

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

LILIANE APARECIDA TEIXEIRA MARETTI SIQUEIRA

ESTUDO DO PERFIL DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO
MÉDICO: IDENTIFICANDO CENÁRIOS DE SAÚDE

Ribeirão Preto

2015

LILIANE APARECIDA TEIXEIRA MARETTI SIQUEIRA

ESTUDO DO PERFIL DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO
MÉDICO: IDENTIFICANDO CENÁRIOS DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto

2015

- Universidade de Ribeirão Preto -

S618e Siqueira, Liliane Aparecida Teixeira Maretti, 1976-
Estudo do perfil de idosos de um convênio médico: identificando cenários de saúde / Liliane Aparecida Teixeira Maretti Siqueira. - -
Ribeirão Preto, 2015.
112 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade De Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.

1. Exames Bioquímicos. 2. Idoso. 3. Protocolos. I. Título.

CDD 610

LILIANE APARECIDA TEIXEIRA MARETTI SIQUEIRA

**ESTUDO DO PERFIL DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO MÉDICO: IDENTIFICANDO
CENÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Educação da Universidade
de Ribeirão Preto para obtenção do
título de Mestre em Saúde e
Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

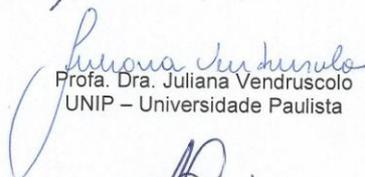
Data da defesa: 27 de abril de 2015

Resultado: Aprovada

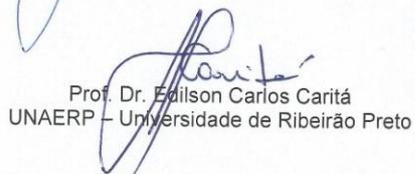
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
UNIP – Universidade Paulista



Prof. Dr. Edilson Carlos Carità
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2015

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, com ELE tudo conseguimos!

Dedico a meu filho Guilherme Augusto: meu amor incondicional.

A meu esposo Flávio Augusto, meu amor verdadeiro.

Minha família... esse bem mais precioso que o ser humano pode ter.

AGRADECIMENTOS

Ao meu doce filho, você é minha grande alegria. Cada dia eu agradeço a Deus, por Ele ter me dado esse presente maravilhoso que é você! Você é lindo, cheio de sonhos, vive intensamente cada momento. Eu sou muito feliz e agradecida a Deus, porque você chegou num momento certo em minha vida, trazendo muita emoção e muita felicidade. Guilherme Augusto, você minha vida, nem imagina como foi difícil ter que ficar longe por alguns momentos para realização deste sonho, mas quero que saiba que tudo que faço ou fizer se resume em você. Quero que saiba meu anjo que depois de tê-lo em minha vida conheci o verdadeiro amor incondicional. Amor da mamãe, você nem imagina o bem que fez e faz em nossas vidas. Obrigada por me escolher como sua mãe e agradeço a Deus por emprestar-me um serzinho tão especial nesse mundo. Te amo, você é a vida da mamãe.

Ao meu esposo, pai maravilhoso, inteligente, esforçado, presente de Deus na minha vida. Você chegou de mansinho, esparramando carinho... e hoje é alguém realmente especial, que compartilha comigo o meu dia e minha noite, fazendo com que os nossos momentos sejam repletos de felicidade, paz e harmonia. Agradeço por sua compreensão a cada momento, pelo apoio e conselhos em minha vida, por viajar comigo a cada semana de aula. Me orgulho de sua inteligência, perseverança e incentivo por eu estar realizando este mestrado. Fico feliz por Deus me oferecer um pai que nosso filho possa se espelhar. Te amo, e quero ser sempre sua companheira de vida.

A minha família, pois todos tiveram que se dividir e ajudar nos cuidados de um recém-nascido para que eu pudesse realizar meus estudos. Meu pai pelos períodos da manhã com sua alegria e zelo pelo seu neto. Meu irmão, padrinho amoroso, que dividiu comigo várias madrugadas nos cuidados com as cólicas noturnas do meu filho, irmão ímpar... O seu esforço, garra e inteligência são exemplos para mim e, com certeza, para seu sobrinho e afilhado.

Minha mãe, pessoa abençoada, mulher guerreira, meu exemplo de ser humano e de mulher. Agradeço por cuidar tão bem do nosso Guilherme Augusto, sem a senhora nada disso seria possível, obrigada por várias madrugadas, dias e dias cuidando com maior amor do mundo da minha maior riqueza nesta vida. E a

todos da minha família por suportarem várias vezes meus estresses, minha ansiedade, e compreenderem minha divisão entre família, trabalho, estudos e ser mãe. Amo vocês!

Agradeço a DEUS, autor da vida, mistério que se faz acontecer através da nossa existência. Minha fé, a proteção de Nossa Senhora Aparecida, a quem devo vários milagres em minha vida,

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, pela imensa educação e paciência que me trata. Exemplo de profissionalismo, competência com humanismo. Sou enfermeira e me orgulho de conhecer uma enfermeira como você. Meu eterno agradecimento!

IDOSO OU VELHO?

Idosa é uma pessoa que tem muita idade. Velha é a pessoa que perdeu a jovialidade.

A idade causa degenerescência das células. A velhice causa a degenerescência do espírito. Por isso nem todo idoso é velho e há velho que ainda nem chegou a ser idoso.

Você é idoso quando sonha. É velho quando apenas dorme.

Você é idoso quando ainda aprende. É velho quando já nem ensina.

Você é idoso quando pratica esportes, ou de alguma outra forma se exercita. É velho quando apenas descansa.

Você é idoso quando ainda sente amor. É velho quando só tem ciúmes e sentimento de posse.

Você é idoso quando o dia de hoje é o primeiro do resto de sua vida. É velho quando todos os dias parecem o último da longa jornada.

Você é idoso quando seu calendário tem amanhã. É velho quando seu calendário só tem ontem.

O idoso é aquela pessoa que tem tido a felicidade de viver uma longa vida produtiva, de ter adquirido uma grande experiência. Ele é uma ponte entre o passado e o presente, como o jovem é uma ponte entre o presente e o futuro. E é no presente que os dois se encontram.

Velho é aquele que tem carregado o peso dos anos, que em vez de transmitir experiência às gerações vindouras, transmite pessimismo e desilusão. Para ele, não existe ponte entre o passado e o presente, existe um fosso que o separa do presente pelo apego ao passado.

O idoso se renova a cada dia que começa; o velho se acaba a cada noite que termina.

O idoso tem seus olhos postos no horizonte de onde o sol desponta e a esperança se ilumina. O velho tem sua miopia voltada para os tempos que passaram. O idoso tem planos. O velho tem saudades.

O idoso curte o que resta da vida. O velho sofre o que o aproxima da morte.

O idoso se moderniza, dialoga com a juventude, procura compreender os novos tempos. O velho se emperra no seu tempo, se fecha em sua ostra e recusa a modernidade.

O idoso leva uma vida ativa, plena de projetos e de esperanças. Para ele o tempo passa rápido, mas a velhice nunca chega. O velho cochila no vazio de sua vida e suas horas se arrastam destituídas de sentido.

As rugas do idoso são bonitas porque foram marcadas pelo sorriso. As rugas do velho são feias porque foram vincadas pela amargura.

Em resumo, idoso e velho, são duas pessoas que até podem ter a mesma idade no cartório, mas têm idade bem diferente no coração.

Autor desconhecido

RESUMO

SIQUEIRA, L. A. T. M. Estudo de um grupo de idosos de um convênio médico: identificando cenários de saúde, 112p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Estudos recentes presumem que em dez anos a população de idosos do mundo será de mais de um bilhão de pessoas. Ao mesmo tempo em que ocorre o aumento populacional relacionado aos idosos ressaltamos o avanço da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações como o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias e as doenças vasculares e coronarianas. Nesse cenário, as medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças devem ser iniciadas precocemente para serem eficazes, pois os fatores de risco, geralmente, atuam durante longos períodos antes de causarem efeitos definitivos. O objetivo deste estudo é identificar o perfil de idosos de um convênio médico do interior mineiro. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, retrospectivo e documental. Foram analisados 510 prontuários pertencentes a pessoas idosas, com 60 anos ou mais, registradas no programa Serviço de Medicina Preventiva. A maioria dos idosos cadastrados no convênio encontra-se na faixa de 60 a 70 anos de idade, classificados como idoso jovem, predominantemente do sexo feminino. As idosas também se apresentaram, em maior frequência, com obesidade, depressão, doenças osteoarticulares, e acompanhamento adequado para rastreamento quanto à prevenção do câncer de colo de útero e mamografia, para prevenção do câncer de mama. As mulheres deste estudo são mais adeptas à prática de atividade física que os homens. Foram constatados níveis elevados de LDL, em ambos os sexos, bem como de HDL baixo, condições que comprometem o sistema cardiovascular dos participantes. Quanto à hipertensão e diabetes, na primeira condição clínica houve equidade do número de acometimentos pela doença, entre os sexos; porém, houve predomínio de mulheres, quanto à ocorrência de diabetes. Dados referentes aos hábitos alimentares dos idosos mostraram-se preocupantes, pois esse aspecto não foi considerado como importante pelos participantes. Conclui-se que, embora as mulheres contemporâneas venham conseguindo conquistas fundamentais no mercado de trabalho, a apropriação de novos direitos à assunção de inúmeros deveres e responsabilidades que têm demandado mais doenças às mulheres. A maioria dos dados apontou alterações tanto físicas, emocionais e laboratoriais de caráter insatisfatório, especialmente, para as idosas. O resultado do estudo mostrou que os idosos necessitam de maior atenção no que diz respeito ao controle de riscos cardiovasculares, assistidos pela equipe de saúde, em grupos específicos para este público.

Descritores: Idoso. Exames Bioquímicos. Protocolos. Promoção. Prevenção.

ABSTRACT

SIQUEIRA, L. A. T. M. Study of a group of a health insurance elderly: identifying health care settings, 112 sheets. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirao Preto, 2015.

Recent studies assume that in ten years the world's population is elderly over one billion people. While the population growth that occurs related to the elderly emphasize the advancement of incidence of chronic non-communicable diseases and their complications such as diabetes, hypertension, dyslipidemia and vascular and coronary heart disease. In this scenario, the health promotion and disease prevention measures should be initiated early to be effective, because the risk factors usually operate for long periods before they produce definite effects. The objective of this study is to identify the elderly profile of a health insurance Miner interior. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative, retrospective and documentary. 510 were analyzed medical records belonging to older people, aged 60 or more registered in the Preventive Medicine Service program. Most elderly enrolled in the agreement is in the range of 60 to 70 years of age, classified as young elderly, predominantly female. The elderly also had a greater frequency with obesity, depression, osteoarticular diseases, and monitoring appropriate to be scanned for the prevention of cervical cancer and mammography for prevention of breast cancer. The women in this study are more adept at physical activity than men. High LDL levels were observed in both sexes and low HDL conditions that compromise the cardiovascular system of the participants. For hypertension and diabetes, the first clinical condition was fair number of bouts with the disease between the sexes; however, there was a predominance of women, for the occurrence of diabetes. Data relating to eating habits of the elderly proved worrisome , because this aspect was not considering as important by the participants. It concludes that , although the contemporary women come achieving fundamental achievements in the labor market , ownership of new rights the assumption of numerous duties and responsibilities that have demanded more diseases to women. Most of the data pointed to changes both physical, emotional and laboratory unsatisfactory character, especially for the elderly . The result of the study showed that older people need more attention with regard to the control of cardiovascular risk , assisted by the health team , in specific groups for this audience .

Descriptors: Elderly. Biochemical tests. Protocols. Promotion. Prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores lipídicos para adultos, maiores de 20 anos, segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 201345

Quadro 2 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-201449

Quadro 3: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e faixa etária, São Sebastião do Paraíso, 201461

Quadro 4: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e IMC, São Sebastião do Paraíso, 2014.....63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e ocorrência de HAS, São Sebastião do Paraíso, 2014.....73

Tabela 2: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo faixa etária e ocorrência de HAS, São Sebastião do Paraíso, 2014.....74

Tabela 3: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e encaminhamentos para tratamento por meio da terapia ocupacional, São Sebastião do Paraíso, 2014.78

Tabela 4: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e encaminhamentos para a psicologia, São Sebastião do Paraíso, 201479

Tabela 5: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e encaminhamentos para a nutrição, São Sebastião do Paraíso, 2014.....80

Tabela 6: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo sexo e encaminhamentos para tratamento por meio de grupos, São Sebastião do Paraíso, 201480

LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS

ABH	Associação Brasileira de Hipertensão
AMPARA	Assistência Médica Paraíso
AMPARALAR	Assistência Domiciliar a Acamados
APE	Antígeno Prostático Específico
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Colesterol Total
CFM/AMB	Conselho Federal de Medicina/Associação Médica Brasileira
DAC	Doença Arterial Coronariana
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIC	Doenças Isquêmicas do Coração
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBGL	Hemoglobina Glicosilada
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
HDL- C	Lipoproteína de alta densidade
IBE	Estudos Brasil Europa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCOR	Instituto Nacional do Coração
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDL	<i>Light Density Lipoproteins</i>

LDL-C	Lipoproteína de baixa densidade
LP	Lipoproteína
mEq	Miliequivalente
MG	Minas Gerais
MGDL	Miligramas por Decilitro
ml	Mililitros
MS	Ministério da Saúde
mu/L	Miliequivalente por litro
ng/ml	Nanograma/Miligramas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSA	<i>Prostate Specific Antigen</i>
PSF	Programa Saúde da Família
PSO	Pesquisa de Sangue Oculto
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RFG	Ritmo de Filtração Glomerular
SBC	Sociedade Brasileira Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
T3	Triiodotironina
T4	Tetraiodotironina ou tiroxina
TG	Triglicerídeos
TSH	Hormônio Tireoestimulante
UERG	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC/ml	Unidade de Formação de Colônias/ Mililitros
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VIGITEL	Vigilância Fatores de Riscos e Proteção para Doenças
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	JUSTIFICATIVA	23
1.2	HIPÓTESE	23
1.3	OBJETIVO GERAL.....	24
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
2	REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1	CONCEITO DE IDOSO E DIFERENÇAS CULTURAIS.....	25
2.2	ESTATUTO DO IDOSO	30
2.3	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	32
2.3.1	Doenças Osteoarticulares	34
2.3.2	Hipertensão arterial	35
2.3.3	Diabetes <i>Mellitus</i>	36
2.3.4	Doenças respiratórias crônicas	36
2.3.5	Neoplasias.....	37
2.3.6	Doenças Cardiovasculares.....	38
2.4	PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	50
2.5	PLANOS DE SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA.....	52
3	CASUÍSTICA E MÉTODO.....	55
3.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	55
3.2	LOCAL DO ESTUDO	55
3.3	POPULAÇÃO	56
3.4	COLETA DE DADOS	57
3.4.1	Instrumento de coleta de dados	57
3.4.2	Etapas do estudo	57
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	58
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	59
3.7	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	60
4.2	AVALIAÇÃO DE EXAMES	66
4.2.1	Bioquímicos.....	66
4.2.2	Exames preconizados no Protocolo para Diabéticos e Hipertensos	69
4.2.3	Outros tipos de exames.....	72
4.3	ACESSO À SAÚDE E A OCORRÊNCIA DE PATOLOGIAS.....	73
5	CONCLUSÃO.....	82
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICE	100
	ANEXOS	108

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Liliane, sou enfermeira há 15 anos, graduada pela Universidade do Estado Minas Gerais. Tive a oportunidade de realizar cursos de especialização em Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC Campinas) e Gestão de Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Centro Universitário Barão de Mauá. Atuei 05 anos na área hospitalar nos setores de Alojamento Conjunto, sala de parto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Durante meu ciclo profissional passei por vários setores relacionados à saúde, entre eles, fui Supervisora geral da Santa Casa de São Sebastião do Paraíso, enfermeira do Controle de Infecção Hospitalar, Pronto Socorro, Ambulatório, Programa de Saúde da Família (PSF), coordenadora de aleitamento materno do município e, há nove anos, atuo como Enfermeira Coordenadora do setor de Medicina Preventiva de um convênio médico, em São Sebastião do Paraíso, estado de Minas Gerais.

Outrora, os profissionais de saúde possuíam a maior parte de sua formação visando o aspecto curativo, com visão voltada para atuarem com maior ênfase na área hospitalar, com a doença já instalada. Minha formação não foi muito diferente, apesar de ter passado por diversos estágios em minha vida acadêmica, não nego a riqueza de conhecimentos que a área hospitalar me ofereceu, mas, reconheço que a promoção e a prevenção são os olhos do futuro para evitarmos, muitas vezes, a internação hospitalar.

Deste modo, fui convidada por um dos diretores do convênio Associação Médica Paraíso (AMPARA) a desistir de minha paixão que é obstetrícia para uma experiência nova que seria a coordenação de um serviço de promoção e prevenção. Confesso meu medo, o certo pelo duvidoso, que para o convênio também seria uma experiência que se iniciaria ali, também comigo! Como poderia fazer um trabalho de excelência? Pensei... Estudando! Comecei a cursar especialização em Gestão em Saúde que me ajudou muito. Agora minha área não seria somente materno-infantil e, sim, todas as áreas, para atuar na Saúde da mulher, criança, adolescentes e idosos, em todas as faixas etárias do processo vital. Começamos um trabalho de forma modesta e singela, associada a uma técnica de enfermagem, trabalhando continuamente com dados e resultados. Hoje somos uma equipe interdisciplinar e,

pelo quinto ano consecutivo, recebemos nota elevada da Agência Nacional de Saúde (ANS), pelo trabalho que vem sendo realizado.

Estudar sempre foi um atrativo muito forte em minha vida, penso que nossa maior riqueza é o estudo, portanto, o Mestrado foi se tornando um sonho, um planejamento para minha qualificação profissional e, claro, almejar a área acadêmica. O enfermeiro é um educador constante e pode compartilhar o conhecimento adquirido, formando outros enfermeiros para atuarem com amor, respeito e responsabilidade por essa profissão maravilhosa que é cuidar do próximo. Assim, o Mestrado foi se tornando um objetivo a mais em meu caminho.

O motivo da escolha pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) foi por essa instituição de ensino superior gozar de reputação e elevada referência na área de saúde, razões pelas quais me interessei em cursar o Mestrado nesse local. Com relação à escolha do tema, a resposta traduziu-se na maior preocupação mundial atual: o envelhecimento populacional. À medida que fui examinando a carteira do convênio pude ver que a faixa etária de maiores consultas, gastos, internações e exames estavam na população idosa. Se não pensarmos em promoção e prevenção dos fatores de risco, creio, estamos fadados à falência e péssima qualidade de vida de nossos idosos.

Analisando a parte, não somente quanto aos convênios de saúde, mas também do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a necessidade é muito maior, sabemos que se algo não for pensado, nosso SUS não conseguirá atender tamanha demanda populacional de idosos. Deste modo, minha indignação se tornou relevante no sentido de estudar essa faixa etária, focando a promoção e prevenção das doenças cardiovasculares, que tem se traduzido na principal causa de morte na população brasileira. Conhecer nossa população idosa se tornou um fator intrigante. Para que possamos atuar é preciso conhecer, buscando intervir para promover uma velhice digna, saudável, com qualidade de vida e redução de gastos dos serviços de saúde. Essa postura é dever de pessoas e profissionais, sobretudo, do setor saúde.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população senil, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, indicou que o contingente de idosos irá dobrar nos próximos 25 anos, atingindo 32 milhões de habitantes, correspondendo à sexta população idosa do mundo.

Teixeira, Oliveira e Silva (2011) destacam que diversos pesquisadores enfatizam a importância de se classificar e identificar a população de idosos e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (1985), o idoso é aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, nos países em desenvolvimento e com idade superior a 65 anos, nos países desenvolvidos.

Ao estudar a temática constata-se que este critério da ONU é utilizado na maioria das pesquisas pela dificuldade de se classificar a idade biológica, e de acordo com Ferreira (2006), o idoso pode ainda ser categorizado em três classes: idoso jovem de 65 a 74 anos; idoso velho com 75 a 84 anos; idoso muito velho acima de 85 anos.

No Brasil, como nos demais países no mundo, vários pesquisadores vêm tratando esse assunto como prioridade, identificando fatores que levaram a esta mudança demográfica, ponderando sobre a redução das taxas de mortalidade e fecundidade na família brasileira, a migração estrangeira que aconteceu no final dos séculos XIX e XX, a diminuição das taxas de doenças infecto-contagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, além dos avanços tecnológicos e econômicos (TEIXEIRA; OLIVEIRA; SILVA, 2011).

A expectativa de vida da população, em geral, aumentou e, dessa maneira, a faixa central da população de idoso ficará, segundo o IBGE (2011), entre 80 ou mais anos de vida.

As taxas de nascimento vêm diminuindo nos últimos anos, e houve consequente crescimento da população idosa na última década. Dados apontados pela ONU mostram que a população idosa está em processo demográfico em todo o mundo, e há evidências que a taxa de fertilidade das pessoas diminuiu (ONU, 2013).

Nessa direção, estudos realizados pela ONU (2013, p. 406) constatam que na “maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá.”

Conforme o IBGE (2002), a expectativa de vida dos brasileiros aumentou, sendo que em 1991 era de 66 anos enquanto o censo de 2011 relata o aumento para 73 anos. O mesmo estudo menciona que o fator predominantemente responsável pelo número expressivo de idosos é a queda da fecundidade, que vem diminuindo desde a década de 1970.

Em 2013, o índice de filhos por mulher foi projetado para 1,77. A taxa cairá para 1,61 filhos em 2020, e deve atingir 1,5 filhos em 2030. Ainda refere-se ao fato das mulheres estarem engravidando cada vez mais tardiamente, colocando como prioridade o lado da estabilidade profissional.

Sabe-se que atualmente as mulheres procuram realizações profissionais e pessoais, antes mesmo de assumir a maternidade, situação que muda o cotidiano de vida delas. Em uma pesquisa realizada em 2011, pelo IBGE, a média de idade que as mulheres realizarão o projeto de filhos será de 28 anos até 2020, sendo que no ano de 2013 a idade ficou entre 26,9. Essa média de idade tende a aumentar, de acordo com a mesma pesquisa, assinalando que em 2030, a média de idade será de 29,3 (IBGE, 2011).

Com o aumento da população idosa e a queda do número médio de filhos por mulher, haverá um impacto negativo sobre o crescimento da população brasileira, e desta forma, a quantidade de brasileiros até 2042 crescerá, mas a quantidade de óbitos superará os nascimentos. Essa mudança demográfica da faixa etária brasileira resultará em redução da quantidade de jovens e crescimento da população idosa (IBGE, 2011).

Por se tratar de usuários com grande demanda e características diferenciadas, estudos com idosos apresentam dados e resultados que deveriam servir como indicadores de atenção à saúde desses indivíduos, possibilitando oferta de serviços direcionados para suas necessidades e, principalmente, com profissionais treinados e capacitados para esse tipo de público.

No segundo Congresso de Projeções Anuais do Instituto de Estudos Brasil Europa (IBE, 2011) foi discutida a importância de políticas públicas para trabalhar a saúde e a inclusão social dos idosos. Pesquisas mostram que em vinte anos o Brasil poderá se tornar o sexto país com maior número de idosos no mundo.

Conforme dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), no Brasil, em 2012, os idosos, entendidos como pessoas com mais de 60 anos de idade, somavam vinte e três milhões e quinhentos mil pessoas. Esses dados

representam mais que o dobro do registrado em 1991, quando foram contabilizados dez milhões e setecentos mil idosos.

De acordo com o mesmo estudo do PNAD (2000), São Paulo é o estado com o maior número de idosos, com cerca de cinco milhões e quatrocentos mil. Em seguida, apresentam-se Minas Gerais, com dois milhões e seiscentos mil, seguido do Rio de Janeiro que possui dois milhões e quatrocentos mil.

Quanto ao município de São Sebastião do Paraíso, o número de habitantes corresponde a um total de 78.000 habitantes, onde 10,89% estão acima de sessenta anos. No que se refere ao convênio médico do estudo, a carteira de usuários é de 11.507 usuários, com o número de usuários na faixa acima de 60 anos, totalizando 24,25%.

No serviço de Medicina Preventiva estão sendo acompanhados 30,42% dos pacientes no geral e, destes, em seguimento 26% são usuários acima de 60 (sessenta) anos.

A medicina preventiva atua como fonte primária de impedir, retardar e prevenir o aparecimento de doenças e más condições mórbidas das pessoas. Em prazo médio, a medicina preventiva tem o papel de orientação para as pessoas (homens e mulheres), agirem em prol da prevenção de doenças e antecipação de diagnósticos. Isso melhorará o padrão de vida da população em geral, evitando superlotações em hospitais e postos de acolhimento emergenciais (GOLDBERG; CHAVIN, 1997).

As medidas adequadas devem ser iniciadas precocemente para serem eficazes, pois os fatores de risco necessitam, geralmente, atuar durante longos períodos antes de causarem efeitos definitivos.

Ao mesmo tempo em que ocorre o aumento populacional relacionado aos idosos ressaltamos o avanço da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações como o diabetes, a hipertensão arterial sistêmica, as dislipidemias e as doenças vasculares e coronarianas.

As doenças cardiovasculares são representadas por um termo amplo que inclui várias doenças cardíacas e vasculares. A doença cardiovascular mais comum é a doença das artérias coronárias, que pode ocasionar ataque cardíaco e outras condições graves. As doenças do coração registram 16,6 milhões de óbitos em todo o mundo, isso retrata que de todos os óbitos registrados, um terço é de doenças cardiovasculares (SILVA, 2011).

Ainda de acordo com Silva (2011, p. 4), as mortes relacionadas às doenças cardiovasculares são exorbitantes, do total de 16,6 de óbitos “7,2 milhões são por doença isquêmica cardíaca, 5,5 milhões por doenças cerebrovasculares e 3,9 milhões por hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardíacas”.

Vale ressaltar que a maioria dessas doenças é resultante de problemas crônicos, que são desenvolvidos no decurso de vários anos, no entanto, algumas das doenças cardiovasculares podem ser episódios agudos, como infartos do miocárdio ou acidentes cerebrais, que ocorrem com a obstrução súbita de um vaso que irriga o coração ou o cérebro, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS, 2003; OPAS, 2003).

A OMS (2011) comenta, a partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que a Doença Isquêmica Cardíaca (DIC) ainda acarreta elevada mortalidade na maior parte dos países industrializados no mundo. No Brasil, no ano de 2000, ocorreram 946.392 óbitos, sendo que 260.555 (27,5%) foram decorrentes das doenças cardiovasculares, dos quais 78.442 (30,1%) foram por DIC. Em 2005, ocorreram 84.945 óbitos por DIC, sendo 24.435 casos na região sudeste, que apresentou o maior número de óbitos por DIC de todo território nacional.

Vários estudos relatam a relevância da idade, somada ao perfil lipídico, como fator importante na ocorrência das doenças cardiovasculares na pessoa idosa, associado a hábitos de vida não saudáveis, obesidade, tabagismo e má qualidade na alimentação, resultando em um cenário preponderante a uma saúde de risco, especialmente em indivíduos idosos que já possuem uma debilidade comprometida, devida ao fator idade.

A gordura alterada no aparelho circulatório poderá resultar em placas de ateroma responsáveis por obstruções dos vasos sanguíneos levando a séria isquemia dos tecidos (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Em idosos a dislipidemia é determinada quando os lipídios séricos elevam, associados com o aumento de risco cardiovasculares, assim, a dislipidemia é definida pela modificação dos níveis dos lipídeos em relação aos valores referenciais. Nos idosos, a dislipidemia é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, especialmente quando associada à repercussão na morbidade e mortalidade (DUNCAN et al., 1993).

Segundo Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), o índice de mortes no Brasil, por doenças do aparelho circulatório, chegou a somar 32,2% e que a Doença Cerebrovascular (DCV) torna-se responsável por um terço das mortes, enfatizando que a DCV representa 8,2% das internações e 19% dos custos hospitalares, ocorrendo com maior incidência em pessoas com idade avançada.

As doenças cardiovasculares ocorrem, em maior frequência nos idosos, esse dado revela-se devido ao período de vida em que mais ocorreram mortes e sequelas, em comparação com os jovens, essas doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração. Entre as mais comuns podemos referir o infarto do miocárdio, a angina de peito, a aterosclerose e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Conforme analisam Beltrão et al. (1998), as doenças do aparelho circulatório são fatores que merecem atenção quando se referem a população idosa. Outro fator de relevância é a constatação de países desenvolvidos que promoveram ações de promoção e prevenção e aumentaram a expectativa de vida por prevenirem as causas das doenças cardiovasculares, como relatado anteriormente.

Os problemas no coração, em especial nos idosos, são responsáveis por maior quantidade óbitos no Brasil e no restante dos países, em 1996 estimava-se que em 2008 que 29,5% dos óbitos seriam relatados por doenças no aparelho circulatório. Importante destacar a crescente concentração das mortes em idades elevadas (idosos). Quase um quarto dos brasileiros morre acima dos 80 anos e praticamente metade após os 70 anos. As doenças do aparelho circulatório causam 37,5% das mortes dos idosos e o câncer, 16,9% (CASELLI; LOPEZ, 1996).

As DCV assumem papel de destaque, tendo sido responsáveis por 31% dos óbitos no Brasil, em 2002. Dentre elas destacam-se as DCBV e as DIC, totalizando mais de 60% dos óbitos por DCV (CAVALINI, 2008).

Devido a esta importância espera-se que o serviço de medicina preventiva reconheça a realidade de seus usuários idosos e, por meio desta, organize programas de promoção e prevenção nos níveis primários e secundários prevenindo para que estes cheguem aos cuidados terciários de saúde precocemente. Assim, a promoção de saúde torna-se inevitável no conceito atual de saúde, abrangendo-a como um todo, em todas as faixas etárias da vida, especificamente, na saúde do idoso. As ações de promoção e prevenção devem caminhar juntas para atingirem um objetivo amplo e satisfatório.

A prevenção é uma característica da medicina preventiva que tem como alvo prevenir doenças ou lesões ao invés de curá-las ou tratar seus sintomas, visando melhorar a qualidade de vida. Desde a década de 1980, os profissionais que atuam na medicina preventiva têm ganhado grande evidência na Saúde Pública, refletindo nas condições gerais da saúde dos pacientes, possibilitando até mesmo a redução de gastos, absenteísmo e convívio familiar (GOLDBERG; CHAVIN, 1997).

Respaldando-se nessas implicações almeja-se recomendar ações que possam tratar e até mesmo prevenir os agravos decorrentes das dislipidemias e prover contribuições de educação para esses e outros grupos de terceira idade visando o controle das doenças crônicas não transmissíveis, a fim de não somente prolongar, mas melhorar a qualidade de vida dos clientes, após a delimitação do perfil da população do estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Frente aos aspectos apresentados anteriormente, o presente estudo tem relevância coletiva, pois se verifica o aumento significativo da população de idosos; há aumento relevante de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nesta faixa etária e as doenças cardiovasculares podem prevalecer como um fator de risco somada a idade, perfil lipídico e ausência de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, na população.

Ainda salienta-se que o fator de risco idade aumenta o risco de doenças cardiovasculares e o estudo do perfil lipídico de idosos de um convênio médico possibilita conhecer os hábitos de vida dessa população e propor intervenções que culminam na promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como minimização de danos e/ou sequelas.

1.2 HIPÓTESE

O estudo do perfil de um grupo de idosos de um convênio médico possibilitará a caracterização dessa população e permitirá propor atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, focadas nas especificidades desses indivíduos e do local onde vivem, vislumbrando mais qualidade de vida aos idosos e redução de custos hospitalares.

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil de idosos de um convênio médico do interior mineiro, por meio de registros em prontuários.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os resultados de exames bioquímicos dos idosos;
- Conhecer as comorbidades presentes na vida dos idosos;
- Verificar os hábitos de vida e saúde dos idosos participantes da pesquisa;
- Descrever como ocorre o atendimento dos idosos no serviço de Medicina Preventiva.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo está dividido em cinco tópicos que contemplam conteúdos relativos ao Conceito de idoso, Estatuto do idoso, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as doenças osteoarticulares, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias crônicas, neoplasias, doenças cardiovasculares, dislipidemias, colesterol, triglicérides, *Light Density Lipoproteins* (LDL) e *Hight Density Lipoproteins* (HDL); Promoção e prevenção; Planos de saúde, Agência Nacional de Saúde e Medicina Preventiva. Os conteúdos selecionados subsidiarão as discussões, frente aos resultados.

2.1 CONCEITO DE IDOSO E DIFERENÇAS CULTURAIS

Reconhece-se a existência de uma ampla relação de critérios para a demarcação do que venha a ser um “idoso”. O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994). O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) endossa essa definição.

O critério de classificação é uma regra que permite agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles. Para o estabelecimento da regra, cabe definir o conteúdo do grupo populacional criado em termos de outras dimensões, além das utilizadas para classificação, dimensões que são muitas vezes inferidas e não observadas. Consonante ao que foi relatado,

[...] o grupo social “idoso”, mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com muita idade, mas há pessoas com determinadas características sociais e biológicas (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 4).

A OMS considera com meia-idade os sujeitos de 45 a 59 anos; idosos, aqueles de 60 a 74 anos; anciãos com 75 a 89 anos e velhice extrema, pessoas com 90 anos ou mais.

No Brasil, de acordo com o *site* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2004), “são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos

de idade; medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos acima de 80 anos”.

Há também, na literatura, a definição de muito idosos como aquelas pessoas com idade maior ou igual a 80 anos e ainda, maior ou igual a 85 anos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológica e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça, cor e no tempo. “A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 5).

Os novos idosos, ou aqueles que entrarão no grupo etário dos mais de 60 anos, a partir de 2010, são os filhos da geração *baby boom*, que experimentaram uma redução acentuada na mortalidade infantil. As mulheres vivenciaram os grandes ganhos na escolaridade e entraram maciçamente no mercado de trabalho. “Fizeram a revolução na família, casaram, descasaram, recasaram ou não casaram novamente, tiveram menos filhos. O não - casar e o não ter filhos passaram a ser opção” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 592).

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo ao qual mesmo os países mais ricos e poderosos ainda estão tentando se adaptar. O que era no passado privilégio de alguns poucos, passou a ser uma experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, como a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos, segundo Kalache et al. (1987).

Um dos fenômenos de maior impacto no início deste novo século é o envelhecimento da população mundial, resultante de um processo gradual de transição demográfica que, embora ocorra tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, encontra nestes últimos maiores dificuldades para a reorganização social e da área de saúde que seja adequada a atender as demandas emergentes. Vale destacar que o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente, a queda da fecundidade da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006).

A (OPAS) 2005 define envelhecimento como

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2005, p.30).

No cenário de vida é importante ressaltar que dois grandes erros devem ser continuamente evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de algumas doenças, e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

Em 2010, o País e todas as regiões, com exceção da Região Norte, alcançaram valores da taxa de fecundidade total abaixo do nível de reposição. Esse resultado implica que as gerações futuras terão volumes populacionais menores que os atuais e que, em algumas décadas, a população brasileira começará a ter o seu tamanho reduzido. Observa-se:

Um rápido processo de envelhecimento populacional nos País, que – inversamente ao impacto da redução dos nascimentos – tem aumentado a pressão quantitativa e qualitativa sobre o setor Saúde para o atendimento da população com idades mais avançadas (BRASIL, 2012, p. 24).

Outro fator relevante refere-se ao Índice de Massa Corpórea (IMC) no idoso, muito usado para classificação de sobrepeso e obesidade, mas há controvérsias devido à estatura, perda de líquidos, redução de massa magra e formação de tecido adiposo em locais específicos, sendo uma forma de avaliação que gera muita dificuldade, como salientam Santos e Sichieri (2005) ao citarem HO (2000)

O uso do IMC em idosos é complicado pela frequente presença de patologias e a ausência de pontos de corte específicos para essa faixa etária. Assim, vem sendo muito discutido o uso do IMC e dos limites de normalidade adotados para análise do sobrepeso e da obesidade em idosos, World Health Organization (WHO, 2000 apud SANTOS; SICHIERI, 2005, p.164).

Segundo Santos e Sichieri (2005, p. 165) “no Brasil não há estudo de base populacional, em idosos, que permita avaliar a adequação do IMC como marcador de adiposidade”.

É considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a 30 kg/m². O nível de definição de obesidade não se diferencia na

população idosa, apesar de uma tolerância maior dos idosos com o aumento de IMC, podendo, assim a obesidade ser definida em um patamar de IMC mais elevado nesta faixa etária (STEVENSON, 2001 apud CABRERA; JACOB FILHO, 2001, p. 495).

Ainda não ocorre um consenso sobre a maneira ideal para avaliação do IMC em idosos, alguns estudos relatam que mudanças físicas, fisiológicas devem ser levadas em consideração, outros afirmam, como citado que os mesmos deveriam possuir o mesmo peso na classificação de obesidade.

Existem duas referências para a classificação do IMC: a primeira foi estipulada pela OMS e a outra, proposta por Lipschitz. Há críticas, no entanto, sobre o uso dos mesmos pontos de corte para classificar obesidade em adultos e idosos, pois mudanças na composição corporal, associadas ao processo de envelhecimento, devem ser consideradas. Já os pontos de corte propostos por Lipschitz levam em consideração as mudanças na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento quando comparados com os indivíduos adultos. Ainda não há, portanto, consenso quanto ao ponto de corte de IMC mais adequado para avaliar o estado nutricional de idosos, e não há no Brasil algum estudo de base populacional que avalie a adequação do IMC como marcador de adiposidade em idosos (SOUZA et al., 2013, p. 82-83).

Com relação à cultura, Igarashi (2015) refere que

A expectativa de vida no Japão é uma das mais altas do mundo, em torno de 85 anos de idade para mulheres e 78 anos de idade para os homens. Além disso, é um país onde se concentra o maior número de centenários. São mais de 30 mil pessoas com idade igual ou superior a 100 anos e esse número vem crescendo consideravelmente.

Masc (2013), uma pesquisadora do Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais da Universidade Federal de Juiz de Fora, ao fazer analogias referentes às culturas japonesa, chinesa e brasileira, encontra algumas diferenças significativas com relação à valorização e respeito à velhice. Comenta que na tradição japonesa, por exemplo, ao completar 60 anos, é permitido ao homem o uso de blazer vermelho, pois somente com seis décadas de vida há a liberdade de usar a cor dos deuses.

Ainda Masc (2013) relata que “na China e no Japão, a velhice é sinônimo de sabedoria e respeito”, país onde o fenômeno envelhecer é natural e inerente a toda espécie, e os idosos são tratados com respeito e atenção devido a experiência acumulada em seus anos de vida.

Os dados da literatura reafirmam que a cultura dessas sociedades tem como tradição valorizar e cuidar de seus idosos, resultado de uma educação milenar de

dignidade e respeito, consultando-os pelos conselhos sábios e experientes (MASC, 2013; IGARASHI, 2015).

Masc (2013) relembra que em outras sociedades antigas, o ancião sempre ocupou posição digna citando que na antiga China, o filósofo Confúcio (que viveu entre os anos 551–479 a.C) já apregoava que as famílias deveriam obedecer e respeitar ao indivíduo mais idoso.

A cultura do respeito aos idosos é tão enraizada na sociedade japonesa, de acordo com Igarashi (2015), que foi instituída uma data comemorativa denominada o dia do Respeito ao Idoso, na terceira segunda-feira do mês de setembro, no Japão. A data surgiu em 1947, e foi reconhecida como feriado nacional em 1966, quando ainda na década de 40 – do século passado, numa pequena aldeia na província de Hyogo resolveram oficializar a data como forma de respeito e valorização aos anciãos japoneses, que sempre contribuíram para o país com sua sabedoria e seu trabalho.

Masc (2013) ressalta que na sociedade chinesa é comum se encontrar anciãos, com 90/100 anos, fazendo diariamente atividade física nos parques municipais, e que no Brasil é difícil viver essa mesma realidade.

Para essa possibilidade tornar-se real, Masc (2013) sugere ações como o estreitamento do relacionamento com as pessoas idosas próximas, ouvir e valorizar suas histórias de vida; conhecer os aspectos sociais, econômicos, étnicos, culturais, legais e biológicos do envelhecimento na sociedade brasileira e refletir sobre as atitudes/valores quanto ao idoso; propor reflexões sobre a criação de mitos e falsos parâmetros a cerca da velhice no Brasil; investir nas crianças de um aos três anos, favorecendo a aproximação delas aos idosos e que pelo exemplo de cuidado, atenção e respeito de seus pais a essas pessoas, as crianças possam internalizar esses valores/atitudes, com ajuda das escolas, igrejas e grupos sociais; reconhecer a potencialidade laborativa dos idosos, sua saúde, energia e criatividade; e favorecer a inclusão social do idoso.

Essas reflexões e/ou ações, considerando o contexto contemporâneo no Brasil e no mundo, são prementes nas pautas sociais, econômicas e políticas, pois a sociedade, como já dito nesse trabalho, vem passando por transformações demográficas que exigem o olhar atento para o processo de envelhecimento da população.

2.2 ESTATUTO DO IDOSO

A Lei nº 10.741/03 conhecida como Estatuto do Idoso, em seu artigo 1º, apresenta o conceito legal de idoso que é a pessoa com 60 (sessenta) anos ou mais, sendo que ele apresenta aspectos relevantes atinentes à saúde dos idosos.

A legislação assegura ao idoso todos os direitos fundamentais, além de garantir-lhe a proteção integral, certificando ao mesmo, todas as oportunidades e facilidades para preservação da saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (LEI nº 10.741, 2003).

O Poder Público, a família, a comunidade e a sociedade têm que assegurar com prioridade absoluta a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (LEI nº 10.741, 2003).

Especificamente, referente ao direito à saúde, o Estatuto do Idoso, em seus artigos 15 e seguintes, cuida de sua acessibilidade primando pelo acesso igual e universal aos recursos do SUS, garantindo-lhe ações para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, em especial, das patologias que acometem a maioria dos idosos.

As medidas de prevenção e manutenção da saúde no idoso regem-se por atendimento na base territorial, atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, além de unidades geriátricas de referência, atendimento domiciliar nos meios urbano e rural e, ao fim, reabilitação focada em gerontologia (ARTIGO 15º, I a V, ESTATUTO DO IDOSO).

A Geriatria preocupa-se, com todos os aspectos da saúde do idoso, de maneira que respeite as suas particularidades durante o processo de envelhecimento. Enquanto a grande maioria das especialidades médicas se dedica a um órgão ou sistema, a geriatria se dedica ao indivíduo como um todo. No entanto, a gerontologia é um campo multidisciplinar que tem como objetivo estudar o processo do envelhecimento, o fenômeno velhice, que é evento de natureza biológica, sociológica e psicológica e os indivíduos (JEREZ-ROIG et al., 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015), a Geriatria é a especialidade médica que trabalha com o envelhecimento, incluindo a promoção de um envelhecer saudável até o tratamento e a reabilitação do idoso. O

geriatra faz um trabalho com abordagens diferenciadas, no sentido de atender adequadamente o idoso, priorizando ampla abordagem para a avaliação clínica, incluindo aspectos psicossociais, escalas e testes; diagnosticando doenças como as demências, a hipertensão arterial, o diabetes e a osteoporose; trata problemas com múltiplas causas, como tonturas, incontinência urinária e tendência a quedas; e também fornece cuidados paliativos aos pacientes que dele necessitam.

De forma constante, os geriatras atuam em conjunto com a equipe multidisciplinar, na avaliação de tratamentos adequados e daqueles que trazem riscos e/ou interações indesejadas. Para atenderem pessoas, obedecendo a essa complexidade de abordagens, os gerontólogos são profissionais com formações diversificadas, que interagem entre si e com os geriatras.

Ainda para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015), a Gerontologia é um campo científico e profissional dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice, que tem o objetivo de descrever e a explicar o processo de envelhecimento, considerando seus diversos aspectos. Tem natureza multi e interdisciplinar, e busca a prevenção e a intervenção para garantir a melhor qualidade de vida possível dos idosos até o momento final da sua vida.

Em síntese, a Gerontologia é a ciência que estuda os processos de envelhecimento das pessoas e como proporcionar-lhe melhor qualidade de vida com envelhecimento saudável, enquanto a Geriatria conceitua-se como sendo a ciência médica que estuda e trata das doenças das pessoas idosas.

O estado deve fornecer medicamentos, de uso contínuo ou não, próteses e órteses, além de recursos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação (LEI nº 10.741, 2003).

É assegurado por lei, aos idosos, o direito a não ter cobranças diferenciadas pela idade, atendimentos especializados se forem portadores de deficiência ou incapacidade (LEI nº 10.741, 2003).

O idoso internado ou em observação tem direito a acompanhante, com o órgão de saúde tendo o dever de fornecer condições adequadas a sua permanência em tempo integral junto ao idoso (LEI nº 10.741, 2003). O profissional responsável pelo tratamento do idoso deverá autorizar o acompanhamento do idoso ou justificar sua impossibilidade por escrito.

A lei assegura ao idoso no pleno gozo da capacidade civil o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável. A falta de condições de eleição pelo idoso gera o direito de escolha por parte de curador na hipótese de idoso civilmente incapaz e interditado por sentença ou pelos familiares na ausência do primeiro em tempo hábil; subsidiariamente, caberá ao médico em havendo risco de vida e falta de tempo para a devida comunicação. Nesse último caso, o Ministério Público, pela Promotoria de Justiça do idoso deverá ser comunicado.

As instituições de saúde deverão manter equipe treinada, especificamente para o atendimento das necessidades do idoso, a qual deverá ser capacitada e orientada, bem como manutenção de grupos de auto-ajuda (LEI nº 10.741, 2003).

Os maus tratos contra idosos concretamente apurados ou em fase de suspeita deverão ser comunicados pelos profissionais de saúde ao Delegado de Polícia, Promotoria de Justiça do Idoso, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do idoso.

Por outro lado, o envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica e tem como consequência um número maior de pessoas acometidas por (DCNT) (LITVOC; BRITO, 2004).

2.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Estima-se que nos próximos dez anos os óbitos devido as DCNT devem aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos em 2015, 41 milhões serão em decorrência de uma DCNT, se não houver medidas urgentes. Em 2005, a OMS previu que uma redução adicional de 2% nas taxas mundiais de mortalidade por DCNT, por ano, durante os próximos dez anos, evitaria 36 milhões de mortes prematuras, até o ano de 2015 (OMS, 2005).

As Doenças e Agravos Crônicos Não Transmissíveis (DANT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as DANT são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes no mundo e 46% da carga global de doenças que atingem a população mundial (OMS, 2003). Segundo Grundy (2003, p. 3),

[...] a prevalência de algumas dessas doenças eleva-se a partir dos 60 anos, destacando-se: as doenças osteoarticulares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes

mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o câncer.

Dados nacionais, citados por Schramm et al. (2004) apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2%.

Sabe-se que 80% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda, e essas mortes ocorrem em igual número, entre homens e mulheres. Entretanto, o aumento dos casos de DCNT pode ser minimizado usando-se o conhecimento já existente. As soluções são efetivas e apresentam uma ótima relação custo benefício, possibilitando uma gama de possibilidades de intervenção sobre as DCNT, economicamente viável, bem como permite um ótimo retorno do investimento em todas as regiões do mundo. Muitas dessas soluções apresentam baixo custo para implementação (OMS, 2005).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por fração importante da carga de doenças devida às DANNT. Dentre esses fatores, encontram-se o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (associadas principalmente ao consumo excessivo de gorduras de origem animal) (WHO, 2005).

Estudos nacionais e internacionais sobre combinação de fatores de risco apresentam variações nos conjuntos de fatores analisados, o que dificulta a comparabilidade entre os achados. A hipercolesterolemia, que integra a maioria dos estudos sobre fatores de risco cardiovasculares acumulados, foi avaliada indiretamente no presente da WHO (2005) pelo consumo habitual excessivo de gorduras de origem animal, comportamento reconhecido como de risco para o desenvolvimento de dislipidemias.

Além da redução dos níveis de mortalidade da população brasileira no período considerado, observou-se também uma alteração no perfil das causas de morte. Verificou-se uma elevação na proporção de óbitos típicos de uma população mais envelhecida. Entre eles, citam-se aqueles por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

As doenças do aparelho circulatório continuam como as principais causas de morte da população brasileira, como um todo, desde 1980. Foram responsáveis, em 2000, por 26,5% do total de óbitos registrados no ano. A proporção de mortes decorrentes de neoplasias cresceu de 8,8% para 12,3% do total de óbitos, passando

da quinta para a terceira causa de morte. Tal situação tem relação com o processo de envelhecimento da população brasileira (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

As alterações relacionadas à idade ocorrem praticamente em todas as partes do corpo, trazendo diversas mudanças funcionais ao organismo idoso. Dentre elas, a redução da massa magra, aumento do tecido adiposo corpóreo e a menor eficiência de bombeamento do coração, podendo haver diminuição do fluxo sanguíneo. Também, o olfato e o paladar podem tornar-se menos agudos, a mastigação se torna difícil devido à perda dos dentes, há menor secreção de ácido clorídrico e bile dificultando a digestão e a perda do tônus do trato gastrointestinal, levando à constipação (MENEZES; MARUCCI, 2005).

Para uma assistência integral na promoção da saúde e prevenção de doenças torna-se necessário conhecimento dos agravos causados pelas doenças cardiovasculares e, deste modo, o real problema epidemiológico pode ser dimensionado, analisado e singularizado de acordo com o público em questão (FISCHMANN et. al, 2005)

Diante dessa nova realidade epidemiológica, que acompanha o envelhecimento populacional, num contexto em que os custos do setor saúde tornam-se crescentes, com a rapidez das inovações tecnológicas, os modelos tecno-assistenciais de gerenciamento de doenças crônicas têm se multiplicado em diversas partes do mundo, com uma necessidade clara de evidências científicas que sustentem uma perspectiva preventiva de atenção à saúde (ASSIS, 2004).

2.3.1 Doenças Osteoarticulares

“As doenças que acometem o sistema osteoarticular têm grande prevalência na população geriátrica, adquirindo relevância com a transição demográfica dos últimos anos” (NASRI, 2008). Os principais transtornos que envolvem esse sistema são dores, inflamações, infecções e disfunções osteoarticulares, as quais afetam a qualidade de vida dos indivíduos por sua íntima relação com a limitação de movimentos e redução da capacidade funcional.

Esses transtornos são comumente associados a doenças hematológicas, ou seja, doenças agudas ou crônicas de origem no tecido conjuntivo, os ossos e articulações, mas também ocorrem em

doenças não reumáticas com considerável frequência (ROSSI, 2006, p. 837).

Dentre as doenças osteoarticulares mais comuns na população idosa encontram-se a osteoporose, osteoartrite e artrite reumatóide, de acordo com (MONTENEGRO et al., 2007).

2.3.2 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia incurável causada por vários fatores que apresenta elevada incidência na população brasileira, constituindo-se grande fator de risco para o surgimento de doenças cerebrovasculares e cardíacas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

“A prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo, assim, correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica” (BRANDÃO et al., 2006, p. 459).

A partir dos 60 anos, a idade passa a ser apontada como um fator de risco importante, não havendo distinção entre os dois sexos, pois a menopausa já ocorreu nesta faixa etária. Entre outros riscos voltados aos idosos está o tabagismo, diabetes, dislipidemia e história familiar para doença cardiovascular (FREITAS et al., 2011).

A pressão arterial elevada é o maior problema de saúde em todas as regiões do mundo. No Brasil calcula-se que essa patologia atinge 50% a 70% dos indivíduos idosos (BRASIL, 2007).

Num contexto de aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) assume importância epidemiológica para essa faixa etária (SILVA; SIMÕES, 2007). A HAS é a condição crônica de saúde mais comum em todo o mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo, entre os idosos (LYRA JR et al., 2006).

Além disso, a HAS é um fator de risco para as doenças cardiovasculares e uma das principais causadoras de mortes na população brasileira, há mais de 30 anos (ISHITANI et al., 2006).

2.3.3 Diabetes *Mellitus*

Segundo estimativas da (OMS), mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro, em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (WHO, 2008).

O padrão epidemiológico do diabetes *mellitus*, tipo 2 no mundo tem se modificado nas últimas décadas e essas mudanças têm sido atribuídas a modificações nos hábitos alimentares, aumento da inatividade física e da obesidade, à urbanização e ao envelhecimento da população (ADAIR; RAO, 2010).

De acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a ocorrência média de diabetes no Brasil, na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, mas a prevalência do diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos (VIGITEL, 2007). Em 2012, a prevalência observada entre idosos na mesma faixa etária foi de 22,9% (BRASIL, 2013).

2.3.4 Doenças respiratórias crônicas

Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente. Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças e de alergias respiratórias em todos os países do mundo e mais de 500 milhões delas, vivem em países em desenvolvimento (PÁDUA et al., 2000).

As DCNT representam um dos maiores problemas de Saúde Pública global na atualidade. A proporção de óbitos por DCNT é muito mais elevada nos países de baixa e média renda. Dados relativos a 2007, corrigidos para causas mal definidas e sub registro, apontaram que, no Brasil, cerca de 72% de todas as mortes foram atribuídas a DCNT: doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, incluindo doença renal (FRANCISCO et al. 2015).

As DRC estão aumentando em prevalência, particularmente, entre as crianças e os idosos. Afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, geram sofrimento humano. A (OMS) e o Banco Mundial estimam que “quatro milhões de pessoas com DRC podem ter morrido prematuramente em 2005 e as projeções são de aumento considerável do número de mortes no futuro” (BRASIL, 2010).

2.3.5 Neoplasias

De acordo com estatísticas, o câncer afeta parcela expressiva da população mundial e tem sido uma das principais causas de morte. Apesar do declínio do número de óbitos para alguns tipos das doenças, como linfomas e certas neoplasias da infância; a taxa de mortalidade global por câncer tem aumentado nas últimas décadas (YOUNES, 2012).

A taxa de mortalidade por câncer nos últimos anos vem crescendo devido a vários fatores como o crescimento populacional, processo de industrialização e mudanças nos hábitos de vida. Sendo assim, o câncer é considerado um problema de saúde pública e, esforços devem ser mobilizados para sua prevenção e cura (SANTOS; CRUZ, 2001).

De acordo com os dados da (OMS), cerca de seis milhões de pessoas morrem, anualmente, por câncer em todo o mundo. Dado o impacto desse dado na população, são muito natural que sejam intensos os esforços para se encontrarem formas mais eficazes de enfrentar a doença (FREITAS et al., 2006).

Ainda segundo Freitas et al. (2006), as frentes mais importantes nessa batalha são o aprimoramento do diagnóstico (a detecção precoce permite maior chance de controle da doença), novas modalidades de tratamento (procedimentos menos agressivos e dirigidos essencialmente às células malignas) e medidas preventivas aplicáveis à população (para os quais é essencial o conhecimento das causas e dos mecanismos de aparecimento do câncer). A propósito, nos últimos 20 a 30 anos houve formidável progresso no conhecimento e abordagem dessa doença, graças aos grandes investimentos feitos por muitos países, em pesquisa básica e aplicada em oncologia.

Entretanto, o risco de desenvolver o câncer em pessoas com mais de 65 anos é por volta de 11 vezes maior do que em pessoas com menos idade. Pessoas com mais de 65 anos são responsáveis por 2/3 a 3/4 dos casos de tumores de cólon (intestino delgado e grosso), reto, estômago, pâncreas e bexiga (ANDRADE, 2008).

Segundo levantamento da ONU, de cada três mulheres, uma terá câncer. Entre os homens, um em cada quatro homens desenvolverá a doença. Ambos, entre 60 e 79 anos de idade (FURTADO, 2010).

2.3.6 Doenças Cardiovasculares

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte no Brasil, sendo responsáveis, em 2008, por 34% dos óbitos da população adulta e por 40,8% dos óbitos de indivíduos com 60 anos ou mais (BRASIL, 2013). Entre seus principais subgrupos, estão as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração, que totalizaram mais de 60% dos óbitos por DCV.

As DCV possuem alta prevalência, com complicações associadas, como o acidente cerebrovascular, a insuficiência cardíaca e o infarto agudo do miocárdio. Essas doenças possuem considerável impacto na morbimortalidade das populações e são as principais causas de óbitos no Brasil há algumas décadas (OPAS, 2013).

No Brasil, alguns estudos e o IBGE (2010), em seu último censo, destacam que o sedentarismo, sobretudo, em mulheres e com a característica de aumento com a idade, colesterol, obesidade, fumo e diabetes são fatores que aumentam o risco de problemas cardíacos (IBGE, 2010).

Considerando a origem da DAC e AVC, a aterosclerose é a causa principal do acúmulo de gorduras nas artérias, assim prejudica a pulsão de sangue e oxigênio no corpo, causando o estreitamento das artérias (CASELHA FILHO et al., 2003).

A doença totalmente desenvolvida representa mais uma grande deposição de lipídios durante toda a vida do indivíduo do que uma deposição no decorrer de alguns anos. A aterosclerose é considerada uma doença da velhice (ZAFFARI, 2002).

Desta forma, “considera-se precoce a doença que surge antes dos 65 anos de idade nos homens e quanto mais cedo ela ocorrer, mais importância tem a correspondência familiar” (LUZ, 2014).

Para Faria (2014), a doença cardiovascular produzida pela complicação da aterosclerose é, atualmente, a causa mais importante de morbidade e mortalidade entre idosos.

2.3.6.1 Dislipidemia

A dislipidemia é caracterizada por alterações na concentração de um ou mais lípidos e lipoproteínas presentes no sangue (triglicérides, colesterol, lipoproteínas de alta densidade – HDL, e baixa densidade - LDL). Essas alterações no perfil lipídico estão intimamente relacionadas ao processo de desenvolvimento da aterosclerose (DIAZ et al., 1997).

A apresentação laboratorial das dislipidemias compreende quatro situações bem definidas: 1) hipercolesterolemia isolada (valores aumentados do Colesterol Total – CT); 2) hipertrigliceridemia isolada (valores aumentados das Triglicérides – TG); 3) hiperlipidernia mista (valores aumentados do Colesterol Total – CT e das Triglicérides) e 4) diminuição isolada do HDL-c ou em associação com aumento do LDL-c e/ou dos TG (PRADO; DANTAS, 2002).

Diversos estudos já evidenciaram a influência dos níveis lipídicos sobre a ocorrência de DAC. Um dos trabalhos pioneiros foi o Estudo de *Framingham*, iniciado em 1948, na cidade de mesmo nome, no Estado de Massachussets, Estados Unidos. Foram observadas 5.000 pessoas entre 30 e 59 anos de idade sem patologia para doenças (SILVA, 2005).

O Estudo de *Framingham* objetivou identificar os fatores contribuintes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo que foram recrutados 5.209 habitantes com ausência de patologias cardiovasculares, estes realizaram exames clínicos e laboratoriais, além da avaliação cuidadosa de seus hábitos de vida, e reavaliada a cada 02 anos por 10 anos (FREITAS et al., 2006).

Segundo os mesmos autores este estudo permitiu a identificação dos principais fatores de riscos cardíacos hoje conhecidos como tabagismo, hipertensão arterial, colesterol alterado, entre outros. Ainda com estes dados possibilitou o desenvolvimento do Escore de Risco de *Framingham* sendo possível medir o risco de uma pessoa apresentar Angina, Infarto Agudo do Miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. Os riscos são avaliados baixo quando inferior a 10%, intermediário 20% e alto superior a 20% (FREITAS et al., 2006).

Lotufo (2008), em seu artigo, analisa que o Escore de *Framingham* para doenças cardiovasculares pode ser útil, mas na comparação entre populações traz pouca utilidade na parte clínica. Relata ainda que para a população brasileira o escore não foi validado devido a fatores como ter sido realizado em uma população americana exclusivamente branca, estruturado com menos de 6.000 participantes, além de outros estudos serem realizados com uma população muito pequena.

Moriguchi afirma que a decisão para o tratamento da dislipidemia em pessoas não se deve fundamentar somente na análise objetiva do risco através da simples utilização de diagramas de risco preconizada pelas diretrizes vigentes, pois somente pacientes idosos com boa saúde que, na ausência de um evento coronariano, tem um prognóstico bom de sobrevida longa com boa qualidade de vida, devem ser considerados para o tratamento da dislipidemia (FREITAS et al., 2006).

Novamente Freitas et al. (2006) relatam que em alguns casos a indicação para o tratamento dislipidêmico poderá não existir em casos de patologias terminais, mentais, doenças cerebrovascular graves, entre outros. O grau de gravidade dependerá de uma análise clínica de cada caso, para além da doença existente existir o risco para doença coronariana. Para os casos de DAC, além do tratamento com medicações deverão ser fomentadas medidas que abranjam a qualidade devida destes clientes. Quanto aos de baixo risco deverão receber orientações para mudanças no hábito de vida como a melhora do padrão alimentar e atividade física.

De acordo com Freitas et al. (2006, p. 447),

[...] certamente, em muitas situações, não haverá indicação para um tratamento. Estes casos seriam: pacientes com doenças concomitantes graves como quadros demenciais, neoplasia maligna, doença cerebrovascular severa, insuficiência cardíaca severa e pacientes terminais. O grau de agressividade do tratamento deve depender de uma avaliação cuidadosa dos fatores de risco para evento coronariano. Pacientes com DAC estabelecida ou múltiplos fatores de risco devem ser considerados mais precocemente para tratamento medicamentoso além das medidas higienodietéticas. Aqueles com baixo perfil de risco devem ser tratados prudentemente com dieta adequada e programa adequado de atividade física.

A decisão ou não do tratamento para dislipidemia em idosos vem sendo cada vez mais discutida. Alguns estudos afirmam que a idade continua sendo um fator de risco para doenças coronarianas, enquanto outros acreditam que ocorram um declínio gradual das taxas hipercolesterolemia com o avanço da idade.

A resolução a respeito do tratamento da dislipidemia em indivíduos idosos é um dilema que ocorre rotineiramente na prática clínica. A hipercolesterolemia é mais prevalente em mulheres do que homens, sendo mais frequente na faixa etária de 65 a 74 anos. Em idades superiores há 75 anos, a frequência de hipercolesterolemia declina gradativamente (MORIGUCHI; VIEIRA, 2006).

Contudo, no grupo com idade superior a 70 anos, ainda há controvérsias sobre a realidade da associação da hipercolesterolemia com um risco aumentado de doença coronariana. A averiguação dos dados do Estudo de *Framingham* revela que a relação entre colesterol total e doença coronariana é positiva dos 40 aos 70 anos, entretanto, tranquiliza com o aumento da idade, e negativa se após os 80 anos (MORIGUCHI; VIEIRA, 2006).

2.3.6.2 Colesterol

O colesterol é o constituinte fundamental de membranas celulares, precursor de vitamina D, sais biliares e hormônios sexuais. Possui importante papel na regulação do metabolismo, no crescimento e na reprodução. Pode ser de origem exógena quando obtido pela dieta e absorvido no processo digestivo e endógeno quando está circulando com as lipoproteínas do plasma e foi sintetizado pelo fígado (SILVA, 2005).

O colesterol pode se apresentar na forma livre ou esterificada, não sendo encontrado nos vegetais. “Tem função estrutural constituindo membranas celulares e camadas que revestem mais lipoproteínas, precursor de ácidos biliares, hormônios esteróides e vitamina D” (SILVA, 2005, p. 144).

O nível de colesterol elevado é considerado um fator de risco para as doenças cardiovasculares como a angina, infarto do miocárdio, insuficiência vascular e derrame cerebral isquêmico, de acordo com o Instituto do Coração (INCOR, 1999).

“Além de ser uma das principais causas de doenças cardíacas, o colesterol elevado também está ligado a cálculos biliares, impotência, deficiências cognitivas e tensão arterial elevada” (BEM ESTAR CARDIOVASCULAR, 2010).

Os tipos de colesterol mais comuns são o HDL e o LDL, descritos de forma detalhada, ainda nessa investigação.

Segundo Farret (2005), a lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) é o maior carreador de colesterol para as células, enquanto Isosaki e Cardoso (2004) afirmam que:

[...] a mesma está associada ao início e à aceleração do processo aterosclerótico. Já as lipoproteínas de alta densidade (HDL-c), são de extrema importância, pois participam do transporte reverso do colesterol, sendo consideradas antiaterogênicas.

“A lipoproteína de alta densidade ou HDL trabalha como uma faxineira, ou seja, ela recolhe o colesterol que o LDL deixou escapar no sangue e encaminha o excesso para ser absorvido no fígado” (SILVA, 2005, p. 145). Devido a essa ação recebe o nome de bom colesterol. Segundo Bem Estar Cardiovascular (2010):

[...] o exercício físico, por exemplo, torna o HDL mais eficiente na remoção do LDL e dos triglicérides, outro tipo de gordura danoso". Quando as mudanças de hábitos não surtem o efeito desejado, os médicos podem lançar mão de suplementos, como os de niacina ou de fibratos.

Já o colesterol LDL é o colesterol mau. Assim, quando ele está alto, produz o acúmulo de placas de gordura no interior das artérias e, com o tempo pode ocorrer conseqüentemente, aumento do risco de doenças cardiovasculares. É considerado alto, quando seus níveis são iguais ou superiores a 130 mg/dL (XAVIER et al., 2004).

O LDL é causado por fatores hereditários, sedentarismo, dieta e idade. O Colesterol (LDL) é particularmente perigoso, pois não apresenta sintomas (LUZ, 2014).

“Controlar o LDL é mais importante para os homens com menos de 60 anos e no caso dos homens com mais de 60 anos, é mais importante aumentar o HDL” (BEM ESTAR CARDIOVASCULAR, 2010).

2.3.6.3 Triglicerídeos

Os TG representam 95% das gorduras do organismo e se constituem em uma molécula de glicerol esterificada com três moléculas de ácidos graxos. O TG é a forma de gordura que se acumula nos tecidos subcutâneos, principalmente abdominais, e é a forma de armazenamento da energia consumida a mais, seja como hidratos de carbono ou gordura.

“Os triglicerídeos são moléculas de gordura que têm como função principal produzir energia para o organismo, mas o seu excesso também está associado a danos cardiovasculares” (MARZZOCO; TORRES, 2007, p. 67).

Os TG podem ser classificados, conforme a cadeia de ácidos graxos: em longa, média e curta. Os TG de cadeia longa possuem mais de 12 átomos de carbono em sua estrutura. Insolúveis em água são responsáveis pelo suprimento de ácidos graxos essenciais ao organismo; são absorvidos com o auxílio da lipase pancreática como catalisador, sofrendo hidrólise pela lipoproteína lipase para serem transportados pelo sangue ligados à albumina (SILVA, 2005).

Aqueles TG de cadeia média são formados por 8 a 12 carbonos, mais solúveis em água, não necessitam da lipase pancreática e dos sais biliares para absorção. TG cadeia curta: formados por até seis carbonos. São absorvidos rapidamente pela mucosa intestinal (SILVA, 2005).

Ter níveis elevados de triglicerídeos também pode ser um sintoma de outros problemas de saúde como a diabetes tipo 2 mal controlado, mau funcionamento da tireóide e doenças do fígado ou rins (BEM ESTAR CARDIOVASCULAR, 2010).

Estudos, como de Merlin (2011), assinalam que “em mulheres, uma causa comum do aumento de triglicérides é o uso de estrógenos por via oral, seja como pílulas anticoncepcionais ou como tratamento da menopausa (reposição hormonal)”.

Os valores de triglicerídeos incluem até 150 mg/dL - normal, entre 150 e 199 mg/dL (limítrofe), entre 200 e 500 mg/dL (elevado) e maior que 500 mg/dL (muito elevado) (DIEHL, 2014).

2.3.6.4 LDL

As LDL se originam no fígado e levam o colesterol deste para os tecidos periféricos. Sua composição é de 45% de colesterol, 22% de fosfolípidos, 21% de proteínas; o restante corresponde a triglicérides e ácidos graxos (GAGLIARDI et al., 1995).

Níveis plasmáticos elevados de LDL são considerados um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica cardiovascular (XAVIER et al., 2004). Assim, “cada pessoa deve ser analisada individualmente, sabendo que o colesterol aumentado é um componente importante da principal causa de morte do idoso” (LUZ, 2014, p. 28).

As placas podem atravessar a íntima dos vasos provocando o desenvolvimento de coágulos sanguíneos que podem formar trombos ou êmbolos. Para haver coronariopatia aterosclerótica deve acontecer o estreitamento da luz das artérias coronárias pelo estreitamento provocado pelas placas ateromatosas (PÁDUA et al., 2000).

A velocidade da evolução das placas depende de fatores ambientais e/ou outros fatores de risco como as dislipidemias, a hipertensão arterial e o tabagismo (BURTIS et al., 2008).

Mas, atualmente, em mais ou menos 40% dos casos de pessoas com a doença não apresentaram os fatores de risco clássicos, mas, sim, os denominados novos fatores de risco, como por exemplo, a hiper-homocisteinemia (LUZ, 2014).

2.3.6.5 HDL

O HDL colesterol é o melhor preditor no idoso, tanto para doença cerebrovascular como doença coronariana (SACCO et al., 2001). Além disso, “tem papel vital no transporte do excesso de colesterol dos tecidos extra-hepáticos até o fígado para ser excretado na bile” (MARZZOCO; TORRES, 2007, p. 66).

Os estudos epidemiológicos demonstraram que essas Lipoproteínas (LP), são avaliadas pela determinação do (HDL-c,) são um fator de risco independente e de associação inversa com a DAC. Desta forma, pacientes com valores de HDL-c <35mg/dL têm risco mais elevado, enquanto seu efeito "protetor" seria mais evidente quando >60mg/dL. Mais recentemente, experimentos em animais têm revelado a possibilidade de proteção e regressão da aterosclerose por ação das HDL (PRADO; DANTAS, 2002).

Pesquisas realizadas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em 2011, teve como meta averiguar o impacto dos níveis do HDL-c em indivíduos idosos por um período de 8 anos, sendo que os estudiosos concluíram que o HDL-c constantemente baixo ao longo deste período de acompanhamento foi um fator de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares em idosos (DIPPE JUNIOR, 2011).

Em síntese, de acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose os valores lipídicos para adultos, maiores de 20 anos são os relacionados no Quadro 1.

Quadro 1 - Valores lipídicos para adultos, maiores de 20 anos, segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2013.

LÍPIDES	VALORES (MG/DL)	CATEGORIA
CT	< 200 200 - 239 ≥ 240	Ótimo Limítrofe Alto
HDL	>60 < 40	Ótimo Baixo
TG	> 150 150 - 200 200 - 499 ≥ 500	Ótimo Limítrofe Alto Muito Alto
LDL	< 100 100 -129 130 -159 160 -189 ≥ 190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito Alto

Fonte: V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose, 2013. Adaptada pela autora.

2.3.6.6 Outros exames solicitados no convênio

No contexto do Serviço de Medicina Preventiva do convênio Médico em questão, na cidade de São Sebastião do Paraíso - MG são seguidos protocolos de saúde do serviço sendo estes divididos por faixa etária, comorbidades e comporá o perfil desses idosos os exames de urina e de pé diabético, Ritmo De Filtração Glomerular, (RFG) e fundo de olho hipertenso, exame de mamografia, papanicolau, hormônio Tiroestimulante (TSH) e glicemia.

a) Exame de urina

A infecção urinária é diagnosticada por meio do crescimento bacteriano de pelo menos 10^5 unidades formadoras de colônias por ml de urina (100.000 ufc/ml) coletada em jato médio e de maneira asséptica. Em algumas situações, como em paciente idoso, infecção crônica e uso de antimicrobianos, pode ser reconhecido crescimento bacteriano igual ou acima de 10^4 colônias (10.000 ufc/ml)¹⁰ (LOPES; TAVARES, 2005).

Primeiramente se realiza o exame de urina I, que fornece os valores que confirmam o diagnóstico da infecção do trato urinário. O segundo passo é a urocultura, que poderá revelar o agente etiológico causador da infecção. Já o Teste

de sensibilidade *in vitro* a antimicrobianos é realizado em caso de cistites mais complicadas e de difícil diagnóstico.

Há também, o exame de Hemocultura, realizado devido a um quadro de pielonefrite para se averiguar o agente causador, e ainda o exame de imagem, para os casos que se tem o objetivo de verificar as alterações estruturais e/ou funcionais do sistema urinário (HEILBERG; SCHOR, 2003).

b) Exame de pé diabético

Há inúmeros testes que averiguam sinais precoces de futuros processos ulcerativos nos pés, mediante testes que utilizam vários tipos de instrumentos, desde os mais sofisticados aos mais simples e comuns. Um deles é o monofilamento Semmes Weistein 5.07 e outro o biotensiômetro que, em conjunto, formam os mais eficazes preditores de processos ulcerativos em pessoas com diabetes, produzindo uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 77% (VIGO; PACE, 2005).

É interessante que se faça avaliação clínica da sensibilidade vibratória, sendo o diapasão de 128 Hz, apontado por vários autores como um instrumento que pode ser aplicado de modo perpendicular, sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux. O teste é detectado como favorável quando, após três aplicações, o indivíduo corresponde corretamente a, pelo menos, duas indagações (BRASIL, 2001).

c) Exame de ritmo de filtração glomerular

É por meio da dosagem da creatinina, sérica ou plasmática, que se averigua o ritmo de filtração glomerular (RFG). “Os laboratórios comumente realizam a reação de Jaffé, que se baseia na formação de um cromógeno, produto da reação da creatinina com picrato, em meio alcalino” (KIRSZTAJN et al., 2005).

É certo que nem todos os laboratórios utilizam o mesmo método e os valores de referência podem ser diferentes de método para método. Portanto, o clínico precisa atentar-se a essa consideração ao assistir um paciente, por exemplo, cujas dosagens foram feitas por métodos diferentes (PEREIRA, 2008).

d) Exame de fundo de olho hipertenso e diabético

O exame de fundo de olho é o exame da retina, o qual “sempre deverá ser realizado nos pacientes em que se suspeita de crise hipertensiva” (FEITOSA FILHO et al., 2008).

De acordo com Franco (2002), o exame de fundo de olho detecta alterações visíveis não necessitando do uso de colírios vasodilatadores, pois eles poderão causar crise de glaucoma.

“As chamadas alterações hipertensivas observadas no fundo de olho do paciente hipertenso dizem respeito a modificações funcionais das estruturas vasculares, retinianas e neurorretinianas” (ÁVILA, 2003, p. 67). Podem, assim, ser também chamadas de alterações funcionais, e compreendem o espasmo ou estreitamento arteriolar podendo ser focal ou generalizado; manchas brancas e edema de papila.

Quanto ao exame de fundo de olho para diabético, estes pacientes devem realizar pelo menos um destes por ano e, se caso houver alguma alteração da Retinopatia Diabética consultas mais frequentes deverão ocorrer. “A prevalência da Retinopatia Diabética, após 15 anos de diabetes, varia de 97% para a Diabetes *Mellitus* (DM) insulino dependente e 80% nos diabéticos não insulinas dependentes” (GUEDES et al., 2009).

e) Exame de mamografia

O câncer mais temido pelas mulheres é o câncer de mama, pela sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a sua própria imagem pessoal. É um tipo de câncer relativamente raro antes dos 35 anos, porém com incidência de crescimento rápido e progressivo em mulheres entre 40 e 60 anos de idade Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012). Segundo o INCA (2012), uma a cada dez mulheres poderá ter câncer de mama.

A mamografia tem sido o método utilizado para diagnosticar o câncer de mama em uma fase inicial.

O Projeto Diretrizes, elaborado pelo CFM/AMB, e o Documento de Consenso do INCA instituem o rastreamento com mamografia anual (ou no máximo a cada 2 anos) a partir dos 50 anos, quando, se estima, pode-se atingir até 35% de redução de mortalidade por esse câncer (ANDRÉ et. al, 2002).

f) Exame de Papanicolaou

A população feminina brasileira, infelizmente, é muito afetada com o câncer do colo do útero. O câncer de útero é o terceiro tipo de câncer que mais afeta as brasileiras. De acordo com dados do INCA, o câncer de útero matou mais de quatro mil mulheres por ano, em 2007.

Brenna et al. (2001) descrevem que Papanicolaou e Traut desenvolveram o exame preventivo do câncer do colo do útero denominado de Papanicolaou, o qual vigorou como um marco importante no rastreamento e detecção precoce do câncer do colo uterino.

“O Papanicolaou consiste na coleta de duas amostras de material citológico do colo do útero, sendo, uma amostra da parte externa, ectocérvice, e outra da parte interna, endocérvice” (BRENNAN et al., 2001).

g) Exame de TSH (*thyroid stimulating hormone*)

O diagnóstico para medir os hormônios da tireóide é realizado por meio de um simples exame de sangue, “que averigua a quantidade de hormônio estimulante da tireoide (*thyroid stimulating hormone*) no sangue (SGARBI et al., 2013). Estes hormônios se constituem no TSH, produzido pela hipófise, e que estimula o funcionamento da tireóide, e o Tetraiodotironina ou tiroxina (T4) e Triiodotironina (T3).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2014), “cerca de 10% das mulheres acima de 40 anos e em torno de 20% das que têm acima de 60 anos manifestam algum problema na tireóide”. Nesse sentido, “a Associação Americana de Tireóide recomenda a dosagem de TSH a cada 5 anos para pessoas maiores de 35 anos de idade” (GRAF; CARVALHO, 2002, p. 52).

Há o hipotireoidismo, doença provocada pela produção insuficiente de hormônios da tireóide, e o hipertireoidismo que é provocada pelo excesso de produção de hormônios tireoidiano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2014).

Os valores normais de TSH é de 0,4 e 4,5 mU/L, de T4 livre (de 0.7–1.8 mg/dl), sendo necessário explicar que os mesmos dependem dos valores de referência de cada laboratório, cabe mencionar que para avaliação dos valores, é necessário analisar os intervalos de normalidade de cada faixa etária (SGARBI et al., 2013).

h) Potássio

“Uma concentração superior a 5,5 mEq por litro de sangue começa afetar o sistema de condução elétrica do coração. Se o nível no sangue continuar a aumentar, o ritmo cardíaco torna-se anormal e o coração pode deixar de bater” (BERKOW et al., 2006).

O sangue é coletado de um vaso, normalmente no braço, com o intuito de averiguar sinais de hiperpotassemia e hipopotassemia, alterações neurológicas, endócrinas e musculares. Este exame de sangue também pode ser pedido em avaliação de arritmias cardíacas, e para rastrear os pacientes que se medicam do uso de potássio e diuréticos, principalmente nos hipertensos (PARDINI, 2004).

i) Creatinina

Ao se detectar aumento nos valores de creatinina este é atribuído à diminuição da filtração pelo rim. Assim, “valores menores que 60 ml/minuto de *clearance* de creatinina indicam insuficiência renal” (BASTOS et al., 2010, p. 249).

Entretanto, trata-se de um dos exames que mais necessita de interpretação do médico, pois o nível de creatinina pode ser normal para um indivíduo e para outro representar insuficiência renal (LESSA, 2004).

j) Exame de glicemia

O diagnóstico do diabetes baseia-se nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral.

Ellinger (2006, p. 1) relata que “em nossos ambulatórios e consultórios, a automonitorização tem sido cada vez mais incentivada, também no paciente portador de diabetes *mellitus* tipo 2”.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014), a glicemia de jejum deverá apresentar-se no valor inferior a 100 mg/dl, considerando - se alterada quando o valor for maior que o citado.

Para a OMS este critério ainda não foi oficializado, mas existem fortes recomendações para que a nota de corte seja a referida menor que 100mg/dl da Federação Internacional de Diabetes. O Quadro 2 mostra os valores atuais para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos.

Quadro 2 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-2014.

CATEGORIA	JEJUM	2 h APÓS 75g de GLICOSE	CASUAL
Glicemia normal	< 100	<140	_____
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	_____
Diabetes mellitus ≥ 126	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas Clássicos)

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-2014 – Adaptada pela autora.

k) Antígeno Prostático Específica (PSA)

Comumente, os exames realizados para se rastrear câncer de próstata são o toque retal e a dosagem sérica do PSA (GOMES et al., 2006).

Tradicionalmente, a faixa de valores de PSA é entre 4,1 e 10,0 ng/ml, considerando todos os indivíduos nesta faixa, suspeitos para câncer de próstata. Entretanto, recentemente, essa faixa tem sido apontada entre 2,6 e 10,0 ng/ml, aumentando ainda mais o número de casos suspeitos (CASTRO et al., 2011).

l) Proteinúria

“A taxa sanguínea normal dessa proteína encontra-se entre 3,5 a 4,5 g/dl” (COELHO et al., 2004, p. 1). A proteinúria pode ter quatro patologias distintas, sendo de origem glomerular, tubular, proteínas secretadas pela parede do trato urinário e superprodução de proteínas de baixo peso molecular que se acumulam no plasma sanguíneo (COELHO et al. 2004).

m) Pesquisa de Sangue Oculto Monoclonal (PSO)

“A pesquisa de sangue oculto (PSO) nas fezes surgiu como alternativa para o rastreamento do câncer colorretal em pacientes sem fatores de risco” (ALTENBURG et al., 2007, p. 305).

Em uma revisão sistêmica na Cochrane, Menezes et al. (2011) verificaram que o rastreamento feito com a pesquisa de sangue oculto nas fezes reduziu o risco relativo para o câncer de colorretal em 16%.

Dados como os supracitados confirmam a necessidade de trabalho árduo e consciente quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças, na população em geral, mais especificamente nos idosos, em função dos componentes senescentes presentes nessa faixa etária.

2.4 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A saúde é o elemento essencial para a construção de um desenvolvimento sustentável, sendo consensual a ideia da participação dos diferentes setores da sociedade para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas realistas e adequadas. O desenvolvimento de programas de prevenção em saúde e de promoção e educação em saúde são fatores primordiais nesse processo.

Portanto, “há necessidade de repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social, compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais” (BESEN, 2007, p. 1).

As iniciativas de promoção da saúde tiveram seu início no Canadá, no ano de 1974, onde o documento intitulado: *A new perspective on the health of Canadians*, também conhecido como Informe Lalonde, apresentou um estudo enfatizando os custos cada vez maiores da assistência à saúde e a indagação do modelo médico-centrado no manejo das doenças crônicas, visto que os resultados expostos eram pouco expressivos (BUSS, 2003).

Para a promoção da saúde, as estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Desta forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (BRASIL, 2001).

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce da doença já instalada, e tem como objetivos, alcançar o controle da doença e evitar o aparecimento de complicações e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgão-alvo e de comorbidades. Quanto a prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar mortes precoces (BRASIL, 2001).

Nas ações de foco preventivo procuram intervir prevenindo o surgimento de patologias específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Orienta-se pela ciência epidemiológica de doenças e de outras complicações peculiares que possam surgir. A prevenção norteia-se por ações de detecção, controle e abrandamento dos fatores de risco de doenças, estando focalizada na patologia instalada e os modos de atacá-la (BUSS, 2003).

No setor suplementar a ANS incentiva as operadoras a assumirem as Áreas de Atenção a Saúde como estratégia e a incorporarem ações de Promoção e Prevenção para a melhoria da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade por doenças cardiovasculares nessa população. Entre as estratégias propostas, a Política de Qualificação das operadoras visa induzir a mudança de modelo assistencial, baseado na atenção integral ao beneficiário (BRASIL, 2007).

No convênio em questão, o Serviço de Promoção e Prevenção iniciou-se em abril de 2005, seguindo as sugestões da ANS, do mesmo ano. Atualmente com 09 anos de criação, conta com uma equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar formada por 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 educadora física, 01 terapeuta ocupacional, 01 fisioterapeuta, 01 secretária, 01 auxiliar de limpeza e alguns palestrantes voluntários como dentista e advogado. O atendimento domiciliar é realizado por empresa terceirizada.

O trabalho dos profissionais supracitados funda-se na realização e avaliação de exames periódicos de saúde solicitados pelos enfermeiros por meio de protocolos do serviço, baseando-se nas faixas etárias e comorbidades dos clientes, realização de grupos educativos, atendimentos individuais e grupais por toda equipe envolvida.

As formas de inserção dos usuários se originam basicamente de duas formas, sendo por demanda espontânea, busca ativa do serviço através dos usuários que mais consultam, internam e por encaminhamentos médicos ao serviço. A partir do momento que o cliente inicia o acompanhamento este se torna um indivíduo que será monitorado constantemente, por meio de exames periódicos de saúde e envolvido em atividades que foquem seu bem estar físico, social e mental.

Autores como Silva (2013, p. 348) salienta que:

A educação em saúde e as campanhas de mídia desempenharam um papel importante em vários programas de base comunitária. Além disso, o envolvimento da APS pode, em longo prazo, ser um dos instrumentos de intervenção mais eficazes.

Neste sentido, a promoção da saúde como processo de conquista da saúde coletiva, se constitui num novo marco teórico que permite considerar tais inter-relações. O enfoque da promoção da saúde nos serviços de saúde implica o resgate da perspectiva integral na abordagem da atenção.

2.5 PLANOS DE SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA

Os planos de saúde no Brasil seguem o padrão, avaliação e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde (ANS), empregada pela Lei nº 9.961 de 2000, que tem por objetivo promover a defesa dos usuários quanto à assistência

suplementar à saúde, adequando as operadoras, até mesmo quanto às suas relações com prestadores de serviços e consumidores.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) instigou modificações no que diz respeito à saúde das operadoras de planos de saúde, sugerindo a implantação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos. Ações estas que fazem parte do Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, frente o qual a ANS deseja que as operadoras sejam gestoras do cuidado em todas as fases de atenção, articulando, assim, todos os atores abarcados no processo de atendimento aos beneficiários por estas empresas (BRASIL, 2007).

Veras e Parahyba (2007), analisando os dados da PNAD de 1998 e de 2003, destacam que existem em torno de 5 milhões de idosos brasileiros com planos de saúde vinculados ao sistema de saúde suplementar, sendo que este número vem aumentando. A maior cobertura é observada nas faixas etárias de 70 a 79 anos (26,7%) e 80 anos e mais (30,2%), e está diretamente relacionada ao incremento da renda.

Os mesmos autores ainda realçam que 30% da população, em 2003, afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica. A magnitude destas doenças amplia com a idade, observando 75,5% de idosos em contraste com 9,3% na faixa etária de 0 a 14 anos. Doenças associadas também aumentaram somando o fator idade, especialmente nos idosos (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Com esta pesquisa pode se evidenciar que com a idade ocorre aumento do custo com medicamentos, consultas, exames e hospitalizações. Deste modo, mostrou um padrão de doenças agudas na infância e doenças crônicas com a chegada da velhice (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Os autores finalizam salientando a necessidade do setor privado implantar modelos assistenciais mais atuais, mais resolutivos e com custo mais apropriado voltado para os idosos, já que a maior parte destes não se encontra fragilizada. Os programas para essa faixa etária necessitariam privilegiar a conservação da capacidade funcional, programas de prevenção e monitoramento de doenças crônicas, sistema médico personalizado, com uma equipe multiprofissional com enfoque na interdisciplinaridade.

Muitas operadoras de plano de saúde já fomentam vários programas de promoção e prevenção. As operadoras estão se preocupando cada vez mais não

somente com a regulamentação do setor realizada pela ANS, mas também com custo elevado causado por estas (VERAS; PARAHYBA, 2007).

“Cada vez mais a prevenção vem tomando lugar na vida das pessoas que sentem a necessidade da informação e da conscientização em busca da Qualidade de Vida, simplesmente porque dói no bolso lidar com a doença, a incapacidade” (MALTA, 2006, p. 261).

Segundo a ANS (2008), a alteração do modelo de assistência em promover saúde sugerida pela agência se fundamenta não só no perfil de morbimortalidade da população, mas na mudança demográfica, epidemiológica e nutricional por que passa a população brasileira no aumento dos custos na assistência à saúde e por acreditar na força da promoção e prevenção não somente na redução de custos as operadoras, mas como também na qualidade de vida e satisfação dos usuários.

Especificamente em dezembro de 2008, de acordo com dados da ANS, 40,9 milhões de pessoas eram beneficiários de planos de saúde no Brasil. Destes, 4.513.429 apresentavam idade superior a 59 anos, notando-se que o maior percentual era do sexo feminino.

A boa administração em saúde é aquela que estabelece um movimento dialético entre os fatos e necessidades específicas da saúde e, concretiza-se num movimento dialógico entre todas as partes interessadas no processo. Nesse sentido, o presente estudo, tem a preocupação de delinear o perfil dos clientes idosos conveniados, buscando identificar necessidades e propor, posteriormente, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças mais apropriadas aos cidadãos, nessa faixa etária da vida.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Neste capítulo reportaremos a natureza e o local do estudo, população e coleta de dados detalhando o instrumento de coleta e as etapas do estudo; seguindo com análise dos dados, aspectos éticos da pesquisa e critérios de suspensão ou encerramento da pesquisa.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, retrospectivo e documental.

O estudo descritivo tem como objetivo fornecer uma base relacionada como planejamento, fazendo uma avaliação dos serviços de saúde, e de forma a identificar problemas a serem pesquisados e estudados (BARROS; LEHFELD, 2007). Nesse sentido, o objetivo do presente estudo busca identificar o perfil de idosos de um convênio mineiro.

O estudo transversal envolve a coleta de dados de um determinado período de tempo (POLIT, 2011). LoBiondo-Wood e Haber (2001) corroboram que os estudos transversais examinam dados em um determinado período de tempo, apenas numa ocasião com os mesmos assuntos, são menos custosos e mais controláveis pelo pesquisador. Desta forma, é possível conhecer as variáveis que estão envolvidas nesse processo, nesse período, como no cenário desta pesquisa, que busca identificar o perfil dos idosos conveniados.

Também foi usada a abordagem retrospectiva que explora diferenças entre as variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Nesse tipo de investigação pode-se observar fenômenos do presente, vinculando-os com o ocorrido no passado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), como proposto no estudo presente.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

São Sebastião do Paraíso - MG é uma cidade de 68.000 habitantes, localizada no Sudoeste de Minas Gerais, que na área de saúde faz parte da microrregião de Passos, sendo que há dez anos o município adotou a Estratégia de

Saúde da Família para reorganização da atenção básica do município e conta, atualmente com 18 unidades na zona urbana, cobrindo 100% da população e uma equipe de saúde mista (urbana e rural).

A municipalidade possui também um hospital geral e outro psiquiátrico, além do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). No que se refere à saúde do idoso existe como suporte o asilo, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e também Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Encontram-se no município dois convênios médicos que contam com a adesão de 17% da população, uma delas é a AMPARA, que possui duas unidades, sendo uma unidade clínica e outra que é a Medicina Preventiva, além de uma filial na cidade de Monte Santo de Minas.

O Convênio Médico Ampara existe em São Sebastião do Paraíso - MG há 26 anos, regulamentado junto à ANS, órgão do governo que fiscaliza os planos de saúde. Foi idealizado pelo médico Arley Preto e hoje compõe um corpo clínico de 38 médicos cotistas. O objetivo da AMPARA está em fornecer à cidade e região, um serviço privado de assistência a saúde. Recentemente, além do serviço do ambulatório clínico, consultórios médicos também possuem os serviços com a Assistência Domiciliar a Acamados (AMPARALAR) e a Medicina Preventiva.

Com o aumento da expectativa de vida da população cresce também o risco de doenças crônico-degenerativas, no caso do idoso, especificamente o agravamento cardiovascular torna-se um fator relevante.

3.3 POPULAÇÃO

O presente estudo teve como população 510 pessoas idosas, registradas no Serviço de Medicina Preventiva, com 60 anos ou mais, que participam das atividades propostas no convênio em questão.

Os critérios de inclusão contemplaram clientes que possuem o convênio médico Ampara e estejam cadastrados no Serviço de Medicina Preventiva, com 60 anos ou mais, engajados nas atividades propostas, a saber: o controle periódico dos exames alterados - solicitados pelos enfermeiros; avaliação individual com nutricionista; atendimento por psicóloga; participação nos grupos educativos de educação alimentar; realização de atividade física; especialmente para idosos com

alteração de perfis lipídicos e outros exames bioquímicos, preconizados no protocolo do convênio, registrados no período de Janeiro a Dezembro de 2013.

Foram tratados como critérios de exclusão os clientes com faixa etária menor que 60 anos, não conveniados ou que não estivessem participando das atividades já citadas, no Serviço de Medicina Preventiva.

Os critérios de descontinuidade compreenderam os clientes que não seguem corretamente o protocolo de controle trimestral de controle de dislipidemia e de outros exames preconizados pelo protocolo no convênio.

Após aplicação dos critérios supracitados, o estudo foi composto de uma população de 510 idosos, pois não houve exclusão de participantes, durante a busca dos dados explorados, propostos para a realização da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de prontuários dos clientes do serviço de Medicina Preventiva, que seguem os protocolos de Saúde do convênio, adotando-se os critérios de idade, controle de dislipidemias alteradas, bem como alteração de outros exames bioquímicos e que compõem a lista preconizada no protocolo do Convênio, além da participação nas atividades propostas no convênio.

O instrumento de coleta de dados é apresentada no APÊNDICE 1, se constitui de ficha de resultados de exames e consultas, adquiridos do prontuário do paciente, que foram transferidos para um banco de dados e, posteriormente, foram analisados e discutidos no presente estudo.

3.4.2 Etapas do estudo

Os prontuários foram selecionados pela pesquisadora para a busca de dados no período de janeiro a dezembro de 2013

Primeiramente foi feita a busca manual em prontuários, por faixa etária, sexo, peso, IMC, perfil lipídico e outros resultados de exames bioquímicos e outros pertencentes ao cadastro de clientes da operadora do convênio, considerando os

indivíduos idosos que estavam em seguimento no programa de promoção e prevenção da Ampara Assistência Médica.

Posteriormente, estes resultados foram registrados em um banco de dados que foi criado a partir do instrumento de coleta de documentos para, então, proceder à fase da análise das informações. A análise dos dados de pesquisa realizada nos prontuários ocorreu de abril a dezembro de 2014.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados no gerenciador de banco de dados *Microsoft Access* versão 2012 da empresa *Microsoft Corporation*. Para facilitar a inserção dos dados foi elaborado um formulário, conforme Figura 1, incluindo as informações: Código, nome, endereço, data de nascimento, idade, sequência semanal de atividade física, qual atividade física, IMC, classificação IMC, HAS, cardiopatia, diabetes *Mellitus*, obesidade, dislipidemia, depressão, osteoarticulares, neoplasias, doenças reumáticas, doenças hormonais, hipotireoidismo, colesterol, triglicerídeos, DDL, LDL, potássio, uréia, creatinina, PSO, urina, glicemia jejum, glicemia pós prandial, HBGL, TSH, T4 livre, papanicolau, mamografia, fundo de olho, protombina 24 horas, PSA, encaminhamento nutrição, encaminhamento PSI, encaminhamento terapia ocupacional, encaminhamento grupo e dieta.

Figura 1 – Banco de dados das informações relacionadas aos clientes idosos, envolvidos no estudo do perfil de Idosos de um Convênio Médico: Identificando cenários de saúde, São Sebastião do Paraíso, 2014.

Código:		HDL:	46
Nome:	ABADIA P	LDL:	95,6
Endereço:		Potássio:	3,4
Data de Nascimento:	08/05/1932	Ureia:	
Sexo:	F	Creatinina:	1
Tabagista:	<input type="checkbox"/>	PSO:	negativo
Atividade Física:	<input checked="" type="checkbox"/>	Urina 1:	normal
Frequência Semanal Atividade Física:	2x por semana	Glicemia Jejum:	93
Qual Atividade Física:	Vida Ativa	Glicemia Pós prandial:	
IMC:	28,60	HBGL:	
Hipertensão Arterial Sistêmica:	<input checked="" type="checkbox"/>	Exame Neutp:	<input type="checkbox"/>
Cardiopatia:	<input type="checkbox"/>	TSH:	3,8
Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/>	T4 Livre:	
Obesidade:	<input type="checkbox"/>	Papanicolau:	Classe I
		Mamografia:	Brads II

Figura 1 – Banco de Dados Analisados, Adaptado pela Autora.

Após a conclusão da inserção dos dados, eles foram exportados para uma planilha eletrônica do *software Excel* versão 2007 da empresa *Microsoft Corporation*, sendo também a ferramenta utilizada para análise dos dados, utilizando como principal recurso a tabela dinâmica, que permite correlacionar às variáveis. Os resultados foram apresentados em tabelas por meio de métricas de estatística descritiva, sendo que para alguns dados quantitativos calculou-se a medida de tendência de ponto central (média) e medida de dispersão (desvio padrão).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por ser uma pesquisa de caráter documental, pressupõe-se o consentimento anterior do cliente desde o momento que o mesmo procura o serviço. Ressalta-se que foram observados todos os aspectos preconizados na Resolução 466/12, quanto à pesquisa com seres humanos.

Também em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, respeitando os princípios éticos, será preservada a confidencialidade no estudo. Foi solicitada a autorização da Diretoria do Convênio Médico APÊNDICE 2 e também da Coordenadora Geral da Medicina Preventiva AMPARA APÊNDICE 3 para pesquisa em prontuários do Programa de Medicina Preventiva de São Sebastião do Paraíso/MG. As solicitações tiveram respostas positivas, sob autorizações descritas nos ANEXOS B e A, respectivamente.

Além das ações supracitadas, foi solicitada a apreciação APÊNDICE 4 e houve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto ANEXO C, sob número 515941, de 27/01/2014.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações coletadas por meio dos prontuários foram analisadas separadamente e agrupadas em categorias, considerando a caracterização da amostra (sexo, idade, IMC, hábitos de vida - alimentação e prática de atividade física); avaliação de exames bioquímicos (CT), (HDL), (TG), (LDL); glicemia de jejum, pós-prandial e hemoglobina glicada (HBGL) e avaliação de outros exames adotados no protocolo de atendimento ao idoso no Convênio: a mamografia, Papanicolau e PSA ou Antígeno Prostático Específico (APE). Também foi investigada a prevalência de doenças e as comorbidades, explorando como ocorre o acesso dos sujeitos ao serviço de medicina preventiva, em questão.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população brasileira apresentou significativo aumento, especialmente de pessoas idosas, devido à baixa das taxas de natalidade e mortalidade, elevando a expectativa de vida do brasileiro (IBGE, 2010).

No ano de 2005, órgãos governamentais alertaram que o número de idosos já vinha aumentando aceleradamente nas décadas anteriores, sendo que a ONU afirmava que o mundo passava por uma transição sendo que o número de idosos, acima de 80 (oitenta) anos, tenderia a quadruplicar em diversos países.

Em 1991, a média de idade do brasileiro era de 67 anos, no ano de 2007 a expectativa de vida foi de 72,57 anos; e segundo IBGE (2011), os fatores que contribuíram para essa mudança incluem a facilidade e melhoria da população ao acesso as informações, serviços de saúde, educação, saneamento básico, vacinação e melhoria da medicina.

Ainda de acordo com IBGE (2010), o brasileiro “chegar aos 80, 90 ou 100 anos não é mais uma utopia”. Essa possibilidade tornou-se uma realidade, fazendo com que a partir de 60 anos as pessoas fossem classificadas em Idoso Jovem, Idoso e Muito Idoso, de acordo com o IPEA (2013).

No presente estudo foram analisados 510 prontuários, e os dados são apresentados no Quadro 3, de acordo com sexo e faixa etária, constatando que 271 (53%) clientes são considerados como idoso jovem, 172 (33%) como idosos e 67

(13%) muito idosos, conforme preconiza o IPEA (2013), ao definir como idoso jovem aquele indivíduo na faixa etária de 60 a 70 anos; idoso quando possui de 70 a 80 anos e muito idoso aquelas pessoas que são maiores de 80 anos. Vale ressaltar o predomínio de clientes do sexo feminino.

Quadro 3: Distribuição de idosos participantes do estudo , segundo sexo e faixa etária, São Sebastião do Paraíso, 2014.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
60 + 70 ANOS	74 (14%)	197 (38%)	271 (53%)
70 + 80 ANOS	56 (11%)	116 (22%)	172 (33%)
>80 OU MAIS	21 (04%)	46 (09%)	67 (13%)
TOTAL	151 (29,6%)	359 (70,4%)	510 (100%)

Fonte: Autora.

Maués et al. (2011, p. 406) citam que é de extrema importância o levantamento epidemiológico quanto às diferenças entre as três classificações dos idosos, pois “é questão relevante para quem busca longevidade com boa qualidade.”

Compartilhamos que o tipo de classificação proposta pelo IPEA (2013) ainda corrobora com a abordagem clínica minuciosa relativa à saúde dos idosos, pois o sistema imunológico e biológico fica mais fragilizado, deixando-o mais suscetível a qualquer tipo de doença (MAUÉS et al., 2011), e ao atendermos com maior especificidade, podemos oferecer assistência com foco na necessidade de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento dos indivíduos com minimização de iatrogenias e eventos adversos.

Observamos que os clientes do sexo masculino são representados por 151 (29,61%) pessoas da amostra; enquanto as do sexo feminino, por sua vez, somaram 359 (70,39%) mulheres, corroborando dados da literatura referentes ao aumento da população envelhecida, especialmente, do público feminino, que no presente estudo apresenta-se em percentual quase três vezes maior.

De acordo com IBGE (2010), 51% da população do Brasil compõem-se de mulheres, revelando que ela, conseqüentemente, tem chegado mais a velhice quando comparada aos homens.

Atualmente, o Brasil já possui 23 milhões de idosos com 65 anos ou mais, o que corresponde a quatro vezes a população da Croácia e duas vezes a de Portugal. O estado de Minas Gerais, onde a presente pesquisa tomou lugar ocupa, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílio (PNAD), em conformidade com levantamento realizado em 2012, o segundo lugar no país, em número de idosos.

Os pesquisadores vêm tratando com ênfase o tema envelhecimento populacional, tentando identificar os fatores que conduziram a esta mudança demográfica tão intensa (SILVA; LIPPI, 2014). Os estudos revelam diversos fatores que podem ser sintetizados, nos aspectos comentados, a seguir.

O primeiro deles se refere à redução da mortalidade porque as pessoas estão se “cuidando mais”, havendo a maior constância na realização de exames periódicos de saúde, acessibilidade ampliada aos serviços públicos e privados de saúde, avanços na medicina, campanhas de vacinações, maior escolaridade e outras informações que exploramos no presente estudo.

Ainda é digno de anotação o adiamento da gravidez do sexo feminino, pois em 2013, a idade média era de 26,9 anos, em 2020 será de 28 anos e em 2030 chegará a 29 anos (SANTOS et al., 2010). As mulheres estão optando por uma gravidez mais tardia buscando primeiramente a estabilidade profissional (SANTOS, et al., 2010). A flexibilização de valores na sociedade fez com que o ato de casar não seja uma imposição, o que gerou liberdade às mulheres, colocando a maternidade como uma de suas opções.

O último dado a ser pontuado refere-se ao fato de vários estudos mostrarem a feminilização da velhice (KIST; AREOSA, 2014) ressaltando que a expectativa de vida das mulheres é maior em relação aos homens, mas geralmente estas apresentam doenças crônicas, são viúvas e apresentam perda de autonomia; situações que podem ser decorrentes da maior exposição aos fatores de risco para a ocorrência de doenças, por exemplo.

Destaca-se ainda a redução das doenças infectocontagiosas em conjunto com a ampliação das campanhas de vacinação, que vem alcançando cada vez mais, um número maior de idosos.

Em adendo aos aspectos expostos, crescem-se os avanços tecnológicos, econômicos e aumento ao acesso à saúde, que progrediu com melhorias quanto aos

equipamentos médicos que auxiliam para diagnósticos médicos mais precisos, e assim podem prolongar a vida dos idosos.

Ressalta-se que embora tenham ocorrido grandes benefícios com os avanços na saúde, com a população passando a viver mais, vários estudos mostram que 40% dos anos vividos pelos idosos são sem saúde (IPEA, 2004). Com o aumento da idade podem surgir várias doenças, entre elas, as DCNT, incluindo a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças osteoarticulares, respiratórias crônicas, cardiovasculares e neoplasias, como já relatado nesse estudo.

Ainda buscando caracterizar a amostra do estudo, após investigarmos sexo e IMC, foi constatado predomínio de idosos jovens, do sexo feminino 197 (38%), sendo 110 mulheres (56%) com obesidade, em maior número; e sobrepeso 159 (81%) (Quadro 4). Vários estudos apontam a obesidade e sobrepeso predominantemente no sexo feminino, especialmente, na faixa do idoso jovem (PINHO et al., 2012), como ocorre na presente investigação.

Quadro 4: Distribuição de idosos participantes do estudo, segundo sexo e IMC, São Sebastião do Paraíso, 2014.

IMC	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
EUTRÓFICO	50 (37%)	86 (63%)	136
MAGREZA GRAU I	0 (0%)	04 (100%)	4
OBESIDADE GRAU I	16 (18 %)	75 (82%)	91
OBESIDADE GRAU II	02 (07 %)	28 (93%)	30
OBESIDADE GRAU III	0 (0%)	07 (100%)	7
SOBREPESO	83 (34%)	159 (66%)	242

Fonte: Autora.

Vários estudos apontam a obesidade e sobrepeso predominantemente no sexo feminino, especialmente, na faixa do idoso jovem (PINHO et al., 2012), como ocorre na presente investigação

Diversas Pesquisas apontam dificuldades quanto à classificação do IMC nos idosos devido à redução da estatura, massa magra e diminuição de água no organismo da população idosa, não podendo ser referência a mesma classificação utilizada para a população no geral (SOUZA et al., 2013).

Em contrapartida, Souza et al. (2013) defendem que independente de o indivíduo ser idoso ou até mesmo adolescente, a escala de IMC deve ser usada da mesma maneira, e tem sido reconhecido como importante preditor de mortalidade e morbidade.

No Brasil, apropriando-se da literatura, constata-se que ainda são escassos os estudos que permitem uma avaliação precisa para avaliação do IMC de idosos, especialmente, quanto à confirmação de obesidade e sobrepeso, portanto, existe a limitação para a determinação da classificação do IMC dos participantes da pesquisa, com maior exatidão.

Os autores Barros e Junior (2004, p. 4) referem que “para manter a força muscular e o equilíbrio, é importante realizar exercícios, de 2 a 4 vezes por semana, que estimulem a musculatura e auxiliem na manutenção da postura e do equilíbrio.”

Matsudo et al. (2001, p. 4) corroboram que as atividades físicas no tempo livre por três ou mais vezes por semana e por mais de 30 minutos nas últimas duas semanas, é o suficiente para o envelhecimento saudável, sendo ele um fenômeno fisiológico de comportamento social ou cronológico.

Um dos aspectos que devem ser considerados na relação atividade física, doença e saúde em termos populacionais é a escolha do tipo de atividade física a ser prescrito na terceira idade. Recentemente têm surgido recomendações específicas de programas de atividade física para atender a população de adultos maiores de 60 anos de idade, tais como as normas propostas pela Organização Mundial da Saúde (MATSUDO et al. 2001, p. 4).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2014), a importância da atividade física e seus benefícios para o organismo estão no fato de poderem evitar diversas doenças crônicas, as quais os indivíduos podem adquirir ao longo do tempo de vida:

Atividade física pode reduzir o risco de desenvolvimento de várias doenças crônicas e é um fator importante para aumentar o tempo de vida. Algumas descobertas recentes têm demonstrado que estes benefícios podem ser também sentidos entre os indivíduos inicialmente sedentários ou incapacitados que se tornaram mais ativos. Estudos indicam uma influência positiva da atividade física no controle do peso corporal e melhora da distribuição da gordura

corporal; mantendo uma vida independente e reduzindo o risco de quedas entre os idosos; melhorando o estado de humor; aliviando os sintomas de depressão e ansiedade; e elevando os padrões de saúde relacionados à qualidade de vida (SBC, 2014, p.13).

No que diz respeito aos hábitos de vida saudáveis, 38% da amostra realizam atividade física e, a maioria, com frequência de duas vezes por semana, com predomínio dos sujeitos do sexo feminino. Diante do exposto, Medina et al. (2010) citam que a prática regular de exercícios físicos é componente principal das condutas não medicamentosas nos indivíduos.

Compartilhando a ideia dos benefícios da atividade física, a SBC (2014) cita a quantidade de horas de exercícios necessários para uma boa saúde, até chegar à fase idosa:

Para atividade física produzir saúde não necessitamos de horas e horas de exercícios intensos, 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, desenvolvidas continuamente ou mesmo em dois ou três períodos de 15 ou 10 minutos, numa velocidade de 100 metros / minuto chamada de intensidade leve a moderada, incluindo subidas e descidas de escadas, passeios com o cachorro, jardinagem, lavagem de carros, caminhadas em ritmo ligeiro, danças, pedalar ou nadar, tudo isso é recomendado desde quando engatinhamos até sermos idosos.

Segundo Coelho e Burini (2009), a atividade física regular proporciona ao indivíduo melhor qualidade de vida e é considerado como melhor remédio para o tratamento de doenças:

Os mecanismos que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional envolvem principalmente a redução da adiposidade corporal, a queda da pressão arterial, a melhora do perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, o aumento do gasto energético, da massa e da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória, da flexibilidade e do equilíbrio (p. 945).

Um dado alarmante, na presente pesquisa, refere-se à dieta alimentar, pois 79% da população relatam não seguir quaisquer tipos de dietas alimentares, aspecto que não foi considerado fundamental, pelos sujeitos investigados.

No Brasil a população idosa apresenta altas prevalências quando se estuda excesso de peso. Devido ao envelhecimento e alterações na composição corporal, que decorre do aumento da massa gorda, estas alterações estão relacionadas à falta de atividade física e alimentação balanceada do idoso (ASSUMPÇÃO et al., 2014), pois muitas vezes, os idosos deixam de alimentar-se adequadamente, causando obesidade, magreza excessiva e desnutrição (ASSUMPÇÃO et al., 2014).

Após a caracterização dos participantes foi feita a busca de resultados de exames bioquímicos e outros propostos no protocolo do Convênio, em questão.

4. 2 AVALIAÇÃO DE EXAMES

4.2.1 Bioquímicos

Quanto aos exames laboratoriais podem ser encontrados algumas alterações significativas em relação aos resultados de glicemia, hemoglobina glicada (HBGL), HDL e LDL, participantes do estudo.

No resultado da pesquisa este dado mostrou-se preocupante, pois de 104 clientes (20%) são diabéticos, 67 (64%) apresentaram glicemia alterada, dado considerado relevante porque o diabetes, por ser uma patologia crônica se, não controlada, pode gerar diversas complicações ao longo da vida, especificamente nos idosos, evidenciando as doenças macrovasculares como a DAC, AVC, amputação e também as microvasculares, pontuando a cegueira, neuropatia e doenças renais (MENEZES et al., 2014).

O controle da doença pode ocorrer por meio de tratamento medicamentoso, mudanças de hábitos de vida e monitoramento de exames laboratoriais, entre eles, prioriza-se para o caso, o exame de hemoglobina glicada ou glicosilada (MENEZES et al., 2014).

Além da glicemia alterada, 38 (36%) clientes (ambos) apresentaram o resultado de hemoglobina glicada alterado. Essa situação pode decorrer, entre outros fatores, em resposta ao ineficiente controle glicêmico nos últimos três meses, e essa condição clínica pode expor o cliente a várias lesões corporais, por isso, é extremamente importante realizar exames bioquímicos periodicamente, para detectar esse tipo de doença (SÁ; NAVAS; ALVES, 2014).

Os autores Sá, Navas e Alves (2014, p. 16) citam que:

O exame de glicemia em jejum é o meio clássico de se diagnosticar o diabetes *Mellitus*. Considerando que quando em jejum, a taxa de glicose circulante no sangue deve situar-se abaixo de 100 mg/dL nos pacientes considerados normais e, quando esta encontrar-se entre 100 e 125 mg/dL, significa que o paciente apresenta alteração na glicemia em jejum, também denominada hiperglicemia não diabética ou pré-diabetes.

Outro exame que apresentou resultado com alteração significativa, durante a consulta de prontuários, foi o HDL, pois de 510 participantes, 340 (66%) idosos da

amostra apresentaram valores abaixo do intervalo de normalidade que, segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), deve ser acima de 60 mg/dl. A HDL é considerada um fator protetor e frente aos resultados citados anteriormente notou maior exposição dos participantes da presente pesquisa aos riscos para ocorrências de doenças cardiovasculares.

No exame do colesterol HDL é possível pesquisar os níveis de lipídios nocivos e, ao mesmo tempo, avaliar o risco das doenças cardiovasculares. A HDL deve ser medida quando o paciente não estiver doente, pois os níveis diminuem com o passar do tempo. Assim, deve-se esperar em torno de seis meses para repetir o exame, no caso do bom colesterol (SUMITA, 2012).

Como já foi citada, a atividade física é muito importante em qualquer fase da vida do ser humano, e a ABC (2014, p. 38) enfatiza que:

O colesterol alto também registra alta incidência entre os brasileiros, acometendo até mesmo o público infantil. Atividades físicas, ingestão de peixes, verduras e uma alimentação saudável contribuem para aumento do bom colesterol, ou HDL. “Cada aumento pequeno no HDL é um grande aumento na sua qualidade de vida, no sentido de sua proteção cardiovascular.

O efeito de proteção da HDL é conhecido principalmente por sua capacidade de retirar o mau colesterol presente na parede das artérias e carregá-lo de volta para o fígado, para ser reaproveitado ou excretado (SUMITA, 2012).

Somando-se aos riscos já pontuados, houve alteração do resultado de LDL em 224 (44%) clientes da amostra, dado que corresponde a quase metade dos participantes. Este colesterol é considerado como o colesterol ruim, pois classifica-se como principal responsável pela formação das placas de ateromas nos vasos sanguíneos e cerebrais (SANTOS et al., 2014), dados que aumentam a chance de acidente vascular cerebral e infarto, inclusive, nos idosos dessa pesquisa.

O perfil bioquímico apresentado pelos participantes, ao apresentarem a alteração dos valores considerados dentro da faixa de normalidade, revela-se preocupante, se avaliarmos o cenário, de forma geral, pois temos na amostra 50% idosos hipertensos, 20% diabéticos com exames de glicemia alterados, 70% apresentam-se com o colesterol protetor (HDL) abaixo do desejado e o LDL, considerado o mau colesterol, está alterado em quase 50% dos sujeitos, ressaltando que o cálculo deste último é realizado pelos enfermeiros, usando a fórmula de

Friedewald, ferramenta que para vários estudiosos, pode gerar erros, colocando em dúvida a fidedignidade dos dados obtidos (JARDIM et al., 2014).

Esta fórmula apresenta limitações e pode ser usada desta forma para o resultado final do LDL quando os TG estiverem com valores limítrofes de 151 a 300mg/dl. Esta fórmula traduz-se em uma estimativa e não uma precisão, caso os exames de TG estejam com valores fora da faixa de normalidade. Na amostra 331 clientes apresentaram resultados fora da normalidade, o que corresponde a 65% dos casos. A média de valores de triglicerídeos foi de 162 mg/dl e o desvio padrão de 52mg/dl, dado que também constata a variação significativa desse marcador bioquímico na amostra.

A dislipidemia foi registrada em 126 (24,7%) clientes com predominância nos idosos jovens 71 (56%), do sexo feminino 99 (78%), seguidos dos idosos 40 (31,7%) e, por último, os muito idosos com 15 (12%) sujeitos.

A dislipidemia pode ser dividida em primária e secundária. A primária advém de natureza genética e a secundária decorre de doenças como hipotireoidismo, doença renal, diabetes, entre outros fatores (ROCHA; OLIVEIRA, 2014).

Ainda Rocha e Oliveira (2014) citam que entre os "fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da DAC, as dislipidemias são consideradas como um dos principais processos aterogênicos, pois contribuem na formação da placa de ateroma."

Quanto ao PSA, 151 (29,6%) clientes homens realizaram o exame e destes 26 (17%) apresentaram alterações. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento do câncer, e por isso, é de extrema importância a realização desse exame como assinalam Pinto et al. (2013, p. 21):

O câncer de próstata é o segundo tipo mais comum na população masculina, sendo considerado o câncer da terceira idade. Aproximadamente 62% dos casos no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. E a realização do PSA deve ser utilizada como triagem para o câncer de próstata.

Os exames de TSH foram feitos segundo registros nos 510 prontuários, sendo que 37 (7,2%) sujeitos apresentaram alterações. O TSH é um exame que mede a quantidade de hormônios liberados pela glândula tireoide, que é produzido no hipotálamo, fazendo com que a glândula tireoide libere tiroxina (T4) e (T3). O exame deve ser realizado, no mínimo, uma vez ao ano para a população em geral, e

nos casos que o TSH apresentar-se alterado, deve ser realizado periodicamente, ou conforme orientação médica (TEIXEIRA; DHIÂNNAH, 2014).

Além dos citados, outros exames são realizados pelos idosos, considerando o protocolo do convênio.

4.2.2 Exames preconizados no Protocolo para Diabéticos e Hipertensos

Quando avaliados os registros referentes aos exames específicos do protocolo para diabéticos, foi constatado que os idosos não conheciam o exame do pé diabético e nunca haviam feito este tipo de exame, sendo que num total de 104 (20%) diabéticos, 92 (88%) clientes realizaram o exame após ingressarem o acompanhamento no serviço de medicina preventiva.

O exame do pé diabético é utilizado quando ocorre o aparecimento de pontos de dormência e falta de sensibilização. Existem casos que os pés apresentam maior risco, agravando com o passar do tempo, tornando-se gangrena e infecção, devido à doença de base, além da cicatrização dessas lesões apresentarem comprometimento (BOELL et al., 2014).

O exame e avaliação dos pés dos pacientes com DM devem ocorrer de maneira minuciosa e regular, tendo o acompanhamento periódico por profissionais da área da saúde. Para manter e controlar a taxa glicêmica é necessário realizar exames regulares, evitando posteriormente complicações (BOELL et al., 2014).

Quanto ao exame fundo de olho, específico para hipertensos e diabéticos, foi realizado por 363 (71%) clientes, e 39 (10,7%) estavam alterados, sendo que de 104 clientes (20%) idosos diabéticos, 12 (11,5%) apresentaram alterações; e de 259 (50,7%) hipertensos, 27 (10%) também tiveram alterações.

Neste exame é possível verificar se o paciente está com pressão alta e diabetes, pois ao examiná-lo e encontrar os vasos das córneas contraídos, estreitos e com formas tortuosas é indicativo do sujeito apresentar-se com hipertensão, enfermidades traumáticas, toxoplasmose, diabetes e dentre outras doenças (MARTINS et al., 2014).

“No exame do fundo de olho, o médico avalia a forma, cor, tamanho e escavação do nervo óptico, que possui, em média, 1,5 a 2,0 mm de diâmetro”. Para os idosos esse exame pode detectar o aparecimento de drusas (depósitos de cristais

brancos ou levemente amarelados) na retina, que podem induzir à cegueira e alterações maculares (MARTINS et al., 2014).

Outro exame exclusivo para hipertensos e diabéticos é de proteinúria 24 horas, feito por 363 (71%) clientes, sendo que de 104 (20%) diabéticos da amostra 06 (5,7%) apresentaram alterações; já os hipertensos, 259 (50,7%) pessoas, 06 (2,3%) sujeitos tiveram alterações.

O exame de proteinúria é responsável por detectar a quantidade de proteína do plasma produzida pelo fígado, resultante de alimentos protéicos. Esse exame é importante para verificar a alteração pela qual as doenças renais se manifestam (SOLORZANO et al., 2012).

Para a avaliação renal o exame de proteinúria se traduz em um dos testes de maior importância, pois além de ser essencial no acompanhamento do tratamento das glomerulopatias, também mostra a importância da conservação da proteína do sangue do rim, uma vez que sem a albumina a água atravessa os vasos e infiltra-se nos tecidos formando os edemas na região (SOLORZANO et al., 2012).

Os exames de urina foram realizados exclusivamente por clientes hipertensos, no total de 321 (10%), e 32 (6,2%) sujeitos apresentaram alterações.

Dar diagnósticos precisos sobre a hipertensão arterial é tarefa fácil para os especialistas, no entanto, identificar as lesões que a doença causa no sistema e órgãos tornam-se tarefa árdua aos médicos. Diante disso, o envelhecimento é o grande vilão da incidência de hipertensão sistólica, pois quanto mais jovem o paciente for, mais fácil será o tratamento (MASSIERER et al., 2012).

Os exames mais comuns de averiguar a gravidade das lesões nos órgãos alvos da hipertensão são os exames de laboratório, incluindo a urina, creatinina, glicose, colesterol (HDL/LDL), sódio, dentre outros (MASSIERER et al., 2012).

O exame de creatinina foi realizado para os hipertensos e diabéticos, sendo que de 363 clientes (71%) que fizeram o exame, 27 (7,4%) tiveram alterações. A uréia e creatinina são elementos encontrados na corrente sanguínea, que serve para avaliar o metabolismo e a energia muscular do indivíduo (AOKI et al., 2014).

O exame que localiza essa deficiência é o hemograma, a taxa de creatinina na corrente sanguínea pode indicar problemas renais sérios, como se a função dos rins estão corretas (AOKI et al., 2014).

Em relação aos resultados de potássio, realizado somente para os 259 (50,7%) hipertensos, apenas 2 (0,7%) clientes apresentaram valores alterados. Tomazoni e Siviero (2009, p. 247) explicam a importância desse mineral:

O potássio é descrito pelo efeito anti-hipertensivo porque induz uma perda aumentada de água e sódio pelo corpo, realiza a supressão da secreção de renina e angiotensina, aumenta a secreção de prostaglandina, atua reduzindo a resistência vascular periférica pela dilatação arteriolar direta diminui o tônus adrenérgico e estimula a atividade da bomba de sódio-potássio.

O nível de potássio na corrente sanguínea deve ser conservado para o bom funcionamento do organismo. A eliminação ou excesso desse mineral pode acarretar ao pacientes problemas renais. A detecção de problema é feita através de exame de sangue que mostra o nível circulante desse mineral (TOMAZONI; SIVIERO, 2009).

Para as participantes do sexo feminino, 359 (70%) clientes, a cobertura de mamografia encontra-se satisfatória, pois o exame foi realizado por 349 (97%) mulheres, ressaltando-se que o serviço realiza rastreamento anual por meio de busca telefônica para concretização de exames, como mamografia e papanicolau.

O exame de mamografia deve ser realizado em mulheres a partir de 35 a 40 anos de idade, ressaltando a importância da realização do auto-exame das mamas manualmente. O câncer das mamas é igual às outras proliferações neoplasias maligna, e resulta na falta de controle das células anormais (SILVA, 2014).

A idade é o principal fator de risco para esta neoplasia. Após 50 anos, o número de casos tende a aumentar, estando relacionada aos processos de urbanização da sociedade, evidenciando também maior risco de adoecimento nas mulheres com elevado nível socioeconômico e em países em desenvolvimento (SILVA, 2014, p. 31).

Quanto ao exame preventivo para câncer de colo uterino, o Papanicolaou, a cobertura é de 334 (93%) mulheres, pois estas realizaram contraprovas, e apenas 25 (7%) ainda não tinham vencido prazo para nova coleta.

O exame de papanicolau deve encontrar-se no topo da lista de prioridades para mulheres que possuem vida sexual ativa, e o seu procedimento é simples, pois se faz a coleta do material direto do colo uterino da mulher, e o mesmo é encaminhado ao laboratório. Além de identificar o câncer de colo de útero, este exame é capaz de diagnosticar lesões vaginais e também infecções leves a graves (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012).

Os autores citados anteriormente referem que a neoplasia, principalmente nas mulheres, está tornando-se um grave problema de saúde pública e, muitas vezes, instala-se por falta de conhecimento:

O câncer vem sendo considerado um grave problema de saúde pública e constitui a segunda causa de morte por doença, precedida apenas pelas doenças cardiovasculares. No Brasil, o câncer de mama representa a principal neoplasia maligna em mulheres, seguida pelo câncer do colo do útero (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012, p. 185).

Quanto ao PSA, 151 (29,6%) homens realizaram o exame e, destes, 26 (17%) apresentaram alterações. O exame de PSA é muito importante para a saúde do homem, a substância detectada nesse exame refere-se à quantidade de células que a glândula prostática produz. Essa substância está contida no sêmen e em alguns casos também pode ser diagnosticada no sangue do paciente (PINTO et al., 2013).

Os autores Pinto et al. (2013) ainda ressaltam que esse tipo de câncer é comum e está presente na maioria dos homens, conforme relato:

O contexto do câncer, o de próstata é o segundo tipo mais comum na população masculina, sendo considerado o câncer da terceira idade. Aproximadamente 62% dos casos no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. Devido ao seu bom prognóstico, a mortalidade por este tipo de câncer é relativamente baixa, sendo que as taxas de sobrevivência são de cinco anos para os países em desenvolvimento, em média, de 41% (PINTO et al. 2013, p. 156).

Massierer et al. (2012) salientam que os exames bioquímicos são medidas objetivas do estado nutricional, e é capaz de detectar deficiências subclínicas e confirmação diagnóstico médico. Portanto, é preciso que sua interpretação seja realizada com cautela, primordialmente em casos de doenças renais, câncer e hepáticas.

4.2.3 Outros tipos de exames

O exame Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes (PSO Monoclonal) foi realizado por 510 clientes, com 14 (2,7%) com resultados positivos. Esse exame mostra a presença de sangue nas fezes, evidenciando se o indivíduo está sofrendo sangramento no intestino grosso, decorrente de inflamação ou até mesmo câncer colorretal. Não há contra indicações para realizar a pesquisa de sangue oculto nas

fezes, e todos os indivíduos, independente da idade, podem e devem realizá-lo (MAIA et al., 2012).

Os exames bioquímicos, de análise das fezes e urina dos clientes são utilizados para detectar deficiências sub clínicas e para confirmação diagnóstica, tendo como principal objetivo a prevenção de doenças.

4.3 ACESSO À SAÚDE E A OCORRÊNCIA DE PATOLOGIAS

Continuando a análise dos registros em prontuários dos idosos, a Tabela 1 aponta o total de idosos que possuem a HAS, a partir da análise de 510 prontuários, considerando a ocorrência de HAS e o sexo dos idosos. O resultado mostra alta prevalência da doença nos participantes do estudo, ocorrendo em 193 (53%) mulheres e 66 (43%) homens. Embora em menor percentual nos homens, a HAS é um problema crônico comum e a sua prevalência é alta e aumenta com a idade, requerendo atenção e acompanhamento periódico da equipe multidisciplinar de saúde.

Tabela 1: Distribuição de idosos, participantes do estudo, segundo sexo e ocorrência de HAS, São Sebastião do Paraíso, 2014.

SEXO	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	TOTAL
F	Não possuem	166
	possuem	193
Total		359
M	Não possuem	85
	possuem	66
Total		151
Total Geral		510

Fonte: Autora.

A HAS é uma das doenças crônicas mais comuns de serem encontradas na população brasileira. Mendes et al. (2013, p. 57) citam que “no Brasil, um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por doenças do aparelho circulatório ocorrem precocemente, em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos.”

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Está associada com a frequência de alterações funcionais e estruturais dos órgãos, tais como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos (MENEZES et al., 2014)

De acordo com a Associação Brasileira de Hipertensão (ABH), a hipertensão é vulgarmente conhecida como:

Pressão alta [...] igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe (ABH, 2014, p.01).

A prática regular de exercícios físicos, redução do peso e uma boa alimentação são capazes de promover a redução da pressão arterial, isso é indicado tanto para o tratamento e a prevenção da mesma (MENEZES et al., 2014).

Além da HAS, também é elevada a ocorrência do diabetes *Mellitus*, como demonstrada na Tabela 2, onde se constata que 104 (20%) idosos da pesquisa possuem diabetes, ocorrendo em 36 (34%) homens e 68 (65%) mulheres, com predomínio em idosos jovens 64 (61%).

Tabela 2: Distribuição de idosos participantes do estudo segundo faixa etária e ocorrência de HAS, São Sebastião do Paraíso, 2014.

FAIXA ETÁRIA	DIABETES MELLITUS	TOTAL
Idoso Jovem	Não possuem	207
	Possuem	64
Idoso	Não possuem	139
	Possuem	33
Muito Idoso	Não possuem	60
	Possuem	7
Total geral		510

Fonte: Autora.

A DM é a doença que caracteriza a elevação da glicose no sangue, é a falta do hormônio insulina, que são produzidas pelos pâncreas, conhecidas como célula beta. Sua principal função é garantir a entrada de glicose no organismo do indivíduo, para que seja aproveitada para outras atividades celulares (MENEZES et al., 2014).

Para Menezes et al. (2014), os fatores que estão associados ao desenvolvimento do Diabetes *Mellitus* podem estar contidos e classificados em três grupos específicos: hereditário, socioeconômicos e comportamentais.

Ainda para Menezes et al. (2014), os fatores hereditários estão associados às características da família do indivíduo, à história familiar da Diabetes *Mellitus* em parentes diretos, ou seja, entre pai ou irmão, podendo aumentar o risco de 4 a 10 vezes em relação à população. Fato relevante para a o aparecimento dessa doença são hábitos alimentares e estilo de vida sedentário que vêm passando de geração para geração.

Já os fatores socioeconômicos podem interferir na qualidade de vida do indivíduo, esses são representados pelo sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, atividade de trabalho e renda. Também está relacionada a esse fator a deterioração do meio ambiente, os modos de vida, as diferenças culturais entre as nações e as classes sociais (ANS, 2011).

O comportamento do indivíduo é um fator que além de provocar desenvolvimento e alteração na diabetes, podem acarretar diversos problemas de saúde. Traduzem-se em comportamentos rotineiros dos indivíduos como sedentarismo, dieta, fumo e álcool (ANS, 2011).

Considerada como uma doença limitante, o Diabetes *Mellitus* pode acarretar vários problemas à saúde das pessoas, como incapacidade de realizar atividades diárias, à qualidade de vida, doença renal, dentre outros problemas. É necessário que o acompanhamento seja realizado periodicamente, evitando complicações que podem ocorrer futuramente, principalmente na saúde do idoso (MENEZES et al., 2014).

Menezes et al. (2014) assinalam que em 2010, ao realizarem sua pesquisa, observaram que as mulheres idosas possuíam maior prevalência de diabetes. No estudo em questão, 13% delas, 63 mulheres idosas apresentam diabetes; fato que requer atenção e conduta específica considerando, entre outros aspectos, a condição feminina.

A frequência de cardiopatias foi relativamente baixa nos idosos em questão, pois ocorreu em 36 (7%) clientes, em maior número em clientes do sexo feminino 24 (66%), quando comparadas aos idosos do sexo masculino 12 (33%).

As cardiopatias podem ser assimiladas devido à má alimentação do indivíduo. Essas doenças são conhecidas, agrupadas por Martins (2013) como congênitas,

doença na valva do coração, miocárdio, infecção no coração e angina. O pré-diagnóstico é percebido pelo próprio indivíduo por meio de arritmias, ataque cardíaco, falta de ar, inchaço e, muitas vezes dor, no peito.

As doenças cardiovasculares são resultantes geralmente da exposição a um grupamento de fatores de risco, entendidos como fenômenos ou atributos que quando presentes de forma isolada ou em associação, podem otimizar as chances de um indivíduo desenvolver uma determinada doença, nesse caso, um evento ou DCV. Costuma-se classificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em dois tipos que são os modificáveis e os não modificáveis (MARTINS, 2013, p. 13).

Constatou-se que as doenças osteoarticulares somaram 106 (20,7%) casos predominando nos idosos jovens, 60 clientes (56%). Ocorreu em maior frequência no sexo feminino 88 (83%), enquanto ocorreram em 18 (17%) participantes do sexo masculino. Em segundo lugar, mostraram-se os idosos, com 31 (29%) casos e os muito idosos, 15 (14%) pessoas.

Essa doença envolve os ossos com articulações e cartilagens hialina (tendões, ligamentos, tecidos e entre outros). O músculo é a maior massa tecidual do corpo humano e, com o envelhecimento, há uma redução lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido nobre, paulatinamente, substituído por colágeno e gordura, com diminuição chegando a 50% dos 20 aos 90 anos de idade (ROSSI, 2008).

Quanto ao quadro depressivo, foram encontrados 121 casos (23,7%), com 94 (77%) mulheres e 27 (22%) homens. De acordo com Bassani et al. (2014) dentre “os transtornos que afetam idosos, a depressão merece especial atenção, pois apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.”

O cuidado com os idosos, quanto à depressão, deve ser ponto fundamental para investigação em saúde, pois essa doença mental é a que mais os afetam. A causa e efeito da depressão são desconhecidos, não se tratando de apenas uma tristeza passageira. O indivíduo apresenta uma tristeza profunda, acompanhada de desinteresse, desânimo, e parece perder os prazeres da vida (BASSANI et al., 2014).

As neoplasias somaram-se 13 casos na população, ocorrendo em 05 (38%) mulheres e 08 (61%) homens.

É de grande importância a realização de exames para detectar doenças e problemas que os indivíduos possam ter. No caso das neoplasias, apresentam um crescimento anormal na população, em geral. No Brasil, estudos sobre idosos apontam que os maiores coeficientes de mortalidade relacionam-se a doenças do aparelho circulatório e neoplasias “câncer” (CARVALHO et al., 2014).

Nos registros de prontuários constataram-se 19 (3,7%) idosos com doenças reumáticas, com destaque para o sexo feminino 16 (84%) e 03 (15%) sujeitos do sexo masculino.

Os problemas e deficiências causados pela doença de reumatismo incluem artrite, artrose e poliartrite; afetam cerca de 50% da população idosa, tornando-se a causa do sofrimento e restrições em diversificadas atividades (SILVA, 2014). Normalmente é uma doença reumática que necessita de tratamento prolongado, pois sua evolução e prognóstico são bem variáveis, atinge as pessoas idosas, atacando as articulações, músculos, ligamentos e tendões (SILVA, 2014).

Quanto às doenças hormonais, na população estudada foram encontrados 39 (7,6%) idosos acometidos, com maior número de casos nas mulheres 36 (92%), seguidas de 03 (7,6%) homens.

Os problemas hormonais são frequentes nas mulheres, os hormônios são substâncias de fundamental importância para o organismo funcionar adequadamente, e suas causas são variadas. A melhor maneira de diagnosticar esse problema se dá por meio de exames de sangue frequentes e para estabilizá-los é importante realizar um tratamento adequado com profissionais especialistas da área (SILVA, 2014).

Com o diagnóstico específico de hipotireoidismo foram encontrados 46 (9%) sujeitos da amostra, sendo 34 (74%) idosas, e 12 (26%) idosos.

Sabe-se que o sistema endócrino da pessoa engloba um grupo de glândulas e órgãos que segregam para o fluxo sanguíneo e sua relação com o sistema nervoso e imunológico, atuam no funcionamento do organismo como um todo, influenciando na saúde, emoções, cognição e comportamento (SILVA, 2014).

Os desreguladores endócrinos podem afetar o equilíbrio hormonal de diferentes formas: ligando-se a receptores celulares designados aos hormônios naturais; bloqueando os receptores de modo que os hormônios sejam incapacitados de se ligar a eles; mudando a mensagem dos hormônios; desregulando a síntese natural de hormônios e alterando a quantidade de hormônios circulantes (SILVA, 2014, p. 123).

Os avanços tecnológicos na área da saúde vêm proporcionando às pessoas, uma melhor qualidade de vida e, com isso, a expectativa de se viver mais, aumenta de forma significativa (ROSSI, 2008).

Muitos programas de saúde, oferecidos pelo plano de saúde Ampara, podem ajudar o idoso a ter uma vida mais saudável e com perspectiva mais longa. Quando analisados os encaminhamentos para os profissionais da equipe de saúde constatamos que 493 clientes (96%) participantes encontram-se em acompanhamento, sendo a maioria, mulheres 348 (68%), seguidas de 145 (28%) homens.

Nesse sentido, um dos encaminhamentos que auxiliam no acompanhamento de saúde ao idoso é o trabalho disponível na Terapia Ocupacional (Tabela 3). Para o terapeuta ocupacional houve encaminhamento de 44,3% sujeitos do estudo, distribuídas em 162 (45%) mulheres e 64 (42%) homens. Observa-se que grande parte dos idosos (56%) não tiveram esse tipo de tratamento, deixando de serem estimuladas as suas potencialidades.

Tabela 3: Distribuição de idosos participantes do estudo, segundo sexo e encaminhamentos para tratamento por meio desta terapia ocupacional, São Sebastião do Paraíso, 2014.

Total de Clientes encaminhados para Terapeuta Ocupacional por sexo		
Sexo	Encaminhamento TO	Total
F	Não encaminhados	197
	Encaminhados	162
F Total		359
M	Não encaminhados	87
	Encaminhados	64
M Total		151
Total Geral		510

Fonte: Autora.

A terapia ocupacional no idoso tem papel fundamental, deve contribuir para fomentar a vida e permitir a ele o desenvolvimento de sua potencialidade (FERNANDES; SOUZA, 2014). Nesse momento trabalham-se ansiedades e avaliam-se os clientes que não conseguem se expressar por meio da fala, mas se comunicam através de atividades manuais.

O terapeuta ocupacional pode contribuir de forma a identificar as habilidades que possam ser restauradas ou adaptadas e promover intervenções, maximizando a independência e autonomia do idoso por um maior tempo possível, visando a melhorar sua qualidade de vida (FERNANDES; SOUZA, 2014, p.114).

Sabe-se que a terapia ocupacional para o idoso tem papel vigoroso, capaz de contribuir para a qualidade de vida e assim permitir que ele desenvolva sua potencialidade. Sendo assim, a atuação da terapia ocupacional baseia-se nesses casos, principalmente, em tópicos relevantes em geriatria, necessidades físicas, psiquiátricas e sociais, proporcionando uma educação continuada, ou seja, qualidade de vida ao idoso (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

Ainda com relação aos encaminhamentos para profissionais da equipe multidisciplinar, 29% da amostra passaram por avaliações psicológicas, incluindo 136 (38%) mulheres e 12 (8%) homens, realizando uma ou, no máximo, duas sessões com a profissional citada e, posteriormente, os idosos foram encaminhados para acompanhamento grupal (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição de idosos, participantes do estudo, segundo sexo e encaminhamentos para a psicologia, São Sebastião do Paraíso, 2014.

Total de Clientes encaminhados para psicologia por sexo		
Sexo	Encaminhamento Psicologia	Total
F	Não encaminhados	223
	Encaminhados	136
	Total	359
M	Não encaminhados	139
	Encaminhados	12
	Total	151
Total Geral		510

Fonte: Autora.

O encaminhamento dos idosos para a psicologia é de grande importância para o convívio social e para que ele reflita sobre a velhice como uma etapa de sua vida, que deve ser vivida. Esse dado é importante, na medida em que um dos problemas mentais que mais afetam os idosos é a depressão, que proporciona a ele tristeza profunda (FIGUEIREDO, 2008).

Para a Nutricionista houve um total de 205 (40%) clientes da amostra, divididas em 180 (50%) mulheres e 25 (16%) homens, conforme dados da Tabela 5.

O encaminhamento para o profissional que cuida da alimentação dos idosos é devido à procura da oferta de subsídios para sua boa qualidade de vida, pois quando o idoso apresenta-se desnutrido pode apresentar várias complicações em seu processo vital. Frente a transtornos alimentares existem inadequações profundas no consumo padrão e comportamento alimentar, além de diversas crenças equivocadas sobre a alimentação, o que geralmente acarreta piora do estado nutricional do indivíduo (SILVA et al., 2009), situação que poderá ser evitada ou ainda minimizada quando há acompanhamento da nutricionista.

Tabela 5: Distribuição de idosos participantes do estudo, segundo sexo e encaminhamentos para a nutrição, São Sebastião do Paraíso, 2014.

Total de clientes encaminhados para nutricionista por sexo		
Sexo	Encaminhamento Nutricionista	Total
F	Não encaminhados	179
	Encaminhados	180
Total		359
M	Não encaminhados	126
	Encaminhados	25
Total		151
Total Geral		510

Fonte: Autora.

O acompanhamento grupal é adotado por grande parte dos participantes da pesquisa totalizando 493 (96,6%) idosos, com predomínio das mulheres 348 (68%) e 145 (28%) homens, como discriminado na Tabela 6.

O tratamento dos idosos com atividades do tipo terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer também tem seu papel no tratamento dos idosos. Diante disso esse modelo de terapêutica pode contribuir na promoção, proteção e controle das enfermidades crônicas dos idosos (GOMES et al., 2006).

As atividades em grupo contribuem para a saúde do idoso, estando relacionadas às atividades de viagens, ginásticas, dança, de trabalhos manuais, dentre outras (GOMES et. al, 2006).

Tabela 6: Distribuição de idosos participantes do estudo, segundo sexo e encaminhamentos para tratamento por meio de grupos, São Sebastião do Paraíso, 2014.

Total de clientes encaminhados para grupos por sexo		
Sexo	Encaminhamento GRUPO	Total
F	Não encaminhados	11
	Encaminhados	348
Total		359
M	Não encaminhados	6
	Encaminhados	145
Total		151
Total Geral		510

Fonte: Autora.

Diante do exposto, o que se evidencia é que as atividades em grupo são capazes de provocar no idoso uma situação de independência, fazendo com que eles se tornem útil, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida e saúde (GOMES et al., 2006).

Como já exposto anteriormente nesse estudo o aumento as expectativa de vida do brasileiro resulta da qualidade de vida que o mesmo adota nos dias atuais. Sendo assim, o envelhecimento ativo é um processo saudável para além da ausência de doenças. As atividades desenvolvidas de grupo de apoio, desenvolvidos pela AMPARA, promovem a saúde e melhor qualidade de vida aos idosos.

5 CONCLUSÃO

O cenário mundial denota a relevância do mundo quanto a conhecer intensamente o estado de saúde dos idosos, posto que é a idade que mais cresce e demandará aprofundamento não só teórico, mas também prático como forma de propiciar qualidade de vida, bem estar social e, sobretudo, saúde às pessoas pertencentes a essa faixa etária. O estado onde realizamos a pesquisa, Minas Gerais, é o segundo lugar do país, com maior número de idosos, local onde deve ser primordial o atendimento adequado e consciente a esses cidadãos.

A presente pesquisa mostrou que a maioria dos idosos do convênio em questão está na faixa de 60 a 70 anos, classificados como idosos jovens, com predomínio de pessoas do sexo feminino. As patologias como obesidade, depressão, doenças osteoarticulares apresentaram maior incidência também no público feminino. Um dado relevante deste público foi o adequado acompanhamento para rastreamento quanto à prevenção do câncer de colo de útero e mamografia, para prevenção do câncer de mama.

As mulheres deste estudo são mais adeptas à prática de atividade física que os homens. Dado agravante constatado na pesquisa mostrou nível elevado de LDL, em ambos os sexos, bem como de HDL baixo, condições que comprometem o sistema cardiovascular dos participantes.

Quanto às patologias específicas, hipertensão e diabetes, na primeira condição clínica houve um número de acometimentos pela doença, entre os sexos; porém houve predomínio de mulheres, quanto à ocorrência de diabetes. Para o acompanhamento do(a) idoso (a) portador(a) de diabetes, a glicemia glicada mostrou haver um mau controle glicêmico em toda a amostra, em ambos os sexos. Os exames dos pés diabéticos, pelos clientes que têm diabetes, iniciaram-se apenas após o acompanhamento no serviço de Medicina Preventiva, pois até então não eram conhecidos.

Dados referentes aos hábitos alimentares dos idosos mostraram-se preocupantes, pois esse aspecto não foi considerado como importante pelos participantes, apesar de a idade necessitar de cuidados especiais e terem passado por consulta nutricional individual. A maioria dos clientes é acompanhada por outros

profissionais do serviço, participam de grupos, porém sem atendimento específico para essa faixa etária.

Conclui-se que, embora as mulheres contemporâneas venham conseguindo conquistas fundamentais no mercado de trabalho, decorrente de constante luta desde a década de setenta do século passado, quando esse processo foi efetivamente iniciado, a apropriação desses novos direitos trouxe com eles, a assunção de inúmeros deveres e responsabilidades, que segundo pesquisas na área, têm demandado mais doenças às mulheres, como corroboram os resultados do presente estudo.

Associam-se às conquistas, os processos de ansiedade, alimentação desequilibrada, poucas horas para se auto cuidarem. A maioria dos dados apontou alterações tanto físicas, emocionais e laboratoriais de caráter insatisfatório, especialmente, para as idosas. Embora as mulheres vivam e se cuidem mais, quando comparadas aos homens constatou-se, em contraponto, que o sobrepeso também é predominante neste público, permitindo-nos inferir que há necessidade de monitorarmos outros hábitos de vida, além de pesquisarmos se a origem dessa contraposição não reside, entre outras possibilidades, na ausência da cultura de adoção de hábitos mais saudáveis, somados ao controle dos fatores de risco não modificáveis.

Muitos estudos têm buscado reflexões sobre a saúde da mulher, em especial, na faixa etária idosa e inquire-se até onde encontramos benefícios na longevidade feminina, já que a doença é mais predominante em suas vidas?

O resultado do estudo mostrou que os idosos necessitam de maior atenção no que diz respeito ao controle de riscos cardiovasculares, pois os resultados mostraram que apesar de muitos estarem em controle grupal, assistidos pela equipe de saúde, pondera-se quanto à necessidade de grupos específicos para este público; onde se acredita ser fundamental priorizar o entendimento das questões discutidas/realizadas, utilizando abordagens mais simplificadas e direcionadas como atividades específicas para equilíbrio e força muscular, entre outras.

Ainda recomenda-se, de forma mais específica, que os protocolos de solicitação de exames incluam a solicitação do LDL para ser realizado em laboratórios, e não a fórmula de Friedewald, ato que assegura fidedignidade na indicação de terapêuticas e no acompanhamento.

Como responsabilidade da equipe multiprofissional, no caso do convênio em questão, sugere-se o fomento dos sujeitos para o acesso ao conhecimento, em espaços onde sejam discutidos aspectos referentes à promoção da saúde e prevenção de doenças, para além do momento em que a doença já esteja instalada. A abordagem educativa nos grupos e momentos de atendimentos individualizados deve ser adequada ao entendimento/compreensão, à cultura, além de valorizar a informação prévia que o(a) idoso(a) já possui, no sentido de propiciar o empoderamento do cidadão idoso, para o exercício de sua autonomia e independência.

Por fim, recomenda-se a adoção de programa focado na qualidade de vida, para o idoso, onde a equipe interdisciplinar possa trabalhar orientações sobre alimentação saudável; discutir a importância do controle glicêmico e do peso; implantação de oficinas de culinária; grupos de apoio psicológico com psicólogas e terapeuta ocupacional; atividades físicas, com maior frequência na semana, intercalando dança, alongamento, aeróbica, caminhadas e outras. O foco profissional deve pautar-se no olhar mais atento para este público, que contribuíram de forma única para sociedade e, hoje, com o aumento da expectativa de vida precisam não somente sobreviver, mas sim, viver com saúde!

REFERÊNCIAS

- ADAIR, T.; RAO, C. Changes in certificates of diabetes with cardiovascular diseases increased reported diabetes mortality in Australia and the United States. **J Clin. Epidemiol.**, Austrália, v. 6, n. 10, 3, p. 199-204, 2010.
- ALTENBURG, F. L.; BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; SANTIAGO, A. **Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes e Correlação com Alterações nas Colonoscópias**. Revista Brasileira de Coloproct, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n3/09.pdf> > Acesso em: 17 set. 2014.
- ANDRADE, C. J. C. **Envelhecimento e Câncer**, 2008. Disponível em: <<http://vivaavida.wordpress.com/2008/08/01/envelhecimento-e-cancer/>> Acesso em: 10 Mar. 2014.
- ANDRÉ, C.; PETTI, D. A.; FERRARO, O.; ELIAS, S. **Câncer de Mama – Prevenção Secundária**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002, Disponível em: < <http://www.projetodiretrizes.org.br/>> Acesso em: 14 Set. 2014.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011. Disponível em: < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf> Acesso em: 03 Mar. 2015.
- AOKI, B. B.; FRAM, D.; TAMINATO, M.; BATISTA, R. E. S.; BELASCO, A.; BARBOSA, D. A. Lesão renal aguda após exame contrastado em idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 637-644, 2014.
- ASSIS, M; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 557-81, 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO DA ATROSCLEROSE. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, Supl.1, p. 1-22, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO (ABH). **O que é Hipertensão?** Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>> Acesso em: 04 Mar. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA (ABRAN). **Índice de Massa Corporal (IMC)**. Disponível em:< <http://abran.org.br/para-o-publico/calculadoras/artigos-parceiros/>> Acesso em: 29 Dez. 2014.
- ASSUMPÇÃO, D. de.; DOMECE, S. M. A.; FISBERG, R. M.; BARROS, M. B. de. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: Estudo de base populacional em Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1680-1694, 2014.

ÁVILA, M. Hipertensão e arteriosclerose. In: DANTAS, A. M. **Doenças da retina**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 2007.

BARROS, K. M.; JUNIOR, R. M. M. **Atividade Física**: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. 2004. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818308>> Acesso em: 05 Mar. 2015.

BASSANI, D. C. H.; TEIXEIRA, R. M.; PIMENTEL, R. B. **Depressão em idosos na atenção primária de saúde**: Aspectos de uma comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em:<
<http://www.proceedings.blucher.com.br/pdf/medicalproceedings/2cbmh/012.pdf>>
Acesso em: 11 Fev. 2015.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004. Disponível em:<
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4231>
Acesso em: 23 Jan. 2014.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros**: resultados não esperados dos avanços da Seguridade Rural. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População, realizado em Caxambu, MG, 2004. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=467>
Acesso em: 23 Jan. 2015.

BEM-ESTAR CARDIOVASCULAR. **Colesterol Elevado e Doenças Cardiovasculares**. 2010. Disponível em:
<<http://www.sistemacardiovascular.com/artigos/doencas-cardiovasculares/colesterol/>> Acesso em: 08 Mar. 2014.

BEREK, J. S. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BERKOW, R.; BEERS, M. H.; BOGIN, R. M.; FLETCHER, A. J. **Manual Merck de Informação Médica**: Saúde para a Família. Disponível em:
<http://www.msdbrazil.com/content/patients/manual_Merck/sumario.html> Acesso em: 30 Set. 2014.

BESEN, C. B. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

BOEL, J. E.; RIBEIROS, R. M.; SILVA, D. M. G. V. da. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 386-93, abr/jun 2014. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a15.pdf> Acesso em: 15 Fev. 2015.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITAS, E. V.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 129-134, Apr./June 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.70 p.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística). **PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio)**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 27 Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf> Acesso em: 12 Dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 09 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica**, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. n. 2, ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007.168 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília, CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006 - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.160 p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde**. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Dia mundial do diabetes**. Dados estatísticos no Brasil 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457> Acesso em: 06 Out. 2014.

_____. **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em:
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index.html> Acesso em: 15 Jun. 2014.

_____. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Número de pessoas com diabetes aumenta 40% em seis anos**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/numero-de-pessoas-com-diabetes-aumenta-40-em-seis-anos>> Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. **Diretrizes práticas**: abordagem e prevenção de pé-diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

BRENNA, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 909-914, julho/agosto 2001.

BURTIS, C. A.; ASHWOOD, E. R.; BRUNS, D. E. T. **Fundamentos de Química Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p.632.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. p.15-38. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CABRERA, Marcos A. S.; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em Idosos: Prevalência, Distribuição e Associação Com Hábitos e Co-Morbidades. **Arq. Bras. de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Rio de Janeiro: IPEA, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content> Acesso em: 02 Mar. 2014.

CARVALHO, M. H. R. de.; CARVALHO, S. M. R. de.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S. L. M. Tendência de mortalidade de Idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 347-354, 2014.

CASELHA FILHO, A.C.; ARAÚJO, R.G.; GALVÃO, T. G.; CHAGAS, A. C. P. Inflamação e Aterosclerose: Integração de Novas Teorias e Valorização dos Novos Marcadores. **Rev. Bras. Cardiol Invas.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 14-19, 2003.

CASELI, G.; LOPEZ, A. D. **Health and mortality among the elderly: issues for assessment. International studies**. Demography: health and mortality among the elderly: issues for assessment. New York: Oxford University Press Inc., p. 3-20, 1996.

CASTRO, H. A. S; IARED, W.; SHIGUEOKA, D. C.; MOURÃO, J. E.; AJZEN, S. Contribuição da densidade do PSA para predizer o câncer da próstata em pacientes com valores de PSA entre 2,6 e 10,0 ng/ml. **Rev. Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 205-209, July/Aug. 2011.

CAVALINI, L. T. Subregistro de óbitos e causas mal definidas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3 p. 85-93, 2008.

COELHO, T. M.; MARTINS, M. da G.; VIANA, E.; MESQUITA, M. R. de S.; CAMANO, L.; SASS, N. Proteinúria nas síndromes hipertensivas da gestação: prognóstico materno e perinatal. **Rev. da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 207-213, 2004.

COELHO, C. de F.; BURINI, R. C. Atividade física para a prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. de Nutrição**, Campinas, v.22, n. 6, p. 937-946, 2009.

DIAZ, M. N.; FREI, B.; VITA, J. A.; KEANEY, J. F. Jr. Antioxidants and atherosclerotic heart disease. **N Engl J Med.**, University School of Medicine, Boston, v. 337, n. 6, p. 408-16, 1997.

DIEHL, L. A. Colesterol e triglicérides. **Arq. Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 658-667, 2014.

DIPPE JÚNIOR, T. **Baixos níveis do "colesterol bom" aumentam o risco cardíaco de idosos**, diz estudo. 2011. Disponível em: <<http://portaldocoracao.uol.com.br/anormalidades-do-colesterol/baixos-niveis-do-colesterol-bom-aumentam-o-risco-cardiaco-de-idosos-diz-estudo>> Acesso em: 02 Abr. 2014

DUNCAN, B. B.; SHMIDT, M. I.; POLANCZYK, C. A.; HOMRICH, C. S. ROSA, R. S.; ACHUTTI, A. C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana da região sul do Brasil: prevalência e concomitância. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, RS, v. 27, p. 143-8, 1993. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v27n1/07.pdf>> Acesso em: 14 Fev. 2015.

ELLINGER, V. C. M. Algumas considerações sobre a Glicemia Pós-desjejum. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 4-5, 2006.

FARIA, C. C. **A Situação do Idoso no Brasil: Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Disponível em: <<http://www.anutricionista.com/a-situacao-do-idoso-no-brasil-doencas-cronicas-nao-transmissiveis.html>> Acesso em: 02 Mar. 2014.

FARRET, J. F. **Nutrição e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FEITOSA FILHO, R. G.; LOPES, R. D.; POPPI, N. T.; GUIMARÃES, H. P. Emergências hipertensivas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.305-312, 2008.

FERNANDES, F. B.; SOUZA, I. F. Fatores associados às alterações do equilíbrio no idoso e a intervenção da Terapia Ocupacional. **Rev.Cient. Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 106-117, 2014.

FERREIRA, A. C. L. C. **Perfil do idoso de São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais**. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FERREIRA, J. V. C. **Os muito idosos no município de São Paulo**. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Epidemiologia). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

FIGUEIREDO, K. R. **Depressão no Idoso**. 2008. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/3913/depressao-no-idoso>> Acesso em: 16 Fev. 2015.

FISCMANN, A.; MEDINA, G. A. B.; GUS, I. Principais causas da mortalidade no Rio Grande do Sul: prevalência de fatores de risco para a doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul, **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 78, p. 484-90, 2002.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. de A. Desigualdade sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não

transmissíveis: Inquérito telefônico em Campinas , São Paulo. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 7-18, 2015.

FRANCO, R. J. S. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. **Rev Bras Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 340-345, out/dez 2002.

FREITAS, E. V.; PY, L., CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 45 p. 447.

FREITAS, E. V.; BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E.; POZZAN, R.; ZILLI, E.; POZZAN, R. **Peculiaridades na abordagem do idoso hipertenso**. 2011. Disponível em: <
<http://www.rbconline.org.br/artigo/peculiaridades-na-abordagem-do-idoso-hipertenso/>> Acesso em: 20 Ago. 2014.

FURTADO, P. N. **O câncer**. 2010. Disponível em: <
http://www.oncoguia.com.br/26/para_entender_o_cancer/oncologia__o_que_e.html>. Acesso em: 18 Mar. 2014.

GAGLIARDI, R. J.; SANCHES, M.; RASSLAN, Z.; GUEDES, M. L. S. Comparação das frações HDL e LDL colesterol como fatores de risco para a aterosclerose carotídea. **Arq. Neuropsiquiatria [online]**, São Paulo , v. 53, n. 4, p. 730-736, 1995. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/anp/v53n4/03.pdf>> Acesso em: 05 Jan. 2015.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. de S.; ARAÚJO, F. C. de; NASCIMENTO, E. F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 235-246, 2006.

GOLDBERG, T. H.; CHAVIN, S. I. Preventive medicine and screening in older adults. **J Am Geriatr Soc**, Division of Geriatric Medicine, Albert Einstein Medical Center, Philadelphia, PA 19141, USA, v. 45, p. 344-54, 1997.

GRAF, H. e CARVALHO, G. A. Fatores Interferentes na Interpretação de Dosagens Laboratoriais no Diagnóstico de Hiper e Hipotireoidismo. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 51-64, 2002.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHEL, A. J.; AZEVEDO, M. J. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

GRUNDY, E. M. D. The epidemiology of aging. In: TALLIS, R. C.; FILLIT, H. W. editors. **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. Philadelphia: Elsevier Science Ltda., 2003. p. 3-20.

GUEDES, M. F. PORTES, A. J. F.; JUNIOR, A. de S. C.; NUNES, J. dos S.; OLIVEIRA, R. C. C. Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 90-95, 2009.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – Itu. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 49, n.1, jan./mar 2003.

IGARASHI, C. **Histórias de um Dekassegui**. A cultura de respeito ao idoso. Disponível em: <http://clovisakira.blogspot.com.br/2012/06/cultura-do-respeito-ao-idoso.html>. Acesso em: 23 mai 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/29/populacao-idosa-no-brasil-crece-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>> Acesso em: 03 Mar. 2014.

INSTITUIÇÃO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama**. 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>> Acesso em: 28 ago. 2014.

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR). **Baixo Colesterol**- Coleção 1999. São Paulo: 2000. Disponível em: < <http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/imprensa/2012/>> Acesso em: 23 Jan. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – (IPEA). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

Estatuto do Idoso:
Avanços com Contradições. Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E. **Manual de dietoterapia e avaliação nutricional:** Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto do Coração - HCFMUSP. São Paulo: Atheneu, 2004.

ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. C.; PERPÉTUO, I. H. O.; FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 684-691, 2006.

JARDIM, T. V.; SOUZA, A. L. L.; POVOA, T. R.; BARROSO, W. S.; CHINEM, B.; JARDIM, P. C. V. Comparação entre Fatores de Risco Cardiovasculares em diferentes áreas da Saúde num intervalo de vinte anos. **Arq. Bras. Cardiol.**, Goiânia, v. 15, n. 8, s/p, 2014.

JEREZ-ROIG, J.; GUEDES, M. B. O. G.; SILVA, J. M. D. de; LIMA, K. C. de. Análise da produção científica da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia: uma revisão bibliométrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 659-671.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 200-210, 1987.

KIRSZTAJN, G.; BARROS, R. T.; ALVES, M. A. R.; DANTAS, M.; MASTROIANNI, G.; SENS, Y. A. S. Preferência do paciente no rastreamento do câncer colorretal: uma comparação entre colonografia por tomografia computadorizada e colonoscopia. **Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 1, Jan./Feb 2012.

KIST, R. B. B.; AREOSA, S. V. C. Envelhecer na perspectiva do envelhecimento satisfatório: O caso dos Idosos do Vale do Rio Pardo. **Rev. Des. Regional**, Santa Cruz do Sul, v. 19, ed. especial, p. 65-78, 2014.

LESSA, I. Níveis séricos de creatinina: hipercreatininemia em segmento da população adulta de Salvador, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 176-186, 2004.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. 226p.

LOBIONDO-WOOD, G. L. B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 330, 2001.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, Nov./Dec 2005.

LOTUFO, P. A. **O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares**. Disponível em:<
<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59084/62070>> Acesso em: 20 Mar. 2014.

LUZ, P. L. da. **Aterosclerose**. 2014. Disponível em:<
<http://drauzioarella.com.br/diabetes/aterosclerose/>> Acesso em: 20 Mar. 2014.

LUZ, P. L. da. **Níveis de colesterol devem ser avaliados a partir dos 30 anos**. Disponível em:< <http://drauzioarella.com.br/diabetes/niveis-de-colesterol-devem-ser-avaliados-a-partir-dos-30-anos/>> Acesso em: 20 Mar. 2014.

LYRA Jr., D. P.; AMARAL, R. T.; VEIGA, E. V, CÁRNIO, E.C; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, I. R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-441, 2006.

MAEDA, T. de C.; ALVES, A. P.; SILVA, S. R. da. Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de Papanicolaou. **Ciênc. Cuid. Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 360-367, abr/jun 2012.

MAIA, M. V. A.; ATZINGEN, A. C.; TIFERES, D. A.; SAAD, S. S.; DEAK, E.; MATOS, D.; D'IPPOLITO, G. Preferência do paciente no rastreamento do câncer colorretal:

uma comparação entre colonografia por tomografia computadorizada e colonoscopia. **Rev. Radiol. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 24-28, 2012.

MALTA, D. C. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, nº 3, p. 47-65, 2006.

MARTINS, I. N. de S. **Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos do Distrito Federal**. 47p. Monografia (Bacharel em Enfermagem), Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

MARTINS, T. G. dos S.; COSTA, A. L. F. de A.; MARTINS, R. V.; MARTINS, E. N.; ALVES, M. R.; HELENE, O.; SCHOR, P. Modelo para o ensino da oftalmoscopia direta. **Rev. Bras. de Ensino de Física**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 2303- 2311, 2014.

MARZZOCO, A.; TORRES, B, B. **Bioquímica Básica**. 3. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2007. 386p.

MASC, S. **O olhar ao idoso no Japão e na China**. 2013. Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais. Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em: http://www.ufjf.br/ladem/2013/06/28/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-por-silvia_masc/. Acesso em: 23 mai 2015.

MASSIERER, D.; OLIVEIRA, A. C. T.; STEINHORST, A. M.; GUS, M.; ASCOLI, A. M.; GONÇALVES, S. C.; MOREIRA, L. B.; JUNIOR, V. C.; NUNES, G.; FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Prevalência de Hipertensão resistente em adultos idosos: estudo prospectivo em contexto ambulatorial. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 630-635, 2012.

MATSUDO, S. M.; KEIHAN, V. MATSUDO, R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: Aspectos epidemiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 7, n. 1, 2001.

MAUÉS, B. A. R.; JARDIM, M. A. G.; BATISTA, F. J.; MEDEIROS, T. D. S.; QUARESMA, A.C. Composição florística e estrutura do estrato inferior da floresta de várzea na área de proteção ambiental Ilha do Combu, município de Belém, estado do Pará. **Revista Árvore**, Viçosa, v. 35, n. 3, p. 669-677, 2011.

MEDINA, F. L.; LOBO, F. da S.; SOUZA, D. R. de.; KANEGUSUKU, H.; FORJAZ, C. L. de M. **Atividade física: impacto sobre a pressão arterial**, 2010. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/10-atividade.pdf>> Acesso em: 21 Jan. 2015.

MENDES, L. M. e O.; BARROS, J. da S. T.; BATISTA, N. N. L. de A. L.; SILVA, J. M. O. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão Arterial Sistêmica: uma Revisão Integrativa. **Revista Univap** – São José dos Campos/SP, v. 20, n. 35, Jun. 2013.

MENEZES, C. P. de; OLIVEIRA, T. L. de; LUNDGREN, P. U. Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes – PSO: uma triagem alternativa na determinação das neoplasias colorretais. **Rev. Bras. Farm.**, João Pessoa - Paraíba, v.15, n. 35, p. 48-53, 2011.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. de F. N. Antropométrica de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.169-175, 2005.

MENEZES, T. N. de; SOUSA, N. D. S; MOREIRA, A. da S; PEDREZA, D. F. Diabetes *mellitus* referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, jan 2014..

MERLIN, C. **Exame de sangue** - triglicerídeos. 2011. Disponível em: < <http://homecareidosos.blogspot.com.br/2011/08/exame-de-sangue-triglicerideos.html> > Acesso em: 01 abr. 2014.

MONTENEGRO, S. M. R.; SILVA, C. A. B. da. Os Efeitos de um Programa de Fisioterapia como Promotor de Saúde na Capacidade Funcional de Mulheres Idosas Institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p 210-2015, 2007.

MORIGUCHI, E. H.; VIEIRA, J. L. da C. **Envelhecimento e saúde**. 2006. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABEF8AL/dislipidemia-idosos> > Acesso em: 20. Mar. 2014.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 54-56, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). “**Preventing Gender-Biased Sex Selection: An Interagency Statement** - OHCHR, UNFPA, UNICEF, UNWomen e WHO.” Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2011.

_____. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento**. Plano de Ação Internacional: Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília (DF); 2003. Disponível em: < http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf > Acesso em: 07 Out. 2014.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em:< <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf> > Acesso em: 15 Jan. 2015.

PÁDUA, A.; NORONHA, L. de.; TOTSUGUI, J. T.; KNOPFHOLZ, J. **Material teórico-prático de patologia cardiovascular**. Curitiba: PUC PR, 2000. Disponível em: < <http://www.puc-campinas.edu.br/graduacao/cursos/medicina/ementario> > Acesso em: 15 Jan. 2015.

PARDINI, H. **Potássio no sangue (k+)**. Disponível em: < <http://www.boasaude.com.br/exames-de-rotina/p/82/view/potassio-no-sangue-k-codigo-amb-potassio-4030231-8.html> > Acesso em: 17 Set. 2014.

PAULA, A. P.; LIMA, R. A. C.; MOTA, L. M. H. Sinais e sintomas musculoesqueléticos. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. P. 237-247.

PEREIRA, A. B.; NISHIDA, S. K.; SILVA, M. S. A situação atual da avaliação da função renal. In: CRUZ, J. et al. **Atualidades em Nefrologia**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

PINHO, A. P.; BRUNETTI, I. L.; PEPATO, M. T.; ALMEIDA, C. A. N. de. Síndrome metabólica do sexo feminino com sobrepeso e obesidade. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 51-56, 2012.

PINTO, B. K.; MUNIZ, R. M.; SCHAWARTZ, E.; BUDÓ, M. de L. D.; HECK, R. M.; LANGE, C. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural, **Rev. Bras. Enferm.**, Pelotas, v. 67, n. 6, p. 942-948, nov-dez 2013.

PIRES, P.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** [online], São Paulo, v. 62, n. 3b, p. 844-851, 2004.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, E. S.; DANTAS, E. H. M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbio e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína. **Arq. Bras. Cardiol. [online]**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 429-433, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n4/12716.pdf> > Acesso em: 03 Fev. 2014.

ROCHA, C. P. da; OLIVEIRA, L. C. de. Identificação de Fatores de Risco em família com prevalência de doença arterial coronariana. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 6, p. 170-184, 2014.

ROSSI, E. Artropatias próprias da velhice e outras. In: FREITAS, E. V.; GORZONI, M. L. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 837-844.

_____. **Envelhecimento do Sistema osteoarticular**, 2008. Disponível em:<
<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/746-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS7-12.pdf>> Acesso em: 12 Fev. 2015.

SACCO, R. L.; BENSON, R. T.; KARGMAN, D. E. Highdensity lipoprotein cholesterol and ischemic stroke in the elderly. **The Northern Manhattan Stroke Study**. JAMA, v. 285, p. 2729-735, 2001.

SANTOS, A. R. dos; ALMEIDA, N. V. de; GOMES, C. M.; COSTA, S. H. N.; PENNA, K. G. B. D. Estudo comparativo entre os parâmetros do perfil lipídico e IMC em pacientes atendidos no laboratório clínico da PUC Goiás. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 3, p. 515-523, jul./set. 2014.

SANTOS, H. S.; CRUZ, W. M. de S. A terapia nutricional com vitaminas antioxidantes e o tratamento quimioterápico oncológico. **Rev. Bras. Cancerol**, Rio de Janeiro/RJ, v. 47, p. 303-308, 2001.

SANTOS, D. M dos; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SANTOS, E. C.; PALUDO, S. dos S.; SCHIRÒ, E. D. B. dei.; KOLLER, S. H. Gravidez na Adolescência: Análise Contextual de Risco e Proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2010.

SÁ, R. C.; NAVAS, E. A. F. de A.; ALVES, S. R. Diabetes *Mellitus*: Avaliação e Controle da glicemia em jejum e hemoglobina glicada, **Revista Univap**, São José dos Campos - SP, v. 20, n. 35, jul. 2014.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 897-908, 2004.

SGARBI, J.; TEIXEIRA, P. F. S.; MACIEL, L. M.; MAZETO, G. M. F. S.; VAISMAN, M.; JUNIOR, R. M. M.; WARD, L. S. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 166-183, 2013.

SILVA, F. M. C. da. Métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas. 154p. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) Departamento da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

SILVA, G. V.; LIPPI, M. C. **Envelhecimento, saúde pública e projetos de Serviços**. World Health Organization. 2014. Disponível em: <
<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/870>> Acesso em: 09 Fev. 2015.

SILVA, E. B. da. Estudo do perfil lipídico de idosos. **Rev. News Lab**, Agudos/RS, v. 3, n. 72, p. 142-158, 2005.

SILVA, L. S. da; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. de O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Pública**, Washington, v. 34, n. 5, p 343-350, 2013.

SILVA, R. C. P.; SIMÕES, M. J. S.; LEITE, A. A. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes *mellitus* tipo 2. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 113-121, 2007.

SILVA, R. A. G. da. **Depressão e autoestima em idosos participantes da Universidade Aberta a Maturidade**: Um estudo de prevalência. 2014. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em:<
<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/5131>> Acesso em 12 Fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA.

Hipertireoidismo e Hipotireoidismo. Congresso Brasileiro de Atualização em Edocrinologia e Metabologia, 2014. Disponível em: <
<http://www.endocrino.org.br/hipertireoidismo-e-hipotireoidismo/>> Acesso em: 01 Set. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. 2015. **O que é Geriatria e Gerontologia?** Disponível em: <http://sbgg.org.br/espaco-cuidador/o-que-e-geriatria-e-gerontologia/> Acesso em: 23 mai 2015.

SOLORZANO, G. T. M.; MADUREIRA, M. V.; MOREIRA, S. R.; NISHIDA, S. K.; KIRSZTAJN, G. M. Reação proteína/ creatinina na urina versus proteinúria de 24horas na avaliação nefrite lúpica. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 34, n. 1, Jan./Mar. 2012.

SOUZA, R.; FRAGA, J. S. de.; GOTTSCHALL, C. B. A.; BUSNELLO, F. M.; RABITO, E. I. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. Bras. Geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan./Mar. 2013.

SUMITA, N. M. As interferências e as limitações metodológicas na dosagem da hemoglobina glicada (A1C). **Bras Patol. Med. Lab.**, São Paulo, v. 48, n. 5, Out. 2012.

TEIXEIRA, E. L.; OLIVEIRA, C. T.; SILVA, S. S. Obstáculos al acceso a la salud del anciano: la visión de los. **Revista Enfermeira Herediana**, Peru, v. 4, p. 56-63, 2011.

TEIXEIRA, P. de F. dos S.; DHIÂNAN, S. de O. Tratamento do Hipotireoidismo no idoso. **Jornal Brasileiro de Medicina**, São Paulo, v.102, n. 3, p. 2077-2110, 2014.

TOMAZONI, T.; SIVIERO, J. Consumo de potássio de idosos hipertensos participantes do Programa Hiperdia do município de Caxias do Sul, RS. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 4, p. 246-250, 2009.

VIGO, K. O.; PACE, A. E. Pé diabético: Estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2005.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005. **Preventing Chronic Diseases**. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report> Acesso em: 01 Fev. 2015.

XAVIER, H. T. et al. Efeitos da lipoproteína LDL-oxidada sobre a proliferação e a motilidade espontânea in vitro de células endoteliais de artérias coronárias humanas. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 83, n. 6, p. 488-492, 2004.

YOUNES, R. N. **O Câncer**. São Paulo: Publifolha, 2012.

ZAFFARI, D. **Efetividade da dieta na hiperlipidêmica de pacientes transplantados renais**. 2002. Dissertação (Mestrado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, 2002.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doenças Cardíacas e Comorbidades. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

APÊNDICE 1

BANCO DE DADOS: ESTUDO DO PERFIL LIPÍDICO DE UM GRUPO DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO MÉDICO: IDENTIFICANDO CENÁRIOS

Projeto Liliane PRONTO : Banco de dados (Access 2007) - Microsoft Access

Início Criar Dados Externos Ferramentas de Banco de Dados

Modo de Exibição - Recortar Copiar Colar Formatar Pincel Área de Transferência Fonte Rich Text Atualizar Tudo Novo Salvar Excluir Mais Registros Ortografia Mais Classificar e Filtrar Seleção Avançado Filtrar Alternar Filtro Localizar Ir para Substituir Selecionar Localizar

Todas as Tabelas Paciente Paciente

Paciente Paciente : Tabela Paciente

Paciente

Código:	1	HDL:	46
Nome:	ABADIA P	LDL:	95,6
Endereço:		Potássio:	3,4
Data de Nascimento:	08/05/1932	Ureia:	
Sexo:	F	Creatinina:	1
Tabagista:	<input type="checkbox"/>	PSO:	negativo
Atividade Física:	<input checked="" type="checkbox"/>	Urina 1:	normal
Frequência Semanal Atividade Física:	2x por semana	Glicemia Jejum:	93
Qual Atividade Física:	Vida Ativa	Glicemia Pós prandial:	
IMC:	28,60	HBGL:	
Hipertensão Arterial Sistêmica:	<input checked="" type="checkbox"/>	Exame Neutp:	<input type="checkbox"/>
Cardiopatia:	<input type="checkbox"/>	TSH:	3,8
Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/>	T4 Livre:	
Obesidade:	<input type="checkbox"/>	Papanicolau:	Classe I
		Mamografia:	Brads II

Registro: 1 de 510 Sem Filtro Pesquisar

Modo formulário

16:57 19/03/2015

APÊNDICE 1

CONTINUAÇÃO - BANCO DE DADOS: ESTUDO DO PERFIL LIPÍDICO DE UM GRUPO DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO MÉDICO: IDENTIFICANDO CENÁRIOS

Projeto Liliâne PRONTO : Banco de dados (Access 2007) - Microsoft Access

Início Criar Dados Externos Ferramentas de Banco de Dados

Modo de Exibição Recortar Copiar Colar Formatar Pincel Área de Transferência Fonte Rich Text Registros Seleção Avançado Localizar Substituir Ir para Selecionar

Todas as Tabelas Paciente Paciente

Paciente : Tabela Paciente

Paciente

Frequência Semanal Atividade Física:	2x por semana	Glicemia Pós prandial:	
Qual Atividade Física:	Vida Ativa	HBGL:	
IMC:	28,60	Exame Neutp:	
Hipertensão Arterial Sistêmica:	<input checked="" type="checkbox"/>	TSH:	3,8
Cardiopatía:	<input type="checkbox"/>	T4 Livre:	
Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/>	Papanicolau:	Classe I
Obesidade:	<input type="checkbox"/>	Mamografia:	Birads II
Dislipidemia:	<input type="checkbox"/>	Fundo de Olho:	normal
Depressão:	<input checked="" type="checkbox"/>	Protombina 24:	130
Osteoarticulares:	<input checked="" type="checkbox"/>	PSA:	
Neoplasias:	<input type="checkbox"/>	Encaminhamento Nut:	<input type="checkbox"/>
Doenças Reumáticas:	<input type="checkbox"/>	Encaminhamento Psi:	<input checked="" type="checkbox"/>
Doenças Hormonais:	<input type="checkbox"/>	Encaminhamento TO:	<input type="checkbox"/>
Hipotireoidismo:	<input type="checkbox"/>	Encaminhamento GRU:	<input checked="" type="checkbox"/>
Colesterol:	160	Dieta:	<input checked="" type="checkbox"/>
Triglicérides:	92		

Registro: 1 de 510 Sem Filtro Pesquisar

Modo formulário

16:57 19/03/2015

APÊNDICE 2

Ilmo Sr.

Antônio Carlos Maffei Bragiato

Presidente Convênio AMPARA

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo identificar o perfil lipídico de um grupo de idosos de um convênio médico, investigando fatores modificáveis e não-modificáveis relacionados à DCV presentes na vida dos idosos em estudo; levantando a ocorrência de dislipidemias na população do estudo.

As informações serão coletadas por meio de prontuários onde serão analisadas separadamente e agrupadas em categorias: características sociodemográficas, sexo, idade, IMC, hábitos de vida (alimentação, prática de atividade física), saúde emocional e avaliação dos níveis de Colesterol Total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL), Triglicerídeos(TG), lipoproteína de baixa densidade(LDL).

Essas informações serão armazenadas em um banco de dados e, posteriormente sintetizadas em tabelas, possibilitando melhor organização e sistematização das informações coletadas.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora. As informações serão alimentadas diretamente em um banco de dados, elaborado pela pesquisadora juntamente com orientadora da mesma e laboratório de informática da UNAERP.

Não haverá situação de risco para os participantes. Ressaltam os benefícios, pois conheceremos os resultados de exames e poderemos refletir sobre eles, bem como desenvolver melhorias condição de saúde dos clientes e da própria empresa.

A pesquisa será desenvolvida após autorização do Diretor Clínico e Gerente da equipe da Medicina Preventiva da AMPARA de São Sebastião do Paraíso – MG, , do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto. Haverá contribuição para o meio científico com esta pesquisa, que poderá ofertar novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no

sentido de planejamentos futuros, observaremos os riscos cardíacos em clientes idosos do Convênio Ampara do Município de São Sebastião do Paraíso.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora

Liliane Aparecida Teixeira Maretti Siqueira - Pesquisadora

Autorizado

Antônio Carlos Maffei Bragiato
Presidente - Convênio AMPARA

APÊNDICE 3

Ilma. Sra.

Vanessa Helena de Lima Pádua

Coordenadora do Serviço de Medicina Preventiva AMPARA

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo Identificar o perfil lipídico de um grupo de idosos de um convênio médico, investigando fatores modificáveis e não-modificáveis relacionados à DCV presentes na vida dos idosos em estudo; levantando a ocorrência de dislipidemias na população do estudo.

As informações serão coletadas por meio de prontuários onde serão analisadas separadamente e agrupadas em categorias: características sócio-demográficas, sexo, idade, IMC, hábitos de vida (alimentação, pratica de atividade física), saúde emocional e avaliação dos níveis de Colesterol Total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL), Triglicerídeos(TG), lipoproteína de baixa densidade(LDL).

Essas informações serão armazenadas em um banco de dados e, posteriormente sintetizadas em tabelas, possibilitando melhor organização e sistematização das informações coletadas.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora. As informações serão alimentadas diretamente em um banco de dados, elaborado pela pesquisadora juntamente com orientadora da mesma e laboratório de informática da UNAERP.

Não haverá situação de risco para os participantes. Ressaltam os benefícios, pois conheceremos os resultados de exames e poderemos refletir sobre eles, bem como desenvolver melhorias condição de saúde dos clientes e da própria empresa.

A pesquisa será desenvolvida após autorização do Diretor Clínico e Gerente da equipe da Medicina Preventiva da AMPARA de São Sebastião do Paraíso – MG, , do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto . Haverá contribuição para o meio científico com esta pesquisa, que poderá

ofertar novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros, observaremos os riscos cardíacos em clientes idosos do Convênio Ampara do Município de São Sebastião do Paraíso.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora

Liliane Aparecida Teixeira Maretti Siqueira - Pesquisadora

Autorizado

Coordenadora do Serviço de Medicina Preventiva AMPARA

APÊNDICE 4

Ilma Sr^a

Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: Estudo Do Perfil Lipídico De Um Grupo De Idosos De Um Convênio Médico: Identificando Cenários a ser desenvolvido pela mestrandia Liliane. Aparecida Teixeira Maretti Siqueira do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva, coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas em São Sebastião do Paraíso - MG, no Convênio Médico AMPARA do referido município.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva - Pesquisadora

Ribeirão Preto, 24 de outubro de 2013.

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA Presidente Convênio AMPARA

40

APÊNDICE 2

Ilmo Sr.
Antônio Carlos Maffei Bragiato
Presidente Convênio AMPARA

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo identificar o perfil lipídico de um grupo de idosos de um convênio médico, investigando fatores modificáveis e não-modificáveis relacionados à DCV presentes na vida dos idosos em estudo; levantando a ocorrência de dislipidemias na população do estudo.

As informações serão coletadas por meio de prontuários onde serão analisadas separadamente e agrupadas em categorias: características sociodemográficas, sexo, idade, IMC, hábitos de vida (alimentação, prática de atividade física), saúde emocional e avaliação dos níveis de Colesterol Total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL), Triglicérides(TG), lipoproteína de baixa densidade(LDL).

Essas informações serão armazenadas em um banco de dados e, posteriormente sintetizadas em tabelas, possibilitando melhor organização e sistematização das informações coletadas.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora. As informações serão alimentadas diretamente em um banco de dados, elaborado pela pesquisadora juntamente com orientadora da mesma e laboratório de informática da UNAERP.

Não haverá situação de risco para os participantes. Ressaltam os benefícios, pois conheceremos os resultados de exames e poderemos refletir sobre eles, bem como desenvolver melhorias condição de saúde dos clientes e da própria empresa.

A pesquisa será desenvolvida após autorização do Diretor Clínico e Gerente da equipe da Medicina Preventiva da AMPARA de São Sebastião do Paraíso - MG, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto. Haverá contribuição para o meio científico com esta pesquisa, que poderá ofertar novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros.

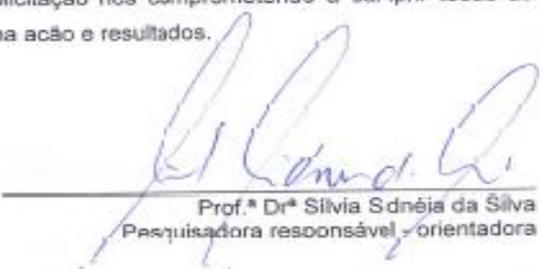
Cont. Anexo A

41

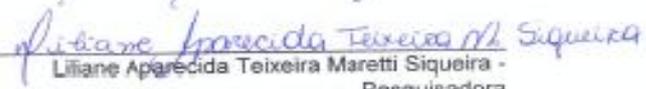
observaremos os riscos cardíacos em clientes idosos do Convênio Ampara do Município de São Sebastião do Paraíso.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof.ª Dr.ª Sílvia Sdnéja da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora


Liliame Aparecida Teixeira Maretti Siqueira -
Pesquisadora

Autorizado Dr. Antônio Carlos M. Bragiato
Médico - CRM 20.977


Antônio Carlos Maffei Bragiato
Presidente - Convênio AMPARA

17/11/2013

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Coordenadora do Serviço de Medicina Preventiva AMPARA

APÊNDICE 3

Ilma. Sra.
Vanessa Helena de Lima Pádua
Coordenadora do Serviço de Medicina Preventiva AMPARA

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo identificar o perfil lipídico de um grupo de idosos de um convênio médico, investigando fatores modificáveis e não-modificáveis relacionados à DCV presentes na vida dos idosos em estudo; levantando a ocorrência de dislipidemias na população do estudo.

As informações serão coletadas por meio de prontuários onde serão analisadas separadamente e agrupadas em categorias: características sociodemográficas, sexo, idade, IMC, hábitos de vida (alimentação, prática de atividade física), saúde emocional e avaliação dos níveis de Colesterol Total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDL), Triglicerídeos(TG), lipoproteína de baixa densidade(LDL).

Essas informações serão armazenadas em um banco de dados e, posteriormente sintetizadas em tabelas, possibilitando melhor organização e sistematização das informações coletadas.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora. As informações serão alimentadas diretamente em um banco de dados, elaborado pela pesquisadora juntamente com orientadora da mesma e laboratório de informática da UNAERP.

Não haverá situação de risco para os participantes. Ressaltam os benefícios, pois conheceremos os resultados de exames e poderemos refletir sobre eles, bem como desenvolver melhorias condição de saúde dos clientes e da própria empresa.

A pesquisa será desenvolvida após autorização do Diretor Clínico e Gerente da equipe da Medicina Preventiva da AMPARA de São Sebastião do

Cont. ANEXO B

43

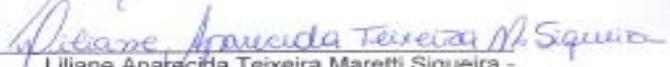
Paraiso – MG, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto. Haverá contribuição para o meio científico com esta pesquisa, que poderá ofertar novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros, observaremos os riscos cardíacos em clientes idosos do Convênio Ampara do Município de São Sebastião do Paraiso.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Silvia Sidneia da Silva
Pesquisadora responsável - orientadora



Liliane Apatecida Teixeira Maretti Siqueira -
Pesquisadora

Autorizado



AMPARA Associação Médico Paraiso Ltda
05/11/2013
Dra. Silvana Helena de Lima Padua
Médica de Família - Especialista em GPs

Coordenadora do Serviço de Medicina Preventiva AMPARA

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DO PERFIL LIPÍDICO DE UM GRUPO DE IDOSOS DE UM CONVÊNIO MÉDICO: IDENTIFICANDO CENÁRIOS

Pesquisador: Sílvia Sidônia da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24769613.7.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 515.941

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste estudo será de identificar o perfil lipídico de um grupo de idosos de um convênio médico do município de São Sebastião do Paraíso MG, utilizando-se de um serviço existente na operadora referida com Medicina Preventiva AMPARA. Será um estudo direcionado aos clientes que compõem a faixa etária de 60 anos ou mais da carteira do convênio. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, caráter retrospectivo e documental. Este projeto trabalhará com o tema perfil lipídico de um grupo de idosos, que torna-se relevante por crescente aumento desta faixa etária mundialmente e com ela trazem riscos de morbimortalidades como as doenças crônicas não transmissíveis resultando em risco de doenças do aparelho circulatório. Presume-se que em dez anos a população de idosos do mundo será de mais de um bilhão de pessoas e estudo sobre a condição de vida e saúde nessa faixa etária constitui-se em subsídios mais intervenções mais específicas e com maior adequação. O projeto foi apresentado de forma íntegra, respeitando todos as exigências acadêmicas e científicas.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3803-6779 Fax: (16)3803-6817 E-mail: cetica@unarp.br

Cont. Parecer do CEP UNAERP – ANEXO C

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 515.941

caráter retrospectivo e documental. Este projeto trabalhará com o tema perfil lipídico de um grupo de idosos, que torna-se relevante por crescente aumento desta faixa etária mundialmente e com ela trazem riscos de morbimortalidades como as doenças crônicas não transmissíveis resultando em risco de doenças do aparelho circulatório. Presume-se que em dez anos a população de idosos do mundo será de mais de um bilhão de pessoas e estudo sobre a condição de vida e saúde nessa faixa etária constitui-se em subsídios mais intervenções mais específicas e com maior adequação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão adequados.

Recomendações:

Substituir a citação Resolução 196/96, pois esta foi REVOGADA e SUBSTITUIDA, pela RESOLUÇÃO 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 27 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cotlos@unerp.br