

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DANIELA BARBOZA DA ROCHA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
DO BRASIL**

FEIRA DE SANTANA

2006

DANIELA BARBOZA DA ROCHA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
DO BRASIL**

Monografia apresentada à disciplina Pesquisa em Saúde II do Curso de Graduação em Enfermagem, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. André René Barboni

FEIRA DE SANTANA

2006

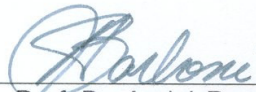
DANIELA BARBOZA DA ROCHA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA
PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
DO BRASIL**

Monografia apresentada à disciplina Pesquisa em Saúde do Curso de Graduação em Enfermagem, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. André René Barboni

Feira de Santana-BA, Agosto de 2006.



Prof. Dr. André René Barboni
Orientador



Prof. Ms. Terezinha Tricoli Abdon Dantas
Disciplina: Pesquisa em Saúde
Departamento de Saúde
Colegiado de Enfermagem-UEFS



Prof. Dr. Maura Maria Guimarães
Disciplina: Pesquisa em Saúde
Departamento de Saúde
Colegiado de Enfermagem-UEFS

Agradecimentos

À Deus, por tudo e por todos a minha volta, pelo que tive, pelo que tenho e pelo que terei;

A meu pai, pela integridade inabalável;

À minha mãe, pelo amor e dedicação incondicionais;

Às minhas companheiras de casa, compreensão e companheirismo nos piores e melhores momentos;

A meu orientador prof. Dr. André René Barboni, pela paciência, sem ele nada seria possível;

Aos inesquecíveis idosos, por despertar interesse, curiosidade e por mostrar a sua verdadeira importância.

Aos cúmplices deste trabalho, muito Obrigada.

Acreditamos que o processo de acrescentar anos à vida, especialmente na velhice, é tão cheio de promessas, que pode nos levar a descobrir mais tesouros da vida... (BURLÁ, 2002, p. 91)

RESUMO

O envelhecimento populacional se dá quando passa a existir uma diminuição da população jovem em relação à população total. O Brasil está em um momento onde se caracteriza por baixas taxas de fecundidade e aumento da longevidade. Uma questão importante é que o aumento do tempo de vida humana não é apenas suficiente para a melhoria da qualidade desta, o que faz necessário investirmos nas implementações de programas públicos para proporcionar condições de vida saudável e de qualidade. É neste processo que entra a ajuda da sociedade, na quebra do preconceito, na criação de novos conceitos, na importância de engajar o idoso através da sua sabedoria e experiência, ao dar incentivo e apoio para projetos possíveis de serem realizados. A proposta do Sistema Único de Saúde é engajar a comunidade nos programas existentes nas Unidades de Saúde e assim trabalhar com os clientes a prevenção das doenças. Porém, estes objetivos vêm sendo deturpados quando passa a ser trilhado um atendimento pela livre demanda. O Programa de Saúde da Família pode ser utilizado como estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos idosos do Brasil e incentivar uma maior participação dos idosos na solução das suas necessidades. No Brasil, o número de mulheres e homens cadastrados nos Programas de Saúde da Família tem aumentado, em 1998 estes números subiram de 240.412 clientes idosos para 6.124.023 indivíduos maiores de 60 anos. Os dados coletados mostram que entre 2000 e 2004 a taxa de mortalidade entre os idosos aumentou consideravelmente, tendo destaque para os acidentes vasculares cerebrais (AVC), os infartos agudos do miocárdio (IAM) e as neoplasias. Por sexo o que se destaca mais é o masculino, exceto no AVC e no IAM. Assim, este trabalho tem como objetivos, conhecer a literatura científica sobre a atenção à saúde do idoso no Brasil tendo o Programa de Saúde da Família como estratégia para a melhoria da qualidade de vida desta população, levantando parâmetros para elaborar um instrumento de coleta de dados que poderá ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, a aplicação deste instrumento poderá vir a produzir o mapa da situação da qualidade de vida do idoso nos Municípios brasileiros. Este estudo de revisão bibliográfica poderá ajudar na mudança do paradigma do atendimento dos serviços de saúde que hoje se dá numa visão ainda hospitalocêntrica e que mal consegue atender à demanda para um sistema mais humanizado e que é baseado no planejamento das ações sustentadas pela informação de qualidade. A coleta de dados foi iniciada a partir de leituras exploratórias em seguida foram realizadas leituras seletivas e analíticas para determinarem e sumariarem o que realmente é relevante para os objetivos de tal estudo, interpretando os achados e expondo-os no texto a seguir. Após a coleta de dados e revisão da literatura procedeu-se à construção do protocolo de pesquisa que foi criado, mas que possui suas limitações, pois o mesmo não consegue abarcar todas as patologias que podem existir entre a comunidade idosa. Porém é de extrema relevância porque envolve as doenças que mais se destacam entre as taxas de mortalidade do país.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - População Idosa por Faixa Etária segundo Sexo - Brasil 2004	20
Tabela 2 - Porcentagem de idosos Alfabetizados segundo Faixa Etária - Brasil 2000	26
Tabela 3 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Ano de Competência segundo doenças do CID-10 – Brasil	30
Tabela 4 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por sexo segundo doenças do CID-10 – Brasil – 2000- 2004	31
Tabela 5 - Número de Mulheres com mais de 60 anos de Idade por zona segundo Modelo de Atenção - Brasil – 1998 – 2004	32
Tabela 6 - Número de homens com mais de 60 anos de Idade por zona segundo Modelo de Atenção - Brasil – 1998 – 2004	32
Tabela 7 - Número de Idosos cadastrados no PACS/PSF segundo sexo por regiões brasileiras – Brasil – 2004	33
Tabela 8 - Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus segundo regiões do Brasil – 2000-2005	36
Tabela 9 - Taxa de Mortalidade entre idosos brasileiros por Diabetes segundo Ano de Competência – Brasil – 2000- 2005	37
Tabela 10 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Diabetes segundo Sexo - Brasil 2000-2005	37
Tabela 11 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Diabetes segundo faixa etária - Brasil 2000-2005	38
Tabela 12 - Número de Diabéticos e Hipertensos por algumas Unidades de Federação – Brasil – 1999-2005	40
Tabela 13 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10, segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005	41
Tabela 14 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Sexo– Brasil – 2000-2005	42
Tabela 15 - Taxa de Mortalidade em Idosos Brasileiros por Doenças do CID 10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005	44
Tabela 16 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 em Idosos Brasileiros segundo Sexo – Brasil – 2000-2005.	44

Tabela 17 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Ano de Competência – Brasil-2000-2005.....	46
Tabela 18 - Taxa de Mortalidade por Doença do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005.....	46
Tabela 19 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Sexo – Brasil – 2000 –2005.....	47
Tabela 20 - Valor Total gasto em Reais por Doenças do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000 – 2005.....	48
Tabela 21 - Valor Total gasto em Reais por Sexo segundo Lista do CID-10 – Brasil – 2000 – 2005.....	48
Tabela 22 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000–2005.....	50
Tabela 23 - Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório em idosos segundo sexo – Brasil – 2000-2005.....	51
Tabela 24 - Taxa de Mortalidade por Ano de Competência segundo Doenças do CID-10 – Brasil –2000-2005.....	53
Tabela 25 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 em Idosos Brasileiros segundo Sexo – Brasil – 2000-2005.	53
Tabela 26 - Número de internações dos idosos por capítulo do CID 10 segundo ano de competência – Brasil – 2000 – 2005.....	54
Tabela 27 - Total de Gastos Públicos em Reais com Neoplasias por Sexo segundo Ano de Competência – Brasil – 2000-2005.....	54

SUMÁRIO

	Pág.	
1	INTRODUÇÃO	10
2	MATERIAIS E MÉTODOS	14
2.1	Campo de Estudo	15
2.2	População	15
3	DESENVOLVIMENTO DO TEMA	17
3.1	O Programa de Saúde da Família no Brasil	17
3.2	O Idoso Brasileiro	19
3.3	O Sistema de Informação para o Planejamento em Saúde	21
3.4	As condições de vida dos idosos no Brasil	24
4	CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	56
4.1	Instrumento de Coleta de Dados	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA	70

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se dá quando passa a existir uma diminuição da população jovem em relação à população total. O Brasil está em um momento onde se caracteriza por baixas taxas de fecundidade e aumento da longevidade. E esta transformação tem levado a um crescimento da população maior de 60 anos, demonstrado através de dados do DATASUS (BRASIL, 2005a), em 1991 o total de idosos brasileiros era de 10.722.705, numa população residente de 146.825.475 pessoas, o que significa 7,3% do total. Já em 2000 essa população total se apresenta com 169.799.170 pessoas, sendo 14.536.029 idosos, ou seja, 8,6% do total, o que mostra um aumento de quase 4 milhões de idosos em todo país.

Segundo Camarano (1999), o aumento da longevidade é reconhecido como uma conquista social, que se deve em grande parte ao progresso da medicina e a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde. Entretanto a mesma autora reforça que esta nova situação tem sido preocupante, pois traz a necessidade de inovações no perfil das demandas por políticas públicas os quais são desafios para o Estado, a sociedade e a família. O que ainda se nota é que gastos sociais com o envelhecimento representam consumo para o Estado, enquanto que os mesmos gastos com jovens indicam investimento e consumo.

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi criada em 1994, sinalizando a necessidade de maior envolvimento da sociedade como um todo para que se possa enfrentar o desafio de assistir à uma população que nas últimas décadas tem apresentado um crescimento acentuado em nosso país. Ao mesmo tempo que esta lei dá o direito ao idoso, também te cobra a responsabilidade e a participação na comunidade. (OLIVEIRA, 2005).

Em Dezembro de 1999 foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), nesse documento fica decidida ao setor saúde a promoção do acesso aos serviços de saúde, prestação da assistência integral e realização de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, visando manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, numa visão multidisciplinar, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal (OLIVEIRA, 2005).

Ainda, segundo Oliveira (2005), o Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, amplia os direitos dos cidadãos maiores de 60 anos relacionando lazer, cultura, trabalho, violência, abandono, atendimento nos serviços de saúde. As políticas públicas aplicadas na prática podem contribuir para a elevação do nível de qualidade de vida das populações, especialmente a idosa. Qualidade de vida entendida como: idoso que consiga gozar de envelhecimento ativo, saudável e com capacidade funcional preservada. A autonomia do idoso deve ser mantida pelo maior tempo possível.

Os idosos possuem muitas qualidades e conhecimentos de experiências vividas que podem ser utilizados nos projetos dos centros de saúde, para que numa possível associação com estes serviços de saúde possam vir a melhorar sua própria qualidade de vida. Nossos profissionais precisam ter em mente que apenas o cadastro do idoso no Programa de Saúde não é suficiente para que seja feito o acompanhamento do mesmo. É essencial uma parceria com este cidadão para que o mesmo sinta-se útil dentro das políticas públicas e tragam como retorno a visita rotineira à Unidade de Saúde e um maior controle de sua saúde. Isso porque, o SUS traz uma proposta de se trabalhar com saúde e não com patologias.

No Brasil muitas regiões apresentam um aumento relevante na sua população idosa. Em 1991 o Nordeste (NE) tinha aproximadamente 42.497.540 pessoas residentes, com um total de 3.087.586 idosos, o que significa 7,3%. Na Bahia (BA), neste mesmo ano, o número de idosos era de 816.890; já no ano de 2000, o NE mostrou um aumento na população idosa, passando para 4.020.857 e na BA esse número atingiu 1.077.901 o que significa 23,2% a mais de nordestinos maiores de 60 anos e 24,2% a mais de baianos idosos, como mostram os dados do DATASUS (BRASIL, 2005a).

Ainda no DATASUS (BRASIL, 2005a), seus dados mostram um aumento relevante no número de idosos em todas as regiões do País, como no Rio de Janeiro que apresenta 10,7% de idosos, no Rio Grande do Sul este percentual é de 10,5%, em terceiro lugar está a Paraíba, com 10,2%, e a Bahia está em oitavo lugar, com 8,2% de idosos.

Uma questão importante é que o aumento do tempo de vida humana não é apenas suficiente para a melhoria da qualidade desta, o que faz necessário investimentos nas implementações de programas públicos para proporcionar condições de vida saudável e de qualidade. É neste processo que entra a ajuda da

sociedade, na quebra do preconceito, na criação de novos conceitos, na importância de engajar o idoso através de sua sabedoria e experiência, ao dar incentivo e apoio para projetos possíveis de serem realizados.

A proposta do Sistema Único de Saúde é engajar a comunidade nos programas existentes nas Unidades de Saúde e assim trabalhar com os clientes a prevenção das doenças. Porém, estes objetivos vêm sendo deturpados quando passa a ser trilhado um atendimento pela livre demanda. Ou seja, o idoso ou outro usuário possui uma determinada patologia e com seus sintomas procuram os profissionais de saúde para tentar um tratamento, muitas das vezes em situações em que já não existe mais a cura.

O Programa de Saúde da Família pode ser utilizado como estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos idosos do Brasil e incentivar uma maior participação dos idosos na solução das suas necessidades. O trabalho deve ser realizado de acordo com um planejamento que leve em consideração os fatores de risco que cada indivíduo está exposto. Assim, uma busca ativa poderá identificar os sujeitos mais vulneráveis e uma estratégia poderá ser estabelecida para evitar que o processo de doença se instale no organismo do idoso.

Para Hoffman (2002) o conhecimento das alterações funcionais que ocorrem com o avanço da idade é fundamental para que se possa compreender o processo do envelhecimento e definir interações estratégicas para aumentar a expectativa de vida e viver a fase da senescência com qualidade.

Como afirma Lucca (2003) a importância dos idosos para o País não se resume à sua crescente participação no total da população, pois como exemplo, boa parte destes idosos participa da renda familiar, mesmo que de forma mínima. Este autor diz ainda que com todas as mudanças que o organismo sofre ao envelhecer, é necessária uma prevenção, um acompanhamento deste idoso, pois o envelhecimento será bem ou mal sucedido de acordo com a capacidade funcional que a pessoa conseguir manter ao chegar à terceira idade.

O acompanhamento e registro de cada indivíduo dentro de uma unidade de saúde são feitos no prontuário individual e posteriormente esses dados são categorizados e jogados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIH, SIAB, SIM). A partir daí os profissionais utilizam esses números, de acordo com a área desejada e traça estratégias para serem trabalhadas e reduzem os números indesejados, aumentando e melhorando os índices de saúde.

Assim, tomando como base o aumento do número de idosos, a necessidade de atenção que esta faixa etária apresenta com relação aos serviços de saúde, seu atendimento e a construção dos sistemas de informação, pretende-se saber quais questões teriam que ser respondidas para orientar, num primeiro momento, um programa de atenção ao idoso brasileiro priorizando aqueles que requerem mais atenção destes serviços?

Por fim, este trabalho tem como objetivos, conhecer a literatura científica sobre a atenção à saúde do idoso no Brasil tendo o Programa de Saúde da Família como estratégia para a melhoria da qualidade de vida desta população, levantando parâmetros para elaborar um instrumento de coleta de dados que, num segundo momento, será aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, a aplicação deste instrumento poderá vir a produzir o mapa da situação da qualidade de vida do idoso dos Municípios brasileiros e assim facilitar o planejamento e a implementação de ações voltadas para esta classe.

Este instrumento criado será uma nova metodologia de coleta de dados que poderá ser adotada por outros municípios brasileiros, para simplificar seu trabalho de aquisição de dados, reduzir o espaço de tempo entre a coleta de dados e a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde. Considerando que a população brasileira está envelhecendo, um atendimento à mesma, mais humanizado e bem planejado é condição fundamental para garantir o acesso aos serviços de saúde e uma melhor qualidade de vida a esta população.

Este estudo de revisão bibliográfica poderá ajudar na mudança do paradigma do atendimento dos serviços de saúde que hoje se dá numa visão ainda hospitalocêntrica e que mal consegue atender à demanda para um sistema mais humanizado e que é baseado no planejamento das ações sustentadas pela informação de qualidade. Somado a esta questão está o interesse relevante de conhecer e acompanhar a terceira idade, o qual foi despertado a partir da disciplina Saúde do Adulto e Idoso I do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, cursada em 2004, o que deixou como legado o conhecimento e principalmente a consciência de que o futuro não se apresenta sem passado e é neste onde não se podem deixar os idosos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um trabalho de pesquisa bibliográfica sobre a atenção à saúde do idoso no Brasil, este tipo de estudo traz consigo um resumo da literatura especializada sobre determinado tema, oferecendo uma visão abrangente de achados relevantes. Como Vieira (2001) diz a revisão bibliográfica deve mostrar a evolução do conhecimento sobre um assunto específico. Associada a esta revisão, está a pesquisa em bases de dados secundários (SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, SIH – Sistema de Informação Hospitalar, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, etc) todos dos sistemas de informação do DATASUS, Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Como afirmam Marcantonio, Santos e Lehfel'd (1993), o intuito de o pesquisador adotar a pesquisa bibliográfica é o de se colocar em contato direto com aquilo que já foi escrito, bem como, atualizar-se e acompanhar os avanços de um determinado assunto. E só a partir deste conhecimento que poderá propor mudanças no sistema em questão.

Tal pesquisa trabalhou a literatura científica sobre a atenção à saúde do idoso no Brasil em publicações científicas feitas em internet, base de dados do Ministério da Saúde e levantou parâmetros (Fatores de Risco) para a construção de um instrumento de coleta de dados que, como já foi dito, poderá ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde e assim identificar a situação da qualidade de vida destes idosos.

O instrumento de coleta de dados criado é sucinto e suas respostas são objetivas de forma que o formulário construído será lido por meio automatizado (leitora óptica); é também de fácil compreensão para que os ACS possam aplicá-lo sem maiores dificuldades, que como afirma Lakatos e Marconi (1996) para se construir um instrumento de coleta de dados, o pesquisador deve conhecer bem sobre o assunto a ser trabalhado para poder dividi-lo, organizando os temas, pois processo de elaboração do protocolo é longo e complexo, o que exigiu cuidado na seleção das questões levando-se em consideração a sua importância. Foge aos objetivos deste trabalho a aplicação de tal instrumento, a qual deverá ser feita num

segundo momento a ser negociado com os Gestores Municipais dos Municípios a serem pactuados.

A coleta de dados foi iniciada a partir de leituras exploratórias, que segundo Gil (1996) tem como objetivo verificar até que medida a obra consultada interessa à pesquisa, em seguida foram realizadas leituras seletivas e analíticas para determinarem e sumarizarem o que realmente é relevante para os objetivos de tal estudo, interpretando os achados e expondo-os no texto a seguir.

2.1 Campo de Estudo

Foi utilizado como campo de estudo o Brasil, este se apresenta com uma área que, segundo o IBGE (2005c) tem 8.514.876,599 km², com cinco regiões, Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, somando um total de 5.560 municípios. Do total da população, 60%, como mostra o DATASUS (BRASIL, 2005c) estão cadastrados nos programas do PACS/PSF.

Em todas as regiões, exceto na região Norte, o PFS possui um maior número de pessoas cadastradas que o PACS, tanto homens quanto mulheres, e de todas as regiões, a que possui maior número de cadastros é a Nordeste, com 1.347.404 mulheres e 1.143.386 homens em dezembro de 2004. Em segundo lugar está a Sudeste e em último lugar aparece a Centro-Oeste, com 2.528.307 e 563.024 idosos respectivamente.

2.2 População

Para Polit e Hungler (1995) população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto de critérios eleitos, os quais delimitam, por si só, as características da população em questão.

Como já foi dito, neste estudo será feito uma revisão bibliográfica sobre a atenção à saúde do idoso no Brasil tendo o PSF como estratégia para a melhoria da

qualidade de vida dos idosos do Brasil, assim a população do referido trabalho é composta de todos os idosos brasileiros (100%), perfazendo um total de 15.212.532, dos quais 9.136.476 estão cadastrados e acompanhados pelos programas do SUS, o que significa 60% do total. Destes 60%, 46,2% são do sexo masculino e 53,8% do sexo feminino. Todos estes dados podem ser observados nas tabelas apresentadas no desenvolvimento do tema.

3 DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Nesta seção, subdividida em três sub-capítulos, será abordada a revisão de literatura sobre o tema, desenvolvido com base nos dados apresentados pelas bases de dados do Ministério da Saúde, por pesquisas publicadas em sites da internet e informações relevantes lançadas em livros didáticos.

Aqui teremos a base para a construção do protocolo proposto nesta pesquisa e uma revisão de todos os achados relevantes sobre a saúde pública no país e sobre os idosos.

3.1 O Programa de Saúde da Família no Brasil

Dentro de um país de proporções gigantescas, onde a pobreza absoluta convive com a riqueza, surge o primeiro passo em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS), a PEC 29 (Proposta de Emenda Constitucional da Saúde), a qual definiu através de suas diretrizes a universalidade, a integralidade, a equidade a descentralização, o direito à saúde e a recuperação e prevenção de agravos para todo brasileiro (ORTIZ, 2002).

Segundo Ortiz (2002) a criação e a implementação de uma série de programas com a descentralização e a municipalização da saúde, permitiu a cada município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com suas necessidades. Porém há ainda muitas dificuldades e, para viabilizar este processo, foram criadas as Normas Operacionais Básicas do SUS durante a década de 90, NOB 91, NOB 93 e NOB 96. A partir daí surge o PAB (Piso de Atenção Básica), o qual determina que os recursos financeiros serão diretamente proporcionais ao número de habitantes.

Esta descentralização traz consigo a formação de programas, como exemplo o Programa de Saúde da Família (PSF), que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) foi criado em 1994 com os objetivos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional para levar a saúde para mais perto da família e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Este programa prioriza a prevenção, promoção e recuperação da saúde das

pessoas de forma integral, sua equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), numa proporção média de um ACS para 575 pessoas acompanhadas; pode ainda ter a associação de um odontólogo, um assistente social, um psicólogo e nutricionista que irão compor a equipe de apoio, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a). Cada equipe fica responsável pelo atendimento das famílias que fazem parte da sua área de abrangência, sendo esta definida pela territorialização, a qual determina o total de 4.500 pessoas por equipe, realizando, dentre outras atividades, consultas médicas, consultas de enfermagem e visita domiciliar. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), o funcionamento eficiente do PSF poderá ter a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde em cada área de abrangência onde está instalado.

O monitoramento do PSF é feito pelo Sistema de Atenção Básica (SIAB), que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) é um sistema de territorialização cujos dados são gerados por profissionais de saúde das próprias equipes de saúde da família, estes dados são coletados em âmbito domiciliar e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas áreas cobertas pelo PSF.

Para Ortiz (2002), o PSF quando formulado como programa, guiando-se pelos objetivos do SUS, passa a ser definido como estratégia, especialmente a partir de 1997, quando foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS).

O Sistema Único de Saúde enquanto programa possui princípios que direcionam suas ações, entre eles: a descentralização, a universalização e a equidade (a qual defende a igualdade de todo cidadão perante seu serviço, atendendo o cliente conforme suas necessidades). Deve ser percebido que cada grupo de pessoas ou classe social tem suas características e problemas específicos, não deixando dúvidas quanto à importância de adaptações para atender igualmente todas as parcelas da população (Brasil, 2005a).

A atenção primária é um nível de serviços de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, não direcionando para a enfermidade (atenção para as condições), exceto as muito incomuns e raras. Resumindo é um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. Esta não é um somatório de atividades ou tarefas clínicas exclusivas, é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2004).

Este trabalho se preocupa, em especial, com uma parcela da população que cresce vertiginosamente a cada década e que se mostra disposta a participar das mudanças que estão acontecendo na sociedade.

A população idosa, constituída de quase 4 milhões de indivíduos em todo o território nacional necessita de uma atenção especial e ímpar, que dê a eles o direito de decidir sobre suas questões e opinar por qual caminho percorrer diante de um problema. O sistema único de saúde do país não pode “virar as costas” para esta classe e pensar somente nos mais jovens, pois “se o futuro é dos mais novos, o presente é dos que aqui estão”.

3.2 O Idoso Brasileiro

Todos os indivíduos ao envelhecerem passam por um processo biológico de declínio de suas capacidades físicas, psicológicas e comportamentais. Segundo Camarano (1999) o estar saudável deixa de se relacionar à idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade de responder às necessidades da vida cotidiana, à capacidade e motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e de novas conquistas pessoais e familiares.

A Lei 8.842 de quatro de janeiro de mil novecentos e noventa e quatro, capítulo I artigo 2º define como idoso a pessoa com mais de 60 anos de idade, já a Organização Mundial de Saúde considera idosa a pessoa com mais de 60 anos de idade se ela reside em países em desenvolvimento e com mais de 65 anos de idade se ela reside em países desenvolvidos (BRASIL, 2005d).

A velhice se faz perceber de formas diferentes sob os pontos de vista fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais, assim não se podem estabelecer conceitos universais para o envelhecimento.

A idade limite que separa a velhice da não velhice é uma classificação que torna aparentemente simples a determinação do ser idoso e não ser idoso, porém, é preciso ter a noção biológica de velhice e senilidade, conhecendo as características de cada grupo. A idéia de idoso é aquela de uma pessoa que tem muita idade. O ter muita idade refere um juízo de valor, o qual depende das características de uma

sociedade. Assim o ser idoso depende da concepção do meio em que a pessoa mais velha vive (CAMARANO, 2006).

Como afirma Camarano (2006) o fato de classificar os idosos em uma classe, não deixa claro que todos possuem características iguais, pois um grupo, por menor que seja, não é em seu estado normal homogêneo, tem apenas semelhanças entre si.

Isto mostra que em uma mesma comunidade existem muitos tipos de idosos, dependendo da sua classe social, cultural e espiritual. Já existe atualmente uma sub-classificação dentro da classificação de idosos, que é a terceira e quarta idades, que é uma tentativa de restringir mais adequadamente os subgrupos. Um exemplo é que existem pessoas idosas que não produzem mais como os adultos jovens, mas que continuam numa vida ativa, há também aqueles idosos que estão em completo estado de senilidade.

Pensando numericamente, seguindo os dados do DATASUS, no Brasil existia em 2004 um total de 179.108.134 pessoas, dos quais 15.212.532 são idosos, o que significa 8,5% da população (Tabela 1). Só na Bahia há um total de 1.126.609 idosos, o que corresponde a 0,6% deste total (BRASIL, 2005e).

Tabela 1 - População Idosa por Faixa Etária segundo Sexo - Brasil 2004

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
60 a 69 anos	3.973.873	4.598.263	8.572.136
70 a 79 anos	2.100.599	2.627.141	4.727.740
80 anos ou mais	762.778	1.149.878	1.912.656
Total	6.837.250	8.375.282	15.212.532

Fonte: DATASUS/IBGE, 2005

Os dados do DATASUS (BRASIL, 2005e) confirmam o aumento da população idosa aqui citada, em 1980 quando o índice de envelhecimento era de 10,49%, em 1991 este índice foi para 13,9% em 2000 houve um aumento de quase 20%, se comparado com 1980, ficando com 19,77%. O município do Rio de Janeiro se destaca com o maior índice de envelhecimento do país, 29,55%; em segundo lugar está o Rio Grande do Sul, com 27,61%; em terceiro lugar se encontra São Paulo, com 23,23%. O IBGE (2005a), define o índice de envelhecimento como a razão entre a população idosa total local e a população infantil local (entre 0 e 14 anos de idade) vezes 100.

Segundo Camarano (1999), em 1996, do total de idosos brasileiros, 54,4% eram do sexo feminino, isso pela elevada taxa de crescimento da população feminina relativamente à do segmento masculino. Uma das grandes conquistas deste século em todo o mundo foi o aumento da longevidade, o que tem importância sobre a família, à sociedade e, em especial, sobre a população idosa.

Esta mesma autora mostra que a predominância da população idosa feminina sobre a masculina tem repercussões importantes sobre as políticas públicas de saúde. Pois acredita-se que a maioria destas mulheres seja viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, e com baixa escolaridade. O que requer uma maior atenção por parte do Estado e da família (CAMARANO, 2006).

Como afirma Fogaça (2003), se o número de idosos tende a aumentar e se eles podem continuar a se desenvolver, então é necessário maior pressão e reivindicações sobre a qualidade de vida destes. Esta mesma autora diz que não é interessante que se formem mais técnicos e especialistas para trabalhar junto com os idosos se não é dado a eles o direito de participar e contribuir para que ocorram mudanças no meio onde os mesmos convivem. Daí a necessidade da informação sistemática e envolvimento da população idosa no processo de construção social das suas condições de saúde e cidadania.

3.3 O Sistema de Informação para o Planejamento em Saúde

O processo de descentralização da saúde, criado juntamente com a implantação dos Programas de Saúde da Família, traz consigo novas etapas a serem seguidas, como o planejamento, controle, organização e avaliação das ações e serviços de cada região e microrregião. Porém, esta seqüência de eventos é conseguida através de uma construção do sistema de informação, que por sua vez é um elemento estratégico de produção, gerenciamento e divulgação das informações ocorridas na comunidade e apuradas pelos profissionais de saúde.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma determinada população, propiciando elementos ímpares para análise da situação encontrada os quais

subsidiarão a busca de possíveis alternativas para a resolução dos mais variados problemas (BRANCO, 2006).

O SUS possui dentro do seu sistema de informação, criado pelo Ministério da Saúde, algumas subdivisões de programas que agrupam dados coletados através de instrumentos aplicados pelos agentes comunitários de saúde. O SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica), o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), o SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), o SIH (Sistema de Informação Hospitalar) que somados constroem parte dos sistemas do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), o qual gerencia as informações apresentadas pelos profissionais de saúde.

Para White (1980 apud BRANCO, 2006) conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

Os instrumentos utilizados pelos programas do SUS são formulários com questões sobre o cadastramento familiar, cadastramento e acompanhamento de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, tuberculosos, portadores de hanseníase, notificações e procedimentos variados (BRASIL, 1998). Os resultados desta coleta são relatórios que deveriam refletir a realidade de determinado local para que posteriormente fossem planejadas e aplicadas estratégias para resolução de questões relevantes.

O que se percebe é que estas fichas não são corretamente preenchidas ou não são suficientes para o esclarecimento de situações extremamente importantes. Ou seja, não correspondem à verdadeira realidade qualitativa nem quantitativa, pois é sabido e notório a subnotificação de casos e situações locais.

Como afirmam Mello Jorge, Cotlieb e Sobol (2006) para assegurar que as comunidades atinjam um bom nível de saúde, há necessidade, primeiramente, de conhecer a sua realidade, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto sanitário para, em seguida, planejar, atuar e, posteriormente, reavaliar a situação, permitindo detectar se as mudanças almejadas foram alcançadas. Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real. Alguns desses indicadores

são construídos com estatísticas relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde.

O sistema de informação nacional se divide em três instâncias que é a federal, a estadual e a local. Para Branco (2006) as informações de nível federal encontram-se dispersas em vários órgãos e ministérios, existe uma falta de padronização, tratamento e disseminação dos dados, e a periodicidade com que estes dados são coletados e divulgados também não é seguida. No âmbito estadual, esta autora relata que as Secretarias Estaduais de Saúde possuem certo nível de desenvolvimento, ainda que de forma inadequada, os problemas enfrentados normalmente são em torno dos recursos humanos, desqualificados e insuficientes, a falta de padronização e normalização dos procedimentos de coleta de dados e insuficiente grau de utilização dos dados para análise do sistema de informações.

Em nível local, as Secretarias Municipais de Saúde possuem os sistemas informação disponíveis, porém é perceptível que nem existe um reconhecimento básico das suas reais necessidades, recaindo na coleta inadequada e sem sistematização, para que seja feito o repasse dos dados para os âmbitos Estaduais e Federais (BRANCO, 2006).

Em sua proposta de criação de um novo cadastro para o SUS, Silva (2006) contempla dados que antes eram esquecidos ou relegados para um outro momento, ela além de ratificar que os outros instrumentos são importantes comprova que são insuficientes para a nossa realidade, sugerindo assim um novo protocolo de coleta de dados (SIEM – Sistema de Informação Estratégias Municipais) que irá abranger variáveis indispensáveis em um mesmo documento se propondo a reorganizar os serviços do SUS de acordo com os seus princípios.

Dentro do programa de saúde do idoso, a coleta de dados é feita separadamente, de acordo com a patologia que o mesmo possui, e não relacionando à sua idade, ou seja, o cliente que possui diabetes mellitus, está cadastrado no programa de diabéticos, independente da idade, o que tem hipertensão estará engajado no programa para hipertensos, e o idoso, em que programa se adequa se ele não possuir estas ou outras patologias? Precisar ele desenvolver uma enfermidade para que seja atendido numa Unidade de Saúde da Família e ser cadastrado num programa específico?

Este novo protocolo proposto por esta pesquisa vem sugerir que a atenção aos idosos brasileiros não seja feita de acordo com determinadas patologias, mas

sim em função da sua própria condição de idoso considerando os fatores de risco pertinentes, para que haja o planejamento e a priorização das ações a serem realizadas frente a estes usuários.

3.4 As Condições de Vida dos Idosos no Brasil

Atualmente a qualidade de vida tem sido aproximada ao grau de satisfação que se pode ter em uma família, tanto na relação amorosa quanto na social e ambiental, passando pela estética existencial. O que significa ser a capacidade de efetuar uma produção de todos ou a maioria dos elementos que determinada sociedade rotula como padrão de conforto e bem-estar. Girando em torno de muitos significados refletindo conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades dentro de épocas e histórias diferentes (MINAYO, HARTZ, BUSS; 2000).

Dentro de um mesmo país existem várias situações econômicas e quanto maior for a disparidade social, mais fácil se perceber que o acesso aos serviços de saúde fica por conta da classe mais economicamente favorecida. Isso porque é feita, desde muitas décadas, a priorização da assistência especializada, ou seja, é o direcionamento para o tratamento da enfermidade. Porém é sabido que este tipo de atendimento não proporciona saúde, pois não previne a doença e nem promove o funcionamento satisfatório do organismo que deve ser preservado antes que ocorra a enfermidade.

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais e em função da efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso destes serviços é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as disparidades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (TRAVASSOS, 1997).

Contrário a atenção especializada está a atenção primária que envolve o manejo de pacientes com múltiplos diagnósticos e queixas confusas, isso é o que ocorre no geral, e a oferta de tratamento que melhorem a qualidade de vida e seu funcionamento. Para que a atenção primária otimize a saúde ela deve focar a

saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. Um profissional voltado à atenção da saúde deve estar atento para a variedade de problemas de saúde que seus clientes irão apresentar, a atenção especializada é mais cara o que a torna menos acessível para a maioria da população (STARFIELD, 2004).

Um assunto que já foi discutido em muitos lugares e que possui o consentimento da maioria da comunidade científica é que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas o somatório de situações que atinjam o bem-estar social, cultural, e que alcance um nível de satisfação, sendo que esta satisfação é algo variado para cada pessoa. Para os idosos, saúde perpassa por questões desde as menores, que não significam menos importantes, até as mais indispensáveis.

O fato de ser idoso, o indivíduo já se insere numa parcela vulnerável da população, geralmente excluída do mercado de trabalho e que culmina, potencialmente, no estado de pobreza. Características como produtividade e empregabilidade declinam a partir de um determinado momento do ciclo da vida que, em geral, ocorre em torno dos 60 anos, em contrapartida, muitas pesquisas mostram que estes idosos muitas vezes são a única fonte de renda da família, por vezes ganhando pouco e tendo que apoiar seus descendentes até que os mesmos possam constituir uma fonte de renda.

A contribuição financeira do idoso na família é muitas vezes indispensável, mesmo que esta renda seja insuficiente para se manter um nível de vida satisfatório. Os dados mostram que a renda média dos idosos em 1996 era maior que as dos jovens com menos de 30 anos de idade daquela época. Em média, 45% da renda familiar provem dos idosos e nas famílias que possuem idosos, 30% possuem filhos morando juntos com os mesmos e sendo seus dependentes. A renda do chefe da família representa em média 53,52% do total da renda familiar (CAMARANO, 2006).

Segundo o IBGE, ao se fazer uma associação direta entre renda e condição de saúde percebe-se que entre os 40% mais pobres, 30,8% declararam que o estado de saúde era bom ou muito bom, enquanto que para os 10% mais ricos este percentual atinge 60% dos idosos (IBGE, 2005b).

Como mostra Abdala (2001) em 1999, 12,2% dos idosos foram considerados pobres, sobrevivendo com até meio salário mínimo per capita; 28,1% vivem com renda entre meio e um salário mínimo per capita, ou seja, estima-se que 40,3% dos

idosos vivem em família com rendimento baixo. Segundo o IBGE (2005h) a média mensal do rendimento nominal das pessoas com 60 anos ou mais em 1991 era de R\$ 403,00, na zona urbana de R\$ 477,00 e na rural de R\$ 168,00. Em 2000 este rendimento médio mostra uma elevação com R\$ 657,00, sendo R\$ 739,00 na zona urbana e R\$ 297,00 na zona rural o que significa um aumento de 54% na zona urbana e 76,8% na zona rural. Na Bahia este rendimento mensal era de R\$ 230,00 em 1991 e em 2000 era de R\$ 373,00, sendo R\$ 475,00 na zona urbana e de R\$ 197,00 na zona rural.

Para Camarano (2006) as famílias mais pobres possuem uma menor média no número de filhos, menos pessoas trabalhando e mais pessoas dependendo da renda do chefe da família. Esses chefes são menos educados, são em sua maioria mulheres e mais velhas. A proporção de mulheres morando só chega a ser $\frac{1}{4}$ a mais que casais, e estas recebem em torno de três salários mínimos. Ela coloca também que à medida que aumenta o tamanho médio da família, o número de filhos e o número de pessoas que trabalham, aumenta, conseqüentemente a renda familiar. Diminuindo assim a dependência direta aos chefes da família. Um dos fatos que é colocado é que quanto mais velho o chefe da família, mais pobre é a mesma, porque a pobreza está diretamente relacionada à escolaridade.

Na tabela 2, os dados mostram que o maior número de idosos alfabetizados se encontra entre os 60 e 69 anos (69,13%) e à medida que aumenta a idade diminui a alfabetização. Assim, apenas 52,23% dos idosos com mais de 80 anos são alfabetizados.

Tabela 2 - Porcentagem de idosos Alfabetizados segundo Faixa Etária - Brasil 2000

Faixa Etária	Alfabetizado	Não Alfabetizado	Total
60 a 69 anos	69,13	30,87	100
70 a 79 anos	62,11	37,89	100
80 anos ou mais	52,23	47,77	100

Fonte: DATASUS, 2006

Em uma outra pesquisa, Camarano (1999) afirma que a escolaridade dos idosos, medida por anos de estudo formal, é muito baixa, porém, percebe-se que a população jovem é mais alfabetizada que a população idosa, independentemente do sexo. Esta mesma autora diz que em 1997, 42,3% da população idosa declararam não ter qualquer escolaridade formal. Dentro desta faixa etária a população do sexo masculino é consideravelmente mais alfabetizada que o sexo feminino. Os dados do

IBGE (2005h) comprovam os relatos da autora supracitada, que a média de anos de estudo dos idosos é de 3,5 anos para homens e de 3,1 anos para mulheres. Na Bahia estes números caem, com 2 anos de estudo para homens e 1,9 anos de estudo para as mulheres.

Mais uma vez Camarano (1999) afirma que ainda pode se observar à existência de injustiças, indiferenças e desigualdades que os idosos sofrem na sociedade, o que prova que esta, ainda não está preparada para dar o real valor para as pessoas de 60 anos ou mais.

De acordo com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1987), o idoso tem a garantia pelo Estado, de condições de vida dignas e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Foi colocado também, que a saúde é

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde... (BRASIL, 1987).

Esta ainda deve ser definida de acordo com o contexto histórico de determinada sociedade num momento específico do seu desenvolvimento.

Como mostra a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 2005d), o processo de transição demográfica no Brasil, caracteriza-se pelo aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa, o que acabam por modificar a pirâmide populacional, tendo, a partir dos anos 60 o grupo de idosos como líder. Esta Política aprovada pela Portaria nº 1395/GM de 10 de dezembro de 1999 tem como propósito

basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham ter a sua capacidade funcional restrita, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2005d).

Para o alcance destes objetivos foram definidas diretrizes, as quais devem nortear todas as ações no setor saúde e orientar o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da PNSI. Assim, esta Política tem como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacidade de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas.

Saúde é também o produto das condições objetivas de existência a qual resulta das condições de vida biológicas, social e cultural e particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com o meio em que vivem através do trabalho. Assim, de acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987) a saúde implica em garantir trabalho em condições dignas, como amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho, alimentação para todos, segundo as suas necessidades, moradias higiênica e digna, educação e informação plenas, qualidade adequada do meio ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer e segurança, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Muitos dados mostram que quando se relaciona horas de trabalho entre homens e mulheres, estas trabalham menos horas semanais que os do sexo oposto. Os homens com faixa etária entre de 60 e 65 anos trabalham numa média de 40 horas semanais e as mulheres nessa faixa trabalham cerca de 28 horas no mesmo período. Os idosos com 80 anos ou mais trabalham cerca de 35 horas e as mulheres em média 17 horas (CAMARANO, 2006).

O trabalho remunerado está diretamente relacionado à saúde, pois coloca o indivíduo em atividade e lhe dá uma renda maior, proporcionando melhores situações de bem-estar, como alimentação, lazer e moradia.

Esta população idosa que trabalha pode ser dividida em duas partes, a que está aposentada e ainda se mantêm trabalhando e aquela que ainda não se aposentou. Estudos mostram que 79% da população idosa em 1986 não eram aposentados. Dos aposentados 56% eram do sexo masculino e 44% do sexo feminino (CAMARANO, 2006).

O aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida são fatores que podem influenciar a permanência dos idosos no mercado de trabalho, tanto no formal quanto no informal. Eles passam a ter mais e melhores anos de vida e assim podem continuar produzindo de acordo com a sua necessidade. Mas pode existir também um fator mais forte que é o aumento da pobreza das famílias, fator obrigatório para o contínuo trabalho desta classe.

Para Starfield (2004) o serviço de saúde possui duas metas a serem cumpridas, a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego, do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo

das mesmas e maximização da qualidade de vida, já que está é sinônimo de saúde. A segunda meta é de igual importância, que é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagens sistemáticas em relação ao seu acesso aos serviços públicos e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Esta mesma autora afirma que conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a se especializar cada vez mais para conseguir lidar com o aumento das novas informações e administrá-las. Com isso ocorre uma fragmentação das áreas profissionais com crescente estreitamento de interesses e competências, enfoque de enfermidades específicas em detrimento da saúde geral das pessoas e comunidades.

A especialização não consegue abarcar a prevenção das doenças, porque a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade, deve ser levado em consideração o contexto em que o indivíduo está inserido, pois raramente a doença acontece sozinha. Os especialistas em patologias podem oferecer uma atenção mais apropriada para as doenças específicas dentro de sua área de competência, mas o profissional da atenção primária deve voltar os seus olhos para a variedade de problemas de saúde que os usuários dos serviços públicos apresentam com o tempo (STARFIELD, 2004).

Um outro problema da atenção especializada é que ela feriu o princípio da equidade, o qual preza pelos direitos de todos os cidadãos serem atendidos em sistemas públicos. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para manter os serviços de saúde em bom funcionamento, sendo ela cara e inacessível para a maioria da população (STARFIELD, 2004).

Uma outra questão importante é a capacidade funcional, que está relacionada com a incapacidade ou presença de dificuldade ou impossibilidade de desempenhar certos gestos e atividades da vida cotidiana. Muitos dos idosos possuem esta complicação, sendo que 53% dos idosos paulistas referem ter necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma atividade diária, 29% destes idosos precisam de ajuda para pelo menos três atividades diárias e 17% estão dependentes de outras pessoas para realizar quatro ou mais atividades (ROSA et. al., 2006).

A funcionalidade individual é uma capacidade indispensável que quando perdida traz para o paciente e os que estão à sua volta uma conseqüência irreparável, pois ele passa a ter pensamentos de inutilidade, sobrecarrega a família e

aumenta os gastos públicos. Assim, é necessário que seja feita uma prevenção na perda da funcionalidade, pois intervenções genéricas não são suficientes para a manutenção da mesma.

Para Souza e Kalichman (1993) qualidade de vida está associada à condição de existência dos homens, ao seu modo de viver e à forma como satisfazem suas necessidades. Assim percebe-se que o estilo de vida de cada indivíduo interfere na sua saúde e na sua qualidade de vida. Dentro deste modo de vida está o fator social, que segundo Rouquayrol (1993), na própria evolução existe uma inter-relação dinâmica de fatores sociais, físicos, genéticos e químicos que atuam até que se chegue à doença.

Conforme Rouquayrol (1993) fator é tudo aquilo que co-participa e contribui para um dado resultado, é um fenômeno de comportamento variável cuja medida é significativamente associada à incidência de uma doença.

Alguns grupos de risco são classificados de acordo com o grau de fatores de risco que estão envolvidos, pode-se citar como exemplo o estilo de vida e as condições sócio-econômicas. O primeiro se refere a, dentre outras atividades, às diárias, como prática de exercícios, atividade profissional, sedentarismo; o segundo trata da situação social e econômica do idoso, como renda e sua participação na família, nível de escolaridade, lazer, é apontada também sua situação de saúde, através de morbidade, incidência e prevalência de doenças e suas prevenções. Este último como diz Rouquayrol (1993) retrata a situação vigente em áreas cuja população é extensa e heterogênea, mas que tem a homogeneidade da situação de vida.

Tabela 3 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Ano de Competência segundo doenças do CID-10 - Brasil

Doenças do CID-10	Ano de Competência					Total
	2000	2001	2002	2003	2004	
Diabetes Mellitus	7,67	7,42	7,25	7,03	7,02	7,28
Hipertensão Arterial	1,73	1,66	1,7	1,82	1,69	1,72
AVC	18,58	18,34	17,83	18,52	18,86	18,42
IAM	21,86	21,99	20,71	19,64	19,94	20,71
Neoplasias	11,28	11,79	10,53	10,51	11,44	11,07
Obesidade	-	15,79	0,86	1,29	1,56	1,81
Desnutrição	17,75	17,2	16,97	17,44	18,36	17,53
Transtornos Mentais	1,15	1,59	2,58	1,76	2,37	1,73
Pneumonia	8,43	9,56	10,18	11,04	10,78	10,01

Fonte: DATASUS, 2006

Segundo Lucca (2003), dentre as doenças que mais acometem os idosos estão as crônico-degenerativas, como o diabetes e a hipertensão; as infecções do aparelho respiratório, como pneumonia e a bronquite; a osteoporose e a depressão. Pode ser observado nos dados abaixo que entre 2000 e 2004 no Brasil das doenças que mais matam os idosos, são as crônico-degenerativas, como acidente vascular cerebral (AVC), o infarto agudo do miocárdio (IAM), as neoplasias e a desnutrição (Tabela 3).

De acordo com o sexo, os dados abaixo confirmam que as mesmas doenças, citadas anteriormente, possuem índices altos tanto para o homem quanto para as mulheres. Sendo que o AVC e o IAM possuem mais vítimas do sexo feminino e as neoplasias e a desnutrição do sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por sexo segundo doenças do CID-10 – Brasil – 2000- 2004

Doenças do CID-10	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Diabetes Mellitus	8,01	6,90	7,28
Hipertensão Arterial	2,02	1,52	1,72
AVC	18,28	18,57	18,42
IAM	18,57	23,53	20,71
Neoplasias	11,49	10,57	11,07
Obesidade	8,16	1,02	1,81
Desnutrição	18,25	16,71	17,53
Transtornos Mentais	1,72	1,73	1,72
Pneumonia	10,83	9,22	10,01

Fonte: DATASUS, 2006

Como já foi exposto no item 3.1, o Brasil possui um sistema público de saúde que tem como um dos objetivos o atendimento de toda a população em especial a mais abastada. Os PACS e PSF possuem cadastros de usuários em todo o país que é repassado para o sistema de informação do Ministério da Saúde e atualizado mensalmente, informando quanto às taxas de natalidade, mortalidade, incidência e prevalência de doenças, dentre outros dados, que aqui serão apresentados por se mostrarem de extrema relevância para a comunidade trabalhada em questão.

Assim, de acordo com o DATASUS, existia em 1998 um total de 922.518 mulheres com 60 anos ou mais cadastradas no PACS/PSF, as quais se subdividem em 510.578 na zona urbana e 411.940 na zona rural. Ou seja, 55,3% e 44,7% nas respectivas áreas. O PACS apresenta 792.545 cadastros enquanto que o PSF possui apenas 128.124 idosos, somando zona rural e zona urbana (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de Mulheres com mais de 60 anos de Idade por zona segundo Modelo de Atenção - Brasil – 1998 - 2004

Modelo de Atenção	Ano	Zonas		Total
		Urbana	Rural	
PACS	1998	409.417	383.128	792.545
	2004	1.140.733	400.540	1.581.273
PSF	1998	99.527	28.597	128.124
	2004	2.506.313	790.357	3.296.670
Outros	1998	1.634	215	1.849
	2004	2.506.313	790.357	3.296.670
Total	1998	510.578	411.940	922.518
	2004	3.673.712	1.243.728	4.917.440

Fonte: DATASUS, 2005

Em 2004 as mulheres passam a freqüentar mais as unidades de saúde e estes números sobem para 4.917.440 idosas. Apresentando-se com uma subdivisão de 3.673.712 idosas na zona urbana e 1.243.728 na zona rural, o que significam 74,7% e 25,3% respectivamente. Pode-se inferir ainda um aumento nos cadastros do PSF, com 3.296.670 mulheres, ou seja, 67,0% do total (Tabela 5) (BRASIL, 2005a).

Para os homens, esses dados mudam, e em 1998, o total de homens cadastrados era de 886.898, dos quais 451.764 eram da zona urbana e 435.134 da zona rural, o que representava 50,9% nas cidades e 49,1% no campo. Deste valor geral, 112.288 estavam cadastros no PSF e 772.807 no PACS (Tabela 6).

Em 2004 há um aumento considerável, o que resultou num total de 4.219.036 homens. Em dados percentuais, na população total idosa, existem 53,8% mulheres e 46,2% homens cadastrados nos programas PACS e PSF (Tabela 6).

Tabela 6 - Número de homens com mais de 60 anos de Idade por zona segundo Modelo de Atenção - Brasil – 1998 - 2004

Modelo de Atenção	Ano	Zonas		Total
		Urbana	Rural	
PACS	1998	367.042	405.765	772.807
	2004	890.615	465.639	1.356.254
PSF	1998	83.134	29.154	112.288
	2004	2.040.452	786.901	2.827.353
Outros	1998	1.588	215	1.803
	2004	22.137	13.292	35.429
Total	1998	451.764	435.134	886.898
	2004	2.953.204	1.265.832	4.219.036

Fonte: DATASUS, 2005

O total de idosos em todo o Brasil cadastrados no PSF e no PACS é de 9.098.212, dos quais 4.897.127 são mulheres, que, como pode ser observado na tabela 7, esta população se distribui diferentemente pelas regiões do país, estando o

Nordeste em primeiro lugar, com 2.132.177 mulheres maiores de 60 anos. Em segundo lugar está o Sudeste com 1.394.089 idosas e em último aparece o Centro – Oeste com 281.456. Das três classificações nas tabela seguinte, PACS, PSF e Outros, o PSF se encontra com maior número de cadastrados, exceto no Norte, onde o PACS possui um total de 195.663 idosos, o que significa 56,7% do total de cadastros em toda região (Tabela 7).

O total de homens cadastrados nestes mesmos programas é de 4.201.085, e mais uma vez o Nordeste aparece em primeiro lugar com 1.799.257 homens maiores de 60 anos, o que perfaz 42,8% do total. Logo em seguida vem o Sudeste com 1.134.218, 26,9% e em último está o Centro – Oeste com 281.568, 6,7% do todo (Tabela 7).

Observando os dados abaixo, pode-se inferir que o Nordeste e o Sudeste são as regiões que apresentam os maiores números de cadastros nos programas públicos de saúde. Estes programas têm como um dos objetivos o alcance da população mais pobre. O Sudeste é uma região superpopulosa e apresenta uma comunidade diversificada economicamente. O Nordeste não é superpopuloso e sua comunidade é em geral economicamente pobre. Ambas as regiões se destacam quanto aos cadastros do SUS, será que o sistema está de fato funcionando aqui na região Nordeste e na região Sudeste, como mostram os dados? E nas outras regiões, como o Centro-Oeste, será que não está havendo um sub-registro desta população?

Tabela 7 - Número de Idosos cadastrados no PACS/PSF segundo sexo por regiões brasileiras – Brasil – 2004

Modelo de Atenção	Ano	Regiões do Brasil					Total
		NO	NE	SUL	SUD	CO	
PACS	Masculino	206.266	638.885	185.066	246.005	78.708	1.354.930
	Feminino	195.663	766.780	223.126	309.615	84.580	1.579.764
PSF	Masculino	140.097	1.143.386	445.749	880.200	201.545	2.810.977
	Feminino	143.127	1.347.404	517.591	1.073.988	195.981	3.278.091
Outros	Masculino	4.972	16.986	3.892	8.013	3.892	35.178
	Feminino	4.694	17.993	5.204	10.486	895	39.272
Total	Masculino	351.335	1.799.257	634.707	1.134.218	281.568	4.201.085
	Feminino	343.484	2.132.177	745.921	1.394.089	281.456	4.897.127

Fonte: DATASUS, 2005

Seguindo os dados apresentados nas tabelas anteriores, podemos comprovar a existência de várias patologias que possuem a taxa de mortalidade alta entre os

idosos, mas que pode ser reduzida com uma melhora no atendimento e um maior conhecimento e conscientização por parte dos profissionais de saúde.

Em seu livro “Atenção Primária”, Starfield (2004) coloca que não é suficiente o atendimento ao cliente que se detém apenas em olhar os sinais e sintomas da doença, é preciso estar atento aos mais variados sinais que o paciente emite. A ansiedade, o nervosismo, a falta de atenção são indicativos de problemas psicossociais que não se resolvem com medicações e se detecta através exames. Uma atenção holística, portanto, voltada para o todo, que se preocupa com o outro, dando a este o direito de falar das sensações que lhe aflige é também uma forma muito eficaz de fazer saúde.

As patologias que mais afetam os idosos também interferem no seu bem-estar social, psíquico, econômico, trazendo junto com elas toda uma desestruturação que pode comprometer o tratamento medicamentoso. O apoio a este usuário, escutá-lo sem preconceitos e emissão de valores é algo indispensável e muitas das vezes determinante para a relação paciente-profissional.

Uma das doenças que assola a comunidade idosa e que a deixa com seqüelas muitas vezes irreparáveis é o Diabetes Mellitus. Doença crônica grave, de evolução lenta e progressiva que acomete milhares de pessoas em todo o mundo. Em muitos países, a prevalência do diabetes mellitus tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda um maior incremento. Nos países em desenvolvimento há uma tendência de aumento na freqüência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é imensurável (SARTORELLI, FRANCO, 2005).

A Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2004 apud AGUILA, 2004) classifica algumas doenças como prioritárias. Dentre elas estão as doenças do aparelho circulatório, o câncer e o diabetes; esta última assume complicações pelo envelhecimento das populações e é a principal causa de amputações não traumáticas, insuficiência renal, cegueira dentre outras complicações.

O diabetes tem grande impacto econômico e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade. Seus custos estão relacionados principalmente com uma alta freqüência de complicações agudas e crônicas, que são causas de hospitalização, incapacitações, perda de produtividade de vida e morte prematura (HARRIS, 1998 apud SARTORELLI, FRANCO, 2005).

O diabetes é um distúrbio causado pela ausência total ou relativa de insulina no organismo. Esta substância é um hormônio que é secretado pelo pâncreas e sua função é auxiliar a glicose que está no sangue a entrar na célula, através da membrana celular, para que dentro da célula, o açúcar possa ser transformado em energia (PASSOS, 2000).

Em níveis normais a glicose está presente no sangue em uma taxa de 70 a 110 mg/100ml, quando em jejum, já em níveis alterados, esta taxa pode ser superior a 115 mg/100ml, indicando um início de hiperglicemia e um diabetes, ou em níveis abaixo de 65 mg/100ml, indicando uma hipoglicemia. Existem dois tipos de diabetes, no tipo 1, também chamada de insulino-dependente, que se caracteriza pela diminuição ou ausência da produção de insulina, levando a um aumento da glicose no sangue com posterior eliminação na urina e diversas complicações. Esta ausência da produção de insulina é ocasionada pela destruição irreversível das células beta do pâncreas ou por uma situação auto-imune. Neste caso, o tratamento está na administração de insulina por via subcutânea, já que por via oral a mesma é degradada em um composto inativo, dieta hipoglicêmica e atividade física diária.

O tipo 2 se apresenta com produção de insulina em níveis normais no início e em níveis aumentados em fase mais avançada, porém existe uma resistência periférica, a qual dificulta a ação do hormônio, causando o acúmulo da glicose no sangue e diminuição da produção de energia, este tipo é mais freqüente em idosos e obesos, o tipo 1 é mais comum em crianças e adultos jovens. O tratamento indicado para tal patologia é medicamentoso, com uso de hipoglicemiante, dieta hipoglicêmica e atividade física diária.

Para a Equipe ABC da Saúde (2005) existem muitos fatores que podem levar ao diabetes, como a idade maior ou igual a 45 anos, a história familiar, o sedentarismo, hipertensão arterial, doença coronariana. Assim pode ser feita uma prevenção para o diabetes tipo 2 e uma descoberta precoce do tipo 1 com prevenção das complicações. À medida que os fatores de risco são descobertos deve ser feito um acompanhamento destes clientes com orientações para que os mesmos adotem comportamentos e medidas que os retirem do grupo de risco.

Tal alteração orgânica se mostra com o progresso da mesma com muitas complicações, dentre elas as visuais, desde a diminuição da acuidade visual até sua perda total, sintomas cardíacos, envolvendo as coronárias, o músculo cardíaco e a condução dos estímulos elétricos neste órgão. Sintomas circulatórios com obstrução

de vasos importantes como artérias e veias centrais e periféricas o que culmina com má perfusão dos tecidos e retardo nas cicatrizações de possíveis ferimentos. Sintomas renais, que indicam um alto comprometimento dos órgãos, cursando com edema nos membros inferiores, proteinúria (perda de proteína pela urina) e aumento da pressão arterial.

Os sintomas neurológicos provocam alterações na sensibilidade dolorosa e motora, podendo ocasionar ferimentos nos membros sem que sejam percebidos. A neuropatia é um fator essencial na formação de úlceras em pé de diabéticos não isquêmico, incluindo deformidades plantares, pele seca e mobilidade articular diminuída.

Em relação às alterações renais, a nefropatia atinge cerca de 35% dos diabéticos tipo 1 e de 10 a 40% dos diabéticos tipo 2, sendo do tipo microvascular, isso devido à hiperglicemia crônica acompanhadas por distúrbios hemodinâmicos que são responsáveis por disfunções nos glomérulos, cuja conseqüência inicial é a proteinúria (FERREIRA, ZANELLA, 2005).

As complicações crônicas do diabetes são responsáveis pela maior parte das morbi-mortalidades relacionadas a esta patologia. As doenças cardiovasculares representam 52% em pacientes diabéticos do tipo 2, sendo que estes são 30% do total. Cerca de 40% morre no primeiro ano de tratamento por complicação cardiovascular, segundo dados de Forti (2005).

Segundo o DATASUS (BRASIL, 2006a), os casos de Diabetes Mellitus como causa *mortis* vem crescendo a cada ano a uma progressão estimada de 1.200 (entre 96 e 97) a 1.500 (entre 2001 e 2002) casos por ano. Nota-se ainda que a maioria dos casos aconteça, respectivamente, nas regiões Sudeste e Nordeste.

Entre as regiões brasileiras, com relação aos índices de mortalidade por diabetes, o Nordeste se destaca, com 7,01%, seguido do Sudeste com 6,52%.

Tabela 08 - Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus segundo regiões do Brasil – 2000-2005

Doenças endócrinas	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Diabetes Mellitus	5,22	7,01	6,52	3,61	3,77	5,75
TOTAL	5,22	7,01	6,52	3,61	3,77	5,75

Fonte: DATASUS, 2006

Analisando alguns dados de morbidade, também obtidos através do DATASUS (BRASIL, 2006a), podemos observar que a quantidade de gastos

públicos com diabéticos entre 2001 e 2002 apresenta um decréscimo da ordem de 5,6% em todo o território nacional, aumento de 4,9% entre 2002 e 2003 e aproximadamente 15% entre 2003 e 2004. Analisando a tabela 09, podemos ver, nesses mesmos períodos, uma redução de cerca de 2,7% na taxa de óbitos dos diabéticos, 3,4% em 2002 e 2003, e apenas 1,4% em 2003 e 2004.

Os dados abaixo mostram uma redução contínua nas taxas de mortalidade por diabetes mellitus, porém é sabido que o número de idosos está em crescente ascensão e a grande maioria das pesquisas comprova que só o fato de se ser idoso já é um fator de risco para o diabetes. Como pode ser explicado essa redução nos dados do DATASUS, será que o programa de saúde da família está conseguindo realmente controlar o diabetes e suas complicações, ou os registros não estão sendo fidedignos aos fatos verdadeiros.

Tabela 09 - Taxa de Mortalidade entre idosos brasileiros por Diabetes segundo Ano de Competência – Brasil – 2000- 2005

Doenças endócrinas	Ano de Competência						Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Diabetes Mellitus	7,67	7,42	7,25	7,03	7,02	6,88	7,22

Fonte: DATASUS, 2006

Seguindo ainda os dados obtidos através do DATASUS (BRASIL, 2006a), podemos inferir a maior incidência do Diabetes Mellitus na população idosa ao observar que cerca de 76,32% do total de mortes por diabetes mellitus no Brasil está na população acima de 60 anos de idade.

Tabela 10 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Diabetes segundo Sexo - Brasil 2000-2005

Doenças endócrinas	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Diabetes Mellitus	5,45	4,94	5,15

Fonte: DATASUS, 2006

A prevalência do diabetes vem aumentando em todo o mundo, o mau controle da doença ocasiona uma série de complicações agudas e crônicas, como já foi exposto anteriormente, o que faz elevar o número de internações, as quais podem ser evitadas através do acompanhamento e controle da mesma, estimulando a participação mais ativa do cliente no seu tratamento diário. Na tabela 10, supracitada pode-se perceber a diferença da taxa de mortalidade entre homens e mulheres, a

qual chega a ter mais de 10% de diferença entre eles, sendo que o homem se destaca com 5,45% em toda a população idosa brasileira.

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade entre os idosos brasileiros por Diabetes segundo faixa etária - Brasil 2000-2005

Doenças endócrinas	Faixa Etária					Total
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais	
Diabetes Mellitus	4,73	5,59	6,85	8,67	12,35	7,22

Fonte: DATASUS, 2006

A distribuição dos idosos diabéticos por faixa etária está colocada na tabela 11, onde se pode perceber que o maior índice está entre os idosos acima de 80 anos, seguidos dos que tem entre 75 e 79 anos, apresentando respectivamente, 12,35% e 8,67%. Os idosos que se apresentam com 70 e 74 anos de idade, possuem um percentual de 6,85% de diabéticos. À medida que os anos passam, aumentam os índices de clientes cadastrados nos programas do SUS com diabetes mellitus. Mais uma vez a faixa etária se mostra como um fator de risco para o diabetes mellitus, pois quanto mais idosa a pessoa, maiores são as chances de sofrer de tal patologia.

Os problemas psicológicos e sociais dos diabéticos se iniciam quando eles descobrem que aquela doença não terá cura, entretanto, esta situação será amenizada quando recebem informações que poderão controlá-la. Além destes problemas, os clientes de baixa renda, sabem que com o salário que recebem a situação se complica mais ainda o que faz aumentar os níveis de glicemia (PASSOS, 2000).

A visita rotineira do profissional de saúde ao diabético irá fazer com que ele eleve o seu conhecimento acerca da sua patologia, conscientizando-o da importância da mudança de comportamentos e atitudes a fim de conquistar auto-estima e proporcionar uma convivência mais feliz na sua família.

Negrão e colaboradores (2000) ressaltam e fundamentam a importância da atividade física regular em indivíduos diabéticos baseado nas reações que o treinamento físico causa na resistência à insulina, além da diminuição da gordura corporal, é importante saber que indivíduos com massa corporal acima de 30kg/m² apresentam um risco de 10 a 20 vezes maior de desenvolver diabetes.

Considerando que tanto a obesidade como o diabetes mellitus são fatores de risco preponderantes para o desencadeamento de doenças coronarianas, sua

associação amplia consideravelmente as possibilidades de um agravo desse tipo. A prática de atividade física apresenta característica de perda de peso (apesar de não tão eficaz quanto a dieta hipocalórica) e de manutenção da “massa magra” (tônus muscular) o que evita o reganho de peso. Adicionalmente, o exercício físico regular e bem dirigido apresenta benefícios relevantes na hipertensão arterial, hiperglicemia e na resistência à insulina, independente da perda de peso.

Segundo Maia e Araújo (2002), um outro importante fator preventivo do diabetes mellitus é a Educação. Conhecer a doença é uma forma dos indivíduos acometidos ou não se conscientizarem das complicações que a falta de cuidados/precauções podem ocasionar.

Para que esta participação seja atingida, torna-se necessário o desenvolvimento de atividades educativas de saúde dirigidas para o paciente e para a família, que devem ter como objetivo a prevenção de complicações a ser atingido com o autocuidado do diabético.

Uma outra enfermidade que deve fazer parte da lista das doenças que merecem atenção especial é a Hipertensão Arterial. Isso porque ela possui uma taxa de mortalidade alta entre a classe trabalhada e por ter uma repercussão social e econômica na comunidade.

O conhecimento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de seus fatores de risco pode ser de grande valor para orientar o planejamento das políticas públicas de saúde. Esta doença é um importante problema de saúde em todo o território nacional isso porque as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte entre adultos idosos (PICCINI, VICTORA, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível, multifatorial e multicausal, altamente prevalente, de alto custo social e grande impacto na morbi-mortalidade da população brasileira e de todo o mundo. Assim, para trabalhar com estes agravos e implementar a atenção de forma mais organizada, eficaz e eficiente a partir da atenção básica, foi implantado em 2001 no Brasil o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Seguindo esta proposta foram iniciadas as seguintes ações: ampliação da estratégia do Programa Saúde da Família, a Política de Promoção à Saúde, a Política Nacional de Informação em Saúde, a Política de Assistência Farmacêutica, e a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica (BRASIL, 2005g).

A HAS é uma patologia que consiste na elevação da pressão arterial, variando da forma leve até a intensa. A pressão arterial é a força com que o sangue é bombeado através das veias e artérias do organismo, quando o coração ejeta certa quantidade de sangue pela aorta, artéria calibrosa que sai deste órgão. Este sangue sai com uma força que deve estar dentro dos valores preconizados pelo Ministério da Saúde, 120x80 mmhg, o que indica que a propulsão sanguínea é suficiente para que todas as partes do corpo sejam oxigenadas e nutridas com os componentes orgânicos, até mesmo as mais distantes, como os pés.

No indivíduo idoso a HAS se caracteriza por apresentar o aumento da resistência periférica com a diminuição do débito cardíaco, redução da frequência cardíaca. Há também o endurecimento fisiológico das veias e artérias do idoso o que pode aumentar o nível pressórico, porém estes fatores associados a outros fisiológicos e patológicos não podem ser considerados como conseqüências normais para o envelhecimento. A HAS tanto em jovens quanto em idosos deve ser tratada corretamente e controlada por profissionais responsáveis em uma Unidade de Saúde da Família.

Mais uma vez aqui é necessário que haja uma interação entre o profissional de saúde e o cliente. Pois esta relação é fator indispensável para a adesão ao tratamento e conseqüentemente uma melhora no quadro clínico do usuário.

Segundo os dados do Hiperdia (BRASIL, 2006b), programa do Ministério da Saúde para o controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, existia um total de 149.007 hipertensos na Bahia e 692.443 em São Paulo e os clientes cadastrados no HIPERDIA que apresentavam diabetes e hipertensão somavam um total de 32.924 na BA e 197.742 em SP.

Tabela 12 – Número de Diabéticos e Hipertensos por algumas Unidades de Federação – Brasil – 1999-2005

UF	Doenças			Total
	Diabéticos	Hipertensos	Diabetes+ Hipertensão	
BA	39.983	149.007	32.924	221.914
RJ	47.422	157.630	41.591	246.643
SP	229.625	692.443	197.742	1.119.810
DF	3.349	6.958	2.728	13.035

Fonte: DATASUS, 2006

Seguindo ainda os dados do HIPERDIA, no SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações por ano o que

acarreta um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade.

Para Spritzer (2005) a ocorrência da HAS está relacionada às características de raça, cor, faixa etária e sociedade (industrializada ou não). Sendo que existem fatores genéticos fixos e que são resultantes de processos biológicos que não podem ser alterados. Este autor relata também que a associação entre idade e HAS, raça e sexo refletirá a inter-relação entre os fatores ambientais e genéticos. Como ele mesmo afirma que o aumento do peso corporal e a idade avançada transformam idosos com sobrepeso em hipertensos.

Tabela 13 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10, segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005

Doenças Hipertensivas	Faixa Etária					Total
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais	
Hipertensão Arterial	1,19	1,28	1,51	2,02	2,9	1,71
Outras doenças hipertensivas	2,33	2,74	3,36	4,06	6,15	3,66
Total	1,5	1,68	2,03	2,61	3,89	2,26

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Na tabela 13 os dados mostram que a taxa de mortalidade é sempre crescente, entre a faixa etária de 60 e 64 anos era de 1,19%, já entre 75 e 79 anos fica em torno de 2,02%, nos anos de 2000 e 2005. Entre os idosos que possuem 80 ano ou mais a taxa de mortalidade fica em torno de 2,9%.

Para Lolio et al (2006) a relação entre HAS, renda familiar, ocupação e escolaridade é inversamente proporcional, ou seja, quanto menor a renda, a ocupação e a escolaridade, maior o risco de sofrer HAS. Pois os maiores índices desta doença se encontram entre as classes mais desfavorecidas. Esta autora concorda com Spritzer (2006) ao afirmar que a relação entre obesidade e HAS é diretamente proporcional.

A hipertensão também está diretamente ligada ao sedentarismo, às novas tecnologias industriais, facilidades domésticas e à redução diária das atividades físicas que têm trazido como resultado o aumento dos riscos para as patologias crônico-degenerativas, à alimentação rica em gorduras, carboidratos e excesso de cloreto de sódio (sal de cozinha) também se constituem em fatores de risco.

A hipertensão arterial tem feito mais vítimas do sexo masculino, como pode ser percebido na Tabela 14, tendo uma taxa de 2,03% para os homens e 1,5% para as mulheres, isso entre o total de idosos brasileiros.

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Sexo– Brasil – 2000-2005

Doenças Hipertensivas	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Hipertensão Arterial	2,03	1,5	1,71
Outras doenças hipertensivas	4,03	3,4	3,66
Total	2,62	2,03	2,26

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Como preconiza o Ministério da Saúde, frente esse problema, deve ser reconhecido que a identificação precoce, a oferta e acompanhamento adequado dos indivíduos portadores da HAS e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o controle deste agravo, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas (BRASIL, 2005g).

Já foi dito anteriormente e largamente comprovado nas últimas décadas, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros culmina na mudança do cenário demográfico com o crescimento numérico do grupo de idosos de forma substancial. Este envelhecimento populacional nos coloca diante da necessidade de conhecer quais os fatores que atuam direta e indiretamente junto às assim chamadas doenças crônico-degenerativas, pois estas estão intimamente ligadas ao processo de envelhecer.

O equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e a real necessidade destes no organismo, resulta no bom estado nutricional, que fisiologicamente pode ser alterado causando a conhecida obesidade, que é uma doença que cursa com excesso de tecido adiposo e se apresenta com conseqüências desastrosas estando associada a outras patologias como a hipertensão arterial, às doenças cardíacas, a osteoartrite, ao diabetes tipo 2, que são enfermidades crônico-degenerativas e são potencializadas pelo excesso de peso corporal.

Juntamente com essas doenças que são associadas à obesidade, estão também os distúrbios psicológicos e sociais, aumento do risco de morte prematura e

variadas situações que interferem na qualidade de vida do idoso obeso (CABRERA, JACOB, 2001).

A taxa de mortalidade (Tabela 18), para idosos obesos, encontrada em 2001 foi de 15,79% seguidos por um declínio considerável nos próximos anos. No ano de 2002 essa taxa caiu para 0,86%, com um leve aumento para 1,29% em 2003, 1,56% em 2004 e em 2005 esses valores se mostram um pouco menores, 1,2%. Porém isso não significa que o número de idosos obesos tenha diminuído, pois inúmeros estudos têm comprovado que este percentual está aumentando (BRASIL, 2006b).

Se muitas pesquisas comprovam que o número de idosos obesos aumenta com o passar do tempo, como se explica essa redução nas taxas de mortalidade por obesidade? Será que está sendo feito um registro de acordo coma patologia envolvida no momento do óbito?

A obesidade é confirmada quando individualmente é atingido o Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou acima de 30kg/m^2 . Na população idosa existe uma variação e uma tolerância, pois há uma diminuição na altura, uma perda de massa magra e aumento da gordura corpórea geral e central. Porém deve ser observado que o crescimento da circunferência abdominal tanto nesta faixa etária quanto nas outras, está ligada a algumas patologias (CABRERA, JACOB, 2001).

Este fenômeno começou a ser observado separado e coletivamente a partir da década de 1960, quando se iniciou a transformação no quadro epidemiológico e econômico, que como afirma Da Cruz (2004), adultos entre 25 e 64 anos de idade, tiveram aumento da prevalência da obesidade que em 1974 era de 5,5% e em 1989 passou a ser 9,6%.

No período entre 1988 e 1996, observou-se um aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares e refrigerantes, em detrimento da redução do consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes, nas regiões metropolitanas do Brasil. A crescente substituição dos alimentos *in natura* ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associada a um estilo de vida sedentário, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos, compõem um dos os principais fatores etiológicos da obesidade (SARTORELLI, FRANCO, 2005).

Em 1989 foi obtido como resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, a prevalência de sobrepeso em 30,4% dos homens e 50,2% em mulheres idosas do total de entrevistados. Sendo que esse número declina à medida que há

um aumento na idade, maior de 70 anos para homens e acima de 80 anos para as mulheres. Estes valores são mais prevalentes nas zonas urbanas e nas regiões Sul e Sudeste (TAVARES, ANJOS, 1999).

Os dados da Tabela 15 demonstram que os idosos obesos representavam 1,36% do total de idosos da faixa etária entre 60 e 64 anos e 9,09% entre os que tinham 80 anos ou mais. O que pode ser também confirmado é que uma parte considerável da população idosa sofre de magreza, desnutrição, subnutrição, afetando em maior percentual o sexo feminino, o que resulta de um grupo de problemas, como a pobreza e a solidão. Esta situação se encontra em todas as regiões do país e principalmente na zona rural. Quando comparado à renda dessas pessoas, ficou comprovado que a maioria é pobre e o sobrepeso varia do pobre ao idoso que tem boa condição financeira (TAVARES, ANJOS, 1999).

Tabela 15 - Taxa de Mortalidade em Idosos Brasileiros por Doenças do CID 10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005

Doenças Endócrinas	Faixa Etária					Total
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais	
Obesidade	1,36	0,58	4,44	9,09	9,09	1,64
Desnutrição	15,74	16,22	16,91	17,82	19,77	17,7
Total	8,55	8,4	10,67	13,45	14,43	9,67

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Tavares e Anjos (1999) relatam que o sexo feminino se apresenta com maiores taxas de obesidade, porém os dados do DATASUS (BRASIL, 2006c) informam que o sexo que mais sofre tanto com a desnutrição como com a obesidade é o masculino, com 8,57% de obesos em toda a população idosa (Tabela 16).

Tabela 16 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 em Idosos Brasileiros segundo Sexo – Brasil – 2000-2005.

Doenças Endócrinas	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Obesidade	8,57	0,74	4,65
Desnutrição	18,46	16,81	17,63
Total	13,51	8,77	9,67

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Numa comparação entre obesos tabagistas e os não tabagistas, Da Cruz, Almeida e Schwanke (2004), afirmam que os homens obesos em 100% dos

entrevistados em sua pesquisa não são tabagistas e entre as mulheres não há uma prevalência significativa entre obesas fumante e as não fumantes. Em relação à bebida alcoólica, as autoras relatam que as mulheres não obesas consomem maior quantidade de bebidas alcoólicas que as mulheres obesas, e para homens esses valores não fizeram diferença considerável.

A unidade de saúde com seus programas é considerada como porta de entrada para a resolução de problemas de saúde. Isso significa dizer que o indivíduo que procura o serviço público deverá de início ser atendido no PSF da sua área residencial, para que a partir daí ele possa ser encaminhado ou não para outro serviço de maior complexidade e especialização.

Caso este serviço de porta de entrada não seja eficiente, recairá em aumento de custos para o Estado, pelo simples fato de que aquela doença que estava no início e tinha um gasto pequeno, agora depois de ter sido postergado o tratamento terá um gasto, muitas vezes, o dobro do que iria ser antes.

Sabe-se que a maioria dos profissionais não possui o conhecimento adequado sobre todas as enfermidades e que eles enfrentam uma variedade de situações que pode não estar relacionado com os sistemas orgânicos, sendo questões vagas, mas que norteiam por quais caminhos deverão seguir.

Um dos grandes exemplos é a hipertensão arterial que traz consigo um risco elevado para outras patologias, dentre elas o acidente vascular cerebral (AVC). Numa unidade onde se pode fazer o controle adequado das doenças de base, como o diabetes e hipertensão, os clientes possuem maiores chances de não sofrerem de conseqüências indesejadas, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o AVC.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) está entre as doenças classificadas como Doença Cérebro Vascular (DCV) e é uma patologia conhecida popularmente como derrame cerebral ou apenas derrame, que está entre as principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil.

Este termo Acidente Vascular Cerebral é usado para designar o déficit neurológico (transitório ou definitivo) em uma área cerebral secundário à lesão vascular, e representa um grupo de doenças com manifestações clínicas semelhantes, mas que possuem várias etiologias. Classificando-se o AVC tem-se o AVC hemorrágico (AVCh) que compreende a Hemorragia Subaracnóide (HSA), em geral decorrente da ruptura de aneurismas congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis que é a junção de artérias cerebrais anterior, direita e esquerda, e

a Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP), cujo mecanismo causal básico é a degeneração hialina de artérias intraparenquimatosas cerebrais, tendo como principal doença associada a hipertensão arterial sistêmica (HAS). O AVC isquêmico (AVCi) descreve o déficit neurológico resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ser temporário (episódio isquêmico transitório, EIT) ou permanente, e tem como principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as cardiopatias e o diabetes mellitus (DM) (RADANOVIC, 2006).

Analisando a Tabela 17, observa-se que a taxa de mortalidade por AVC em 2000 era de 17,87% em toda a população brasileira e em 2005 esse número subiu para 18,28%, o que significa que quase 20% da população brasileira já sofreram pelo menos um ou mais episódios de AVC.

Tabela 17 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Ano de Competência – Brasil-2000-2005

Doenças Cardiovasculares	Ano de Competência						Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
AVCi + AVCh	17,87	17,41	16,9	17,84	18,48	18,28	17,82
Outras DCV	15,67	15,93	12,34	10,08	9,97	8,97	13,65
Total	17,07	16,88	16,2	17,01	17,51	17,23	16,98

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

O AVCi ocorre por diminuição do fluxo sanguíneo inicialmente para uma área focal e em seguida se alastrando para uma região mais central, essa redução do aporte de oxigênio e glicose (substância indispensável para a nutrição das células) pode levar a uma seqüência de eventos que resulta na necrose tecidual.

Algumas outras etiologias podem estar associadas ao AVC, tais como coagulopatias, tumores, artrites inflamatórias e infecciosas. Porém a maioria das pessoas independente da faixa etária, escolaridade, raça e religião, não sabe se tem ou não risco de sofrer um AVC. Isso se deve ao mau acompanhamento na prevenção e cuidado direto das patologias de base em nível de Unidade Básica.

Tabela 18 - Taxa de Mortalidade por Doença do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000-2005

DVC	Faixa etária							Total
	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais	
AVCi + AVCh	16,23	17,13	16,43	15,66	15,78	18,05	22,93	17,79
Outras DCV	7,54	9,9	10,95	11,21	13,03	15,38	20,99	13,77
Total	13,11	14,95	15,08	14,7	15,25	17,58	22,63	17

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Muitos estudos mostram como é alto o índice de AVC em idosos, porém seguindo os dados do DATASUS (BRASIL, 2006d) ao se comparar jovens e idosos brasileiros que já foram hospitalizados com tal diagnóstico, torna-se perceptível o aumento dos números dos casos de uma forma significativa entre os menores de 60 anos (Tabela 18), o que não faz diminuir as altas taxas entre os mais velhos. Um dos fatores que pode justificar essa diferença e a permanência de casos entre os idosos é a existência de alterações metabólicas fisiológicas da própria idade, porém já se sabe que o idoso possui mais susceptibilidade a esse tipo de doença, mesmo sendo uma realidade o fato de os mais jovens estarem enfrentando cada vez mais essa patologia, talvez por falta de conhecimento sobre determinado assunto suas causas e conseqüências e por assim não freqüentarem as Unidades Básicas de Saúde.

Fazendo uma breve comparação entre mulheres e homens idosos, fica comprovado que as mulheres têm maior taxa de mortalidade por casos de AVC registrados, porém na tabela 14, no sub-capítulo de hipertensão arterial, os dados mostram que os homens possuem mais casos de hipertensão arterial, causa primária de AVC (Tabela 19).

Tabela 19 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Sexo – Brasil – 2000 –2005

DVC	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
AVCi + AVCh	18,34	18,73	18,53
Outras DCV	15,78	15,69	15,73
Total	17,89	18,18	18,04

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Como já citado, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são algumas das doenças que favorecem a ocorrência de um AVC, por isso, são urgentes as providências para se ampliar o conhecimento e expandir a educação a respeito de determinada enfermidade, tanto para alertar a população sobre os seus riscos, como para capacitar profissionais para o seu tratamento e acompanhamento a nível básico.

Este conjunto de doenças (AVCi e AVCh) representa grande ônus em termos sócio-econômicos, pela alta incidência e prevalência de quadros com seqüelas muitas vezes irreparáveis. A importância deste tipo de doença para o Sistema de Saúde no Brasil pode ser considerada pelo fato de representar mais de 370 milhões de reais em apenas cinco anos para o Estado, o que pode ser contornável caso haja

maior controle das doenças de base nas Unidades de Saúde (Tabela 20).

Tabela 20 - Valor Total gasto em Reais por Doenças do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000 - 2005

DCV	Faixa etária			Total
	60 a 69	70 a 79	80 ou mais	
AVCi + AVCh	79.877.592,70	89.446.375,16	58.041.051,02	227.365.018,88
Outras DCV	60.179.312,80	53.096.799,51	30.500.262,79	143.776.375,10
Total	140.056.905,50	142.543.174,67	88.541.313,81	371.141.393,98

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Na tabela 19 os dados referem que as mulheres adoecem apenas cerca de 2,1% mais que os homens, porém na tabela 21 os dados mostram que mesmo apresentando menos casos de AVC os homens possuem maior gasto em reais que as mulheres, algo em torno de 5 milhões de reais. Mais uma vez tal fato remete ao pensamento de que este sexo possui uma resistência no momento da procura de um serviço de assistência à saúde determinando assim, maiores e piores conseqüências do AVC. Isto leva a perceber que essa classe de pessoas possui uma necessidade diferenciada no momento do seu atendimento, assim deve ser efetivada a educação em saúde para esta população, na tentativa de aumentar os índices de atendimento nas unidades de saúde da família e reduzir a incidência de casos de AVC entre estes homens idosos.

Tabela 21 - Valor Total gasto em Reais por Sexo segundo Lista do CID-10 – Brasil – 2000 – 2005

DCV	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
AVCi + AVCh	116.228.086,93	111.136.931,95	227.365.018,88
Outras DVC	72.518.016,63	71.258.358,47	143.776.375,10
Total	188.746.103,56	182.395.290,42	371.141.393,98

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Nas Unidades de Saúde da Família (PSF) o acompanhamento das patologias de base como a hipertensão e o diabetes mellitus e a visita rotineira dos profissionais a pacientes que já sofreram o AVC é algo que pode reduzir a incidência e as conseqüências da doença em questão e estimulá-los a reiniciar uma vida com menos riscos para a própria saúde, esse tipo de trabalho trará como retorno não só a redução nos casos da patologia mas a diminuição nos gastos públicos com os tratamentos prolongados e suas as complicações.

Com todas as alterações sócio-econômicas ocorridas na sociedade, como a mudança na pirâmide etária com seu estreitamento da base que representa a diminuição da taxa de natalidade e o alargamento do topo indicando o crescimento da expectativa de vida, fica cada vez mais comprovada a facilidade para o aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas, que já se mostram como a segunda causa de morte no país.

Apresentando um quadro clínico de dor precordial à esquerda que irradia para o membro superior esquerdo, mandíbula, dorso, ombros e região epigástrica, podendo apresentar náuseas, mal-estar, dispnéia, taquicardia e até confusão mental, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma doença que se caracteriza por morte das células do coração em consequência da diminuição brusca ou ausência do fluxo sanguíneo neste local, ou seja, é uma isquemia seguida de uma lesão e necrose das células, sendo que até a segunda etapa desta cascata de acontecimentos no IAM, são alterações reversíveis.

Em um contexto de desigualdades sociais, o Estado, ainda preocupado com a mortalidade infantil e a transmissão de doenças contagiosas, representado pelo o sistema público de saúde não consegue oferecer adequadamente amparo para seus idosos, deixando-os acumularem seqüelas de variadas doenças, culminado em incapacidades, perda da autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

De acordo com os dados do DATASUS (BRASIL, 2006d) desde o ano de 2000 até 2005 houve um crescimento de 7,3% nos óbitos diagnosticados por IAM, o que significa um aumento de mais de três mil idosos mortos por esta enfermidade. Pesquisas apontam que a maior letalidade hospitalar do IAM é entre as mulheres (PASSOS, LOPES, ESTEVES, 1998). Porém alguns dados dizem que a frequência com que acontece a patologia e a mortalidade da mesma é maior entre as mulheres idosas, sendo que o maior valor se encontra entre 70 e 79 anos para ambos os sexos, isto pode ser comprovado na tabela 23 (BRASIL, 2006d).

Como pode ser visto, nas tabela 22 está confirmado a alta taxa de mortalidade causada pelas doenças cardíacas, se mostrando com a diminuição dos infartos e das demais doenças, porém é sabido que a maioria destes óbitos poderia ser evitado se passasse a existir uma intervenção mais direta e precoce nos fatores de risco, como alimentação, prática de exercícios físicos e tabagismo. Isso também se deve a globalização e a padronização da alimentação, com o aumento dos

carboidratos, gorduras saturadas, sal e outros alimentos que em grande quantidade são prejudiciais ao organismo (OLIVEIRA, 2004).

São muitos os fatores que podem contribuir para o aumento da incidência de IAM, alguns são endógenos como o diabetes, que é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares, isso porque se mostra com alterações do endotélio vascular como modificações plaquetárias, lipídicas com variações do LDL colesterol e HDL colesterol. Esses fatores causam a inflamação dos vasos e o depósito de cálcio e colágeno nas paredes das artérias formando as placas ateroscleróticas e reduzindo o seu lúmen (MARSIGLIA, 1987 apud GONDIM, OLIVEIRA, GROSSI, 2003).

Tabela 22 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 segundo Faixa Etária – Brasil – 2000–2005

Doenças do Aparelho Circulatório		Faixa etária					Total
		60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais	
Doenças Isquêmicas do Coração	2000	2,98	3,49	4,67	5,39	6,53	4,19
	2005	2,65	3,1	4,44	4,6	6,38	3,89
Infarto Agudo do Miocárdio	2000	15,39	18,16	22,77	25,46	33,27	21,86
	2005	12,17	15,78	20,33	23,47	32,47	19,74
Outras Doenças Cardíacas	2000	9,43	9,74	10,91	11,99	13,39	10,97
	2005	7,64	10,26	10,5	10,54	12,67	10,29
TOTAL	2000	9,26	10,46	12,8	14,3	17,7	12,34
	2005	7,5	9,7	11,75	12,87	17,17	11,3

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Como afirma Oliveira (2004), muitos dos fatores de risco para o IAM são resultados de uma exposição sofrida no passado enquanto criança e adolescente, conseqüências do estilo de vida que só serão sentidos no futuro. Desta forma fica explícito a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento permanente destes idosos, cujo objetivo é melhorar o autocuidado, o controle com as medicações, a freqüência de visitas aos consultórios, em fim, prevenir e conseqüentemente reduzir os valores dos infartos e doenças crônico-degenerativas.

De acordo com o sexo dos idosos que sofreram IAM, os dados mostram que o sexo feminino sofre 26,8% a mais que o sexo masculino, que tem no total de

18,4% nos anos de 2000 a 2005. Nas doenças isquêmicas os dados mostram que o sexo masculino fica na frente do feminino e em quantidade menor, para o mesmo período (Tabela 23).

Tabela 23 - Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório em idosos segundo sexo – Brasil – 2000-2005

Doenças do Aparelho Circulatório	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Doenças do Coração	10,49	10,49	10,49
Doenças Isquêmicas	4,03	3,89	3,96
IAM	18,4	23,33	20,52
Total	10,97	15,57	11,65

Fonte: DATASUS, 2006

Mesmo com todos esses programas para atendimento e acompanhamento destes clientes, é ainda em pequena quantidade o número de pacientes, talvez sejam pelos recursos escassos na área de saúde, voltados para a prevenção e direcionados para o estilo de vida, ou por falta de incentivo governamental, desde a criação do programa até sua manutenção (OLIVEIRA, 2004).

A hipertensão arterial também se apresenta como uma vilã frente o processo de IAM, ela se torna muito importante antes e depois de se ter sofrido o infarto. São implicações terapêuticas que culminam, tanto a longo quanto em curto prazo num prognóstico ruim. Assim, comparando-se hipertensos e normotensos, os primeiros têm maior probabilidade de desenvolver uma doença coronariana e um infarto agudo do miocárdio, sem distinções de sexo (TAVERES, 2000 apud OLIVEIRA, 2004).

Sabe-se que num mesmo indivíduo pode ser encontrado a situação de se ser hipertenso, diabético, alcoólatra e tabagista, estes dois últimos elementos trazem consigo o fato de serem fatores de risco exógenos, mas que têm as mesmas ou piores conseqüências que os fatores endógenos, já citados anteriormente, para os pacientes sujeitos ao infarto.

Torna-se perceptível a necessidade de aumentar o investimento em saúde e educação para a atual população de jovens como alternativas de comprimir a morbidade e minimizar o impacto dos problemas advindos com o envelhecimento populacional, dentro de um país cujos recursos financeiros são escassos (CHAIMOWICZ, 1997).

Porém deve ser observado que qualquer modificação nas políticas de saúde para atender tanto do ponto de vista individual, institucional e governamental,

precisa estar baseada em dados obtidos diretamente da população em questão (AVEZUM, PIEGAS, PEREIRA, 2005).

Cabem aos profissionais de saúde, desenvolver habilidades, ferramentas e ações para atender estes usuários, incentivando-os a manter um hábito de vida mais saudável evitando novas e freqüentes exposições a fatores de risco para o IAM e as demais patologias (OLIVEIRA, 2004).

Nos países em desenvolvimento, nas últimas décadas, houve um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos. A passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, como a que se observa atualmente no Brasil, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média da população e num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas (RAMOS, VERA, KALACHE, 1987 apud AMARAL, COELI, COSTA, 2006).

Uma outra enfermidade de grande preocupação para o Estado é a neoplasia (câncer) que era vista como uma doença de países ricos e industrializados, enquanto que algumas outras situações relacionadas com a fome, a infecções e a parasitas eram de países subdesenvolvidos. As estatísticas atuais não confirmam estes fatos, pois mais da metade dos casos novos de cânceres reportados anualmente ocorrem em países subdesenvolvidos (MOLINA, DALBEN, DE LUCA, 2006).

O número de novos casos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população (BRASIL, 1992 apud MOLINA, DALBEN, DE LUCA, 2006).

Comparando-se as doenças do aparelho circulatório, as doenças infecciosas e as neoplasias, estas últimas possuem um alto índice de mortalidade o qual pode ser percebido na tabela anterior, onde se percebe que em 2000 as neoplasias apresentaram uma taxa de mortalidade de 11,28% em todo território nacional, já em

2005, essa taxa sofre um acréscimo de 10,2% chegando num total de 12,43% (Tabela 24).

Tabela 24 - Taxa de Mortalidade por Ano de Competência segundo Doenças do CID-10 – Brasil –2000-2005

Ano de Competência	Doenças do CID-10		
	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças infecciosas
2000	11,28	8,67	9,4
2001	11,79	8,61	9,57
2002	10,53	9,15	9,86
2003	10,51	9,44	10,3
2004	11,44	9,7	11,83
2005	12,43	9,53	11,17
Total	10,27	11,09	9,13

Fonte: Dados extraídos do MS/SIAB/SIH/SUS-DATASUS (BRASIL, 2006z)

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Segundo o sexo (Tabela 25), a taxa de mortalidade por neoplasias é mais expressiva no sexo masculino que se mantêm com 11,57% dos idosos brasileiros nos últimos cinco anos.

Tabela 25 - Taxa de Mortalidade por Doenças do CID-10 em Idosos Brasileiros segundo Sexo – Brasil – 2000-2005.

Doenças do CID-10	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Neoplasias	11,57	10,72	11,18
Total	11,57	10,72	11,18

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Os dados do DATASUS referem sobre as taxas de mortalidade de acordo com as faixas etárias, e nos idosos com 80 anos ou mais a taxa de mortalidade é muito alta, com 14,25%, havendo uma pequena redução à medida que a idade diminui, chegando a 9,58% nos indivíduos entre 60 e 64 anos (BRASIL, 2006b).

Observando a Tabela 30 pode-se inferir que o número total de internações por esta mesma patologia em 2000 entre os idosos brasileiros foi de 106.196 pessoas, o que significa 0,73% da população idosa, entretanto os dados nos mostram que este fato cresceu até 2004 e já em 2005 os números caem bruscamente para 14.126 casos registrados, que em percentuais equivale a 0,09% da população idosa. Mais uma vez é preciso pensar rigorosamente sobre os dados aqui apresentados, como se explica o fato de existir um crescente aumento das neoplasias durante os anos de 2000 até 2004, chegando a mais de 150 mil casos e

em um ano esse número despenca e atinge um total de pouco mais de 10.000 indivíduos?

Tabela 26 - Número de internações dos idosos por capítulo do CID 10 segundo ano de competência – Brasil – 2000 - 2005

Ano competência	Número de Internações/Doenças do CID-10			TOTAL
	Neoplasias	Doença circulatória	Doença Respiratória	
2000	106.196	616.729	437.606	1.160.531
2001	110.806	632.431	420.200	1.163.437
2002	145.807	657.774	422.519	1.226.100
2003	159.533	663.810	408.503	1.231.846
2004	168.423	652.403	433.702	1.254.528
2005	14.126	54.343	30.717	99.186
TOTAL	704.891	3.277.490	2.153.247	6.135.628

Fonte: DATASUS, 2006

Nota: CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

Não se pode esquecer dos dados anteriores que comprovam um aumento brusco na taxa de óbitos por esta doença. Como se explica essa grande redução nos números absolutos de internações dos idosos brasileiros se há um aumento considerável nas taxas de óbitos pela mesma patologia? Existe uma menor procura pelos tratamentos e assim um maior número de óbitos por tais complicações? Os registros hospitalares estão sendo preenchidos corretamente? Nos dias de hoje com tantos avanços tecnológicos o número de óbitos aumentou à medida que reduziu o número de internações?

Os gastos públicos com tal doença a partir do ano de 2000, independente de sexo e faixa etária, têm um total de R\$ 591.521.285,28, sendo que R\$ 333.562.523,52 são gastos com homens idosos e R\$ 257.958.761,76 com mulheres idosas (Tabela 27).

Tabela 27 - Total de Gastos Públicos em Reais com Neoplasias por Sexo segundo Ano de Competência – Brasil – 2000-2005

Ano de competência	Total de gastos em reais/Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
2000-2003	226.044.670,58	176.746.185,48	402.790.856,06
2004-2005	107.517.852,94	81.212.576,28	188.730.429,22
Total	333.562.523,52	257.958.761,76	591.521.285,28

Fonte: DATASUS, 2006

Há também uma redução nos gastos públicos entre os anos de 2000-2003 a 2004-2005. Mais uma vez comparando-se os dados já citados anteriormente com os da tabela 27 inferi-se que com o aumento do número de óbitos entre esses últimos cinco anos houve uma redução nos gastos com a determinada doença. Porém

acredita-se que o acréscimo no número de óbitos como solução para redução dos gastos públicos não seja o caminho desejado.

O câncer hoje é considerado como um grave problema de saúde pública mundial, não só pelo número de casos crescentes diagnosticados a cada ano e pela sua elevada taxa de mortalidade, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento. Atualmente, o câncer está entre as principais causas de mortalidade mundial, sendo a segunda causa de morte por doença no Brasil (BRASIL, 1992 apud MOLINA, DALBEN, DE LUCA, 2006).

A prevenção de tal patologia e o acompanhamento rotineiro dos usuários do serviço público deve fazer parte não só dos protocolos de atendimento das Unidades de Saúde da Família, mas da realidade diária, pois sabe-se que como toda e qualquer doença, a neoplasia se descoberta no início e acompanhada e tratada corretamente possui uma maior chance de cura sem complicações, o que fará reduzir os gastos públicos, o número de internações e conseqüentemente a taxa de óbitos em números absolutos reais.

4 CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

Após coleta dados e revisão de literatura procedeu-se à construção de um protocolo de coleta de dados, um dos objetivos deste trabalho. Assim, apresentamos a seguir o instrumento construído.

4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Como já foi exposto anteriormente, o protocolo de pesquisa proposto aqui é sucinto, com questões objetivas e de relevância para o serviço de saúde do país. Ele é composto por questões cujas respostas podem ser lidas por leitora óptica, exceto o nome e a profissão e o tipo de tumor que o entrevistado já sofreu, após ter sido aplicado pelos ACS dos respectivos municípios que foram pactuados com os gestores.

Reconhece-se aqui a importância do prontuário individual dentro das unidades de saúde, dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, a sua alimentação e retroalimentação, porém, sabe-se também que estes possuem deficiências que acarretam transtornos, levando a ações mal direcionadas por parte dos profissionais que neles se baseiam.

Diante desta situação, este levantamento permitirá traçar o perfil da população idosa de determinada região e a partir daí definir prioridades para o atendimento da mesma dentro das estratégias do PSF. A sugestão dos autores da pesquisa, é que a partir dos dados coletados, sejam categorizados grupos de risco para que sejam incluídos os entrevistados e assim facilitar a implementação das ações estratégicas definidas.

Assim, o protocolo de pesquisa construído aqui, é composto de divisões que irão viabilizar sua aplicação e categorização dos entrevistados. A primeira parte do protocolo está composta por questões de identificação, além do nome, poderá saber qual o sexo, idade e etnia. O sexo é fator de risco para algumas patologias como a

hipertensão arterial para homens; a idade elevada é determinante para o diabetes mellitus, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e outras; a etnia é importante por mostrar que entre certas raças os maiores números de casos de hipertensão arterial e AVC.

Questões sócio-econômicas estão na segunda parte, e norteiam sobre a escolaridade, tempo de estudo, profissão, anos de trabalho, renda do idoso e da família. Estes dados mostraram como é feia a distribuição de renda das famílias e como os idosos estão em relação à escolaridade. A pesquisa feita anteriormente comprova que à medida que os anos de estudos aumentam melhor a renda da família e mais educados são seus descendentes. Se a renda total é alta, melhor poderá ser o estado de saúde da população. O conhecimento a cerca das doenças também é fator que contribui para sua prevenção e tratamento e isso depende do nível de escolaridade.

Na terceira parte do inquérito, é observado sobre o histórico familiar, antecedentes patológicos e o seu grau de parentesco. Informações que orientam sobre quais as chances de um indivíduo vir a sofrer de uma determinada enfermidade. Como exemplo está o diabetes mellitus, a literatura mostra que quanto maior o número de parentes de primeiro grau, como os pais, tios e avós, com a doença, mais facilmente o cliente apresentará a mesma.

A próxima parte do inquérito trata sobre os hábitos de vida, estas questões são de extrema relevância para traçar quais as possíveis complicações e enfermidades os idosos irão enfrentar. Como exemplo a prática de esportes que é indispensável, dentro das possibilidades individuais, é um caminho para que o idoso se mantenha ativo; o uso do tabaco envolve o sistema respiratório e suas possíveis infecções, as neoplasias e alterações metabólicas que atuam no diabetes e hipertensão. O alcoolismo é um fator determinante na condição sócio-econômica e para as enfermidades citadas anteriormente. Questiona-se também sobre a alimentação do cliente, esta pode variar desde a mais saudável, rica em fibras até a mais prejudicial à saúde, como rica em gorduras e carboidratos. Esta última irá oferecer uma carga de colesterol ruim ao organismo e como consequência terá uma aterosclerose que culminará num IAM.

A quinta e última parte do formulário está estruturada baseando-se na qualidade de vida dos idosos e suas limitações. Questões como estresse no trabalho, vida ativa, dificuldade de locomoção, este dado irá informar se o cliente tem

ou não necessidade de aumento no número de sua visita domiciliária, o que ocorre é que muitos dos idosos não conseguem se deslocar até a unidade de saúde e caso o profissional de saúde não saiba deste detalhe ele não tem como ir visitá-lo mais vezes, priorizando os achados. Dados como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, cardiopatias, AVC, IAM, problemas respiratórios e neoplasias são aqui interrogados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de informação do SUS são importantes, porém não tem se mostrado suficiente frente às necessidades presenciadas. A proposta desta pesquisa é a criação de um protocolo que venha identificar o idoso em sua micro-área e inseri-lo num trabalho de atenção ao idoso dentro do Programa de Saúde da Família para que a partir daí possam ser trabalhados os fatores de risco que interferem na qualidade de vida deste cidadão.

O instrumento criado possui suas limitações, pois o mesmo não consegue abarcar todas as patologias que podem existir entre a comunidade idosa. Porém é de extrema relevância porque envolve as doenças que mais se destacam entre as taxas de mortalidade do país.

Assim, não se pretende neste momento abarcar toda a problemática que envolve a população idosa do país, mas, estabelecer parâmetros mínimos que permitam dar o “ponta pé inicial” num programa de atenção ao idoso dentro do PACS/PSF tomando-se como base as doenças cardiovasculares e as neoplasias, dois dos principais grupos de causa de óbito em idosos e que apresentam possibilidades reais de redução destes agravos através de um programa de prevenção de riscos e mudança de hábitos de vida.

A testagem deste inquérito será iniciada em outro momento quando houver uma pactuação com os Gestores de alguns municípios, fugindo assim dos objetivos deste trabalho.

Num próximo momento, a aplicação deste instrumento trará o perfil dos idosos de uma determinada área e a partir daí poderá ser planejado e traçado ações direcionadas para a comunidade em questão e seus problemas. Visto que este protocolo de pesquisa traz consigo a viabilização de se conhecer uma classe que se acha em ascensão e necessita de atenção e cuidados dos profissionais de saúde.

Como se sabe, todas as unidades de saúde possuem registros dos indivíduos que ali são atendidos, que são os prontuários, tão indispensáveis e imprescindíveis e que norteiam o profissional à cerca da evolução dos clientes. A partir destes registros, é feita uma seleção de dados a qual será enviada para ser computada nos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Porém este tipo de sistema tem se

mostrado insuficiente para a resolução das questões (patologias) levantadas anteriormente.

Ou seja, existe uma deficiência na alimentação do sistema de informação, ou uma incorreta seleção dos dados nas unidades de saúde, o que vem repercutindo com uma insensata atitude frente às necessidades dos idosos. É racionalmente viável se trabalhar com os números ali apresentados, pois não é possível definir ações específicas para cada região porque a realidade não condiz com o exposto.

Assim, este trabalho, vem sugerir que o protocolo de pesquisa, posteriormente aplicado, venha embasar um sistema de informação dentro das unidades de saúde locais, indicando quais os indivíduos estão entre os grupos de risco e assim facilitar, de forma fidedigna, as ações estratégicas frente essa comunidade.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina Andrade. **Condições de vida e saúde dos idosos de Cachoeira–BA, 2000**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana.

AMARAL, Ana Cláudia Santos, COELI, Cláudia Medina, COSTA, Maria do Carmo Esteves da et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Caderno Saúde Pública**, vol.20, n^o.6, p.1617-1626, Nov./Dez. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 20 de Fev. de 2006

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R. Fatores de risco associados a Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol.84, n^o.3, 206-213 p. Mar. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000300003&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 23 de Mar. 2006.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistema de informação em saúde no nível local. **Caderno de Saúde Pública**, vol.12, n^o.2, p.267-270, abr./jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o PSF?** Disponível em < http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149 > Acesso em: 26 Ago 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> > Acesso em: 27 Ago 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade-Brasil**. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def> > Acesso em: 28 Ago 2005c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1395/GM – Política de nacional de saúde do idoso**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>> Acesso em: 14 Mar 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **População residente**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def> > Acesso em: 07 Jun 2005e

.BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de atenção: cadastramento familiar**. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/siab/siabf.htm> > Acesso em: 07 Jun 2005f.

BRASIL, Ministério da Saúde; SAÚDE, Organização Pan-Americana da. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> > Acesso em: 10 de Dez. de 2005g.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfuf.def> > Acesso em: 10 de Jan. de 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfuf.def> > Acesso em: 15 de Abr. de 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfuf.def> > Acesso em: 14 de Mai. de 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Brasil**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfuf.def> > Acesso em: 15 de Mai. de 2006d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. 8. Brasília, 1986. Anais... Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O problema do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Controle de Câncer; 1992. In: MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Brasileira de Medicina**, vol.49, no.2, 185-190 p. abr./jun. 2003 .

Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 10 de Fev. de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. Manual, Brasília, DF: 1998.

BURLÁ, Cláudia. Palição: cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, Elizabete Viana et. Al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARANO, Ana Amélia. Como vai o idoso brasileiro? **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro, p. 63, 1999. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0681.pdf> > Acesso em: 14 de jul. de 2006.

CABRERA, Marcos A.S.; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, out. 2001, vol.45, nº.5, 494-501 p. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500014&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 10 de Jan. 2006.

CHAIMOWICZ, Flávio. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, vol.31, nº. 2, 184-200 p. abr. 1997. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200014&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 27 de Mar. 2006

DA CRUZ, Ivana Beatrice Mânica; ALMEIDA, Marília Siqueira Campos; SCHWANKE, Carla Helena Augustin et. al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Brasileira de Medicina**, vol.50, nº.2, 172-177 p. Abr./Jun. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200034&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 13 de Jan. 2006.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa; ZANELLA, Maria Teresa. Sistema renina-angiotensina-aldosterona e nefropatia diabética. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 7, n 3, Jul./Set. 2000. Disponível em

<http://departamentos.cardiol.br/DHA/publicacoes/7-3/013.pdf> Acessado em 5 de Out. 2005.

FOGAÇA, Cristina. **O envelhecer sob um novo olhar.** Disponível em < <http://www.direitodoidoso.com.br/01/artigo015.html> > Acesso em: 26 Ago 2005.

FORTI, Adriana Costa e; et al. **Deteção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabetes Mellitus.** Sociedade Brasileira de Diabetes, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 1998. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/documentos/compcrondoc.php> acesso em: 15 de Set. de 2005.

GONDIM, Leandra de Gouveia Pacheco; OLIVEIRA, Wanderson Almeida de; GROSSI, Sonia Aurora Alves. **A diferenciação da dor do infarto agudo do miocárdio em pacientes diabéticos e não-diabéticos.** Revista Latino-Am. Enfermagem, vol.11, nº.6.,720-72 p Nov./Dec. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600004&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 28 de Mar. 2006.

HARRIS, M. I.. **Diabetes na América: epidemiologia e scopo do problema.** In: SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000700004&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 23 de Set. de 2005.

HOFFMAN, Maria Edwiges. **Bases biológicas do envelhecimento.** Disponível em < <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env.10.html> > Acesso em: 12 Mai 2005.

IBGE. **Tendências demográficas:** razão de dependência das crianças e dos idosos e índice e envelhecimento, segundo as grandes regiões e Unidades de Federação–1980/2000. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm > Acesso em: 01 Jun 2005, a.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio.** Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm> > Acesso em: 02 Jun 2005, b.

IBGE. **Cartografia:** área territorial oficial. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm > Acesso em: 02 Jun 2005, c.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostra de dados e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LOLIO, Cecília Amaro de, et al. **Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco.** Revista de Saúde Pública, vol. 27, 357-362 p. 1993. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v27n5/06.pdf> Acesso em: 15 de Nov. de 2005.

LUCCA, Elcio Aníbal de. **Respeito aos cabelos brancos.** Disponível em < <http://www.portaldoenvelhecimento.net/download/guiadoidoso.pdf> > Acesso em: 24 Ago 2005.

MAIA & ARAÚJO. **Diabetes Weekend: Educação em DM1.** Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. Vol. 46, nº5, 566-567 p. Out. 2002.

MARCANTONIO, Antonia Terezinha; SANTOS, Martha Maria dos; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Elaboração e divulgação do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 1993.

MARSIGLIA I. G. **Diabetes mellitus e enfermidades cardiovasculares: prevalência e risco de infarto do miocárdio, hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Revista Fundação José Maria Vargas, 1987; vol. 11, 67-73 p. In: GONDIM, Leandra de Gouveia Pacheco; OLIVEIRA, Wanderson Almeida de; GROSSI, Sonia Aurora Alves. A diferenciação da dor do Infarto agudo do miocárdio em pacientes diabéticos e não-diabéticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.11, nº.6, 720-72 p. Nov./Dec. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600004&lng=en&nrm=iso > Acesso em: 28 de Mar. 2006.

MARQUES, Ana Paula de O., ARRUDA, Ilma Kruze G. de, ESPIRITO SANTO, Antônio C.G. do et al. Prevalência de obesidade e fatores associados em mulheres idosas. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, vol.49, no.3, 441-448 p. Jun 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000300017&lng=en&nrm=ison > Acesso em: 18 de Jan. 2006.

MELLO JORGE, Maria Helena P. de, GOTLIEB, Sabina L. D., SOBOLL, Maria Lúcia M. S. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol.27, p.1-46, 1993. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101993000700001&script=sci_arttext&lng=pt > Acesso em: 07 de Jul. de 2006

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Brasileira de Medicina**, vol.49, nº.2, 185-190 p. abr./jun. 2003 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&lng=es&nrm=iso >Acesso em: 10 de Fev. de 2006

MONDINI, Lenise; MONTEIRO, Carlos A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, vol.28, nº.6, 433-439 p. dez. 1994. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101994000600007&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 11 de Jul. de 2006

MINAYO, C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1): 7-18, 2000.

NEGRÃO C. E. e Colaboradores. **O papel do sedentarismo na obesidade**. Revista Brasileira de Hipertensão, Vol 7, nº 2, 152-153 p. Abr/jun de 2000.

ORTIZ, Lúcia. **Descentralização e municipalização da saúde**. Disponível em < <http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp06.htm>> Acesso em: 12 Mai 2005.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Ribeirão Preto; 2004.

OLIVEIRA, Maria das Graças Lira. **Políticas públicas e idoso**. 2005. Faculdade da São Paulo, São Paulo. Disponível em: < www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento> Acesso em: 09 de Mai. de 2005.

PASSOS, Luiz Carlos Santana; LOPES, Antonio Alberto; ESTEVES, Fábio Peroba et al. Diferença de letalidade hospitalar de Infarto Agudo do Miocárdio entre homens e mulheres submetidos a angioplastia primária. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol.71, nº.4, 587-590 p. out. 1998. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001000005&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 27 de Mar. 2006

PASSOS, M. G. **Diabetes Mellitus: Perfil dos clientes atendidos no centro de atenção especial II. Feira de Santana, Bahia 1999.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadete P.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PICCINI, Roberto Xavier; VICTORA, Cesar Gomes. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública.** vol.28, nº.4, Ago. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 de Mar. de 2006

PINHEIRO, Rejane Sobrino; TRAVASSOS, Cláudia. **Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro.** Caderno de Saúde Pública, jul./set. 1999, vol.15, no.3, p.487-496. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300005&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 17 de Jul. de 2006.

RADANOVIC, MÁRCIA. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Revista de Neuropsiquiatria**, vol.58, nº.1, 99-106 p. Mar. 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 de Jun. de 2006.

RAMOS L. R., VERAS R. P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública, 1987, vol. 21, p. 211-24. In: AMARAL, Ana Claudia Santos, COELI, Cláudia Medina, COSTA, Maria do Carmo Esteves da et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Caderno Saúde Pública**, vol.20, nº.6, 1617-1626 p. Nov./Dez. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 20 de Fev. de 2006

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendência do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Revista de Saúde Pública**, 2003, vol.19, p.29-36. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000700004&script=sci_arttext&lng=pt > Acesso em: 23 de Set. de 2005.

EQUIPE ABC DA SAÚDE. **Diabetes mellitus (DM)**. 2001. Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>> Acesso em: 20 de Set. de 2005

SILVA, A. C. S. **Proposta de desenvolvimento de um sistema de informação para o PACS/PSF no município de Feira de Santana-BA, 2004**. 2004, trabalho de conclusão de curso (Graduação), Enfermagem e Obstetrícia, UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.

SPRITZER, Nelson. **Epidemiologia de hipertensão arterial sistêmica**. Medicina, Ribeirão Preto, SP. Vol. 29, p. 199-213, abr/set 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/epidemiologia hipertensao arterial sistemica.pdf> Acesso em: 26 de Set. de 2005.

TAVARES, Elda Lima; ANJOS, Luiz Antonio dos. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, vol.15, no.4, p.759-768, out/dez 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400010&lng=es&nrm=iso > Acesso em: 12 de Mar. 2006.

TRAVASSOS, Claudia. **Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate**. *Cad. Saúde Pública*, abr./jun. 1997, vol.13, no.2, p.325-330. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024&lng=pt&nrm=isso > Acesso em: 06 de Abr. 2006.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Sônia. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Campos, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

PARTE 01 – IDENTIFICAÇÃO

01 Nome:

02 Idade:

60 a 64 anos	65 a 69 anos
70 a 74 anos	75 a 79 anos
80 anos ou mais	

03 Sexo:

Masculino	Feminino
-----------	----------

04 Etnia referida:

Branco	Negro
Pardo	Indígena
Amarelo	

PARTE 02 – DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

01 Escolaridade:

Analfabeto	Primeiro grau incompleto
Primeiro grau completo	Segundo grau incompleto
Segundo grau completo	Terceiro grau incompleto
Terceiro grau completo	

02 Profissão:

03 Tempo de trabalho:

Nunca trabalhou	01 a 03 anos
04 a 06 anos	06 a 08 anos
10 a 15 anos	16 a 20 anos
Mais de 20 anos	

04 Você é aposentado?

Sim	Não
-----	-----

05 Se é aposentado, continua trabalhando?

Sim	Não
-----	-----

06 Renda do idoso:

Menos de 01 Salário Mínimo (SM)	
01 a 03 SM	04 a 06 SM
07 a 10 SM	10 a 15 SM
15 a 20 SM	Acima de 20 SM

07 Renda familiar:

Menos de 01 Salário Mínimo (SM)	
01 a 03 SM	04 a 06 SM
07 a 10 SM	10 a 15 SM
15 a 20 SM	Acima de 20 SM

PARTE 03 – ANTECEDENTES FAMILIARES**01 Possui algum familiar com Hipertensão Arterial?**

Sim	Não
-----	-----

02 Qual o grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

03 Possui algum familiar com Diabetes Mellitus?

Sim	Não
-----	-----

04 Se sim, qual o grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

05 Possui algum familiar que já sofreu Infarto Agudo do Miocárdio?

Sim	Não
-----	-----

06 Se sim, qual o grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

07 Possui algum familiar que já sofreu Acidente Vascular Cerebral?

Sim	Não
-----	-----

08 Se sim, qual o grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

09 Possui algum familiar que já teve alguma Neoplasia?

Sim	Não
-----	-----

10 Se sim, qual o grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

11 Possui algum familiar que bebe?

Sim	Não
-----	-----

12 Se sim, qual o grau de grau de parentesco?

Avô materno	Avó materna
Avô paterno	Avó paterna
Tios maternos	Tios paternos
Irmãos	Pais

PARTE 04 – Hábitos de vida**01 Faz algum exercício físico?**

Sim	Não	Às vezes
-----	-----	----------

02 Se sim, quantas vezes por semana?

01 a 02 vezes	03 a 05 vezes	05 a 07 vezes
---------------	---------------	---------------

03 Tem algum acompanhamento profissional em relação aos exercícios físicos?

Sim

Não

04 Qual o seu tipo de alimentação diária?

Com cereais (arroz, feijão) e massas (pão, macarrão)

Com cereais (arroz, feijão), massas (pão, macarrão) e proteínas (carne, peixe, frango)

Com frutas, proteínas (carne, peixe, frango), verduras (alface, agrião, rúcula)

Com frutas, verduras e legumes (tomate, cenoura, chuchu, abóbora)

05 Há quanto tempo vem mantendo esse tipo de dieta?

01 ano

02 anos

03 anos

05 anos

10 anos

Por toda a vida

06 Quantas vezes você come por dia?

01 vez

02 vezes

03 vezes

04 vezes

05 vezes

06 vezes

07 Você fuma?

Sim

Não

Fumante passivo

08 Se é fumante, há quantos anos?

Menos de 01 ano

01 a 05 anos

06 a 10 anos

10 a 15 anos

16 a 20 anos

Mais de 20 anos

09 Se é fumante, quantos cigarros fuma por dia?

Apenas 01

02 a 06

07 a 10

11 a 15

16 a 20

20 a 25

26 a 30

Acima de 30

10 Já tentou parar de fumar?

Sim

Não

11 Aceitaria ajuda de um profissional de saúde para abandonar o vício?

Sim

Não

12 Você bebe?

Sim	Não
-----	-----

13 Já tentou parar de beber?

Sim	Não
-----	-----

14 Aceitaria ajuda de um profissional de saúde para abandonar o vício?

Sim	Não
-----	-----

PARTE 05 – QUALIDADE DE VIDA**01 Considera sua vida estressante?**

Pouco	Muito
-------	-------

Moderado (+ ou -)	Não
-------------------	-----

02 Possui uma vida ativa?

Sim	Não
-----	-----

Um pouco (+ ou -)	
-------------------	--

03 Tem alguma dificuldade para andar?

Sim	Não
-----	-----

04 Tem alguma dificuldade para lembrar as coisas?

Sim	Não
-----	-----

05 Tem alguma dificuldade para entender as coisas?

Sim	Não
-----	-----

06 Tem alguma dificuldade visual?

Sim	Não
-----	-----

07 Tem alguma diminuição da sensibilidade nos pés?

Sim	Não
-----	-----

Um pouco (+ ou -)	
-------------------	--

08 Você se sente gordo(a)?

Sim	Não
-----	-----

Um pouco (+ ou -)	
-------------------	--

09 Com que frequência vai ao médico?

01 vez ao mês	01 vez a cada dois meses
---------------	--------------------------

01 vez a cada três meses	01 vez a cada seis meses
--------------------------	--------------------------

01 vez por ano	Nunca foi
----------------	-----------

10 Qual a última vez que foi ao médico?

Esta semana	Semana passada
Mês passado	Tem dois meses
Tem três meses	Tem seis meses
Tem um ano	Mais de um ano
Nunca fui ao médico	

11 Tem Diabetes Mellitus?

Sim	Não
-----	-----

12 Se sim, há quanto tempo é diabético?

01 ano	02 anos
03 anos	05 anos
10 anos	Mais de 10 anos
Por toda a vida	

13 Se é diabético, faz tratamento?

Sim	Não
-----	-----

14 Quantas vezes por dia toma alguma medicação para diabetes?

Não toma medicação	01	02	03
--------------------	----	----	----

15 Se toma alguma medicação para diabetes, quantos tipos diferentes?

01	02	03	04 ou mais
----	----	----	------------

16 Tem Hipertensão Arterial?

Sim	Não
-----	-----

17 Se sim, há quanto tempo é hipertenso?

01 ano	02 anos
03 anos	05 anos
10 anos	Mais de 10 anos

18 Se é hipertenso, faz tratamento?

Sim	Não
-----	-----

19 Quantas vezes ao dia toma alguma medicação para hipertensão?

Não toma medicação	01	02	03
--------------------	----	----	----

20 Se toma alguma medicação para hipertensão, quantos tipos diferentes?

01	02	03	04 ou mais
----	----	----	------------

21 Já sofreu derrame (AVC)?

Sim Não

22 Se já sofreu derrame (AVC), quantas vezes?

01 02 a 03 acima de 03

23 Se já sofreu derrame (AVC) visita regularmente o médico?

Sim Não

24 Se já sofreu derrame (AVC), faz tratamento?

Sim Não

25 Quantas vezes ao dia toma alguma medicação para derrame (AVC)?

Não toma medicação 01 02 03

26 Tem doenças do coração?

Sim Não

27 Já sofreu infarto (IAM)?

Sim Não

28 Se já sofreu infarto (IAM), quantas vezes?

01 02 a 03 acima de 03

29 Se já sofreu infarto (IAM) faz acompanhamento com o médico?

Sim Não

30 Quantas vezes ao dia toma alguma medicação para infarto (IAM)?

Não toma medicação 01 02 03

31 Já teve algum tipo de tumor?

Sim Não

32 Se já teve algum tipo de tumor, foi câncer?

Sim Não

33 Se já teve algum tipo de tumor, qual o tipo?

34 Se já teve algum tipo de tumor, há quanto tempo teve?

01 ano 02 anos 03 anos
05 anos 10 anos Mais de 10 anos

35 Se já teve câncer, faz acompanhamento com médico?

Sim Não