. As seguintes variáveis foram analisadas:

- Tem direito a algum plano de saúde médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público;
- Costuma procurar o mesmo lugar, o mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde;
- Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde quem costuma procurar;

- Nos doze últimos meses consultou o médico;
- Quantas vezes consultou o médico nos últimos 12 meses;
- Utiliza medicamento de uso contínuo;
- Na última vez que precisou obter o (os) medicamentos de uso contínuo, recebeu gratuitamente;
- Do(s) medicamento(s) de uso contínuo, que não recebeu gratuitamente, comprou;
- Quando foi ao dentista pela última vez;
- Na última vez que foi ao dentista, o atendimento foi feito através do SUS;
- Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado a própria saúde;
- Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas;
- Quantas vezes procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas;
- Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido;
- Por que motivo não foi atendido na primeira vez que procurou o atendimento de saúde nas duas últimas semanas;
- Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu;
- Considera que o atendimento de saúde recebido foi;
- Nas duas últimas semanas porque motivo não procurou serviço de saúde;
- Nos 12 últimos meses esteve internado;
- Nos 12 últimos meses, quantas vezes esteve internado;
- Como foi o atendimento de saúde recebido nesta (última) internação.

4.5.3 Para a identificação dos fatores de comportamento de risco e proteção

Nesse item foi utilizada a sessão IV do questionário PNAD, com as seguintes perguntas ao idoso:

- Nos últimos 30 dias, em média, quantas horas por dia ficou sentado assistindo televisão ou no computador fora do trabalho;
- Quantos dias por semana pratica exercícios físicos ou esporte;
- No dia que pratica exercícios físicos quanto tempo dura esta atividade;
- Atualmente fuma algum produto do tabaco;
- Com que frequência consome bebida alcoólica (dias/semana);
- Com que frequência consome frutas (dias /semana).

4.5.4 Variáveis IMC, perfil glicêmico e lipídico

O estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC), calculado com base nos dados de peso e altura, dividindo-se o peso (kg) pela altura (m) ao quadrado.

Para os dados antropométricos foi utilizada uma balança calibrada digital da marca Bic Equilibrium[®], modelo SYE 2005 A11, com precisão de 100g e capacidade para até 150kg, e um estadiômetro portátil da marca Sanny[®], com escala em centímetros. O idoso foi posicionado em pé e com o mínimo possível de vestimentas, descalço, o peso igualmente distribuído entre os pés; com o corpo erguido em extensão máxima para a pesagem.

A referência utilizada para a classificação do índice de massa corporal foi a da Organização Mundial de Saúde (1995) que classifica os indivíduos em: baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$); peso normal/eutróficos ($18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$); sobrepeso ou pré-obeso ($25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$); além de níveis de obesidade: obesidade grau 1 ($30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$), obesidade grau 2 ($35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade grau 3 ($> 40 \text{ kg/m}^2$).

A classificação de lombalgia, artrite, câncer, *Diabetes Mellitus*, doença crônica do pulmão, Hipertensão Arterial Sistêmica, doença cardíaca, insuficiência renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite e cirrose foram investigadas através do autorrelato conforme questionário da PNAD.

Como referência para controle glicêmico e perfil lipídico foram utilizados os valores preconizados pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013). A glicemia de jejum foi considerada normal até 110mg/dl e aceitável até 126mg/dl. Para os lipidesséricos,

consideraram-se ideais os seguintes níveis: de total, inferior a 200mg/dl; de HDL, superior a 40mg/dl; de LDL, inferior a 100mg/dl; de triglicérides, inferior a 150mg/dl; de VLDL, até 30mg/dl.

4.6 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados e codificados diretamente nos questionários, e no processo de digitação no *Programa Excel*[®] optou-se por uma validação via dupla digitação. Dessa forma, todos os questionários da pesquisa foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, o digitador responsável pelo instrumento fazia a correção utilizando como base o respectivo questionário.

Para a análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences SPSS 20*. Foram estimadas as prevalências e as razões de prevalência bruta e ajustadas, utilizando-se regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância, níveis de significância de 0,05 e intervalo de 95% de confiança para as variáveis sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal e número de moradores no domicílio.

Com a finalidade de estimar as razões de prevalência ajustadas nas variáveis sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal, número de moradores no domicílio, horas em frente à TV, tabagismo, bebida alcoólica, prática de atividade física, duração da atividade física, consumo de hortaliças e frutas, inicialmente foi realizada análise bivariada. As associações que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas no modelo multivariado. Nas análises multivariadas, que incluíram as variáveis do modelo final, estas foram ajustadas pelo sexo masculino ou feminino.

Na análise descritiva, as variáveis categóricas (sexo, raça, escolaridade, renda, situação conjugal, número de moradores a domicílio, horas em frente à TV, tabagismo, bebida alcoólica, prática de atividade física, duração da atividade física, consumo de hortaliças e frutas, deixou de realizar AVD, quantos dias deixou de realizar AVD, internações nos últimos 12 meses, quantas vezes internado nos últimos 12 meses, procurou atendimento nas últimas duas semanas, procurou atendimento nas últimas duas semanas na farmácia, procurou atendimento nas últimas duas semanas no posto ou centro de saúde, procurou atendimento nas últimas duas semanas no consultório particular, procurou

atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, procurou atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório ou consultório de clínica, procurou atendimento nas últimas duas semanas no ambulatório de hospital, procurou atendimento nas últimas duas semanas no pronto socorro ou emergência, procurou atendimento nas últimas duas semanas com o ACS, procurou atendimento nas últimas duas semanas em outro tipo de serviço, consulta ao médico nos últimos 12 meses, entre as que consultaram, quem realizou três ou mais consultas médicas no último ano, consulta ao dentista nos últimos 12 meses, possui plano de saúde, renovar receita, pegar medicação, aferir pressão, aferir glicemia, doença e classificação do IMC) foram apresentadas em frequências e percentuais.

As variáveis contínuas (Colesterol Total, LDL, HDL, VLDL, Triglicérideo e Glicemia), foram expostas como média e desvio-padrão.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2) e o teste t Student para a comparação entre as médias, e foi usado o nível de significância de 5%.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a pesquisa de campo foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão um ofício com a descrição da pesquisa e de seus objetivos, solicitando-se a autorização para realizá-la (APÊNDICE A). Foram respeitados os direitos dos participantes e liberdade de participação na pesquisa ou desistência em qualquer momento da entrevista, sendo-lhes assegurado o sigilo das informações. Antes da assinatura, o entrevistador apresentou e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE B).

Os dados da entrevista, IMC e exames bioquímicos foram analisados em conjunto, de forma consolidada, por meio de gráficos, figuras e/ou tabelas, não havendo possibilidade de identificação de casos isolados. O projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – UEM, (Parecer nº 852158/2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total (n=187) foi composta por 58,82% de mulheres e 41,18% de homens, conforme consta na Tabela 1. Observou-se predominância de mulheres na população estudada, semelhante ao que vem sendo notado em outros estudos com a população idosa (SCHMIDT et al., 2011; BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012; BARBOSA; LOBO, 2013). Porém, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2008, a análise da razão de sexo tendo como parâmetro o eixo urbano/rural, revelou que nas áreas rurais o número de homens supera o de mulheres: 107 homens para cada 100 mulheres. Em linhas gerais, a migração rural/urbana feminina é superior à masculina e, predominantemente, os homens têm maior presença em atividades tipicamente rurais (IBGE, 2008a).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos da área rural, segundo variáveis sociodemográficas, Campo Mourão, PR, 2015.

Variáveis	n	%	P (bivariada)
Sexo			0,588
Feminino	110	58,82	
Masculino	77	41,18	
Faixa Etária			0,003
60-74	138	73,80	
75 ou +	49	26,20	
Raça			0,001
Branca	157	84,00	
Não Branca	30	16,00	
Escolaridade			0,001
Até 4 anos	169	90,40	
>4 anos	18	9,60	
Renda Familiar			0,023
0 a 1 salário mínimo	43	23,0	
2 a 3 salários mínimos	118	63,1	
4 ou mais salários mínimos	26	13,9	
Situação Conjugal			0,001
Com companheiro	123	65,80	
Sem companheiro	64	34,20	

Em relação à escolaridade, 90,4% tinham até quatro anos de estudo, ou seja, baixa escolaridade, constituindo-se em uma condição social desfavorável para esses idosos, pois esse fator tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social, na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado, entre outros. Bem diferente de outro estudo realizado por Borim, Barros e Neri (2012), em Campinas, SP, no qual a proporção de idosos sem alfabetização foi de 16,4%. O percentual

encontrado no presente estudo é bem maior que o do país, refletindo o pior nível de desenvolvimento socioeconômico e maior número de indivíduos vivendo em condições de alta vulnerabilidade social. No Brasil, em 2007, o percentual de idosos sem alfabetização foi 32,2%, enquanto na Região Sul foi 21,5%. No Brasil rural, as disparidades são significativas quando se comparam os percentuais de idosos com baixa instrução: 55,0% contra 27,5% nas áreas urbanas. Novamente, o Sul se destaca, sendo a única região onde as diferenças urbano/rural são bem menores 20,5% e 25,5% (IBGE, 2008b).

A baixa escolaridade encontrada entre os idosos pode ser explicada pelo contexto histórico vivenciado por eles quando, em meados do século XX, a oferta de ensino era elitista ou religiosa/filantrópica, e alcançavam apenas pequena parcela da população. Esse baixo nível de escolaridade deve ser considerado no planejamento de programas e ações, tanto em nível coletivo quanto individual. O nível educacional interfere diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado, interferindo diretamente na relação médico-paciente (RODRIGUES et al., 2012; ARAÚJO; SILVA, 2010).

A maior parte dos idosos deste estudo vive com renda familiar *per capita* de dois a três salários mínimos (63,1%). O rendimento familiar *per capita* é um indicador de acesso aos bens essenciais, especialmente em situação de ausência ou insuficiência de políticas sociais que garantam moradia, transporte e atendimento à saúde adequado e de qualidade (IBGE, 2009b).

Sabe-se que poucos anos de estudo associados a fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aparecimento de doenças, pois esses fatores podem dificultar a obtenção de informações e a conscientização das pessoas sobre a relevância dos cuidados com a saúde ao longo da vida, a necessidade da adesão ao tratamento e a manutenção de hábitos saudáveis.

A maioria dos entrevistados vive com companheiro (65,8%), isso faz com que o idoso tenha uma companhia e o apoio do parceiro quando necessário. Já, os sem companheiros totalizaram 34,2%. Por isso, os idosos que vivem sozinhos merecem atenção específica dos membros da equipe de saúde para verificar a existência de incapacidades que impeçam a sua sobrevivência sem apoio de outras pessoas. Nesse sentido, os profissionais da saúde, e em particular a enfermagem, deverá gerir o cuidado do idoso no sentido de prever e prover, sempre que possível os meios e os recursos existentes na comunidade para a continuidade do cuidado (BERTUZZI; PASKULIN; MORAIS, 2012).

Se, por um lado, ter companheiro conjugal representa alternativa de suporte ao idoso ao longo da vida, por outro há idosos cuidando de idosos quando estes se tornam dependentes de cuidados (SANTOS; CUNHA, 2013).

Tabela 2 – Distribuição da frequência de percepção do estado de saúde entre idosos da área rural, segundo faixa etária e sexo, Campo Mourão, PR, 2015.

Faixa etária (anos)	Percepção da Saúde					
	Bom		Regular		Ruim	
	F	%	F	%	F	%
Feminino						
60-74	36	46,20	27	34,60	15	19,20
75 ou +	14	43,80	13	40,60	05	15,60
Masculino						
60-74	24	40,00	28	46,70	08	13,30
75 ou +	03	17,60	10	58,80	04	23,50
Total						
60-74	60	43,50	55	39,90	23	16,70
75 ou +	17	34,70	23	46,90	09	18,40

Na população investigada, 43,50% das pessoas de 60 a 74 anos de idade classificaram a própria saúde como boa; a maioria dos idosos de 75 anos ou mais classificaram-na como regular (46,90%). Embora tendo-se utilizado diferentes categorias de respostas e havendo diferenças socioeconômicas entre as cidades, a pesquisa realizada no Município de Campinas, São Paulo, com 1.432 idosos, encontrou resultado similar, com prevalência de 24,6% de saúde muito boa ou boa (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Os homens tenderam a ter a pior avaliação da própria saúde ao classificá-la como regular, sendo 46,70% entre 60 a 74 anos. Já, a maioria das mulheres nessa mesma faixa etária considerou sua saúde boa (46,20). Resultado semelhante foi encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2008, na qual 77,3% autoavaliaram o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”; 18,9%, como “regular”; e 3,8%, como “ruim ou muito ruim” (IBGE, 2008a).

Nos idosos acima de 74 anos, a maior porcentagem dos homens se autoavaliou com saúde regular (58,8); e 43,8% das mulheres considerou ter boa saúde.

Na Tabela 3 apresentam-se as prevalências das doenças autorreferidas pelos idosos em relação ao estado de saúde. A doença mais referida para quem considera o seu estado de saúde bom foi a hipertensão (25,1%). Ela também foi a doença com maior frequência referida de todas as doenças, totalizando 123 pessoas (65,77%). Pesquisa realizada por Silva et al. (2013) também mostrou que entre as morbidades avaliadas, as maiores prevalências foram observadas

para hipertensão (52%). Estudo realizado verificando a prevalência de hipertensos no Brasil constatou que a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi acima de 55% da população idosa em todas as regiões geográficas, valor superior ao encontrado nos países de alta renda (MENDES; MORAES, GOMES, 2014).

Tabela 3 – Doenças autorreferidas pelos idosos da área rural, segundo consideração do estado de saúde, Campo Mourão, PR, 2015.

	Bom		Regular		Ruim		P
	F	%	F	%	f	%	
Hipertensão Arterial Sistêmica							0,118
Não	30	16,00	28	15,00	06	03,20	
Sim	47	25,10	50	26,70	26	13,90	
Lombalgia							0,035
Não	45	24,10	39	20,90	10	05,30	
Sim	32	17,10	39	20,90	22	11,80	
Reumatismo							0,001
Não	66	35,30	64	34,20	16	08,60	
Sim	11	05,90	14	07,50	16	08,60	
Problema Cardíaco							0,02
Não	70	37,40	56	29,90	21	11,20	
Sim	07	03,70	22	11,80	11	05,90	
Diabetes Mellitus							0,165
Não	65	34,80	57	30,50	27	14,40	
Sim	12	06,40	21	11,20	05	02,70	
Depressão							0,003
Não	71	38,00	64	34,20	21	11,20	
Sim	06	03,20	14	07,50	11	05,90	
Tendinite							0,001
Não	72	38,50	69	36,90	20	10,70	
Sim	05	02,70	09	04,80	12	06,40	
Bronquite ou Asma							0,167
Não	71	38,00	64	34,20	28	15,00	
Sim	06	03,20	14	07,50	04	02,10	
Câncer							0,007
Não	76	40,60	78	41,70	29	15,50	
Sim	01	00,50	00	00,00	03	01,60	
Insuficiência Renal							0,495
Não	77	41,20	77	41,20	32	17,10	
Sim	00	00,00	01	00,50	00	00,00	
Tuberculose							0,495
Não	77	41,20	77	41,20	32	17,10	
Sim	00	00,00	01	00,50	00	00,00	
Cirroose							0,495
Não	77	41,20	77	41,20	32	17,10	
Sim	00	00,00	01	00,50	00	00,00	

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, orientar e estimular permanentemente a pessoa com HAS a modificar os hábitos nocivos e auxiliar no controle dos níveis pressóricos. Nessa perspectiva, requer-se o conhecimento das variáveis que influenciam o tratamento, visando a facilitar o dimensionamento da prática do cuidado de enfermagem para cada necessidade (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010).

A segunda doença mais referida (93-49,73%) pelos participantes foi lombalgia. Estudo semelhante da PNAD (2013) apontou que quase um quinto da população brasileira referiu problema crônico de coluna, representando, aproximadamente, 27 milhões de brasileiros. Esse problema é mais frequente em mulheres, indivíduos com mais de 60 anos de idade, e entre os menos escolarizados, além de afetar em proporção maior os residentes na área rural e na região Sul do país (OLIVEIRA et al., 2015). Já, a doença menos referida foi insuficiência renal, tuberculose e cirrose, totalizando apenas uma pessoa cada.

Nas variáveis sociodemográficas destaca-se que nenhuma das variáveis se mostrou significativa à autopercepção de boa saúde como demonstrado na Tabela 4, ou seja, o sexo, a faixa etária, a raça, a escolaridade, renda familiar, situação conjugal e número de moradores no domicílio não interfere na percepção de boa saúde. Na presente pesquisa, 64,94% das mulheres consideram ter boa saúde.

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como boa, segundo variáveis sociodemográficas entre idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015.

Variáveis	n	%	Prevalência	Prevalência RP (IC95%)	RP ajustada* (IC95%)
Sexo			p=0,202		
Feminino	50	64,94	45,45	1,00	1,00
Masculino	27	35,06	35,06	0,771(0,534-1,112)	0,648(0,355-1,180)
Faixa Etária			p=0,556		
60-74	60	77,92	43,48	1,00	1,00
75 ou +	17	22,08	22,08	0,507(0,320-0,805)	0,368(0,195-0,695)
Raça			p=0,200		
Branca	69	89,61	43,95	1,00	1,00
Não Branca	08	10,39	26,67	0,606(0,326-1,127)	0,463(0,194-1,105)
Escolaridade			p=0,374		
Até 4 anos	68	88,31	40,24	0,804(0,489-1,323)	0,673(0,254-1,782)
>4 anos	09	11,69	50,00	1,00	1,00
Renda Familiar (salário mínimo)			p=0,663		
0 a 1	12	15,58	27,91	0,518(0,285-0,942)	0,331(0,119-0,919)
2 a 3	51	66,24	43,22	0,802(0,531-1,121)	0,652(0,278-1,530)
4 ou mais	14	18,18	53,85	1,00	1,00
Situação Conjugal			p=0,844		
Sem companheiro	27	35,06	42,19	1,037(0,725-1,483)	1,065(0,577-1,196)
Com companheiro	50	64,94	40,65	1,00	1,00
Nº moradores domicílio			p=0,771		
1	11	14,28	34,38	0,841(0,491-1,440)	0,758(0,327-1,753)
2	38	49,36	40,86	1,00	1,00
>=3	28	36,36	45,16	1,105(0,765-1,596)	1,192(0,622-2,280)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Ajustada por idade e sexo.

Em relação à escolaridade, 88,31% que possuíam até quatro anos de estudo, e 66,24% que vivem com renda de dois a três salários mínimos também se autoavaliaram com boa saúde. Esse achado representa uma condição social desfavorável, pois esses aspectos têm influência no acesso ao serviço de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão do seu tratamento e autocuidado, entre outros (GUEDES et al., 2012; SANTOS; GRIEP, 2013).

A maioria dos idosos que referiram ter boa saúde está na faixa etária dos 60 aos 74 anos (77,92%). A Estratégia Saúde da Família representa a porta de entrada para idosos e seus familiares, assim, pressupõe-se necessário um olhar diferenciado dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, em relação a esse contingente populacional que, nos próximos dez anos, passará da fase de idoso jovem para muito idoso (SANTOS; CUNHA, 2013).

Quando se observa a estrutura dos arranjos domiciliares é preciso levar em consideração que, apesar de a grande maioria (64,94%) dos idosos viverem com companheiro, um percentual expressivo (35,06%) dos idosos vive sozinho. Tal situação pode representar uma opção do próprio idoso, entretanto, essa opção pode colocá-lo em uma situação de risco, considerando-se que os idosos podem apresentar incapacidades para o desempenho das atividades instrumentais de vida diária (SANTOS; CUNHA, 2013).

Na Tabela 5 observam-se as variáveis comportamentais, destacando-se que o tabagismo não se mostrou associado à autopercepção de boa saúde ($p=0,071$). Estudo semelhante, porém associando autopercepção de saúde ruim com tabagismo, mostrou que a associação feita por idosos também não foi significativa. Mas entre adolescentes e adultos foi constatada a pior autopercepção de saúde entre os fumantes, o que reforça a ideia de que, atualmente, a maior parte da população interpreta o hábito de fumar como algo negativo em relação à saúde, mesmo que muitos ainda apresentem dificuldades para abandoná-lo (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Na presente pesquisa, apenas 12,99% dos que consideram ter boa saúde autorreferiram tabagismo, e 19,48% referiram ingerir álcool. Pesquisa realizada com idosos na zona rural de Uberaba-MG constatou que 3,6% tinham o hábito de fumar, semelhante ao encontrado neste estudo (TAVARES, 2013).

Tabela 5 – Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como boa, segundo fatores de risco e proteção à saúde entre idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015.

Variáveis	N	%	Prevalência	RP bruta (IC95%)	RP ajustada* (IC95%)
Horas em frente a TV			p=0,773		
Menos de 1 hora	28	36,36	39,44	1,00	1,00
1 a <3 horas	36	46,75	40,91	1,037(0,707-1,520)	1,063(0,561-2,012)
>3horas	13	16,89	46,43	1,177(0,720-1,924)	1,33(0,550-3,215)
Tabagista			p=0,071		
Não fumante	67	87,01	43,51	1,00	1,00
Fumante	10	12,99	30,30	0,696(0,402-1,204)	0,564(0,251-1,266)
Bebida alcoólica			p=0,176		
Não consome	62	80,52	41,33	1,00	1,00
Consome	15	19,48	40,54	0,980(0,635-1,514)	0,967(0,465-2,012)
Dias/semana pratica atividade física			p=0,170		
3 ou + dias	28	36,36	48,28	1,00	1,00
< 3 dias	12	15,58	54,55	1,129(0,709-1,799)	1,285(0,480-3,441)
Não pratica	37	48,05	33,94	0,703(0,484-1,021)	0,550(0,287-1,054)
Tempo duração da atividade física			p=0,01		
30 minutos ou mais	36	46,75	52,94	1,00	1,00
Até 30 minutos	05	06,50	41,67	0,787(0,388-1,594)	0,634(0,183-2,199)
não se aplica	36	46,75	33,64	0,635(0,448-0,899)	0,450(0,241-0,840)
Consumo semanal de Hortaliças			p=0,090		
< 3	22	28,57	53,66	1,371(0,936-2,009)	1,801(0,856-3,786)
3 a 4	19	24,68	46,34	1,184(0,782-1,796)	1,343(0,639-2,824)
5 a 7	36	46,75	39,13	1,00	1,00
Consumo semanal de Frutas			p=0,699		
< 3	23	29,87	36,51	0,871(0,571-1,329)	0,797(0,400-1,590)
3 a 4	23	29,87	46,00	1,098(0,734-1,642)	1,181(0,573-2,434)
5 a 7	31	40,26	41,89	1,00	1,00

IC95%: intervalo de 95% de confiança

* Ajustada por idade e sexo.

Considerando-se que no presente estudo a população era coberta pelas ESF, acredita-se que este fato esteja relacionado a orientações recebidas durante as consultas médicas e pelo acompanhamento da equipe de saúde. Portanto, infere-se que, em decorrência da presença de outras comorbidades como HAS e DM, em concomitância os idosos podem ter modificado o padrão de comportamento, abandonando o hábito de fumar e de consumir álcool, por influência dos serviços de saúde, reconhecendo-os como fatores que podem contribuir para o advento de complicações crônicas.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo feito pela Gerência Regional de Saúde de Uberaba/MG (2014), no qual a maioria dos idosos (86%) não consumia bebida alcoólica. O abuso de álcool coloca os idosos em maior risco de vulnerabilidade para o

desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que nem sempre são detectados pelos profissionais nos diversos serviços de saúde. Assim, as estimativas do consumo atual de álcool na população idosa variam, mas suas consequências nessa fase da vida, além da gravidade dos problemas de saúde, têm gerado grande impacto nos cuidados de saúde (TAVARES et al., 2013).

Entre os que se autoavaliam com boa saúde não houve associação significativa com atividade física ($p=0,170$). A maioria dos idosos (48,05%) não pratica atividade física, e resultado semelhante foi encontrado em estudo com idosos da área rural, no qual 70,2% referiram não praticar atividade física. Esse fato pode estar relacionado às dificuldades territoriais e às poucas opções que se tem na zona rural (TAVARES, 2013).

A maioria dos idosos do estudo já não trabalha mais na lavoura, e são seus filhos ou empregados que cuidam das terras, sendo que a maioria das lavouras é mecanizada, não necessitando de trabalho braçal como era realizado antigamente. Na zona rural, considerando-se que os espaços físicos para a realização de exercícios são diferentes dos da zona urbana, deve-se incentivar a prática de atividades rotineiras, entre as quais plantar, caminhar, cuidar dos animais, incentivando a realização de exercícios físicos nesse ambiente.

A capacidade física e a performance esportiva decrescem durante o processo de envelhecimento e, geralmente, as alterações negativas relacionadas à idade começam a aparecer a partir dos trinta anos de idade. Com o passar do tempo essas mudanças passam a influenciar a capacidade de realização de tarefas corriqueiras, como caminhar, subir escadas, carregar sacolas de compras, entre outras. Então, os indivíduos idosos tendem a ser menos ativos no lazer e no trabalho. Essa diminuição no ritmo e na execução da carga de suas atividades diárias acaba por comprometer ainda mais a sua capacidade de fazer as suas tarefas (GOMES, 2012).

A implementação de atividades físicas nas Unidades de Saúde da Família, em parceria com o profissional de educação física, e a socialização da alimentação saudável em colaboração com o nutricionista são estratégias que podem impactar o sedentarismo e a obesidade. Ademais, o enfermeiro pode fazer um acompanhamento mais próximo daqueles idosos que apresentam essas características, por meio de consultas e visitas domiciliares mais frequentes, de forma a promover, também, a educação em saúde individual, familiar e em grupos.

Outro dado do estudo é referente ao consumo de hortaliças e frutas por semana. Fator que verifica a qualidade da dieta, pois é um fator importante nos hábitos saudáveis do indivíduo e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida. Entre os que avaliam sua saúde como boa, 46,75% consomem hortaliças e 40,26% frutas entre cinco e sete dias na semana.

O consumo de frutas e hortaliças não apresentou associação significativa com autoavaliação de boa saúde ($p=0,699$, $p=0,090$ respectivamente), diferente de estudo com a população idosa realizada em Campinas, em que tanto o consumo de frutas quanto o de verduras apresentou associação com autoavaliação da saúde (BORIM; BARROS, NERI, 2012). Provavelmente, esses idosos que ainda consomem frutas e hortaliças foram influenciados por hábitos mais saudáveis adquiridos no passado, anteriores ao fenômeno atual de comidas rápidas, industrializadas, e também por seguirem orientações recebidas dos profissionais de saúde, em função da sobrecarga de fatores de risco e da presença de comorbidades.

Os resultados do sistema Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – revelaram que apenas 23,6% dos brasileiros consumiam cinco ou mais porções de Frutas e Hortaliças por dia, em cinco ou mais dias da semana (BRASIL, 2014). Essa inadequação no consumo de frutas e hortaliças perpassa questões individuais, socioculturais, econômicas, agrícolas e ambientais, sendo preço, tempo e sabor identificados como as principais barreiras (SILVA; COSTA, 2013).

Apesar da idade avançada, apenas 27,27% deixaram de realizar suas AVD, ante a maioria (72,73%) que se mostrou sem problemas para essas atividades. Mas foram as mulheres, em sua maioria, que tiveram suas atividades diárias prejudicadas (16,04%). As AVD constituem-se em atividades de autocuidado: banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. Durante o processo de envelhecimento, a capacidade funcional pode ser comprometida por doenças incapacitantes e psicossomáticas, que levam à inatividade física, isolamento social, afetam a qualidade de vida e podem ser fator de risco para óbito (PAULA et al., 2013).

Dos que deixaram de realizar suas atividades observamos que a grande maioria foi de 11 a 15 dias em ambos os sexos, conforme consta na Tabela 6.

Tabela 6 – Frequência (f) e percentagem (%) dos indicadores de Atividade de Vida Diária e internamentos entre idosos da área rural, por sexo, Campo Mourão, PR, 2015.

	Homem		Mulher		P
	N	%	N	%	
Deixou realizar AVD					0,564
Sim	21	11,23	30	16,04	
Não	56	29,95	80	42,78	
Quantos dias deixaram de realizar AVD					0,355
1 a 5 dias	06	15,79	09	11,23	
6 a 10 dias	01	2,63	06	29,95	
11 a 15 dias	14	36,84	12	31,58	
Internações últimos 12 meses					0,698
Sim	15	8,02	22	11,16	
Não	62	33,15	88	47,06	
Quantas vezes esteve internado últimos 12 meses					0,642
1	07	20,00	15	42,86	
2	06	17,14	05	14,29	
3	01	02,86	01	02,86	

AVD = atividades de vida diária;

No presente estudo não se encontrou diferença significativa ($p=0,564$) em relação à capacidade de realizar as AVD e o sexo. Estudo realizado no AG-HC/UNICAMP com 120 idosos também não constatou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, escolaridade e faixa etária no que se refere ao desempenho funcional para as AVD (PAULA et al., 2013). Já, no estudo realizado com idosos, em Belém-PA, foram identificadas diferenças significativas entre homens e mulheres no desempenho dos testes que compõem a avaliação da AVD, o que pode ser explicado por diferenças fisiológicas e anatômicas apresentadas pelo grupo de idosos, quando estes foram avaliados (SANTOS; GRIEP, 2013).

A capacidade de executar atividades de vida diária (AVD) é o mais importante indicador de funcionalidade dos idosos. Portanto, o enfermeiro deve ter uma escuta atenta às queixas dos idosos, reconhecer fatores associados com a incapacidade, atentar para os sinais precoces de limitações e buscar estratégias efetivas de prevenção e de reabilitação, podendo, assim, contribuir para um envelhecimento sem muitas perdas funcionais.

A ocorrência de patologias em idosos é frequente e provoca alterações em seu quadro funcional, culminando, muitas vezes, na necessidade de submissão aos processos de internação hospitalar e de acompanhamento familiar. A hospitalização acarreta grandes prejuízos à saúde do idoso, dentre os quais destaca-se o comprometimento da capacidade funcional, entendida como a possibilidade de o indivíduo desempenhar as Atividades da Vida Diária (AVD) (OLIVEIRA, 2015).

Nesta pesquisa, 19,18% dos entrevistados estiveram internados nos últimos 12 meses, sendo as idosas (11,16%) que mais se internaram. Não houve diferença significativa em relação aos internamentos e o sexo ($p=0,698$).

Ao analisar os indicadores de acesso entre idosos e idosas neste estudo (Tabela 7), percebeu-se haver diferenças estatísticas entre os sexos em praticamente quase todos os indicadores, contrariando estudo feito com idosos de um projeto de atividades físicas da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), que constatou não haver diferenças estatísticas entre os sexos no acesso aos serviços de saúde (VIRTUOSO et al., 2012). A utilização desses serviços nos últimos 15 dias, por exemplo, reflete acesso em curto prazo.

Tabela 7 – Frequência (F) e percentagem (%) dos indicadores de acesso a serviços de saúde e cobertura por plano de saúde entre idosos da área rural, por sexo e faixa etária. Campo Mourão, PR, 2015.

Indicadores	Sexo	60-74	75 ou +	Total
		F%	F%	F%
Procurou um local atendimento a saúde nas últimas duas semanas	Homem	60(77,90)	17(22,10)	77(41,18)
	Mulher	78(70,90)	32(29,10)	110(58,82)
	Total	138(73,80)	49(26,20)	187(100,00)
Procurou atendimento nas últimas duas Semanas no Posto ou Centro de Saúde	Homem	46(59,7)	07(09,10)	53(28,34)
	Mulher	60(54,50)	24(21,8)	84(44,92)
	Total	106(56,68)	31(16,58)	137(73,26)
Procurou atendimento nas últimas duas semanas no Consultório Particular	Homem	07(09,10)	03(03,9)	10(05,35)
	Mulher	12(10,90)	06(05,50)	18(09,63)
	Total	19(10,16)	09(04,81)	28(14,97)
Procurou atendimento nas últimas duas semanas na Farmácia	Homem	03(03,90)	05(06,50)	08(04,28)
	Mulher	02(01,80)	01(00,90)	03(01,60)
	Total	05(02,67)	06(03,21)	11(05,88)
Procurou atendimento nas últimas duas semanas no Pronto Socorro ou emergência	Homem	02(02,60)	02(02,60)	04(02,14)
	Mulher	02(01,80)	01(00,90)	03(01,60)
	Total	04(02,14)	03(01,60)	07(03,74)
Procurou atendimento nas últimas duas semanas em outro tipo de serviço*	Homem	01(01,30)	00(00,00)	01(00,53)
	Mulher	02(02,80)	00(00,00)	02(01,07)
	Total	03(01,60)	00(00,00)	03(01,60)
Procurou atendimento nas últimas duas semanas no Ambulatório de hospital	Homem	01(01,30)	00(00,00)	01(0,53)
	Mulher	00(00,00)	00(00,00)	00(00,00)
	Total	01(0,53)	00(00,00)	01(0,53)
Consulta ao médico nos últimos 12 meses	Homem	54(70,10)	14(18,20)	68(36,73)
	Mulher	70(63,60)	32(29,10)	102(54,54)
	Total	124(66,98)	46(24,85)	170(91,82)
Entre os que consultaram, quem realizou três ou mais consultas médicas no último ano	Homem	42(70,00)	08(47,06)	50(26,74)
	Mulher	50(64,10)	24(75,00)	74(39,57)
	Total	92(49,20)	32(17,11)	124(66,97)
Consulta ao dentista nos últimos 12 meses	Homem	11(14,30)	02(02,60)	13(06,95)
	Mulher	16(14,50)	06(05,50)	22(11,77)
	Total	27(14,44)	08(04,28)	35(18,72)
Possui plano de saúde	Homem	15(19,50)	01(01,30)	16(08,56)
	Mulher	27(24,50)	12(10,90)	39(21,06)
	Total	42(22,69)	13(06,95)	55(29,71)

*Curandeira, Centro Espírita, Benzedeira, etc.

No entanto, constataram-se elevadas prevalências de uso dos serviços de saúde (Procurou atendimento nas últimas duas semanas no Posto ou Centro de Saúde 73,26%, e mais de 90% haviam realizado consulta médica no último ano), em ambos os sexos. Somente a procura por atendimentos odontológicos foi baixa, apenas 18,72% consultaram um dentista nos últimos 12 meses. Esses resultados indicam um bom acesso por parte desses idosos aos serviços de saúde, tendo que melhorar o acesso à saúde bucal.

Em relação ao acesso e ao uso regular dos serviços de saúde, observa-se que esses são indicadores fundamentais de funcionamento dos sistemas de saúde. No presente estudo, 91,82% havia consultado um médico no último ano, dos quais 66,97% realizaram três ou mais consultas.

O levantamento suplementar de saúde da PNAD (2008) mostrou que o posto ou centro de saúde foi o local mais declarado como normalmente procurado (56,8%), seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%). As demais categorias - farmácia, ambulatório de clínica ou de empresa, pronto-socorro e agente comunitário entre outros - contabilizaram 11,8% dos locais procurados, semelhante aos dados encontrados no presente estudo (IBGE, 2008a).

Estudo realizado por Virtuoso et al. (2012) também mostrou que as fontes de apoio mais procuradas pelos idosos quando ficam doentes ou precisam de atendimento para saúde foram o médico particular (33,3%) e o centro de saúde (27,8%) para ambos os sexos.

No presente estudo nenhum idoso relatou procurar atendimento nas duas últimas semanas no Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, no Ambulatório ou consultório de clínica ou procurou atendimento com o ACS.

Nos indicadores de acesso aos serviços de saúde avaliados neste estudo, os idosos entre 60 e 74 anos de idade e as idosas com 75 ou mais anos foram os que proporcionalmente mais procuraram atendimento nas duas últimas semanas (77,90% e 29,10% respectivamente). Dos que consultaram um médico no último ano, as maiores proporções foram entre 60 a 74 anos em ambos os sexos: idosos (70,10%) e idosas (63,60%). Dos que realizaram três ou mais consultas no último ano, novamente a faixa etária dos 60 a 74 anos foram os que apresentaram maior proporção, com 49,20% para ambos os sexos.

Segundo o levantamento suplementar de saúde da PNAD 2008, 67,7% da população residente realizou consultas médicas nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Sendo que entre as idosas (65 anos ou mais de idade), 82,3% haviam

consultado. Entre as mulheres, 76,1% consultaram médicos, e entre os homens, 58,8% o fizeram. Cabe ressaltar que moradores de áreas urbanas (69,3%) realizavam mais visitas aos consultórios médicos do que os das áreas rurais (59,5%) (IBGE, 2008a).

Lembra-se, aqui, que a escolaridade se associa ao maior conhecimento e melhor comportamento quanto à saúde e pode ser considerada importante fator para a utilização de serviços de saúde.

No presente estudo observou-se que a maioria dos idosos (70,29%) não possuía convênio médico privado, dependendo do SUS. Isso vem ao encontro da publicação do IBGE, com dados sobre a saúde do Brasil, em 2009, mostrando que 70,6% da população idosa utiliza o SUS (IBGE, 2009b).

Em uma análise preliminar da Pesquisa por Amostra de Domicílios, entre 1998 e 2008, foi constatado que a ampla maioria dos idosos, 70%, não possuía planos de saúde. Ao observar qualquer ano da amostra selecionada, cerca de 27-28% dos idosos responderam sim (ALMEIDA, 2015).

Em 2008, 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões de pessoas, dispunham de, pelo menos, um plano de saúde. Entre estas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas, e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. Além disso, do total de pessoas cobertas por plano de saúde, 47,8% eram titulares do plano de saúde único ou principal que possuíam. Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%). As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os encontrados no Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%) (IBGE, 2008a).

Contrariando esses dados, o estudo realizado por Virtuoso et al. (2012), com idosos de Santa Catarina, observou que dos pesquisados com 80 anos ou mais, 75% dos homens e 100% das mulheres relataram ter cobertura por plano de saúde. Destaca-se que os idosos de ambos os sexos e de diferentes estratos etários apresentaram proporções muito próximas na cobertura por plano de saúde.

Na PNAD (2008), o percentual de mulheres cobertas por plano de saúde (26,8%) era maior do que o dos homens (24,9%), porém, a maioria delas era na condição de dependentes de outra pessoa (60,8% das mulheres cobertas eram dependentes). A cobertura por plano de saúde crescia conforme a idade aumentava, no grupo de pessoas de 0 a 18 anos, 20,8% possuíam pelo menos um plano de saúde; no grupo de 19 a 39 anos,

26,7% o possuíam. Nos grupos de 40 a 64 e de 65 anos ou mais de idade, o percentual de pessoas cobertas foi bastante similar, 29,8% e 29,7%, respectivamente (IBGE, 2008a).

A posse de pelo menos um plano de saúde gera a probabilidade de os idosos homens ou mulheres procurarem um serviço de saúde para o tratamento preventivo maior em torno de 3,2-3,5% em relação àqueles que não têm planos (ALMEIDA, 2015). Independente de ter ou não plano de saúde, a utilização de serviços de saúde é resultante da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários.

Considerando-se as variáveis demográficas, evidências apontam para maior utilização do atendimento médico por mulheres. Isso ocorre particularmente em razão das características do gênero (início da idade reprodutiva, controle da fecundidade e exames ginecológicos preventivos – citopatológico, mamografia), diferentes fatores de exposição ao risco de adoecimento (tipo de trabalho, dos hábitos de vida e de consumo) (IBGE, 1998, 2003, 2008a), maior interesse pela sua condição de saúde e “feminização” do envelhecimento (SCHMIDT et al., 2011).

Tabela 8 – Motivo de utilização de atendimento relacionado à saúde nos últimos 15 dias por idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015.

	Homem		Mulher	
	N	%	N	%
Doença	27	14,44	21	11,23
Farmácia (Medicação)	04	2,14	10	5,35
Renovar Receita	01	0,53	04	2,14
Aferir Glicemia / HGT	00	0,0	03	1,60
Aferir Pressão	02	1,07	00	0,0
Outros *	01	0,53	06	03,18
Não se aplica **	42	22,46	66	35,29

* Outros: Acidente ou lesão, problemas odontológicos, reabilitação, vacinação, preventivo colo útero, consulta preventiva, agendar consulta, agendar mamografia, atestado.

** Não procuraram atendimento.

No estudo de Dilélio et al. (2014), entre os motivos referidos para a utilização do atendimento médico destacou-se “revisar/acompanhar problema” (45,5%), resultado similar ao das PNAD de 2003 e 2008, em que a maior procura por atendimento nos serviços de saúde foi motivada pela presença de doença (51,9% e 50%, respectivamente). No presente estudo não foi diferente, o principal motivo de utilização do serviço foi por motivo de doença em homens (14,44%) e mulheres (11,23%). Dados da PNAD (2008) também mostraram que o segundo motivo foi vacinação ou outros atendimentos de prevenção (22,0%) e, em seguida, os problemas odontológicos (14,0%) e acidentes e lesão (6,0%). Houve algumas diferenças do motivo da procura entre homens e mulheres,

embora para ambos os sexos o principal motivo tenha sido o mesmo (doença). A busca de serviço de saúde para vacinação ou prevenção foi proporcionalmente maior para mulheres (24,0%) do que para homens (19,0%); para tratar de acidentes ou lesões foi maior para os homens (8,9%) do que para as mulheres (4,1%) (IBGE, 2003, 2008a). Já, na PNAD (1998) os atendimentos de rotina ou prevenção (37,3%) foram os mais frequentes (IBGE, 1998).

Quando um idoso for procurar o serviço de saúde, seja por motivo de doença ou em um atendimento preventivo, quem lhe prestar os cuidados, em especial o enfermeiro, deve sempre realizar um atendimento integral e não somente centrado na queixa/problema. Muitas doenças são agravadas se não for considerada a pessoa como um todo, juntamente com os comportamentos de risco adotados por ela.

Na Tabela 9 ilustra-se o estado nutricional dos idosos estudados, por sexo.

Tabela 9 – Distribuição dos idosos da área rural, segundo estado nutricional e sexo, Campo Mourão, PR, 2015.

Classificação IMC/Sexo	F	%	Prevalência	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
			P=0,423		
Feminino					
Baixo Peso	02	01,81	33,33	0,609(0,191-1,939)	0,413(0,069-2,457)
Normal	29	26,36	54,72	1,00	1,00
Sobrepeso	43	39,10	55,84	1,020(0,744-1,398)	1,046(0,518-2,115)
Obesidade	36	32,73	70,59	1,290(0,953-1,745)	1,986(0,884-4,462)
			P=0,287		
Masculino	F	%			
Baixo Peso	04	05,20	66,67	1,472(0,777-2,787)	2,416(0,406-14,351)
Normal	24	31,17	45,28	1,00	1,00
Sobrepeso	34	44,15	44,16	0,975(0,661-1,437)	0,955(0,472-1,930)
Obesidade	15	19,48	29,41	0,649(0,386-1,090)	0,503(0,224-1,131)

No presente estudo, o IMC é uma variável de considerável importância em termos de saúde pública porque reflete transformações sociais ocorridas ao longo do tempo: aumento do sedentarismo e maior acesso a alimentos, além das mudanças de hábitos nutricionais, muitas vezes não saudáveis. Trata-se de uma variável que expõe a população a um risco maior de doenças crônicas, entre as quais o diabetes e a hipertensão arterial, predispondo a alterações da capacidade funcional dos que envelhecem, no Brasil (SCHMIDT et al., 2011).

Dos idosos entrevistados neste estudo constatou-se que 68,44% estavam acima do peso (sobrepeso e obesos) e a prevalência de obesidade entre as mulheres superou qualquer outra classificação obtida pelo IMC. Estudo realizado por Venturini et al.

(2013) revelou resultados semelhantes, o qual 72% dos idosos estavam acima do peso e a prevalência de obesidade também foi maior nas mulheres (35%) do que nos homens (21%). Outro estudo com idosos, realizado na região metropolitana de Curitiba, mostrou que 57% dos idosos estavam acima do peso, sendo a maior frequência (61%) encontrada nas mulheres (BASSLER; LEI, 2008). Porém, no presente estudo constatou-se que os homens tiveram maior prevalência de baixo peso (66,67%).

A distribuição dos idosos, segundo o estado nutricional por sexo não se mostrou significativa.

Tem-se ciência de que alterações do estilo de vida e do estado nutricional são importantes fatores que podem estar envolvidos na origem de inúmeras patologias comuns entre idosos. Os dados aqui apresentados fortalecem a hipótese de que, com o envelhecimento, algumas doenças características da fase, como a HAS, são potencializadas na presença da obesidade e péssimos hábitos de vida, como o sedentarismo, aumentando substancialmente o risco à saúde do idoso.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família apresenta-se como alternativa para atender aos usuários em suas necessidades. Assim, cabe ao enfermeiro e demais membros da equipe avaliar a necessidade de suporte para o idoso e seus cuidadores, e, ao mesmo tempo, conhecer quais são as atividades de maior dependência para a elaboração de um plano de ação que integre atividades de promoção da saúde, de prevenção e tratamento desses comprometimentos (SANTOS; CUNHA, 2013).

Um indicador de saúde frequentemente utilizado em meio clínico é o perfil lipídico (XAVIER et al., 2013). Entre as principais moléculas no perfil lipídico estão o LDL e o HDL, conhecidos popularmente como o colesterol "ruim" e "bom", respectivamente.

A Tabela 10 mostra as médias dos exames bioquímicos de acordo com a classificação do IMC nos idosos. Em relação ao Colesterol Total, quem estava com estado nutricional sobrepeso apresentou taxa de colesterol elevada, com uma média de 203,25mg/dl; os demais estados nutricionais se enquadravam dentro do valor aceitável para o exame, que é inferior a 200mg/dl. Estudo de Venturini et al. (2013) mostrou que as idosas obesas também apresentavam níveis de CT fora do padrão (227,4mg/dl).

Tabela 10 – Médias dos resultados de exames bioquímicos por idosos, classificados segundo o índice de massa corporal em idosos da área rural, Campo Mourão, PR, 2015.

	Baixo Peso média±DP	Normal média±DP	Sobrepeso média±DP	Obesidade média±DP
Colesterol	182,22±30,17	188,58±40,92	203,25±44,15	198,44±39,36
LDL	109,02±30,56	113,18±37,81	120,18±42,63	114,70±38,48
HDL	56,65±6,29	51,86±12,00	60,07±59,08	51,17±16,77
VLDL	34,01±10,18	32,71±46,38	30,54±11,80	34,56±14,18
Triglicerídeos	84,17±25,66	115,69±52,59	142,95±61,62	162,06±73,59 [#]
Glicemia	80,88±10,68	100,16±50,69	103,25±33,43	128,64±70,44 [#]

[#]Diferença significativa para $p < 0,05$ (ANOVA)

Os dados de LDL, no presente estudo, apresentaram, em todos os estados nutricionais, níveis acima do limite recomendado que é inferior a 100mg/dl. Estudo feito com pacientes de Reabilitação Cardíaca no Rio de Janeiro (2012) mostrou que as mulheres também apresentavam níveis alterados de LDL, com a média de 108,7mg/dl (QUIRINO; MARANHÃO; GIANNINI, 2014). Já, o estudo de Silva e Ribeiro (2012) contraria esses resultados e mostrou que a maior ocorrência foi abaixo dos valores de referência.

Neste estudo, o VLDL também se mostrou alterado em todos os estados nutricionais. Lembra-se que o nível aceitável é de até 30mg/dl e que esta molécula transporta triglicerídeos e um pouco de colesterol para as células e facilitam a deposição de gordura nos vasos.

Esse dado é preocupante, pois as moléculas de LDL e VLDL podem acabar se depositando dentro da parede dos vasos sanguíneos, acumulando gordura nos mesmos, e estes pacientes poderão ter aterosclerose. Quando os vasos acometidos pelas placas de colesterol são as artérias coronárias, o resultado final pode ser o infarto cardíaco, e se for nos vasos cerebrais, o paciente pode evoluir com um AVC, bem comum entre idosos.

Outros autores relatam que a hipercolesterolemia aumenta com a idade e tende a declinar nas faixas etárias mais velhas. Nos homens, há aumento do colesterol até 45 a 50 anos, com posterior queda. Já, nas mulheres, o colesterol tende a aumentar após a menopausa, e por volta dos 60 a 70 anos passa a declinar; após esse período, ocorre redução similar nos dois sexos (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

No presente estudo todos os estados nutricionais estavam com níveis de HDL dentro do recomendado, com níveis maiores que 40mg/dl. O aumento do HDL, segundo Bordalo et al. (2013), é o principal fator protetor contra as doenças cardiovasculares no idoso. Os autores ainda sugerem que a prevenção primária das doenças cardiovasculares deveria centrar-se, fundamentalmente, no aumento do HDL em associação com a redução do LDL.

Os resultados do perfil lipídico mostraram que seres obesos apresentaram, em média, valores de triglicerídeos e glicemia maiores que os demais estados nutricionais, com uma média de 162,06 e 128,06 respectivamente, sendo valores fora dos padrões normais.

O aumento dos níveis de colesterol, além dos fatores dietéticos, pode ser explicado pelas complicações metabólicas, nas quais ocorre desregulação do processo de lipólise, resultando em maior liberação de ácidos graxos e glicerol. Os ácidos graxos livres fornecem a maior parte do combustível lipídico circulante e seu excesso constitui a hiperlipidemia (VENTURINI et al., 2013). O tecido adiposo é o maior reservatório de colesterol do organismo e essa quantidade aumenta com a idade e com o aumento do peso corporal.

Uma dieta equilibrada e a prática regular de exercícios físicos são importantes ferramentas para retardar os efeitos gerados com o envelhecimento e também para o controle antropométrico e lipídico em idosos. Fernandes et al. (2008) verificaram a influência de um programa de exercícios físicos aeróbios sobre o perfil lipídico de 40 idosas, com idade superior ou igual a 60 anos. Os resultados permitiram concluir que o programa de exercícios adotado promoveu melhora no perfil lipídico de pacientes idosas portadoras de *Diabetes Mellitus* tipo II, demonstrando a importância da prática de atividade física orientada em Unidades Básicas de Saúde.

Assim, não somente os idosos, mas também os adultos devem merecer atenção especial do enfermeiro nos programas de saúde, no que concerne à identificação da presença de fatores de riscos no intuito de orientar e promover ações educativas e preventivas para a adesão de estilos de vida mais saudáveis, considerando-se que a prevenção na idade adulta pode evitar diversas comorbidades próprias do processo de senescência, de modo que contribua para a longevidade e qualidade de vida da população e a redução de gastos públicos (DUTRA et al., 2016).

6 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Os resultados deste estudo apontam contribuições e destacam implicações para o ensino, a pesquisa e a prática de enfermagem.

Em relação ao **ensino**, os resultados demonstram a importância do preparo do profissional desde a graduação, tornando-o capaz de reconhecer o idoso como um ser que necessita de assistência e cuidado; que atenda esse idoso por meio de um olhar mais humano, capaz de valorizar principalmente sua experiência cotidiana, os aspectos culturais e sociais; que considere que o ambiente onde vive o idoso influencia diretamente seu cuidado. Tal reflexão é relevante, pois existem políticas de atenção à saúde do idoso no Brasil, cuja execução envolve diversos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro.

No que tange às **pesquisas em saúde**, tem-se uma aproximação das reais condições de vida e saúde dos idosos moradores da área rural, apontando aspectos positivos, possibilitando ampla visão que o profissional deve dominar para realizar o cuidado benéfico ao idoso da área rural. E os resultados também revelaram algumas falhas que precisam ser corrigidas, por exemplo, a necessidade de acompanhamento das condições de saúde desses idosos.

Propõe-se a implantação de novas políticas de saúde, pois elas têm grande responsabilidade perante as ações de cuidado, tanto na assistência ao idoso quanto no planejamento da assistência à família e das demais instâncias do serviço de saúde, para que se possa atender as necessidades biopsicossociais desses indivíduos.

Considera-se que os resultados deste estudo são relevantes também para o suporte de pesquisas que fomentem a avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde prestados às populações rurais, e para o fornecimento de elementos que contribuam para a formulação ou melhoria de projetos destinados a responder as demandas dessa população.

No tocante à **prática**, o enfermeiro deve estar envolvido diretamente com essa parcela da população, a fim de prestar-lhe assistência. Desse modo, as evidências exibidas aqui se tornam promissoras para os profissionais de saúde no intuito de prepará-los e dar-lhes segurança sobre as questões que cercam a realização do cuidado ao idoso, principalmente o da área rural.

Conhecer, analisar e descrever as práticas de cuidado dos profissionais de saúde com o idoso e os percalços enfrentados para a realização dessas práticas permitem uma gama de conhecimento indispensável para assistência em saúde, a fim de contribuir para que os profissionais moldem suas ações e reflitam sobre tais condutas na prática. Prática esta baseada em uma assistência que englobe os valores culturais, respeitando as práticas de saúde dos idosos e seus componentes familiares.

Percebe-se que a assistência de enfermagem à saúde do idoso não se limita ao cuidado com a doença, pois os resultados demonstram que há outros fatores diretamente relacionados à condição de saúde e que necessitam de investimento. Com isso, o papel do enfermeiro na saúde coletiva é reforçado porque há inúmeros fatores a serem considerados na qualidade de vida do idoso, desde as condições de habitação até as necessidades em saúde.

Diante de tais situações é evidente que o enfermeiro, seja ele docente, pesquisador, assistencial ou gestor, precisa conhecer algumas das particularidades do processo de cuidado dessa população, de modo que, quando requerido, o cuidado prestado seja integral e a assistência tenha sua qualidade garantida.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo evidenciou-se que os idosos eram, em sua maioria, mulheres, na faixa etária entre 60 e 74 anos, brancos, com companheiro, com até quatro anos de estudo e tinham renda familiar *per capita* de dois a três salários mínimos.

Na população investigada, a maior parte dela na faixa etária entre 60 e 74 anos, classificou a própria saúde como boa; a maioria dos idosos com 75 anos ou mais classificou-a como regular. A doença crônica mais referida pelos participantes do estudo que consideraram o seu estado de saúde bom foi a hipertensão, seguido de lombalgia.

Pode-se observar nas variáveis comportamentais, que entre os que avaliaram sua saúde como boa, a maioria não fumava e não consumiam bebidas alcoólicas. Porém, a maioria também não praticava atividades físicas e poucos consumiam hortaliças e frutas de cinco a sete dias na semana.

Apesar da idade avançada, poucos deixaram de realizar suas AVD e foram internados nos últimos 12 meses. Mas observou-se o predomínio dos idosos que realizaram consultas ao médico no último ano, sendo que mais da metade realizaram três ou mais consultas, porém, poucos cuidaram de sua saúde bucal. E grande parte dessas consultas foram feitas pelo SUS, pois mais da metade desses idosos não possuía convênio médico privado.

Constata-se a necessidade de maior atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para orientar quanto à importância das condições de saúde e da necessidade de cuidar da saúde bucal desses idosos.

Do mesmo modo, faz-se necessário o planejamento de estratégias de acompanhamento à saúde para prestação de assistência de saúde direta aos idosos. Além disso, a cobertura em saúde dessa área pela ESF é essencial e de fundamental importância, sendo sempre necessário que a equipe realize visita domiciliar a essa população, principalmente por se tratar de uma população com tantas particularidades.

Vale lembrar, também, que o enfermeiro da ESF precisa estar vigilante em relação às condições de saúde dos idosos, reforçando as medidas de autocuidado, principalmente dos residentes na área rural, pelo fato de que vivem em situação de vulnerabilidade social.

Os resultados mostraram que a procura por serviços de saúde para tratamento de doença foi o principal motivo de utilização do serviço em ambos os sexos, sendo que

alguns desses casos podem ser prevenidos pela atuação da ESF devido a alguns desses atendimentos serem para pacientes crônicos que agudizaram suas patologias.

Essas informações podem subsidiar o planejamento dos serviços, organizar a oferta e identificar barreiras de acesso, considerando que o atendimento médico permite realizar intervenções preventivas relacionadas à mudança de hábitos de vida, realização de atividades saudáveis e rastreamento de doenças em períodos assintomáticos. A mudança de hábitos é extremamente necessária, pois se observou a prevalência de peso acima do normal e os resultados do perfil lipídico mostraram que em geral estavam fora do limite desejado.

A ESF deve trabalhar com esses idosos para adotarem uma dieta equilibrada e praticar regularmente exercícios físicos para retardar os efeitos gerados com o envelhecimento e também no controle antropométrico e lipídico.

Faz-se necessário também o agir permanente do enfermeiro no sentido de identificar as características subjetivas e objetivas do idoso, o que lhe permitirá perceber possíveis problemas e traçar um plano de cuidados a ser implementado no dia-a-dia, visando melhorar a condição e a qualidade de vida desses idosos moradores da zona rural.

Apontam-se, como limitação do estudo, algumas questões subjetivas envolvidas na avaliação do idoso quanto a residir na área rural. Ressalta-se a importância de se desenvolver novas pesquisas, especialmente as de caráter interventivo, a fim de propor a reorganização da assistência prestada e potencializar a atuação do enfermeiro junto aos idosos da área rural, visando à manutenção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J. Bras. Econ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.
- AMORIM, C. C.; PESSOA, F. S. (Orgs.). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2014.
- ARAÚJO, L. C. L.; SILVA, E. V. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. **Rev. Tempus Actas Saude Colet.**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 83-93, 2010.
- ARAÚJO, M. Ap. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o Profissional de Saúde da Família e o Idoso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 819-824, 2010.
- BARBOSA, T.; LOBO, F. **Suporte social e stresse em idosos residentes no meio rural: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos a viver no domicílio**. Braga: Associação Científica e Cultural; Faculdade de Filosofia, 2013. p. 509-529. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17038/1/artigo6.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2015.
- BARROS, M. B. A. et al. Auto avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 27-37, 2009. Suplemento 2.
- BASSLER, T. C.; LEI, D. L. M. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). **Rev. Nutr.**, Campinas, SP, v. 21, n. 3, p. 311-321, 2008.
- BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, 2012.
- BEZERRA, N. M. C. et al. Consulta de enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 86-95, jan./mar. 2008.
- BEZERRA, P. C. L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p. 2441-2451, dez. 2011.
- BICALHO, P. G. et al. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 884-893, 2010.

BORDALO A. D. B. N. et al. Um valor elevado de HDL é o principal fator protetor contra a doença coronária no idoso com doença fibrocalcificante valvular aórtica. **Rev. Port. Card.**, Lisboa, v. 31, n. 6, p. 415-424, 2013.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, 19 out. 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedadaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 8 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf>. Acesso em: 14 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2014.

CANABRAVA, D. S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato 252 de experiência. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 150-156, 2011.

CARDOSO, J. D. C. et al. Auto avaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 35-41, dez. 2014.

CLOSS, E. V.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 159/93, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília, DF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Conselho Federal: aprova a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF, 2009.

COSTA, M. F. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-34, 2004.

COSTA, N. R. C. D. et al. Política de Saúde do Idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. **Rev. Pesq. Saúde**, Recife, v. 16, n. 2, p. 95-101, maio/ago. 2015.

DILÉLIO, A. S. et al. Padrões de utilização de atendimento médico ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2594-2606, dez. 2014.

DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **J. Res. Fundam. Care**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, abr./jun. 2016.

FERNANDES, C. A. M. et al. Efeito do exercício físico aeróbio sobre o perfil lipídico de pacientes idosas, portadoras de *Diabetes Mellitus* tipo 2, atendidas em Unidade Básica de Saúde, Maringá, Estado do Paraná. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 167-180, 2008.

GOMES, L. R. R. Projeto esporte cidadão: vivências positivas por meio de atividades físicas para idosos em situação de risco econômico e social. **Comuni: Rev. Interd. Extensão Univ.**, Porto Alegre, v. 5, p. 114-125, 2012. Disponível em: <<http://seer.uniritter.edu.br/index.php/comuni/article/view/559/345>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

GUARIENTO, M. E. et al. Acesso, uso e satisfação em relação aos serviços de saúde e auto avaliação do autocuidado com a saúde. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA**. Campinas, SP, 2011. p. 149-170.

GUEDES, H. M. et al. O olhar do idoso sobre o atendimento em Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p.75-80, 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização dos serviços de saúde**, 1998. Rio de Janeiro, 1998.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: utilização dos serviços de saúde**, 2003. Rio de Janeiro, 2003.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro, 2008a.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2008b.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008: notas metodológicas pesquisa básica, pesquisa especial de tabagismo e pesquisas suplementares de saúde e acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009: Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**. Rio de Janeiro, 2009b.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/>. Acesso em: 5 dez. 2015.

IPARDES. **Cadernos Municipais**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=30>. Acesso em: 8 dez. 2015.

IPEA. **Sobre a recente queda da desigualdade de Renda no Brasil**: Nota Técnica.

Brasília, DF: IPEA, 2006. Disponível em:

<<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/NTquedaatualizada.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

KIVINEN, P. et al. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. **Age Aging**, Oxford, v. 27, n. 27, p. 41-47, 1998.

LATHAM, K.; PEEK, C. W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.**, Washington, DC, v. 68, no. 1, p. 107-116, Jan. 2013.

LIMA, P. J. P.; OLIVEIRA, H. B. Aspectos de saúde e qualidade de vida de residentes em comunidades rurais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 4, p. 913-930, 2014.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

MACÊDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 196-201, mar./abr. 2013.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. F.; KAWATA, L. S. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011.

MELO, D. M.; FALSARELLA, G. R.; NERI, A. L. Auto avaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos Ambulatoriais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 471-484, 2014.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p.273-278, jul./set. 2014.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3781-3793, 2011.

NASCIMENTO, E. C. A.; CHAGAS, M. J. S. **Atendimento humanizado ao idoso**. 2010. Projeto (Conclusão de Curso)–Instituto Federal de Educação, Sul de Minas, campus Muzambinho, Muzambinho, 2010. 41 f. Disponível em: <http://www.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_ATENDIMENTO%20HUMANIZADO%20AO%20IDOSO.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e auto percepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não- farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n.1, p. 76-85, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, F. M. R. L. **Risco de hospitalização repetida em idosos atendidos na atenção primária de saúde de João Pessoa/Paraíba**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal FPB/CCS, João Pessoa, 2015.

OLIVEIRA, M. M. et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) auto referidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 287-296, abr./jun. 2015.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Self-assessment of health by older Brazilians: systematic review of the literature. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 33, n. 4, p.302-310, 2013.

PAULA, A. F. M. et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev. Bras. Clin. Med.**, Botucatu, v. 11, n. 3, p. 212-218, jul./set. 2013.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Auto avaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr. 2013.

PEGORARI, M. S. et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Educ. Fís./UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 1-10, jul. 2008.

PIZZOL, T. S. D. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114, 2012.

QUIRINO, C. S. P.; MARANHÃO, R. V. A.; GIANNINI, D. T. Síndrome Metabólica em Pacientes Atendidos em Programa de Reabilitação Cardíaca. **Rev. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 180-188, maio/jun. 2014.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Auto percepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com *Diabetes Mellitus*. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

SANTOS, E. A. et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos com *Diabetes Mellitus* residentes nas zonas rural e urbana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na Atenção Básica em Saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Botucatu, v. 3, n. 3, p. 820-828, set./dez. 2013.

SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.753-761, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. p. 61-64.

Disponível em:

<<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

SCHWARTZ, E. et al. A vulnerabilidade das famílias rurais do extremo sul do Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [S.l.], v. 2, p. 722-727, 2016.

SILVA, C. L.; COSTA, T. H. M. Barreiras e facilitadores do consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-74, 2013.

SILVA, E. F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.1029-1040, 2013.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. A Consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 49-57, jan./mar. 2014.

SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 681-687, 2014.

SILVA, L. F. et al. Historiografia e Historicidade de Mulheres Portadoras de Cardiopatia: revelações na consulta de enfermagem que contribuem para a integralidade da atenção em saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [S. l.], v. 1, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/51/49>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SILVA, R. J. et al. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

SILVA, S. T.; RIBEIRO, R. C. H. M. Principais causas de internação por doenças cardiovasculares dos idosos na UCOR. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 19, n. 3, p. 65-70, jul./set. 2012.

SOUZA, M. M. et al. Prevalência e fatores associados à inatividade física geral e no lazer em idosos residentes em áreas rurais. **Arquivos de Ciências do Esporte**, Uberaba, v. 1, n. 2, maio 2015.

TAVARES, D. M. S, ARAÚJO, M. O.; DIAS, F. A. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba–MG. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 74-81, jan./mar. 2011.

TAVARES, D. M. S. T. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus em idosos rurais. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 662-669, out./dez. 2013.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes Mellitus* em idosos rurais. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 662-669, out./dez. 2013.

TAVARES, D. M. S. et al. Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 21-27, set. 2015a.

TAVARES, D. M. S. et al. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 156-163, mar./abr. 2015b.

VENTURINI, C. D. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 591-601, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, R. Q. et al. História da assistência de enfermagem brasileira acerca da Hipertensão Arterial (1949-1988). **Rev. Eletr. Enf.**, Brasília, DF, v. 5, p. 67-82, 2014.

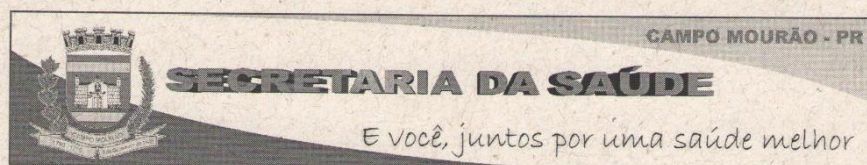
VIRTUOSO, J. F. et al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2012.

WUNSCH, S. et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2014.

XAVIER, H. T. et al. 5ª Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, out. 2013. Suplemento 1.

APÊNDICES

APÊNDICE A

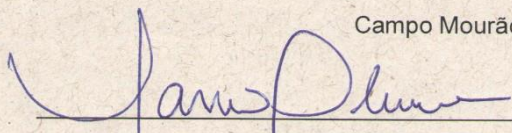


AUTORIZAÇÃO

Eu Márcio André Alencar, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Mourão, autorizo a realização do estudo **AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM POPULAÇÃO IDOSA DE ZONA RURAL**, a ser conduzida pela pesquisadora Vanessa Daniele Zambon Valério Pelizzari. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento onde os sujeitos participarão de entrevistas a ser realizado em visita domiciliar, por meio de um questionário e a os exames bioquímicos de perfil lipídico e glicemia de jejum serão realizados por laboratórios municipais e conveniados. As coletas de sangue serão feitas pelo pesquisador, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem da Estratégia Saúde da Família.

Declaro ainda ter sido esclarecido que esta pesquisa passará pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEPE/UEM), e que cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Campo Mourão, 17 de junho de 2014.


Márcio André Alencar
Secretário Municipal de Saúde de Campo Mourão

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM POPULAÇÃO IDOSA DE ZONA RURAL**, a ser desenvolvida como tese de Mestrado do curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá sob orientação do professor Dr Carlos Alexandre Molena Fernandes da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo do estudo é analisar o padrão da saúde auto-referida de doenças crônicas segundo variável sócio demográfica, pela filiação ou não a plano privado de saúde e de comportamentos relacionados à saúde na população de idosos de área rural. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se dará por meio de um questionário resumido da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) com o pesquisador, ocasião que lhe será solicitado falar sobre suas características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimentos e informações relativas a condições de saúde auto referidas, uso de serviços de saúde e aspectos relacionados, também será verificado o índice de massa corporal, aferido a pressão arterial e será colhido amostra de sangue para realização de exames bioquímicos de perfil lipídico e glicemia de jejum. Informamos que poderão ocorrer desconfortos ao responder as questões, mas nos comprometemos a respeitar seu bem estar, passando para a questão seguinte ou ainda interrompendo a entrevista. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que o levantamento destas informações possa fornecer subsídios para a detecção das necessidades individuais da população desta área, além de orientar a equipe de saúde e os enfermeiros na adequação e instrumentalização de ações que permeiem o alcance das metas programáticas e, principalmente, a adequação dos programas oficiais às reais necessidades e demanda do município. De forma direta, você poderá tirar suas dúvidas com as pesquisadoras que são profissionais da saúde se tiver alguma dúvida. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pelo Prof.....(nome do pesquisador responsável).

Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com os pesquisadores, conforme o endereço abaixo:

Nome: Dr.Carlos Alexandre Molena Fernandes

Endereço: Avenida Colombo, 5.790, Universidade Estadual de Maringá - Departamento de Enfermagem/PSE.

(telefone/e-mail): (44) 30114494/carlosmolena126@gmail.com

Nome: Vanessa Valério Pelizzari

Endereço:

(telefone/e-mail) (44) 99331362/vdzvalerio@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Iniciais do Nome: _____ Bairro: _____

1- Sexo: Feminino Masculino

2- Peso: _____ Altura: _____ PA: _____

3- A cor ou raça é:

Branca Preta Parda Amarela Indígena

4- Faixa etária:

60-64 65-69 70-74 75-79 80 e + (anos)

5- Escolaridade em anos de estudo

sem instrução 1 a 4 5-7 8-11 12 anos ou mais

6- Renda Familiar (per capita) mensal em salários mínimos: _____

7- Quantas pessoas moram no domicílio: _____

8- Situação conjugal:

solteiro casado viúvo separado

9- Profissão: _____

10- De um modo geral considera seu estado de saúde:

1 Bom 2 Regular 3 Ruim

11- Nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades diárias (trabalhar, afazeres domésticos, estudar, etc)

1 Sim 2 Não

12- Nas duas últimas semanas quantos dias deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde? _____ dias

13- Qual foi o principal motivo que impediu de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Diarréia ou vômito | 7 <input type="checkbox"/> Problema odontológico |
| 2 <input type="checkbox"/> Problema Respiratório | 8 <input type="checkbox"/> Acidente no local de trabalho |
| 3 <input type="checkbox"/> Problema de coração ou pressão | 9 <input type="checkbox"/> Acidente no trânsito |
| 4 <input type="checkbox"/> Dor nos braços ou na mão | 10 <input type="checkbox"/> Outro acidente |
| 5 <input type="checkbox"/> Problema mental ou emocional | 11 <input type="checkbox"/> Agressão |
| 6 <input type="checkbox"/> Outra doença _____ | 12 <input type="checkbox"/> Outro motivo _____ |

14- Nas duas últimas semanas esteve acamado?

1 Sim 2 Não

15- Nas duas últimas semanas quantos dias esteve acamado? _____ dias

16- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem doença de coluna ou costas?

1 Sim 2 Não

17- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem artrite ou reumatismo?

1 Sim 2 Não

18- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem câncer?

1 () Sim 2 () Não

19- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem diabetes?

1 () Sim 2 () Não

20- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem bronquite ou asma?

1 () Sim 2 () Não

21- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem hipertensão (pressão alta)?

1 () Sim 2 () Não

22- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem doença do coração?

1 () Sim 2 () Não

23- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem insuficiência renal crônica?

1 () Sim 2 () Não

24- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão?

1 () Sim 2 () Não

25- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem tuberculose?

1 () Sim 2 () Não

26- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem tendinite ou tenossinovite?

1 () Sim 2 () Não

27- Algum médico ou profissional de saúde disse que tem cirrose?

1 () Sim 2 () Não

28- Tem direito a algum plano de saúde médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?

1 () Sim, apenas um 2 () sim, mais de um 3 () Não

29- Costuma procurar o mesmo lugar, o mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1 () Sim 2 () Não

30- Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar:

1 () Farmácia

2 () Posto ou Centro de Saúde

3 () Consultório Particular

4 () Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato

5 () Ambulatório ou consultório de clínica

6 () Ambulatório de hospital

7 () Pronto Socorro ou emergência

8 () Agente comunitário de Saúde

9 () Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, benzedeira...) _____

31- Nos doze últimos meses consultou o médico?

1 () Sim 2 () Não

32- Quantas vezes consultou o médico nos últimos 12 meses? _____

33- Utiliza medicamento de uso contínuo?

1 () Sim 2 () Não

34- Na última vez que precisou obter o (os) medicamentos de usos contínuo, recebeu gratuitamente:

1 () todos os medicamentos 2 () Parte dos medicamentos 3 () Nenhum dos medicamentos

35- Do (s) medicamento(s) de uso contínuo, que não recebeu gratuitamente, comprou:

1 () todos os medicamentos 2 () parte dos medicamentos 3 () nenhum dos medicamentos

36- Quando foi ao dentista pela última vez?

1 () menos de 1 ano
2 () de 1 ano a menos de 2 anos
3 () de 2 anos a menos de 3 anos
4 () 3 anos ou mais
5 () nunca foi ao dentista

37- Na última vez que foi ao dentista, o atendimento foi feito através do SUS?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não sabe

38- Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado a própria saúde?

1 () Sim 2 () Não

39- Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

1 () acidente ou lesão
2 () problema odontológico
3 () reabilitação
4 () vacinação
5 () outros atendimentos preventivos (especifique) _____
6 () doença
7 () somente atestado de saúde

40- Quantas vezes procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? _____

41- Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?

1 () Sim 2 () Não

42- Por que motivo não foi atendido na primeira vez que procurou o atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

1 () não conseguiu vaga ou senha
2 () não tinha médico atendendo
3 () não tinha dentista atendendo
4 () não tinha serviço ou profissional especializado
5 () o serviço ou equipamento não estava funcionando
6 () não podia pagar
7 () esperou muito e desistiu
8 () outro motivo (especifique) _____

43- Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?

- 1 () consulta médica
- 2 () consulta odontológica
- 3 () atendimento do agente comunitário de saúde
- 4 () consulta de outro profissional de saúde
- 5 () atendimento na farmácia
- 6 () quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia
- 7 () vacinação, injeção, curativo, ou outro atendimento
- 8 () cirurgia em ambulatório
- 9 () gesso ou imobilização
- 10 () internação hospitalar
- 11 () exames complementares
- 12 () somente marcação de consulta
- 13 () outro atendimento (especifique) _____

44- Considera que o atendimento de saúde recebido foi:

- 1 () muito bom 2 () bom 3 () regular 4 () ruim 5 () muito ruim

45- Nas duas últimas semanas porque motivo não procurou serviço de saúde.

- 1 () não houve necessidade
- 2 () não tinha dinheiro
- 3 () o local de atendimento era distante ou de difícil acesso
- 4 () dificuldade de transporte
- 5 () horário incompatível
- 6 () o atendimento é muito demorado
- 7 () achou que não tinha direito
- 8 () não tinha quem o acompanhasse
- 9 () não gostava dos profissionais do estabelecimento
- 10 () outro motivo (especificar) _____

46- Nos 12 últimos meses esteve internado?

- 1 () Sim 2 () Não

47- Nos 12 últimos meses, quantas vezes esteve internado? _____**48- Considera que o atendimento de saúde recebido nesta (última) internação foi:**

- 1 () muito bom 2 () bom 3 () regular 4 () ruim 5 () muito ruim

49- Nos últimos 30 dias, em média, quantas horas por dia ficou sentado assistindo televisão ou no computador fora do trabalho?

- 1 () menos de 1 hora
- 2 () 1 a menos de 2 horas
- 3 () 2 a menos de 3 horas
- 4 () 3 a menos de 4 horas
- 5 () 4 horas a menos de 5 horas
- 6 () 5 horas ou mais
- 7 () não assiste televisão ou mexe com computador

50- Quantos dias por semana pratica exercícios físicos ou esporte?

1 () 1 a 2 dias 2 () 3 a 4 dias 3 () 5 a 6 dias 4 () todos os dias 5 () não pratica

51- No dia que pratica exercícios físicos quanto tempo dura esta atividade?

1 () menos de 20 minutos 2 () de 20 a 29 minutos 3 () 30 minutos ou mais

52- Atualmente fuma algum produto do tabaco?

1 () 1 diariamente 2 () 2 ou + por dia 3 () não fuma

53- Com que frequência consome bebida alcoólica (dias /semana)?

1 () Não consome 2 () Menos que 1 3 () 1 a 2 4 () 3 a 4 5 () 5 a 7

54- Com que frequência consome hortaliças (dias /semana)?

1 () Não consome 2 () Menos que 1 3 () 1 a 2 4 () 3 a 4 5 () 5 a 7

55- Com que frequência consome frutas (dias /semana)?

1 () Não consome 2 () Menos que 1 3 () 1 a 2 4 () 3 a 4 5 () 5 a 7

EXAMES BIOQUÍMICOS:

COLESTEROL TOTAL:

LDL:

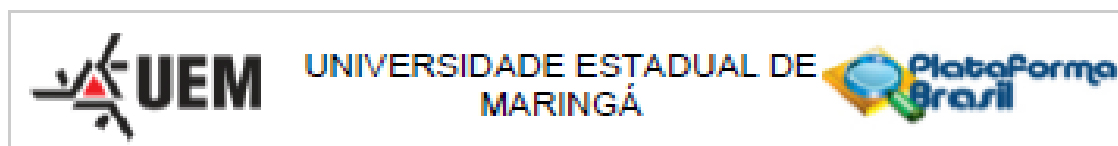
HDL:

VLDL:

TRIGLICERÍDEOS:

GLICEMIA:

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Auto-avaliação da saúde e fatores associados em população idosa de zona rural

Pesquisador: Carlos Alexandre Molina Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35603014.8.0000.0104

Instituição Proponente: CCS - Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 852.158

Data da Relatoria: 22/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o perfil de saúde e fatores associados de idosos residentes em área rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o referencial teórico, a população idosa apresenta níveis de morbidade maiores que o da população em geral, com maior consumo de medicamentos e procura por serviços de saúde. Estudos dedicados a fornecer estimativas de saúde em diferentes populações, raramente incluem dados da população rural, provavelmente pelas limitações relacionadas com os recursos e o tempo necessários ao deslocamento das equipes de campo para as áreas rurais. Idosos moradores em áreas rurais podem apresentar um padrão de saúde diferente da população urbana, em termos qualitativos e quantitativos. Com a mudança no perfil de saúde da população, tornam-se predominantes doenças crônicas e suas complicações, que resultam em maior utilização de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4444

Fax: (44)3011-4515

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer 052/18

serviços de saúde, em relação aos processos agudos que são resolvidos rapidamente. A identificação de padrões de saúde dos idosos moradores da área rural poderá contribuir para identificar necessidades de saúde nessa população, e assim, estabelecer prioridades para essas pessoas. Com base nessas informações, o presente estudo terá por objetivo analisar o padrão da saúde auto-referida de doenças crônicas segundo variável sócio demográfica, pela filiação ou não a plano privado de saúde e de comportamentos relacionados à saúde na população de idosos de área rural. Para tanto, será realizado um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, a ser realizado junto a idosos da área rural, residentes em Campo Mourão-PR, assistidos pela ESF, e que não apresentem dificuldades de compreensão das questões. Os sujeitos responderão a um questionário a ser realizado em visita domiciliar, pelo pesquisador a partir de um instrumento resumido da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Todas as análises serão realizadas utilizando-se os procedimentos para amostras complexas do pacote estatístico STATISTICA Base, versão 10.0. O projeto apresenta claramente o embasamento teórico, a justificativa e os objetivos. A metodologia proposta está de acordo com os objetivos a serem alcançados. Os riscos e benefícios estão apresentados de maneira satisfatória. Apresenta um TCLE adequado e autorização da Secretaria de Saúde de Campo Mourão para a realização do projeto. Os custos serão arcados pelo próprio pesquisador. O cronograma proposto deve ser alterado para que a coleta dos dados somente ocorra após a aprovação deste comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatórios:

Apresenta Folha de Risco devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Colombo 5790, UEM-PPG

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.620-900

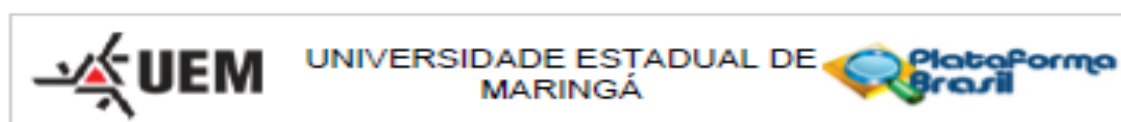
UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (54)3011-4664

Fax: (54)3011-4518

E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 052.158

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 30 de Outubro de 2014

Assinado por:
Riardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-6644 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br