

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Diego Alves dos Santos

**Condições de saúde e de funcionalidade de idosos cadastrados nas
estratégias de saúde da família de Governador Valadares-MG**

JUIZ DE FORA
2019

Diego Alves dos Santos

**Condições de saúde e de funcionalidade de idosos cadastrados nas
estratégias de saúde da família de Governador Valadares-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física associado à Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Andréia Cristiane Carrenho Queiroz

Coorientador: Prof^a. Dr^a Clarice Lima Alvares Da Silva

JUIZ DE FORA

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Diego Alves.

Condições de saúde e de funcionalidade de idosos cadastrados nas estratégias de saúde da família de Governador Valadares-MG / Diego Alves Santos. -- 2019.

74 p.

Orientadora: Andréia Cristiane Carrenho Queiroz

Coorientadora: Clarice Lima Alvares Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2019.

1. Envelhecimento. 2. Capacidade funcional. 3. Serviço de saúde. I. Queiroz, Andréia Cristiane Carrenho, orient. II. Silva, Clarice Lima Alvares, coorient. III. Título.

Diego Alves dos Santos

Condições de saúde e de funcionalidade de idosos cadastrados nas estratégias de saúde da família de Governador Valadares-MG

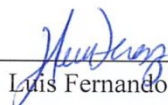
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Aprovada em 26/07/79

BANCA EXAMINADORA



Prof(a). Dr(a) Andréia Cristiane Carrenho Queiroz - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora *campus* Governador Valadares



Luis Fernando Deresz
Universidade Federal de Juiz de Fora *campus* Governador Valadares



Prof(a). Dr(a) Carlos Roberto Bueno Júnior
Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da USP, EEFERP-USP

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir que todo esse processo acontecesse, me dando saúde, força, coragem e persistência, para a realização de um sonho. Me amparando nos momentos mais difíceis e não me deixando desistir.

A minha família, que sem ela nada disso teria acontecido.

A minha mãe, a quem me espelho todos os dias, obrigado pelo amor, carinho, educação e todos os ensinamentos os quais carrego comigo durante toda minha vida. Ao incentivo e todos os puxões de orelha para que me tornasse uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos Leandra e Leonardo pelo companheirismo e força de sempre. Obrigado pela força, preocupação e torcida de sempre.

As minhas tias, que ajudaram na minha criação e acompanharam meu crescimento.

Aos meus amigos que mesmo distantes estavam sempre na torcida. Sempre com uma palavra de carinho e conforto nos momentos difíceis. Obrigado por compartilharem sua alegria com meu resultado.

A minha orientadora Profa. Dra. Andreia Queiroz, por depositar sua confiança em mim durante esses dois anos ao decorrer do projeto. Sem você nada disso teria acontecido. Obrigado pela orientação excepcional, aprendi muito durante esses anos, obrigado também por todas as vezes que ficou sem dormir e me ajudando à trabalhar até tarde. Te admiro não apenas por ser uma exemplar profissional, mas também pelo caráter, exemplo de ser humano e de humildade.

A minha coorientadora Clarice, por aceitar no auxílio do andamento do projeto e as vezes que ajudou no que foi solicitado.

Aos técnicos administrativos Josias, Bruna, Juliana e Roberto por todas as vezes que precisei de ajuda em relação a disponibilização de sala para coleta dos dados.

Aos alunos de graduação que auxiliaram no decorrer do projeto. Sem vocês nada disso também teria acontecido. Obrigado pela doação durante as coletas mesmo em dias de sol forte e de férias.

Aos amigos Keveenrick e Ilha, muito obrigado pela disposição em sempre ajudar. Principalmente na reta final com a dissertação.

Aos professores da Pós-Graduação UFJF/GV, em especial, Bianca Miarka, Pedro Henrique e Ciro Brito, pela oportunidade de poder colaborar em seus projetos.

Aos membros da banca examinadora por aceitarem participar e colaborar com esta dissertação.

Ao secretário da Pós Graduação da UFJF, Roberto Matos, que sempre esteve disposto a resolver qualquer pendência administrativa e que se propunha a me informar sobre os assuntos relacionados à Pós-Graduação.

À todos os participantes que ajudaram nesta pesquisa, à Prefeitura Municipal de Governador Valadares, à Direção e os funcionários da Secretaria de Saúde de Governador Valadares, aos alunos de graduação e pós-graduação que participaram da coleta de dados e aos apoios financeiros da Pró-Reitoria de Extensão e Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, Fapemig (Processo: APQ 00133-14), CNPq (Processo: 432314/2016-4) e PROEX - Ministério da Educação.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização e conclusão deste sonho.

“Fé em Deus e pé na tábua...”
(Tribalistas)

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, assim como as outras fases vividas pelo indivíduo. A manutenção da saúde e da autonomia no decorrer do processo de envelhecimento é de extrema importância, tanto para o próprio indivíduo quanto para os setores de saúde. O objetivo do presente estudo foi avaliar as condições de saúde e de funcionalidade em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Governador Valadares, MG. Trata-se de um estudo quantitativo de cunho transversal e descritivo. Cento e noventa e um idosos cadastrados em dez unidades da ESF da zona urbana de Governador Valadares receberam visitas em seu próprio domicílio e responderam à dois questionários, um contendo perguntas sobre sua identificação, sexo e cultura; determinantes econômicos; determinantes sociais; determinantes pessoais; determinantes de acesso à saúde e determinantes comportamentais, e outro sobre a realização das atividades básicas da vida diária, através do questionário de Katz. Além disso, foram submetidos às medidas de peso e altura, para o cálculo de índice de massa corporal. Foi realizada uma análise descritiva e de associação, através do teste de Qui-quadrado. Os resultados estão apresentados em dados percentuais, considerando como significativo $p < 0,05$. Em relação à caracterização da amostra, 66,5% dos participantes foi do sexo feminino, 61,9% eram casados, 58,8% de religião católica, 64,4% recebe de um a três salários mínimos e 47,9% possui ensino fundamental incompleto. Em relação às condições de saúde e capacidade funcional, 56,2% estão satisfeitos com seu desempenho físico, 70,1% estão satisfeitos com a sua vida, 50,0% tem percepção da própria saúde como razoável, 68,6% relataram hipertensão arterial, 79,4% relataram uma ou mais doenças cardiometabólicas e/ou respiratórias, 90,2% relataram não praticar atividades físicas de lazer pelo menos 150 minutos por semana e mais de 93% demonstrou ser independente para realização das atividades básicas da vida diária. Em conclusão, os idosos cadastrados na ESF de Governador Valadares, Minas Gerais, apresentaram satisfação com a vida e com o desempenho físico, percepção de saúde razoável, realização de consultas médicas e receberam visita domiciliar de algum profissional de saúde nos últimos 12 meses, alta presença de hipertensão arterial e presença de associação de doenças cardiometabólicas e/ou respiratórias, baixo nível de prática de atividades físicas de lazer e independência para realização das atividades básicas da vida diária.

Palavras-chave: Envelhecimento. Capacidade funcional. Serviço de saúde.

ABSTRACT

Health and functionality conditions of elderly subjects enrolled in Family Health Strategy of the Governador Valadares - Minas Gerais.

Aging is a natural process, as well as the other stages experienced by the subjects. The maintenance of health and autonomy is extremely important, both for the subjects and for the health services. The aim of the present study was to evaluate the health and functional conditions in elderly enrolled in the Family Health Strategy (FHS) of Governador Valadares, Minas Gerais. This is a cross-sectional and descriptive study. One hundred and ninety-one elderly subjects enrolled in ten FHS of the urban area received visits in their own home and answered a questionnaire about their identification, gender and culture; economic determinants; social determinants; personal determinants; determinants of health access; behavioral determinants and performance in the basic activities of daily life. The data are presented in percentage. Regarding the characterization of the sample, 66.5% of the sample was female, 61.9% were married, 58.8% were Catholic, 64.4% received from one to three minimum salary and 47.9% had incomplete elementary school. Regarding health conditions and functional capacity, 56.2% are satisfied with their physical performance, 70.1% are satisfied with their life, 50.0% have their own perception of health as reasonable, 68.6% reported arterial hypertension, 79.4% reported one or more cardiometabolic and/or respiratory diseases, 90.2% do not engage in leisure physical activity for at least 150 minutes per week and more than 93% demonstrated independence for performing basic activities of daily living. In conclusion, the elderly subjects, enrolled in the FHS of Governador Valadares, presented satisfaction with life and physical performance, reasonable health perception, realized medical consultations and received a home visit from a health professional in the last 12 months, high presence of arterial hypertension and presence of association in cardiometabolic and/or respiratory diseases, low level of leisure physical activity practice and independence to perform basic activities of daily living.

Key words: Aging. Functional capacity. Health service.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais da amostra dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	28
Tabela 2 – Características econômicas da amostra dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	30
Tabela 3 – Características sociais da amostra dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	31
Tabela 4 – Satisfação com o desempenho físico e com a vida dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	34
Tabela 5 – Presença de doenças ou problemas de saúde autorreferidos dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	34
Tabela 6 – Número de pessoas e de acometimentos divididos por classe de doenças dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	36
Tabela 7 – Determinantes de acesso a saúde dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	37
Tabela 8 – Determinantes comportamentais associados à saúde dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	39
Tabela 9 – Características da prática de atividade física de lazer dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	40
Tabela 10 – Necessidade de assistência para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	42
Tabela 11 – Classificação pelo Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	43
Tabela 12 – Relação entre a faixa etária e os determinantes econômicos e pessoais dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.....	44

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACOES E SÍMBOLO

(*)	Poderia ser relatada mais de uma alternativa
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	ndice de massa corporal

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo cadastro nas unidades da Estratégia de Saúde da Família.....	21
Tabela 2 – Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICO	19
3 MÉTODOS	20
3.1 DESENHO EXPERIMENTAL	20
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA	20
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	22
3.4 CALIBRAÇÃO DOS ENTREVISTADORES	22
3.5 COLETA DE DADOS	23
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
4 RESULTADOS	27
5 DISCUSSÃO	46
5.1 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	46
5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE	48
5.3 CONDIÇÕES DE FUNCIONALIDADE	50
5.4 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DO ESTUDO	53
5.5 LIMITAÇÕES	54
CONCLUSÃO	55

REFERÊNCIAS	56
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF	64
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
ANEXO 3 – Acordo de cooperação entre a UFJF e a Secretaria de Saúde de Governador Valadares	70
ANEXO 4 – Questionário/roteiro de entrevista	71

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, assim como as outras fases vividas pelo indivíduo. Esse processo possui como características alterações biopsicossociais específicas devido ao avanço da idade (FERREIRA et al., 2010), como a redução da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, resultando uma modificação da pirâmide etária, na qual o número de idosos aumenta e o de crianças e jovens diminui (SANTOS; DORONIN, 2017). O envelhecimento é um fenômeno presente na população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). No Brasil, são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Estimava-se que em 2025, o Brasil atinja a 6ª colocação em número de idosos com 33,4 milhões de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Porém, já em 2017, o país já atingiu o número de 30,2 milhões de idosos (IBGE, 2018), levando a crer que as estimativas sobre o aumento do número de idosos serão superadas.

O processo de envelhecimento pode ser explicado pelo conceito de senescência, que é a natural redução progressiva da capacidade funcional. Neste sentido, seria o envelhecimento fisiológico do organismo marcado por um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas, sendo elas dinâmicas, progressivas e altamente associadas à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente (BALCOMBE; SINCLAIR, 2001). Entretanto, essa condição frequentemente está associada com a presença de uma ou mais doenças crônicas e limitações, caracterizando o conceito de senilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O rápido crescimento da população idosa tem gerado discussões sobre suas implicações sociais e de saúde, uma vez que a prevalência de algumas doenças crônicas, como as cardiovasculares, também tem aumentado (SUZMAN et al., 2015). O aumento na prevalência de doenças torna o indivíduo mais vulnerável à ocorrência de problemas como depressão, declínio funcional, dependência física, isolamento social e abandono, além da perda de produtividade e dificuldade em contribuir para com a comunidade em que vive (FERREIRA et al., 2012).

Em relação às doenças crônicas, no cenário mundial, as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade. Estimativas apontam que no ano de 2015 ocorreram aproximadamente 17,7 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, correspondendo a 31% de óbitos a nível global (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). Nos países de baixa e média renda estas doenças são responsáveis por mais de três quartos dessas mortes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). No Brasil, as doenças cardiovasculares também são as principais responsáveis pela taxa de mortalidade. Em 2013 ocorreram cerca de 339.672 óbitos por doenças cardiovasculares o que corresponde a 29,8% das mortes totais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Diversos fatores de risco estão associados à ocorrência desse grupo de doenças, como a presença de diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo (BALAKUMAR et al., 2016).

Segundo o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, sabe-se 7,6% da população seja diagnosticada com diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Outras doenças crônicas, comuns nos idosos, são as reumáticas. Essas doenças apresentam como características a rigidez articular, dor e incapacidade física (GÂFVELS et al., 2014; MACHADO et al., 2004). A osteoartrite, por exemplo, acomete a 10% da população mundial e 4% da população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos (ALVES; BASSITT, 2013; FERREIRA et al., 2015). Em relação ao sistema ósseo, a osteoporose atinge cerca de 22,0% de idosos acima de 65 anos de idade (MARTINI et al., 2009). Além disso, cerca de gastos equivalentes à R\$ 288.986.335,15 foram utilizados no tratamento de idosos brasileiros entre os anos de 2008 a 2010 (MORAES et al., 2014). Essa doença está associada à ocorrência de fraturas que, por sua vez, são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pessoas idosas (COMPSTON; MCCLUNG; LESLIE, 2019). Ao decorrer do processo de envelhecimento, as alterações sofridas no sistema neuromuscular podem resultar na atrofia muscular. A sarcopenia, condição caracterizada por progressiva e generalizada perda de massa muscular, tem prevalência de em torno de 15,4% e 36,5% em idosos de 60-69 e ≥ 80 anos, respectivamente (YAZAR; YAZAR, 2018).

Diante essas alterações musculares e articulares, algumas capacidades como potência, velocidade, precisão dos movimentos, flexibilidade e força máxima reduzem (KHAN; SINGER; VAUGHAN, 2017). Neste sentido, a população com idade entre 70 a 80 anos tem sua força muscular reduzida numa taxa de 20% a 40%, já idosos com idade superior a 90 anos tem sua força muscular reduzida a 50% ou mais (GARCIA, 2008). Adicionalmente, são observados prejuízos funcionais elevados relacionados a redução da força muscular, do condicionamento físico e deficiência do sistema neuromuscular (FRANCO et al., 2009; NAKANO et al., 2014). Por outro lado, estudos demonstram que a ocorrência de doenças e suas consequências ou condições incapacitantes não são resultados inevitáveis do processo de envelhecimento (NASCIMENTO et al., 2011; VERAS, 2009; VERAS et al., 2007). Desta forma, a prevenção, mesmo nas fases mais tardias da vida, é efetiva e torna-se essencial para um envelhecimento saudável e ativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Neste sentido, a prática de atividade física como tratamento não medicamentoso é de fundamental importância tanto para prevenção quanto para o tratamento de diversas doenças crônicas (TAYLOR et al., 2004).

Sabe-se que o estilo de vida fisicamente ativo pode influenciar de maneira positiva na saúde do indivíduo e na sua capacidade funcional (BREDA; WATTS, 2017). Um indivíduo é considerado capaz funcionalmente quando o mesmo consegue realizar de atividades consideradas normais para a vida humana (MURRAY; LOPEZ, 1996). Não obstante, as atividades básicas da vida diária (ABVD), como vestir-se banhar-se, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se e continência, tem sido uma ferramenta importante no que diz respeito a funcionalidade dos idosos (BUURMAN et al., 2011). A manutenção da autonomia no decorrer do processo de envelhecimento é de extrema importância, tanto para o próprio indivíduo quanto para os setores de saúde (SAAD, 2016).

A investigação do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos pode auxiliar os profissionais de saúde em futuras ações preventivas e curativas, além da promoção de qualidade de vida nessa população (BRANCO et al., 2017). Sabe-se que os indivíduos com maior poder aquisitivo possuem maior facilidade em obter acesso à serviços de saúde do que indivíduos mais carentes financeiramente (ALMEIDA et al., 2017). Investigar e compreender os determinantes econômicos,

sociais, pessoais, comportamentais e de acesso a saúde é de grande relevância, visando a busca de um envelhecimento ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em algumas cidades brasileiras, estudos já foram realizados com o objetivo de investigar e descrever o perfil de saúde e de funcionalidade da população idosa (CRISTINA VIANA CAMPOS et al., 2017; DE OLIVEIRA ARAÚJO; MANCUSSI E FARO, 2014) , porém, ainda não na cidade de Governador Valadares, localizada no leste de Minas Gerais. Nesta cidade, alguns estudos foram realizados a partir de coletas durante a realização de feiras de saúde (SANTOS et al., 2017a, 2017b, 2018). Nestas pesquisas, a amostra foi composta por pessoas idosas que possuíam o interesse e possibilidade de deslocamento até os locais de coleta. Este tipo de pesquisa possui limitações metodológicas no ponto de vista de seleção amostral em nível populacional. Desta forma, ainda são necessários esforços para entender as formas de se envelhecer e suas condições de saúde e funcionalidade na presente cidade, a partir de um estudo mais bem delineado metodologicamente. Como implicação clínica, espera-se que este conhecimento possa acarretar na elaboração e implantação de políticas públicas e/ou privadas específicas e direcionadas para as características de saúde e de funcionalidade da população idosa de Governador Valadares, Minas Gerais.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Avaliar as condições de saúde e de funcionalidade em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Governador Valadares, Minas Gerais.

2.2 ESPECÍFICOS

Em idosos cadastrados na ESF de Governador Valadares, Minas Gerais:

- a) investigar as condições de saúde, como os determinantes econômicos, sociais, pessoais, comportamentais e de acesso à serviços de saúde;
- b) avaliar a funcionalidade para a realização das ABVD, como banho, vestir, ir ao banheiro, continência, transferência e alimentação;
- c) investigar a relação entre a faixa etária e os determinantes econômicos, sociais, pessoais, comportamentais e de acesso à serviços de saúde.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO EXPERIMENTAL

Trata-se de um estudo de cunho transversal e descritivo. Sendo as condições de saúde e de funcionalidade as variáveis dependentes.

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A cidade de Governador Valadares apresenta 56 unidades da ESF implantadas atualmente, com cobertura de 72,6% da população residente (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014). O território urbano do município conta com 25.905 idosos com idade entre 60 a 80 anos (IBGE, 2019). A zona urbana do município é dividida geograficamente pela Secretaria de Saúde em nove regiões/distritos de saúde, cada qual contendo entre 2 e 10 unidades da ESF em seu território. Para este trabalho, foram selecionadas 10 unidades da ESF, sendo pelo menos 1 unidade por distrito de saúde, de forma a abranger todo o território urbano e permitir a obtenção de amostra de idosos, visando a diversidade das variáveis estudadas.

Para o presente estudo o tamanho amostral correspondeu a 173 indivíduos, com erro de 5% e nível de confiança de 90%. Em cada unidade da ESF foi realizado levantamento do número total de idosos cadastrados e realizado um sorteio para a escolha aleatória dos indivíduos que seriam convidados para participar da pesquisa, por meio do aplicativo gratuito denominado "SORTEIO". Inicialmente foram realizados 20 sorteios para cada unidade da ESF. Posteriormente, os sorteios para seleção dos participantes tiveram que ser repetidos mais uma vez em todas as unidades da ESF selecionadas, devido a rejeição dos primeiros sorteados ao receber a visita domiciliar e a desatualização dos cadastros dos pacientes junto à

ESF. Na Figura 1 está descrito o número de indivíduos cadastrados e avaliados em cada unidade da ESF.

Unidades da Estratégia Saúde da Família	População idosa cadastrada	População idosa avaliada
Altinópolis	693	20
Caic II	241	14
Ipê	483	20
Novo Horizonte	251	20
Santa Helena	889	20
Santa Paula	332	17
Santa Rita I	442	20
Santos Dumont	352	20
São Paulo	1.721	20
Vila Parque Ibituruna	473	20
TOTAL	5.877	191

Figura 1 - Distribuição da amostra segundo cadastro nas unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Os critérios de inclusão consideraram: Cadastro na unidade da ESF selecionada; Idade de 60 a 80 anos; Aceitar a visita domiciliar; Assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido. Foram considerados critérios de exclusão: Não conseguir responder as questões sobre auto percepção.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

É relevante salientar que este projeto de pesquisa pertence a um projeto maior intitulado: “Indicadores de Saúde e Envelhecimento Ativo na população adulta e idosa de Governador Valadares, MG.” Este projeto tem como objetivo avaliar 834 adultos e idosos na cidade de Governador Valadares. O projeto maior está cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Número do Parecer: 3.339.659 – ANEXO 1). A coleta de dados foi realizada após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo respeitados todos os requisitos expressos na resolução 466/2012. Para a realização deste projeto maior, que tem interface de extensão e de pesquisa, foi celebrado um acordo de cooperação entre a Instituição (Universidade Federal de Juiz de Fora) e a Secretaria de Saúde de Governador Valadares (ANEXO 3).

3.4 CALIBRAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Anteriormente à coleta dos dados, as equipes de campo foram treinadas em oficinas de capacitação com duração de 32 horas. Os objetivos das oficinas eram: (a) detalhar a operacionalização das etapas do trabalho; (b) compreender as atribuições de cada participante; (c) discutir aspectos teóricos e práticos das variáveis investigadas e (d) assegurar um grau de uniformidade nos procedimentos.

3.5 COLETA DE DADOS

As coletas foram realizadas por bolsistas e voluntários graduandos dos cursos de Nutrição, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, e pós-graduandos da área da Educação Física, sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis. Os participantes selecionados nas unidades da ESF receberam visitas domiciliares e foram convidados a participar da pesquisa.

Para a realização da entrevista estruturada, visando à caracterização da saúde em diferentes domínios, foi utilizado um instrumento adaptado (VICENTE, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), associado à avaliação da capacidade funcional para a realização das ABVD. O questionário/roteiro de entrevista se encontra no Anexo 4. Além disso, os participantes foram submetidos as medidas de peso e altura para o cálculo de índice de massa corporal (IMC).

As condições de saúde dos idosos foram avaliadas pelos seguintes aspectos:

- a) Identificação, Sexo e Cultura - Para identificação, gênero e cultura foram utilizadas as seguintes perguntas: (1) nome, (2) data de nascimento/idade, (3) gênero, (4) religião e (5) estado civil;
- b) Determinantes Econômicos - As perguntas utilizadas para a obtenção do perfil econômico dos idosos consistiam: (1) fonte de renda, (2) renda mensal em salários mínimos, (3) recebimento de auxílio informal [dinheiro, medicamento ou alimento de instituições ou terceiros] e (4) número de dependentes da renda do idoso;
- c) Determinantes Sociais - Para o perfil social foram colhidas as seguintes informações: (1) escolaridade, (2) violência e maus tratos, (3) convívio no domicílio, (4) redes de apoio social e (5) trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias;
- d) Determinantes Pessoais - Para a avaliação dos determinantes pessoais do envelhecimento ativo, foram dirigidas ao entrevistado perguntas sobre (1) auto avaliação da saúde, (2) grau de satisfação com o desempenho físico, (3) grau de satisfação com a vida, (4) presença autorreferida de doenças;

- e) Determinantes de Acesso à Saúde - Entre os determinantes de acesso à saúde foram avaliados, por meio de perguntas estruturadas, os seguintes itens: (1) acesso à medicamentos [SUS, particular/compra ou doação], (2) número de consultas médicas nos últimos 12 meses e justificativa para sua não ocorrência quando for o caso, (3) número de internações hospitalares nos últimos 12 meses e justificativa para sua não ocorrência quando for o caso e (4) ocorrência de visitas domiciliares nos últimos 12 meses e descrição dos profissionais de saúde e/ou de assistência social que as fizeram nesse período;
- f) Determinantes Comportamentais - Para avaliação dos determinantes comportamentais do envelhecimento ativo dos participantes, serão realizadas perguntas estruturadas acerca de hábitos de (1) tabagismo, (2) consumo de bebidas alcoólicas, (3) prática de atividade física (≥ 150 minutos de atividade física de lazer moderada), (4) tipo, frequência, duração e intensidade das atividades físicas realizadas.

A capacidade funcional foi avaliada pelo Índice de Independência nas ABVD (KATZ et al., 1963), instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) para identificação do nível de independência. Este instrumento se baseia no desempenho do idoso para a realização de seis funções: banho, vestir, ir ao banheiro, continências, transferências e alimentação.

Para cada função os indivíduos foram questionados em relação à necessidade ou não de ajuda parcial ou de ajuda total, assim como descrito abaixo:

- tomar banho (Nenhuma: não recebe assistência; Ajuda parcial: recebe assistência somente para uma parte do corpo; Total: recebe assistência em mais de uma parte do corpo);

- se vestir (Nenhuma: pega roupas e sapatos e se veste sozinho; Ajuda parcial: precisa de ajuda para os sapatos; Total: recebe assistência para se vestir e para calçar os sapatos);

- banheiro (Nenhuma: sem assistência para se limpar e para se vestir após eliminações urinárias e fecais; Ajuda parcial: recebe assistência para se vestir e higienizar e a noite utiliza equipamento específico para não se deslocar ao banheiro;

Total: não vai ao banheiro nem para urinar e nem evacuar – utilização de fraudas, cateter ou similares);

- continência (Nenhuma: controle total sobre funções urinárias e fecais; Ajuda parcial: acontecem acidentes de perdas urinárias ou fecais; Total: utilização de fraudas, cateter ou similares);

- transferência (Nenhuma: ir da cama para a cadeira ou da cadeira para a cama sem assistência – podendo utilizar objeto de apoio; Ajuda parcial: ir da cama para a cadeira ou da cadeira para a cama com auxílio de terceiros; Total: acamado);

- alimentação (Nenhuma: alimenta-se sem assistência; Ajuda parcial: alimenta-se sem assistência, exceto para cortar alimentos, passar manteiga em pão, etc; Total: recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por sonda).

A partir da avaliação de cada uma destas funções foi possível classificar os indivíduos como independentes ou dependentes de acordo com a descrição presente na Figura 2.

<i>Índice ABVD</i>	<i>Classificação</i>
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificadas em C,D,E e F.

Figura 2. Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária (KATZ et al., 1963).

O peso foi aferido por meio de balança eletrônica digital portátil Líder P150M®, com capacidade para 200 Kg e precisão de 50g. A estatura foi aferida utilizando-se estadiômetro portátil Alturaexata®, com capacidade de 2 metros, dividido em centímetros e subdividido em milímetros e o IMC foi calculado a partir das medidas de peso e estatura, representando a relação kg/m². Ambas as medidas seguiram técnicas descritas na literatura (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995)

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos durante as entrevistas foram tabulados com a utilização o pacote Microsoft Office, com dupla entrada de dados para minimizar os erros. A estatística descritiva foi realizada através do *software* “Statistical Package for the Social Sciences” (IBM-SPSS Statistics, versão 20.0). Os resultados dos dados categóricos e discretos estão apresentados em distribuição de frequências absolutas (N) e relativas (%) percentual. Os dados contínuos estão apresentados em média \pm desvio padrão, devido à normalidade alcançada a partir do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado, considerando como significativo, $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Foram avaliados 191 idosos com idade de 60 a 80 anos cadastrados nas unidades da ESF de Governador Valadares. As características gerais da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	
N	191
Idade	68,5±5,5
Faixa etária	
60 – 69 anos	107 (56,0%)
70 – 80 anos	84 (43,3%)
Peso (Kg)	69,6±13,6
Altura (m)	1,6±0,1
IMC (Kg/m²)	28,8±5,8
Sexo	
Masculino	63 (33,0%)
Feminino	128 (67,0%)
Estado civil	
Casado	117 (61,3%)
Vive com companheiro	8 (4,2%)
Solteiro	10 (5,2%)
Viúvo	42 (22,0%)
Separado/divorciado	14 (7,3%)

Continua...

Variáveis

Religiosidade

Católico	112 (58,7%)
Evangélico/protestante	76 (39,8%)
Espírita	1 (0,5%)
Nenhuma	0 (0,0%)
Outra	2 (1,0%)

Dados apresentados em média±desvio padrão ou N (%).

A amostra selecionada foi caracterizada na sua maioria por idosas, com sobrepeso, casado (a) e de religião católica.

Na Tabela 2 estão apresentadas as características econômicas da população avaliada.

Tabela 2 - Características econômicas dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	N (%)
Fonte de renda	
Sem renda	33 (17,3%)
Aposentado	123 (64,4%)
Salário	10 (5,2%)
Pensão	19 (9,9%)
Auxílio	6 (3,2%)
Renda mensal	
< 1 Salário mínimo	60 (31,4%)
1 a < 3 Salários mínimos	123 (64,4%)
3 a < 5 Salários mínimos	5 (2,6%)
≥ 5 Salários mínimos	3 (1,6%)
Dependentes da renda	
Própria pessoa	68 (35,6%)
2 pessoas	70 (36,6%)
3 pessoas	28 (14,7%)
≥ 4 pessoas	25 (13,1%)

Dados apresentados em N (%).

A principal fonte de renda encontrada foi a aposentadoria. A maior faixa de renda mensal encontrada foi a de um a três salários mínimos, a qual, na sua maioria, são dependentes da renda a própria pessoa ou mais um indivíduo.

As características sociais estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características sociais dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	N (%)
Escolaridade	
Lê e escreve	13 (6,8%)
Analfabeto	28 (14,7%)
Fundamental incompleto	92 (48,2%)
Fundamental completo	21 (11,0%)
Médio incompleto	8 (4,2%)
Médio completo	17 (8,9%)
Superior incompleto	2 (1,0%)
Superior completo	10 (5,2%)
Violência e maus tratos (*)	
Roubado em casa	38 (19,9%)
Roubado na rua	36 (18,8%)
Forçado a realizar alguma atividade	6 (3,1%)

Continua...

Variáveis	N (%)
Forçado a deixar seus rendimentos	3 (1,6%)
Abusado sexualmente	3 (1,6%)
Sente-se abandonado pela família	23 (12,0%)
Sente-se abandonado pela sociedade	9 (4,7%)
Nenhuma das situações	102 (53,4%)
Convívio no domicílio (*)	
Sozinho	22 (11,5%)
Com os pais	6 (3,1%)
Cônjuge ou companheiro	121 (63,4%)
Filhos	68 (35,6%)
Netos	34 (17,8%)
Outros familiares	24 (12,6%)
Cuidador	1 (0,5%)
Rede de apoio (*)	
Participa de grupo de convivência	28 (14,7%)
Frequenta igreja ou grupos religiosos	106 (55,5%)
Participa de associações	11 (5,8%)
Convive com pessoas fora de casa	66 (34,6%)
Fica o tempo todo em casa	84 (44,0%)

Continua...

Variáveis	N (%)
Trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias (*)	
Não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários	93 (48,7%)
Participa como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias	38 (19,9%)
Responsável pela organização da casa	83 (43,5%)
Presta cuidados domiciliares a outros membros da família	31 (16,2%)
Executa trabalho não remunerado de horta, jardinagem ou cuidado com animais em casa	24 (12,6%)

Dados apresentado em N (%). (*) Poderia ser relatada mais de uma alternativa.

Os indivíduos avaliados apresentaram como características prevalentes: possuir o ensino fundamental incompleto, não ter sofrido violência e maus tratos, conviver no domicílio com o companheiro(a), frequentar igreja e/ou grupos religiosos, não executar trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários e serem responsáveis diretos pela organização da casa.

A satisfação dos idosos estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Satisfação com o desempenho físico e com a vida dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	Muito insatisfeito / insatisfeito	Nem satisfeito / nem insatisfeito	Satisfeito / muito satisfeito
Desempenho físico	52 (27,2%)	31 (16,2%)	109 (56,6%)
Vida	25 (13,1%)	32 (16,8%)	134 (70,1%)

Dados apresentados em N (%).

A maior parte dos idosos se mostrou satisfeitos ou muito satisfeito com o seu desempenho físico e com a sua vida. Além disso, em relação a autopercepção da própria saúde, 38 (19,9%) à julgaram muito ruim ou ruim, 96 (50,3%) julgaram razoável e 57 (29,8%) julgaram como boa ou muito boa.

As doenças e problemas de saúde apresentados pela amostra encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 – Presença de doenças ou problemas de saúde autorreferidos dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Doença ou problema de saúde (*)	N (%)
Incontinências	59 (30,9%)
Problemas do coração	44 (23,0%)
Diabetes mellitus	62 (32,5%)
Hipertensão arterial	131 (68,6%)
Câncer	21 (11,0%)

Continua...

Doença ou problema de saúde (*)	N (%)
Doença de Parkinson	3 (1,6%)
Problemas de memória	29 (15,2%)
Artrose	72 (37,7%)
Reumatismo	37 (19,4%)
Osteoporose	40 (20,9%)
Doenças respiratórias	29 (15,2%)
Depressão	49 (25,7%)
Doenças infecciosas	7 (3,7%)
Insônia	75 (39,3%)
História de quedas ou fraturas	71 (37,2%)
Delírio	9 (4,7%)
Convulsões crônicas ou epilepsia	10 (5,2%)
Úlcera gástrica ou duodenal	43 (22,5%)
Sintomas do trato urinário baixo	31 (16,2%)
Doença renal crônica	11 (5,8%)
Síncope	43 (22,5%)
Outra doença	71 (37,2%)
Nenhuma	4 (2,1%)

Dados apresentado em N (%). (*) Poderia ser relatada mais de uma alternativa.

As doenças mais frequentes relatadas foram a hipertensão arterial, artrose e o diabetes. Além disso, foram relatados problemas de saúde incontinência, insônia e histórico de quedas e fraturas.

Na Tabela 6 estão apresentados os dados de pessoas e de acometimentos para cada classe de doença.

Tabela 6 – Número de pessoas e de acometimentos divididos por classe de doenças dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Doenças (*)	Nº de pessoas	Nº de ocorrências	Nº de pessoas (%)		
			1 Doença	2 doenças	3 ou mais doenças
Neuropsicológicas	73 (38,2%)	91	56 (76,7%)	16 (21,9%)	1 (1,4%)
Osteoarticulares	90 (47,1%)	149	47 (52,2%)	27 (30,0%)	16 (17,8%)
Cardiometabólicas e/ou respiratórias	152 (79,6%)	266	70 (46,0%)	55 (36,2%)	27 (17,8%)
Gastrointestinal e/ou renal	103 (53,9%)	144	70 (68,0%)	25 (24,3%)	8 (7,7%)
Infecciosas	7 (3,7%)	7	7 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Dados apresentado em N (%). (*) Poderia ser relatada mais de uma alternativa. Neuropsicológicas= Doença de Parkinson, problemas de memória grave, depressão, convulsões crônicas ou epilepsia. Osteoarticulares= Artrose, reumatismo, osteoporose. Cardiometabólicas e/ou respiratórias= Problemas do coração, diabetes mellitus, hipertensão arterial, asma, bronquite, insuficiência respiratória. Gastrointestinal e/ou renal= Incontinência urinária e fecal, úlcera gástrica ou duodenal, sintomas do trato urinário baixo, hiperplasia protástica benigna, doença renal crônica estágio IV ou menor. Infecciosas= Doenças infecciosas endêmicas da região (hanseníase, leishmaniose, tuberculose).

As doenças cardiovasculares e respiratórias foram às mais frequentes na amostra estudada, sendo que a maioria a amostra (79,6%) apresenta uma ou mais doenças desta classe.

Na tabela 7 estão caracterizados os determinantes de acesso ao serviço de saúde.

Tabela 7 – Determinantes de acesso a saúde dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	N (%)
Acesso a medicamentos (*)	
Sistema Único de Saúde	114 (59,7%)
Particular (compra na farmácia)	132 (69,1%)
Outra forma	2 (1,0%)
Não usa medicamento	14 (7,3%)
Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses	
Sim	168 (88,0%)
Não	23 (12,0%)
Sofreu alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses	
Sim	23 (12,0%)
Não	168 (88,0%)
Visita domiciliar nos últimos 12 meses (*)	
Sim	121 (63,4%)
Não	70 (36,6%)

Continua...

Variáveis	N (%)
Qual profissional realizou a visita domiciliar (*)	
Agente comunitário de saúde	108 (56,5%)
Médico	28 (14,7%)
Enfermeiro	39 (20,4%)
Assistente social	22 (11,5%)
Outro profissional de saúde	5 (2,6%)

Dados apresentado em N (%). (*) Poderia ser relatada mais de uma alternativa.

A maioria dos idosos adquirem seus medicamentos através do SUS e/ou de forma particular. Considerando os 12 meses anteriores, a maioria da amostra realizou no mínimo uma consulta médica e não sofreu internação hospitalar. Maior parte da amostra recebeu visitas domiciliares, as quais em sua maioria foram realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

As características comportamentais associadas à saúde estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Determinantes comportamentais associados à saúde dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	N (%)
Tabagismo	
Nunca fumante	107 (56,0%)
Fumante atual	17 (8,9%)
Ex-fumante	67 (35,1%)
Consumo de bebida alcoólica	
Não toma bebida alcoólica	157 (82,2%)
Em eventos sociais esporádicos	24 (12,6%)
1 a 3 dias por semana	5 (2,6%)
4 a 6 dias por semana	2 (1,0%)
Toma bebidas alcoólica diariamente	3 (1,6%)
Prática de atividade física de lazer	
Sim	19 (9,9%)
Não	172 (90,1%)

Dados apresentados em N (%).

A maior parte dos idosos nunca fumaram, não ingerem bebidas alcoólicas e não praticam pelo menos 150 minutos de atividade física de lazer por semana. Em relação aos idosos praticantes de atividade física (19 indivíduos), 73,7% possuem idade entre 60 a 69 anos, 63,2% do sexo masculino e 57,9% apresenta sobrepeso ($IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$). Na Tabela 9 estão descritas as características da atividade física

praticada pelos 19 indivíduos que relataram praticar pelo menos 150 minutos de atividade física de lazer por semana.

Tabela 9 – Características da prática de atividade física de lazer dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variáveis	N (%)
Tipo	
Caminhada/corrida	9 (47,4%)
Pedalar/ciclismo	0 (0,0%)
Ginástica localizada	1 (5,3%)
Pilates	0 (0,0%)
Musculação	0 (0,0%)
Esporte coletivo	1 (5,3%)
Natação/hidroginástica	4 (21,0%)
Dança	1 (5,3%)
Outra	3 (15,7%)
Frequência por semana	
1 ou 2 dias	2 (10,5%)
3 dias	4 (21,1%)
4 ou 5 dias	6 (31,6%)
6 ou 7 dias	7 (36,8%)

Continua...

Variáveis	N (%)
Minutos por dia	
< 30 minutos	2 (10,5%)
≥ 30 e < 60 minutos	9 (47,4%)
≥ 60 minutos	8 (42,1%)
Como se sente na maioria das vezes durante a atividade física	
Normal	6 (31,6%)
Ligeiramente cansado	3 (15,8%)
Cansado	9 (47,3%)
Muito cansado	1 (5,3%)
Exausto	0 (0,0%)

Dados apresentado em N (%). (*) Poderia ser relatada mais de uma alternativa.

A prática de atividade física de lazer com maior adesão pelos idosos foram a caminhada e a natação. Eles realizam essas atividades na maioria dos dias da semana e durante a mesma os indivíduos, em sua maioria, se sentem normais ou cansados.

As ABVD utilizadas para caracterizar a funcionalidade dos indivíduos estão dispostas na Tabela 10.

Tabela 10 – Necessidade de assistência para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária.

Atividades	Assistência		
	Nenhuma	Parcial	Total
Tomar banho	180 (94,3%)	6 (3,1%)	5 (2,6%)
Vestir	180 (94,3%)	6 (3,1%)	5 (2,6%)
Banheiro	182 (95,3%)	5 (2,6%)	4 (2,1%)
Continência	178 (93,2%)	12 (6,3%)	1 (0,5%)
Transferência	183 (95,8%)	6 (3,1%)	2 (1,1%)
Alimentação	189 (98,9%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)

Dados apresentados em N (%).

Na sua maioria, os indivíduos relataram não possuir nenhum tipo de dependência para a realização de suas ABVD, demonstrando independência em sua realização. Dentre os relatos de necessidade de assistência parcial, se destacou a ABVD de continência, ou seja, 12 pessoas (6,2%) relataram que acontecem acidentes de perdas urinárias ou fecais.

A classificação dos indivíduos de acordo com o Índice de Independência nas ABVD está apresentada na Tabela 11.

Tabela 11 – Classificação pelo Índice de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Nível de dependência	N (%)
A - Independente para todas as atividades	170 (89,0%)
B - Independente para todas as atividades menos uma	9 (4,8%)
C - Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional	2 (1,0%)
D - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional	3 (1,6%)
E - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional	1 (0,5%)
F - Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional	3 (1,6%)
G - Dependente para todas as atividades	1 (0,5%)
Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificadas em C, D, E e F	2 (1,0%)

Dados apresentados em N (%).

A maioria dos indivíduos se classificam na categoria de independência para a realização de todas as ABVD.

Foi testada a relação entre a faixa etária e os determinantes econômicos, sociais, pessoais, comportamentais e de acesso à serviços de saúde. As variáveis que se relacionaram com a faixa etária estão dispostas na Tabela 12.

Tabela 12 – Relação entre a faixa etária e os determinantes econômicos e pessoais dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Variável	60 a 69 anos	70 a 80 anos	P valor
Fonte de renda			
Sem renda	25 (13,1%)	8 (4,2%)	0,026
Aposentadoria	59 (30,9%)	64 (33,5%)	
Salário	8 (4,2%)	2 (1,0%)	
Pensão	11 (5,8%)	8 (4,2%)	
Auxílio social	4 (2,1%)	2 (1,0%)	
Renda mensal			
< SM	40 (20,9%)	20 (10,5%)	0,025
1 a < 3 SM	61 (31,9%)	62 (32,5%)	
3 a < 5 SM	5 (2,6%)	0 (0,0%)	
≥ 5 SM	1 (0,5%)	2 (1,0%)	
Avaliação da própria saúde			
Muito ruim ou ruim	13 (6,8%)	25 (13,1%)	0,006
Razoável	62 (32,5%)	34 (17,8%)	
Boa ou muito boa	32 (16,8%)	25 (13,1%)	
Hipertensão Arterial			
Sim	65 (34,0%)	66 (34,6%)	0,008
Não	42 (22,0%)	18 (9,4%)	

Continua...

Variável	60 a 69 anos	70 a 80 anos	P valor
Problema do coração			
Sim	18 (9,4%)	26 (13,6%)	0,021
Não	89 (46,6%)	58 (30,4%)	

Dados apresentado em N (%). SM= Salário mínimo.

Houve relação significativa entre as faixas etárias e a fonte de renda, renda mensal, avaliação da própria saúde, presença de hipertensão arterial e a presença de problema do coração. O grupo de 60 a 69 anos se mostrou mais relacionado com o fato de não receber renda, receber menos do que um salário mínimo, melhor avaliação de sua própria saúde, maior ausência de hipertensão arterial e maior ausência de problemas de coração.

5 DISCUSSAO

Os principais achados deste estudo foram que a maioria dos idosos avaliados relataram: satisfação com a vida e com o desempenho físico; percepção da própria saúde como razoável; ter realizado a consultas médicas e ter recebido visita domiciliar de algum profissional de saúde nos últimos 12 meses; presença de hipertensão arterial; presença de uma ou mais doenças cardiometabólicas e/ou respiratórias; não praticar atividades físicas de lazer pelo menos 150 minutos por semana; independência para realização das ABVD.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O termo envelhecimento ativo começou a ser utilizado pela Organização Mundial de Saúde no final da década de 90. Ao decorrer dos anos, cada vez mais tem sido ampliada a atenção aos diferentes fatores que possam influenciar e caracterizar o processo de envelhecimento, não somente os fatores relacionados à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Tais fatores podem ser identificados como determinantes econômicos, determinantes sociais, determinantes comportamentais, determinantes pessoais e serviços de saúde. Neste sentido, todos esses fatores são determinantes para um envelhecimento ativo e depende não apenas do indivíduo, mas também de sua família e do país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Desta forma, o estudo buscou caracterizar a amostra nos aspectos gerais, sociais e econômicos e, posteriormente, investigar as condições de saúde e de funcionalidade que englobam determinantes comportamentais, pessoais e serviços de saúde.

Segundo o Censo Demográfico do último IBGE, o município de Governador Valadares possui 25.905 idosos com idade entre 60 a 80 anos, sendo 10.992 homens e 14.913 mulheres (IBGE, 2019). Esses números corroboram com os encontrados no nosso estudo, no qual a maioria dos indivíduos avaliados são do sexo feminino. Vale a pena ressaltar que no presente estudo escolheu-se avaliar apenas indivíduos cadastrados nas unidades da ESF selecionadas (distribuídas

pelas 9 regiões da zona urbana de Governador Valadares) objetivando ter uma amostra que pudesse caracterizar a cidade como um todo. Um estudo anterior, realizado no estado do Rio Grande do Sul, também utilizou metodologia parecida, avaliados idosos de doze unidades da ESF, sendo encontrada uma amostra bastante semelhante no que diz respeito a distribuição de homens e mulheres (GROSS et al., 2018).

No presente estudo, a maioria dos idosos relataram ser da religião católica e frequentam igrejas ou grupos religiosos. Resultado semelhante ao encontrado com idosos cadastrados na ESF de Foz do Iguaçu, os quais 66,15% também de religião católica (FALLER et al., 2010). Em relação à maioria da amostra ser casada, resultados parecidos foram encontrados no estudo de Neves (2019), que avaliou idosos cadastrados na ESF em Várzea Grande, Mato Grosso, e demonstrou que 49,34% eram casados (NEVES et al., 2019) e de Gross e colaboradores (2018) em que 64% também são casados (GROSS et al., 2018).

Levando em consideração a fonte de renda e o nível de escolaridade, 63,4% dos avaliados recebem aposentadoria, 64,4% da amostra recebem de 1 a 3 salários mínimos e 47,9% possuem o ensino fundamental incompleto. O resultado encontrado foi bastante similar ao estudo de Faller e colaboradores (2010), no qual a maioria dos avaliados também apresenta ensino fundamental incompleto (68,2%), renda de 1 a 3 salários mínimos (79,0%) e recebe aposentadoria (76%) (FALLER et al., 2010). Esses dados demonstram que os idosos brasileiros acima de 60 anos apresentem características econômicas e educacionais bastante convergentes.

Um aspecto relevante, acessado na caracterização da presente amostra, é que considerando os aspectos sociais, parte da amostra relatou maus tratos. Além disso, 38,7% relatou que já foi roubado dentro ou fora de casa. Esses dados são superiores aos encontrados em outros estudos realizados recentemente no estado de Minas Gerais, no qual 20,9% dos idosos, também avaliados em domicílio, relataram sofrer violência física ou psicológica (MAPELLI DE PAIVA; DOS SANTOS TAVARES, 2015). Embora não seja o objetivo principal do presente estudo, este dado levantado a partir da caracterização da amostra faz uma alerta para que ações e políticas públicas se voltem para esta característica relacionada à população idosa.

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Nos resultados encontrados destaca-se a alta presença de satisfação com o desempenho físico e satisfação com a vida, 56,2% e 70,1%, respectivamente. Por outro lado, 50% relatou percepção da própria saúde como regular. É possível pensar que a satisfação da vida parece ser uma variável ampla que depende de diversos aspectos, não somente a ausência de doença. A auto avaliação de saúde é capaz de caracterizar a saúde individual e é um indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (BRUIN; PICALET; NOSSIKOV, 1996), refletindo a percepção integral do indivíduo, sobre aspectos biológicos, psicossocial e social (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Indivíduos que se mantém ativos e ocupados mesmo após a aposentadoria, apresentam maior satisfação com a vida (SCHWINGEL et al., 2009). Além disso, a permanência no trabalho na fase idosa pode estar relacionada a melhores condições de desempenho físico e maior satisfação com a vida (RIBEIRO et al., 2018). No presente estudo isso pode ser observado pelo número de idosos que fazem trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias, sobretudo, relacionados a organização da casa.

A doença com maior presença encontrada nos idosos foi a hipertensão arterial, afetando a 68,6% dos indivíduos. Sabe-se que hipertensão arterial é um quadro clínico multifatorial no qual o indivíduo apresenta sustentados níveis de pressão sistólica e/ou diastólica ≥ 140 e/ou 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Com o avanço da idade, a prevalência da doença se comportou de forma crescente, demonstrado pela análise da relação entre a faixa etária e a presença de hipertensão arterial vista no presente estudo. Sabe-se que, de fato, o número de diagnosticados com hipertensão arterial aumenta com o avanço da idade, sendo mais prevalente entre as mulheres e os que apresentaram menor nível de escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), ou seja, características similares à presente amostra. Entre os idosos das 27 cidades avaliadas pelo Ministério da Saúde, a prevalência de hipertensão arterial corresponde a 60,9% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Desta forma, a cidade de

Governador Valadares apresentou números de hipertensos maiores do que o encontrado pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Vale ressaltar que o presente estudo avaliou os idosos cadastrados nas unidades de ESF em seu próprio domicílio, realizando o contato pessoal com o participante e a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde avaliou os idosos por inquérito telefônico, essas diferenças metodológicas podem justificar os diferentes percentuais encontrados.

Além disso, foi observada grande presença de associação de uma ou mais doenças cardiometabólicas e respiratórias no mesmo indivíduo. Ademais, duas ou mais dessas doenças foram encontradas em 54,0% da amostra que apresentou alguma cardiometabólicas e respiratórias. Este dado é preocupante visto que estas doenças estão associadas com uma maior taxa de mortalidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). Dentro desta classe de doenças, além da hipertensão arterial, a outra doença em destaque foi o diabetes, que estava presente em 32,5% da amostra do presente estudo. Estima-se que 387 milhões da população mundial seja diabética (MOORADIAN; CHEHADE, 2012). Na capital de Minas Gerais 8,2% da população com idade superior a 18 anos se declararam diagnosticados com diabetes. Porém, a prevalência desta doença também aumenta com a idade, os idosos brasileiros apresentaram prevalência de 23,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Ademais, em pesquisa brasileira com que adotou metodologia parecida com o presente estudo, demonstrou que no sul do Brasil a prevalência de diabéticos foi de 23,5% (SILVA et al., 2016). Desta forma, o presente resultado sobrepõe os citados, tanto para a população acima de 18 anos, quanto para a população específica de idosos.

Os dados encontrados em Governador Valadares são preocupantes, pois sabe-se que o processo de envelhecimento pode ser acelerado pela presença do diabetes, acarretando ao indivíduo maior risco de desenvolvimento de fragilidade precocemente (PERKISAS; VANDEWOUDE, 2016). Idosos com diabetes tipo 2 apresentam um aumento de risco de quedas 17 vezes maior (PIJPERS et al., 2012). Neste sentido, foi possível observar no presente estudo que 36,6% dos idosos já apresentaram histórico de quedas ou fraturas. Estudos demonstram que após o

acometimento da primeira queda, os idosos caidores tem chances aumentadas de 66% em cair novamente no período de um ano (NEVITT et al., 1989).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, 87,1% realizou pelo menos uma consulta médica e 11,9% sofreu internação hospitalar no último ano. Além disso, os idosos em sua maioria receberam visitas domiciliares no último ano. Os profissionais que realizaram as visitas domiciliares aos idosos na cidade de Governador Valadares são das seguintes áreas: agentes comunitários (88,7%), médico (24,2%), enfermeiro (33,9%), assistente social (18,5%) e outros profissionais (4,0%). Esses dados demonstram que apesar da grande presença de doenças e problemas de saúde, os idosos estão tendo acesso ao serviço de saúde de formas variadas. Porém, vale ressaltar que é papel dos agentes comunitário de saúde acompanhar por meio de visitas domiciliares as famílias cadastradas nas unidades da ESF ao menos uma vez por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o que aparentemente não vem acontecendo de forma efetiva na cidade de Governador Valadares, uma vez que 36,6% dos avaliados relataram não ter recebido visita domiciliar de algum profissional de saúde nos últimos 12 meses.

A grande presença de doenças crônicas e problemas de saúde também pode acarretar maior necessidade de medicamentos, neste sentido, destaca-se que 93,3% relataram utilizar de algum tratamento medicamentoso. Desses, 65,2% conseguem ao menos um dos medicamentos via sistema único de saúde. Já 74,0% adquirem seus medicamentos de forma particular, sendo que a maioria dos idosos utilizam dos dois meios para o acesso medicamentoso. Vale ressaltar, entretanto, que de acordo com as características socioeconômicas a maioria dos indivíduos idosos recebem apenas de 1 a 3 salários mínimos.

5.3 CONDIÇÕES DE FUNCIONALIDADE

Referente aos determinantes comportamentais, 90,2% da amostra foi considerada fisicamente inativa, não atingindo o valor mínimo de 150 minutos de atividade física de lazer por semana. Tal resultado é alarmante ao ser comparado

com um estudo prévio realizado no mesmo município, que encontrou 48% de indivíduos inativos (SANTOS et al., 2017a). Vale ressaltar que o estudo de Santos et al. (2017a) avaliou adultos e idosos frequentadores de feiras de saúde. Esse público tem a característica de deslocar-se para encontrar os serviços de saúde prestados na cidade. Já no estudo atual a amostra foi composta apenas de idosos cadastrados nas unidades da ESF e os pesquisadores se deslocaram até seus respectivos domicílios. Esse público possivelmente não tem a atitude de buscar ações de promoção de saúde, incluindo a prática de atividade física de lazer. Estimativas apontam que 23,3% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos pratique atividade física de lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Já na capital Belo Horizonte, 38,9% entre adultos e idosos realizam no mínimo 150 minutos de atividade física moderada semanalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Desta forma, os resultados de nível de prática de atividade física do presente estudo são realmente muito diferenciados e preocupantes para a região leste de Minas Gerais.

Entre as atividades físicas mais relatadas no presente estudo destaca-se a prática de caminhada e natação/hidroginástica. A caminhada é uma das atividades que pode ser praticada em ambientes diversos e independe de equipamentos específicos, além disso, trata-se de uma atividade de fácil acesso, com grande potencial para tornar o indivíduo mais ativo (ADAMOLI; SILVA; AZEVEDO, 2011). Considerando os idosos que relataram fazer atividade física de lazer, 47,4% dos são praticantes de caminhada. Essa adesão pode ser justificada por se tratar de uma atividade física de baixo custo e de fácil acesso. Seguidamente, destaca-se também a prática de natação/hidroginástica, representando 21,0% da amostra praticante de atividade física. Durante o ano, a temperatura máxima na cidade de Governador Valadares permanece em torno de 35° (OLIVEIRA, 2012), este fato pode justificar uma maior adesão da população à prática de atividade física em meio aquático. Além disso, sabe-se que no processo de envelhecimento ocorre alterações no sistema muscular, resultando na perda de massa magra e força muscular, decorrente disso, prejuízos no controle do movimento são observados (YU et al., 2007). O treinamento resistido, por sua vez, é eficaz na melhora de massa muscular, força, marcha e equilíbrio (SAHIN et al., 2018). Entretanto, alarmantemente 0,0% da amostra estudada adere a prática de exercícios resistidos/musculação ou pilates. Ainda em relação ao tipo de atividade física praticada, cabe ressaltar, que ambas as

atividades com maior adesão são ofertadas de forma gratuita na cidade, fortalecendo assim a necessidade de implementação de projetos voltados com maior variedade de modalidades de maneira gratuita, para aumentar o nível de atividade física desses indivíduos. A procura por atividades gratuitas ou de baixo custo pode ser explicada também pela baixa renda encontrada na presente amostra.

O processo de envelhecimento resulta na redução gradativa da capacidade funcional que é imprescindível para a manutenção da independência funcional (ALVES et al., 2007). A capacidade funcional pode ser avaliada através das ABVD (ÄIJÄNSEPPÄ et al., 2005) e ela de forma reduzida resulta na dependência do indivíduo por alguém da própria família ou profissional específico, devido o déficit das habilidades para o autocuidado (MATOS et al., 2018). O índice KATZ, utilizado nesse estudo, é um instrumento de avaliação funcional que através das ABVD classifica o nível de dependência do idoso (APARECIDA; DUARTE; ANDRADE, 2007). No presente estudo mais de 94% dos idosos se mostraram independentes funcionalmente de realizar as ABVD sem nenhum tipo de assistência. Resultado este que se contrapõe com o percentual de idosos que relataram não fazer atividade física de lazer, se modo que mesmo não realizando esta prática atualmente, os idosos avaliados estão conseguindo manter a sua independência das ABVD.

Considerando a dependência funcional para a realização das ABVD, encontrou-se que 5,7% dos idosos necessitam de algum auxílio para tomar banho, 5,7% para vestir-se, 4,6% para uso do banheiro e 1,0% para alimentar-se. No estudo ELSI-Brazil foi encontrado 7,3%, 14,6%, 4,8%, 2,9%, respectivamente, para tomar banho, vestir-se, uso do banheiro e alimentar-se (LIMA-COSTA et al., 2018). Vale ressaltar que a maior limitação presente foi para as continências fecal e urinária que não foram avaliadas no estudo supracitado. O resultado do item continência do questionário KATZ contradiz com o relato dos mesmos idosos quando questionados sobre a presença de problema de saúde, visto que 30,9% dos idosos relataram incontinência urinária ou fecal. Esta contradição pode estar relacionada com a coleta das variáveis realizadas através de autorrelato, sendo possível que os idosos esqueçam algumas situações importantes que acontecem ou que já aconteceram na sua vida.

5.4 IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DO ESTUDO

A coleta de dados através das visitas nas casas dos idosos cadastrados nas unidades da ESF possibilitou a análise e entendimento do perfil populacional da região, no que diz respeito à presença de doenças, acesso a saúde e condições de funcionalidade. Considerando a aplicabilidade clínica dos presentes resultados, espera-se que este estudo possa contribuir de forma prática para os serviços de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária, por meio do alerta para a maior presença de doenças específicas e para a necessidade de estimular um maior nível de prática de atividade física. Além disso, a caracterização da amostra permitiu relatar condições de vulnerabilidade importantes que precisam ser consideradas para a estruturação de futuras ações, projetos e políticas públicas, com base nas reais carências da população de Governador Valadares.

Ainda são necessários mais esforços para a construção de conhecimento sobre os diferentes modos de envelhecer que permita a compreensão de seus aspectos individuais, intra e intersubjetivos, sociais, históricos e culturais, bem como suas interações e consequências ao longo de toda a vida. Assim, avaliações precoces e intervenções eficazes para um envelhecimento saudável são necessárias (PEDRO, 2013). Portanto, após os resultados encontrados na presente pesquisa, precisa-se estimular ações as quais promovam a autonomia dos idosos, tornando-os também responsáveis por seu processo de saúde-doença (LANGE et al., 2018). Por fim, futuras estratégias focadas na prevenção de doenças e melhora na qualidade de vida serão de extrema importância para um envelhecimento ativo e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Cabe destacar que o desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar apresenta-se como um dos grandes diferenciais, uma vez que permite uma relação próxima com as diversas áreas da saúde. O desenvolvimento de ações em saúde são atividades primordiais na formação profissional dos envolvidos, uma vez que permite a visão integralizada do processo saúde – doença.

5.5 LIMITAÇÕES

Este estudo possui algumas limitações. Os sorteios para seleção dos participantes tiveram que ser repetidos mais de uma vez em quase todas as unidades selecionadas da ESF, devido a rejeição dos primeiros sorteados ao receber a visita domiciliar e a desatualização dos cadastros dos pacientes junto à ESF.

Todas as variáveis foram coletadas por meio de autorrelato, sendo possível que os idosos não relatem corretamente algumas informações por esquecimento ou por desconhecerem o diagnóstico de alguma doença. Em relação ao nível de prática de atividade física, ela foi investigada apenas por autorrelato da prática de atividade física de lazer, não sendo consideradas outras atividades físicas como domésticas, de locomoção e de trabalho. Além disso, não foi possível a avaliação do nível de prática de atividade física através de um método mais direto, por exemplo, por acelerometria.

6 CONCLUSÃO

Os idosos avaliados na ESF de Governador Valadares, Minas Gerais, apresentaram satisfação com a vida e com o desempenho físico, percepção de saúde razoável, realização de consultas médicas e visita domiciliar de algum profissional de saúde nos últimos 12 meses, alta presença de hipertensão arterial e presença de associação de doenças cardiometabólicas e/ou respiratórias, baixa prática de atividades físicas de lazer e independência para realização das ABVD.

REFERÊNCIAS

ADAMOLI, A. N.; SILVA, M. C. DA; AZEVEDO, M. R. Prática da caminhada no lazer na população adulta de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113–119, 2011.

ÄIJÄNSEPPÄ, S. et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 Year changes in the north and south: The HALE project. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, n. 5, p. 413–419, 2005.

ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–15, 2017.

ALVES, J. C.; BASSITT, D. P. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho TT - Quality of life and functional capacity of elderly women with knee osteoarthritis. **Einstein (São Paulo)**, v. 11, n. 2, p. 209–215, 2013.

ALVES, L. C. et al. A Influência das doenças crônicas na capacidade funcional de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, 2007.

APARECIDA, Y.; DUARTE, D. O.; ANDRADE, C. L. DE. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev da Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, 2007.

BALAKUMAR, P. et al. Prevalence and prevention of cardiovascular disease and diabetes mellitus. **Pharmacological Research**, v. 113, p. 600-609, 2016.

BALCOMBE, N. R.; SINCLAIR, A. Ageing: Definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. **Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology**, v. 15, n. 6, p. 835–849, 2001.

BRANCO, C. DE O. C. et al. Elderly women assisted in primary healthcare: sociodemographic and economic analysis. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 2, p. 44–50, 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 1378: População residente, por situação do domicílio, sexo e idade, segundo a condição no domicílio e compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio.**

Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1378#resultado>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BREDA, A. I.; WATTS, A. S. Expectations Regarding Aging, Physical Activity, and Physical Function in Older Adults. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 3, p. 1–8, 2017.

BRUIN, A.; PICAUVET, H. S. J.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. **Geneva: World Health Organization**, v. World Heal, p. 161, 1996.

BUURMAN, B. M. et al. Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: A systematic review. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 64, n. 6, p. 619–627, 2011.

COMPSTON, J. E.; MCCLUNG, M. R.; LESLIE, W. D. Osteoporosis. **The Lancet**, v. 393, n. 10169, p. 364–376, 2019.

CRISTINA VIANA CAMPOS, A. et al. Family functioning of Brazilian elderly people living in community Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta paul. enferm.**, v. 30, n. 4, p. 358–67, 2017.

DE OLIVEIRA ARAÚJO, C. L.; MANCUSSI E FARO, A. C. Health conditions and functionality of the elderly Valley Paraíba, Sao Paulo, Brazil. **Enfermeria Global**, v. 13, n. 1, p. 83–132, 2014.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 803–810, 2010.

FERREIRA, A. H. et al. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 5, p. 434–438, 2015.

FERREIRA, O. G. F. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento : idoso, velho e

idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357–364, 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 513–518, 2012.

FRANCO, L. R. et al. Influência da idade e sobrepeso na artrose. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 1, p. 41–46, 2009.

GÄFVELS, C. et al. What predicts negative effects of rheumatoid arthritis? A follow-up two years after diagnosis. **SpringerPlus**, v. 3, n. 1, p. 1–10, 2014.

GARCIA, P. A. **Sarcopenia, mobilidade funcional e nível de atividade física em idosos ativos na comunidade**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

GROSS, C. B. et al. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 209–216, 2018.

IBGE. **Número de idosos cresce 18 % em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 31 maio. 2019.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914–919, 1963.

KHAN, S. S.; SINGER, B. D.; VAUGHAN, D. E. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. **Aging Cell**, v. 16, n. 4, p. 624–633, 2017.

LANGE, C. et al. Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2411–2417, 2018.

LIMA-COSTA, M. F. et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. [The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS)]. **Revista de saúde pública**, v. 38, n. 6, p. 827–834, 2004.

MACHADO, G. P. M. et al. Health and aging study: prevalence of chronic joint symptoms among the elderly in Bambui. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 4, p. 367–372, 2004.

MAPELLI DE PAIVA, M.; DOS SANTOS TAVARES, D. M. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 727–33, 2015.

MARTINI, L. A. et al. Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose , Brasil , 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. Supl 2, p. 107–116, 2009.

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393–3401, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF: [s.n.]. p. 111, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família ano base 2014**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL BRASIL 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 130.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília-DF: 2013: [s.n.].

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, 2016.

MOORADIAN, A. D.; CHEHADE, J. M. Diabetes Mellitus in Older Adults. **American Journal of Therapeutics**, v. 159, p. 145–159, 2012.

MORAES, L. F. S. et al. Expenditures on the treatment of osteoporosis in the elderly in Brazil (2008 – 2010): analysis of associated factors. **Rev Bras Epidemiol**, p. 719–734, 2014.

MURRAY, C. J. .; LOPEZ, A. D. Global Burden of Disease and Injur Y Series the Global Burden of Disease. **Harvard University Press**, p. 1–27, 1996.

NAKANO, M. M. et al. Physical Performance, Balance, Mobility, and Muscle Strength Decline at Different Rates in Elderly People. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 26, n. 4, p. 583–586, 2014.

NASCIMENTO, C. M. et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p. 174–180, 2011.

NEVES, Á. DE Q. et al. Prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 6, p. 680–690, 2019.

NEVITT, M. C. et al. Risk Factors for Recurrent Nonsyncopal Falls. **Jama**, v. 261, n. 18, p. 2663–2668, 1989.

OLIVEIRA, W. B. A. **Estudo do clima urbano de Governador Valadares - Minas Gerais**. Instituto Federal de Minas Gerais campus Governador Valadares, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 3 maio. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El estado físico: uso e interpretación de la antropometría**. Ginebra, 1995.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo Reflections on the promotion of Active Aging. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, p. 9–32, 2013.

PERKISAS, S.; VANDEWOUDE, M. Where frailty meets diabetes. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 32, n. 30, p. 13–23, 2016.

PIJPERS, E. V. P. et al. Older individuals with diabetes have an increased risk of recurrent falls: Analysis of potential mediating factors: The Longitudinal Ageing Study Amsterdam. **Age and Ageing**, v. 41, n. 3, p. 358–365, 2012.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2683–2692, 2018.

SAAD, P. M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. **Séries Demográficas**, v. 3, p. 153–166, 2016.

SAHIN, U. K. et al. Effect of low-intensity versus high-intensity resistance training on the functioning of the institutionalized frail elderly. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 41, n. 3, p. 211-217, 2018.

SANTOS, D. A. et al. Feiras de saúde: presença de obesidade, hipertensão arterial e diabetes na população de Governador Valadares, MG. **Revista de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v. 1, n.1, p. 97-98, 2017a.

SANTOS, D. A. et al. **Nível de atividade física em frequentadores de feiras de saúde na cidade de Governador Valadares-MG**. São Paulo. Anais do 40º Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, 2017b.

SANTOS, D. A. et al. Presença de doenças cardiometabólicas e sedentarismo em frequentadores de feiras de saúde. **Congresso de Educação Física da UNIVALE**, v. 2, n. 2595–8313, p. 124, 2018.

SANTOS, T. B.; DORONIN, J. DE A. DA F. Experiência de extensionista com idosos do projeto do projeto Viver Melhor no aprendizado discente. **Revista Portal de**

Divulgação, n. 53, p. 10, 2017.

SCHWINGEL, A. et al. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. **Age and Ageing**, v. 38, n. 5, p. 531–537, 2009.

SILVA, A. B. DA et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 308–316, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 1–103, 2016.

SUZMAN, R. et al. Health in an ageing world - what do we know? **The Lancet**, v. 385, n. 9967, p. 484–486, 7 fev. 2015.

TAYLOR, A. H. et al. Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. **Journal of Sports Sciences**, v. 22, n. 8, p. 703–725, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 548–554, 2009.

VERAS, R. P. et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 355–370, 2007.

VICENTE, F. R. **Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YAZAR, T.; YAZAR, H. O. Prevalance of sarcopenia according to decade. **Clinical Nutrition ESPEN**, n. 29, p. 137–141, 2018.

YU, F. et al. Effects of ageing and gender on contractile properties in human skeletal muscle and single fibres. **Acta Physiologica**, v. 190, n. 3, p. 229–241, 2007.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EPESQUISA DA UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES, MG.

Pesquisador: Clarice Lima Alvares da Silva

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 44413115.2.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.339.659

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de cunho transversal e exploratório acerca da ocorrência dos fatores determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores de saúde entre adultos e idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Pretende investigar a ocorrência dos determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores sociais, comportamentais e de saúde na população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) desse município. Para tanto, entrevistadores previamente treinados e periodicamente calibrados avaliarão 419 adultos (40 a 59 anos) e 415 idosos (60 anos ou mais) cadastrados em dez unidades da ESF, por meio da aplicação de questionário estruturado para caracterização das condições de vida e saúde e avaliação da capacidade funcional, nutricional e odontológica, seguindo técnicas e procedimentos previamente descritos na literatura. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a ocorrência dos determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores sociais, comportamentais e de saúde na população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.339.659

da Família de Governador Valadares, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de adultos e idosos;
- Avaliar as condições sociais, comportamentais e de saúde nos adultos e idosos;
- Caracterizar o envelhecimento ativo na população adulta e idosa;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre a população adulta e idosa;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre adultos ativos e não ativos;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre idosos ativos e não ativos;
- Analisar a ocorrência do envelhecimento ativo nas diferentes faixas etárias estudadas;
- Desenvolver um instrumento de triagem para detectar condições de risco de envelhecimento inativo, para posterior validação.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem no possível constrangimento durante a realização da entrevista e avaliação nutricional e odontológica, destacando-se que os procedimentos e protocolos adotados, bem como o treinamento dos entrevistadores, visam evitar qualquer desconforto dos participantes. Como benefício espera-se que a pesquisa permita uma avaliação completa do perfil de saúde do participante. O participante receberá os resultados individuais e será direcionado para participação de atividades educativas na unidade de ESF onde está cadastrado, de acordo os seus resultados. Os resultados gerais dessa pesquisa contribuirão para descrever o perfil de envelhecimento da população e seus fatores associados, produzindo indicadores de saúde e direcionando as ações futuras com resultado mais eficaz para um envelhecimento ativo. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	
Bairro: SAO PEDRO	CEP: 36.036-900
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.339.659

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita extensão do prazo para realização do projeto proposto e a exclusão da pesquisadora Lorene Coelho da equipe devido a sua exoneração da instituição, de forma que a mesma não está mais participando das ações do projeto.. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.339.659

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341481_E1.pdf	19/05/2019 11:35:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEnvelhecimentoAtivoPARACEPN OVOCRONOGRAMAdestaque.pdf	19/05/2019 11:34:10	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
Outros	novacartaesclarecimentoprojetoenvelhecimentoativo.pdf	29/09/2015 11:34:04	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novtaresponsavellegal.pdf	29/09/2015 11:33:02	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novotcleparticipante.pdf	29/09/2015 11:31:51	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CEP Assinada.pdf	27/04/2015 13:20:49		Aceito
Outros	Assinado Termo de Parceria.pdf	26/04/2015 21:46:00		Aceito
Brochura Pesquisa	Questionário Projeto FINAL CEP.pdf	26/04/2015 21:41:43		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 22 de Maio de 2019

**Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES-MG.”**. Nesta pesquisa pretendemos **investigar como a população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família do município está envelhecendo e verificar como suas condições de vida e saúde afetam esse processo**. O motivo que nos leva a estudar esse tema se deve a hipótese de que o ambiente, o comportamento e as condições de saúde que o indivíduo tem ainda na fase adulta podem prejudicar o seu envelhecimento, aumentando o risco de uma velhice com baixa qualidade de vida. Ainda, acreditamos ser possível desenvolver um instrumento que avalie essas condições de risco e permita realizar ações de prevenção e promoção para um envelhecimento saudável.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: (1) aplicação de questionário com perguntas sobre suas condições de vida, trabalho e renda, moradia e de saúde, (2) avaliação do estado nutricional através da realização de medidas de peso e altura e, (3) avaliação da saúde de sua boca e necessidade de uso de dentaduras através de exame clínico. Todos os procedimentos serão realizados por entrevistadores treinados, em sua residência, preservando sua autonomia e privacidade, e com duração média estimada em 90 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem no possível constrangimento durante a realização da entrevista e avaliação nutricional e odontológica, destacando-se que todas as ações, bem como o treinamento dos entrevistadores, visam evitar qualquer desconforto dos participantes. A pesquisa permitirá uma avaliação completa do seu perfil de saúde e os resultados gerais dessa pesquisa contribuirão para descrever o perfil de envelhecimento da população e seus fatores associados, produzindo indicadores de saúde e direcionando as ações futuras com resultado mais eficaz para um envelhecimento ativo.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora/Campus

Governador Valadares e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES-MG**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, _____ de _____ de 20__.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Profa. Dra. Clarice Lima Alvares da Silva

Endereço: Israel Pinheiro, 2000. Bairro Universitário. CEP: 35020-220– Governador Valadares – MG.

Fone: (33) 3340-0431 ramal 6503

E-mail: clarice.silva@ufjf.edu.br

ANEXO 3 – ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE A UFJF E A SECRETARIA DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Campus Governador Valadares
Departamento de Nutrição

TERMO DE PARCERIA

Governador Valadares, 13 de Abril de 2015

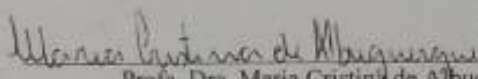
Por meio deste, vimos estabelecer a parceria entre a Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares e a Secretaria de Saúde de Governador Valadares, MG para o desenvolvimento do projeto intitulado "Indicadores de Saúde e Envelhecimento Ativo na População Adulta e Idosa de Governador Valadares, MG." As instituições estão cientes e de acordo com seus papéis na colaboração firmada.


Osânia Alves Damasceno Souza
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde
Governador Valadares-MG

Osânia Alves Damasceno Souza
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde
Governador Valadares-MG


Sra. Kátia Barbalho Diniz
Secretária de Saúde
Governador Valadares-MG

Sra. Kátia Barbalho Diniz
Secretária de Saúde
Governador Valadares-MG


Profa. Dra. Maria Cristina de Albuquerque Barbosa
Chefe do Departamento de Nutrição
Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares

ANEXO 4 – QUESTIONÁRIO/ROTEIRO DE ENTREVISTA



*Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Avançado de Governador Valadares*

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS

ATENÇÃO: Todos os campos do questionário deverão ser preenchidos.

DATA DE APLICAÇÃO: ____/____/____ NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: ____ ENTREVISTADOR: _____
REGIÃO DE COLETA: _____

BL1- IDENTIFICAÇÃO, CULTURA E GÊNERO

Nome: _____ DN: __/__/__ Idade: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Religião: () Católica () Evangélica/protestante () Espirita () Nenhuma () Outra

Estado Civil: () Casado () Vive com companheiro () Solteiro () Viúvo () Separado/divorciado

BL2 - PERFIL ECONÔMICO

Fonte de renda (*marque quantas opções julgar necessárias*): () Sem renda () Aposentadoria () Salário () Pensão
() Auxílios sociais – bolsa família, auxílio gás, vale alimentação, outros

Renda mensal: () < 1 SM () 1 a < 3 SM () 3 a < 5 SM () ≥ 5 SM

Recebeu algum tipo de auxílio informal (dinheiro, medicamento ou alimento de instituições ou terceiros): () sim () não

Dependentes da renda (*quantas pessoas dependem de sua renda? Ex.: entrevistado e esposa = 2*): _____

BL3 – PERFIL SOCIAL

Escolaridade:

- () Lê e escreve
- () Analfabeto
- () Fundamental incompleto
- () Fundamental completo (1ª a 8ª série)
- () Médio incompleto
- () Médio completo (1ª série do EF ao 3º ano do EM ou Ginásio ou Magistério)
- () Superior incompleto
- () Superior completo

Trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias (*assinale todas as alternativas que julgar necessário*):

- () Não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários
- () Participa como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias
- () É responsável direto pela organização e pela manutenção da casa
- () Presta cuidados domiciliares a outros membros da família (por exemplo: pais, companheiro, filhos ou netos)
- () Executa trabalhos não remunerados de horta, jardinagem ou cuidado com animais em casa.

Redes de apoio social (*assinale todas as alternativas que julgar necessário*):

- () Participa de grupo de convivência
- () Frequenta a igreja e/ou grupos religiosos
- () Faz parte de outras associações como clube de mães, entidades culturais ou filantrópicas, e cooperativas agrícolas
- () Convive com outras pessoas em ambientes fora de casa (bares, restaurantes, casa de vizinhos, clubes, academias, SESC)
- () Fica todo o tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família, amigos próximos ou vizinhos e colegas do ambiente de trabalho.

Violência e maus tratos (assinale todas as alternativas que julgar necessário):

- Foi roubado em casa
 Foi roubado na rua
 Foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar
 Foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros
 Foi abusado sexualmente
 Sente-se abandonado ou excluído pelos familiares
 Sente-se abandonado ou excluído pela sociedade
 Nenhuma das situações

Convívio no domicílio (Quem mora com você?) (assinale todas as alternativas que julgar necessário):

- Mora sozinho
 Mora com os pais
 Mora com o cônjuge ou companheiro(a)
 Mora com os filhos
 Mora com os netos
 Mora com outros familiares
 Mora com estranhos
 Mora com um(a) profissional remunerado(a) (cuidador)

BL5- DETERMINANTES PESSOAIS**Como o(a) senhor(a) avalia a sua própria saúde:**

- muito ruim ruim razoável boa muito boa

Como o(a) senhor(a) avalia a sua a qualidade da sua alimentação:

- muito ruim ruim razoável boa muito boa

Como é o seu grau de satisfação com seu desempenho físico no último ano?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito e nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

Como é o seu grau de satisfação com seu sorriso no último ano?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito e nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

Como é o seu grau de satisfação com sua eficiência mastigatória no último ano?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito e nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

Como é o seu grau de satisfação com a vida no último ano?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito e nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

Presença auto referida de doenças (Alguns médicos disseram que o/a senhor/a tem alguma/s das seguintes doenças ou problemas de saúde?) (Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário):

- Nenhuma doença relatada pelo entrevistado
 Incontinências (urinária; fecal; mistas). Há quanto tempo?: _____
 Problemas do coração (insuficiência cardíaca, coronariopatias e infarto). Há quanto tempo?: _____
 Diabetes mellitus. Há quanto tempo?: _____
 Pressão alta (hipertensão arterial). Há quanto tempo?: _____
 Câncer. Há quanto tempo?: _____
 Doença de Parkinson. Há quanto tempo?: _____
 Problemas de memória grave, esquecimentos importantes (Doença de Alzheimer; Demência vascular; demência inespecífica). Há quanto tempo?: _____
 Artrose. Há quanto tempo?: _____
 Reumatismo (Artrite reumatoide). Há quanto tempo?: _____
 Osteoporose. Há quanto tempo?: _____
 Doenças respiratórias (asma, bronquite, insuficiência respiratória). Há quanto tempo?: _____
 Depressão. Há quanto tempo?: _____
 Doenças infecciosas endêmicas da região (hanseníase, leishmaniose, tuberculose). Há quanto tempo?: _____
 Insônia. Há quanto tempo?: _____
 História de quedas ou fraturas. Há quanto tempo?: _____
 Delirium. Há quanto tempo?: _____
 Convulsões crônicas ou epilepsia. Há quanto tempo?: _____
 História de úlcera gástrica ou duodenal. Há quanto tempo?: _____

- () Sintomas do trato urinário baixo, hiperplasia prostática benigna. Há quanto tempo?: _____
 () Doença renal crônica estágio IV ou menor. Há quanto tempo?: _____
 () Síncope. Há quanto tempo?: _____
 () Outra doença? Há quanto tempo?: _____

Atividades Básicas de Vida Diária (Qual o nível de dependência do(a) senhor(a) para realização das atividades abaixo?)

Tomar banho:

- () Nenhuma - não recebe nenhum tipo de assistência
 () Parcial - recebe assistência somente para uma parte do corpo
 () Total - recebe assistência em mais de uma parte do corpo

Vestir-se:

- () Nenhuma - pega roupas e sapatos e se veste sozinho
 () Parcial - precisa de ajuda para os sapatos
 () Total - recebe assistência para se vestir e calçar os sapatos

Banheiro:

- () Nenhuma - sem assistência para se limpar e se vestir após eliminações urinárias e fecais
 () Parcial - recebe assistência para se vestir e higienizar e à noite usa urinol ou comadre
 () Total - não vai ao banheiro nem para urinar e nem evacuar (fralda geriátrica ou cateter)

Continências (urina e fezes):

- () Nenhuma - controle total sobre funções urinárias e fecais
 () Parcial - acontecem acidentes de perdas urinárias ou fecais
 () Total - usa cateter e/ou fralda

Transferência:

- () Nenhuma - ir da cama para cadeira ou da cadeira para a cama sem assistência (pode utilizar objeto de apoio - bengala)
 () Parcial - ir da cama para cadeira ou da cadeira para a cama com auxílio de terceiros
 () Total - não sai da cama - acamado

Alimentar-se:

- () Nenhuma - alimenta-se sem assistência
 () Parcial - alimenta-se sem assistência exceto para cortar alimentos, passar manteiga em pão etc.
 () Total - recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por sonda

Durante a atividade física, como o(a) senhor(a) se sente na maioria das vezes:

- () normal () ligeiramente cansado () cansado () muito cansado () exausto

BL6 – DETERMINANTES DE ACESSO À SAÚDE:

Como o (a) senhor(a) adquire os seus medicamentos? (assinale todas as alternativas que julgar necessário)

- () SUS () Doação () Particular (Compro na farmácia) () Outra forma. Explique: _____

Realizou consultas com médicas nos últimos 12 meses? () Sim. Quantas? _____ () Não.

Se NÃO, por que? () Não precisou () Não conseguiu marcar a consulta () Não consegue se locomover até o consultório/ posto de saúde

Sofreu alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses? () Sim. Quantas? _____ () Não

Se NÃO, por que? () Não precisou () Não conseguiu vaga em hospitais

Recebeu visita domiciliar nos últimos 12 meses? () Sim () Não

Se SIM, de quem (*marque quantas opções julgar necessárias*)?

() Agente Comunitário de Saúde

() Médico

() Enfermeiro

() Assistente social

() Outro profissional de saúde. Qual: _____

BL 7 – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

Tabagismo: () Nunca fumante () Fumante atual () Ex-fumante (Parou há quanto tempo: _____)

Consumo de bebida alcoólica:

() Não toma bebidas alcoólicas

() Toma bebidas alcoólicas em eventos sociais esporádicos

() Toma bebidas alcoólicas 1 a 3 dias por semana

() Toma bebidas alcoólicas 4 a 6 dias por semana

() Toma bebidas alcoólicas diariamente

Atividade Física: () Sim () Não. Se não, porque não? _____

Há quanto tempo pratica atividade física: _____ () meses () anos

Qual: () Caminhada/corrída () Pedalar/Ciclismo () Ginástica localizada () Pilates () Musculação () Esporte coletivo ()

Natação/ hidroginástica () Dança () Outra, qual? _____

Frequência que realiza atividade física (*somando todas elas*): _____ dias por semana

Por quantos minutos ao dia você faz atividade física (*somando todas elas*): () < 30min () ≥ 30 e < 60 min () ≥ 60 min