



**FACULDADE DE SINOP
CURSO DE ENFERMAGEM**

VANDERLÉIA SILVA LOBATO LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE SINOP/MT**

**Sinop/MT
2018**

VANDERLÉIA SILVA LOBATO LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE SINOP/MT**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^o. Ms. Francieli Ferreira Bastida

**Sinop/MT
2018**

VANDERLÉIA SILVA LOBATO LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE SINOP/MT**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem-FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito final para obtenção da nota.

Aprovado em ___/___/___

Francieli Ferreira Bastida

Professor(a) Orientador(a)

Departamento de Enfermagem - FASIPE

Luiz Carlos Damian Preve

Professor(a) Avaliador (a)

Departamento de Enfermagem - FASIPE

Vanessa Gisele dos Santos

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Enfermagem - FASIPE

Barbara Muchiutti

Coordenador do Curso de Enfermagem

FASIPE – Faculdade de Sinop

**Sinop-MT
2018**

DEDICATÓRIA

Dedico ao Deus supremo pela sua infinita bondade e misericórdia.

Dedico ao meu esposo Felipe de Pádua, agradeço pela compreensão nas minhas ausências como também pela força em não desistir!

E a minha família pelo incentivo, suporte, motivação e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

- À Deus, porque sem Ele não estaria aqui hoje.
- Ao meu esposo Felipe de Pádua que sempre me apoiou.
- À professora orientadora, que orientou de forma objetiva transmitindo seu conhecimento que muito contribuiu.
- À todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho e enriqueceram nossos conhecimentos.

LIMA, Vanderléia Silva Lobato. **Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos no município de Sinop/MT**. 2018. 67 folhas. Trabalho de Iniciação Científica II - FASIPE - Faculdade de Sinop.

RESUMO

Atualmente, observa-se um aumento significativo de idosos no Brasil. As estatísticas indicam que em 2025 teremos pelo menos 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, constituindo-se a sexta população com maior número idosos no mundo. Envelhecimento é um fenômeno natural a todos os seres vivos, começando com o nascimento e terminando com a morte. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Sinop, Mato Grosso. O presente trabalho constitui-se de um estudo descritivo e pesquisa de campo, foram entrevistados 50 idosos, que aceitaram participar deste estudo e frequentavam a unidade. Os resultados foram interpretados a partir do referencial teórico apresentados em tabelas. Dos 50 idosos entrevistados 30 eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino, a faixa etária era de 60 a 83 anos. Fora evidenciado neste, que a maioria possui renda e moradia própria. Quanto ao grau de dependência, a maior parte dos idosos conseguem realizar suas atividades diárias, quando questionado sobre patologia 35 deles têm uma ou mais doenças e fazem uso de medicações. Desta forma, observamos que o papel do enfermeiro na saúde do idoso, está voltado à assistência em enfermagem, educação à saúde, promoção e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Enfermagem. Envelhecimento. Idoso. Perfil.

LIMA, Vanderléia Silva Lobato. **Sociodemographic and clinical profile of the elderly in the municipality of Sinop / MT.** 2018. 67 sheets. Scientific Initiation Paper II - FASIPE - Faculty of Sinop.

ABSTRACT

Currently, there is a significant increase in the elderly in Brazil. Statistics indicate that by 2025 we will have at least 32 million people over 60 years of age, making it the sixth largest population in the world. Aging is a natural phenomenon to all living beings, beginning with birth and ending with death. The objective of this study was to characterize the sociodemographic and clinical profile of the elderly attending a primary health unit in the municipality of Sinop, Mato Grosso. The present study consisted of a descriptive study and field research, 50 elderly people were interviewed, who accepted to participate in this study and attended the unit. The results were interpreted from the theoretical references presented in tables. Of the 50 elderly people interviewed, 30 were female and 20 were male, the age range was 60 to 83 years. It has been evidenced in this, that the majority owns income and own dwelling. As for the degree of dependence, most of the elderly can perform their daily activities, when asked about pathology 35 of them have one or more diseases and make use of medications. Thus, we note that the role of nurses in the health of the elderly is focused on nursing care, health education, promotion and prevention of diseases.

Keywords: Nursing. Aging. Old man. Profile.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DA - Doença de Alzheimer

DM - Diabetes de Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC - Índice de Massa Corporal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

OP - Osteoporose

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Camadas da Pele	17
Figura 2 – Sistema Cardiovascular	20
Figura 3 – Mapa do município de Sinop.	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Sexo e idade dos idosos entrevistados	38
Tabela 02 – Regiões que os idosos vieram.....	39
Tabela 03 – Cor da pele	40
Tabela 04 – Estado conjugal.....	41
Tabela 05 – Escolaridade máxima completa	42
Tabela 06 – Origem da renda	43
Tabela 07 – Com quem moram os idosos	44
Tabela 08 – Atividades diárias que os idosos precisam de ajuda.....	45
Tabela 09 – Como os idosos caminham	46
Tabela 10 – Envelhecendo de maneira saudável	47
Tabela 11 – Doenças mencionadas pelos idosos entrevistados.....	48
Tabela 12 – Conhece sobre sua doença	49
Tabela 13– Medicções usadas pelos idosos	50
Tabela 14 – Profissionais que os idosos tem mais contato.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal segundo a Organização Mundial de Saúde	27
Quadro 2 – Diagnostico de Diabetes de Mellitus e seus estágios pré-clínico	28
Quadro 3 – Classificação da Pressão Arterial em adultos	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	12
1.2 Problematização.....	13
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Envelhecimento	15
2.2 Principais alterações anatômicas e fisiológicas que acompanham o envelhecimento	16
2.2.1 Envelhecimento Cutâneo	17
2.2.2 Envelhecimento Musculoesquelético	18
2.2.3 Envelhecimento cardiovascular	19
2.2.4 Envelhecimento sistema nervoso.....	20
2.3 Políticas públicas de saúde voltadas para pessoa idosa no Brasil	21
2.4 Principais enfermidades que afetam o idoso	25
2.4.1 Obesidade	26
2.4.2 Diabetes Mellitus	28
2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	29
2.4.4 Acidente vascular cerebral	30
2.4.5 Osteoporose	30
2.4.6 Doença Parkinson	31
2.4.7 Doença de Alzheimer	31
2.5 Assistência de enfermagem na saúde do idoso	32
3. METODOLOGIA.....	35
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO.....	63
APÊNDICE	65

1. INTRODUÇÃO

Define-se idoso aquele indivíduo com mais de 60 anos, de acordo com o nível socioeconômico de cada país. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso aquele que possui mais de 60 anos, já nos países desenvolvidos é considerado idoso indivíduos a partir de 65 anos. A idade cronológica frequentemente tem pouca relação com a realidade do envelhecimento para o idoso, cada pessoa envelhece do seu próprio modo de acordo com seu próprio esquema e história de vida (NETO et al., 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, o número de idosos está crescendo, em alguns anos irá transformar drasticamente o presente quadro demográfico, ocasionando resultados expressivo em todos os níveis da sociedade, especialmente na saúde pública e, por conseguinte para os profissionais da saúde, buscando gradualmente competência e excelência no acolhimento deste grupo etário (BRASIL, 2015).

Sendo assim, Banja (2011) afirma que a enfermagem por possuir maior vínculo com o paciente é a profissão capaz de ter uma visão holística a fim de promover o cuidado diferenciado, atendendo as peculiaridades e conceitos do idoso perante ao cuidado, possibilitando em todo o momento a autonomia e autoestima, diminuindo as incapacidades e promovendo a promoção da saúde e prevenção de doenças.

1.1 Justificativa

O aumento da população idosa vem acontecendo de maneira acelerada no Brasil. As estatísticas indicam que em 2025 teremos pelo menos 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, constituindo-se a sexta população com maior número idosos no mundo. Esse crescimento está relacionado ao controle da taxa de natalidade e ao aumento da qualidade de vida da população (IBGE, 2015).

Embora seja uma evolução natural, envelhecer reflete no estado de saúde do idoso, tornando-o mais vulnerável ao ponto de propiciar danos no seu bem-estar. As modificações dos dados e do perfil da morbidade e letalidade expressa elevação da perspectiva de vida da população. Desta maneira, esta mudança populacional provoca uma transformação epidemiológica, dispondo de ações e cuidados voltados à população idosa. A propensão a médio prazo será a geração de uma população idosa que se remetida por afecções crônicas degenerativas, desenvolvendo restrições em relação à liberdade de mobilidade e autocuidado (NETO et al., 2011).

Deste modo, é fundamental que o enfermeiro e a sua equipe estejam preparados para essa nova realidade. Uma das suas principais ações é a promoção da saúde e prevenção de doenças, auxiliando o paciente a reconhecer suas necessidades e dificuldades reais (CANEPA; CARDOSO; RICARDINHO, 2014). Logo, deve atingir o indivíduo na evolução da sua autonomia e autoestima, estabelecendo seu papel de cidadão e trabalhando em prol de um mundo coletivo em que estão compreendidos o paciente e a família (SANTOS et al., 2014).

Sendo assim, este estudo busca aprimorar o conhecimento referente a esse tema, sendo que há um aumento da perspectiva de vida e um crescente número de idosos. Podemos considerar o cuidado de enfermagem como elo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, é necessário que o enfermeiro não esteja exclusivamente focado na assistência ao idoso portador de doenças, mas conduza-se da mesma forma na promoção e recuperação de sua saúde.

1.2 Problematização

Em virtude da saúde mais debilitada e maior precisão de intervenções hospitalares, o idoso desfruta com mais frequência dos serviços de saúde, em que o período de internação é longo e a reabilitação delicada, quando relacionada às outras faixas etárias. Geralmente, desenvolvem diversas doenças que requerem condutas de custos elevados, assistência contínua, atenção frequente, medicações e exames regulares (CRUVINEL, 2009).

Dentre as doenças mais comuns que atingem os idosos, Carlos e Pereira (2015), destacam o Acidente Vascular Cerebral (AVC), angina, Hipertensão Arterial (HAS), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca, obesidade, diabetes, câncer, demência, Parkinson, osteoporose, catarata, bronquite e infecções. Podendo estas serem contidas e prevenidas por meio de um aprimoramento na qualidade de vida.

Desta maneira, a enfermagem possui papel fundamental, juntamente com a equipe multiprofissional, realizando atividades educativas e preventivas, desde a criança ao idoso, sabendo que é com a aproximação da velhice que se acomodam as principais afecções crônicas e não transmissíveis, que deveriam ter sido evitadas se fossem prevenidas ao longo da vida (NASCIMENTO; SOUZA, 2015).

Além disso, é de responsabilidade do Estado desenvolver programas e atividades voltadas à proteção da saúde dos idosos; visto que é crescente o número de portarias, legislações e políticas públicas, destacando-se a portaria de número 2.528/GM de 19 de outubro de 2006, que tem por finalidade garantir atenção adequada, recuperar, manter e promover autossuficiência dos idosos (BRASIL, 2006).

Mediante o exposto acima surge o seguinte questionamento: quais as características sociodemográfico e clínicas dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Sinop, Mato Grosso?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Sinop, Mato Grosso.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso;
- Evidenciar por meio da literatura científica o papel do enfermeiro na saúde do idoso;
- Conhecer as características dos idosos e as principais doenças que os acometem.

2. Revisão de literatura

Neste capítulo serão apresentados os principais tópicos relacionados à saúde do idoso, como envelhecimento e principais alterações, as doenças que mais acometem essa população, será abordado o contexto histórico das políticas públicas voltas para a saúde do idoso bem como a assistência de enfermagem na saúde do mesmo.

2.1 Envelhecimento

Envelhecimento é um fenômeno comum a todos os seres vivos, sendo um *continuum* que é a vida, começando com o nascimento e terminando com a morte, no qual é possível observar fases do desenvolvimento humano. Deste modo, envelhecimento é conceituado como um processo ativo e desenvolvido, no qual existe alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que determinam a maior vulnerabilidade do indivíduo e a incidência de processos patológicos (CARREIRA et al., 2014).

Acrescenta também Netto (2017), ainda que o envelhecimento seja um fenômeno universal a todos os seres vivos e animais, surpreende o fato de que ainda hoje persistem tantos pontos obscuros quanto à dinâmica e a natureza desse processo. Pode-se ponderar o envelhecimento, como a etapa de todo um *continuum* que é a existência, procedendo com a fecundação e encerrando com a morte.

O mesmo autor acima, diz que através desse *continuum* é provável constatar etapas de desenvolvimento, juventude e maturidade, entre as quais podem ser identificados como marcadores biofisiológicos que representam limites de mudança no meio das mesmas. O envelhecimento, a senilidade e o ancião ou idoso formam um grupo de indivíduos que estão profundamente relacionados.

Todavia, Silva (2009), acredita que o envelhecimento inicia-se no período do nascimento e não aos 60 anos de idade; particularmente, a velhice altera conforme o tempo

histórico e o cultural; mentalmente, conta-se que o ser humano está ficando velho no momento em que suas capacidades mentais começam a faltar, mostrando dificuldades de memória, concentração e sentido; de modo econômico, o indivíduo entra na velhice na ocasião em que se aposenta, deixa de tornar-se lucrativo para a comunidade; ativamente, no momento em que a pessoa perde a sua autonomia e necessita de auxílio para exercer suas ocupações do dia a dia; e, por fim, de maneira cronológica, o indivíduo é considerado idoso no instante em que faz 60 ou 65 anos.

O envelhecimento não inicia repentinamente aos 60 anos, contudo constitui-se na acumulação e interações de procedimentos sociáveis, médicos e de ação ao longo da vida. Estima-se que em 2025 o Brasil tornar-se-á a sexta maior população de idosos do mundo e a faixa que terá maior crescimento será a dos muitos velhos, indivíduos com mais de 80 anos (NETTO, 2017).

Com a chegada do envelhecimento da população, a comunidade deve encontrar-se preparada em relação à estruturação social, tornando-se fundamental a realização de plano educativos, políticos e coletivos direcionadas à promoção da saúde dos idosos (BORBA et al., 2012).

2.2 Principais alterações anatômicas e fisiológicas que acompanham o envelhecimento

No envelhecimento há uma tendência geral em diminuir a capacidade funcional, tanto celular quanto organicamente. Assim, a composição corporal vai sofrendo modificações importantes com o envelhecimento. Desta maneira, o processo de envelhecimento é único para cada pessoa, sendo resultado da interação dos fatores genéticos e ambientais. Cabe ressaltar que a idade cronológica e biológica quase sempre não coincide. Os órgãos envelhecem com velocidades diferentes e isso é confirmado pelo acompanhamento de gêmeos univitelinos que tenham sofrido influencia diferentes no decorrer do envelhecimento (SILVA, 2009).

O envelhecimento abrange de preferência os órgãos efectores e procede de formas específicas que apresentam a nível das estruturas, tecidos e células. Seja o que for o instrumento e o período do envelhecimento celular, isto não alcança completamente as células e, por conseguinte, todos os tecidos, órgãos e sistemas. Todo sistema apresenta seu próprio período para envelhecer, entretanto sem intervenção dos fatores ambientais, existe transformações que apresentam-se prematuramente e revelam-se aparentes no momento que o corpo é acometido por uma afecção (MARTINS, 2007).

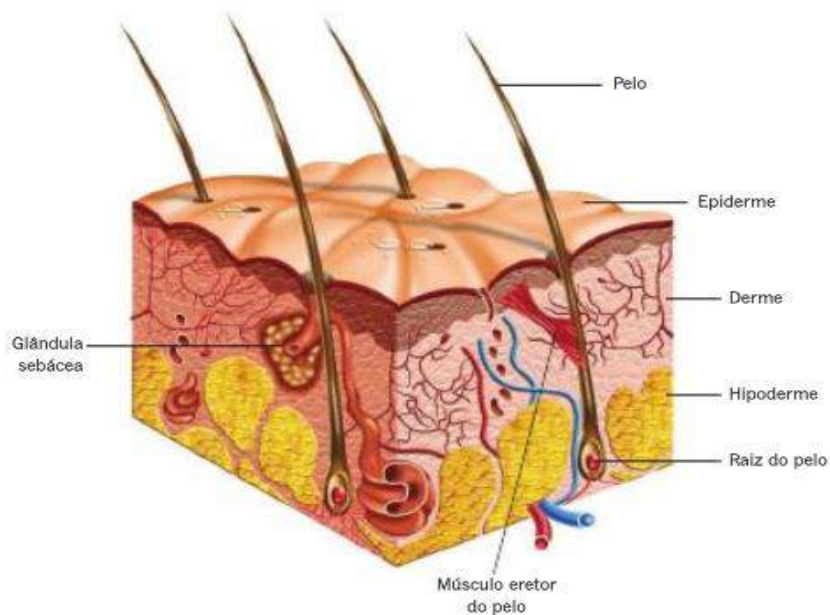
A terceira idade sofre modificações corporais e funcionais, de acordo com Keyth (2008), há a perda da altura e peso, que por seu tempo a estatura permanece no máximo aos 40 anos. Após este período restringe-se aproximadamente de um centímetro ao longo de cada década, o máximo aos 70 anos, no qual a diminuição é naturalmente maior.

2.2.1 Envelhecimento Cutâneo

De acordo com Sleutjes (2008), o sistema tegumentar é formado pela pele e seus órgãos e acessórios (pelos, unhas, glândulas e os vários receptores especializados). A pele é a estrutura de proteção total do corpo do ser humano, é considerada como o maior órgão.

A pele é constituída por duas camadas, conforme Figura 1, a epiderme é a camada mais externa, composta de tecido epitelial. A derme situa-se abaixo da epiderme, é constituída por tecido conjuntivo e fornece vasos sanguíneos que fazem sua nutrição. A hipoderme ou tecido subcutâneo é a prolongação do derma, também é desenvolvida por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, nervos etc. (URURAHY, 2015).

Figura 1: Camadas da pele



Fonte: Calçado e Sleuties, 2010, p. 31.

As funções da pele incluem a proteção, termorregulação, sensibilidade e eliminação. Com o envelhecimento, ocorrem alterações que afetam a função e aparência da pele. Há uma diminuição da proliferação epidérmica e a derme torna-se mais delgada. As fibras elásticas são reduzidas em números e o colágeno torna-se mais rígido (SMELTZER et al., 2012).

Os fatores éticos, genéticos, sexuais e endócrinos provocam diminuição do número de bulbos ativos determinando a calvície, quando presentes, após os 50 anos. Com o envelhecimento as fibras elásticas alteram-se, a elastina fica debilitada e a pele perde a elasticidade. Na pele exposta à luz, estas alterações são mais intensas, e, somadas à diminuição da espessura da pele e do subcutâneo, dão origem as rugas, caem as maçãs do rosto, acentuam-se as pregas (CARREIRA et al., 2014).

De acordo com Silva (2009), vários fatores influenciam o envelhecimento cutâneo, principalmente o sol. A pele atrofia, em grau variável, com adelgaçamento difuso, secura e prequeamento, ficando com tonalidade ligeiramente amarela, pouco elástica e com turgor diminuído. Presença de manchas devido às alterações nos melanócitos e fragilidade capilar são frequentes. Ocorre redução da espessura da epiderme, com menor número de camadas celulares, o aspecto é de uma pele seca, áspera e opaca por redução dos lipídios do estrato córneo e de corneócitos.

É provável que as práticas do estilo de vida tenham um grande impacto sobre as alterações cutâneas. Desta maneira, os métodos para promover a função da pele envolvem não fumar; evitar a exposição ao sol; usar um fator de proteção solar de 15 ou mais; usar cremes cutâneos, contendo vaselina ou óleo mineral; e cultivar a alimentação saudável e hidratação (SMELTZER et al., 2012).

2.2.2 Envelhecimento Musculoesquelético

Para Andaki et al. (2015), a compreensão do envelhecimento do sistema musculoesquelético é fundamental compreender esse sistema, visto que, o músculo do corpo humano representa cerca de 60 % do seu peso. O músculo esquelético é o órgão efetor de locomoção. A locomoção inicia nos neurônios motores superiores, no córtex motor do Sistema Nervoso Central (SNC).

É importante ressaltar a íntima relação entre o sistema muscular e nervoso, uma vez que este é responsável pela transmissão dos impulsos nervosos, gerando resposta de um determinado estímulo, uma contração, um movimento específico do músculo em questão. As funções dos músculos dependerão da sua localização. Em todos os casos, o músculo só realiza uma função, que podem ser definidas como contração. A ação muscular é o resultado das ações das células musculares individuais (CALÇADO e SLEUTIES, 2010).

Com o envelhecimento, a massa muscular sofre alterações, substituindo gradualmente por colágeno e gordura. Com a perda conseqüentemente da massa muscular, há perda da força

e equilíbrio corporal do idoso. Como complicações, observa-se a diminuição da amplitude dos movimentos e modificação da marcha (CARREIRA et al.,2014).

Ainda, relacionado ao sistema musculoesquelético, define-se como osso "um tecido conjuntivo mineralizado, altamente vascularizado, vivo e em constante transformação. É singular pela sua dureza, resistência, por seus mecanismos característicos de crescimento, e por sua capacidade de regeneração" (COELHO et al., 2010, p. 3).

O tecido ósseo é formado por tecidos conjuntivos resistente e rígidos, características que conferem aos ossos a função de proteção de órgãos como o coração, os pulmões e SNC. Além disso, proporciona apoio aos músculos esqueléticos para a locomoção do corpo (ANDAKI et al., 2015).

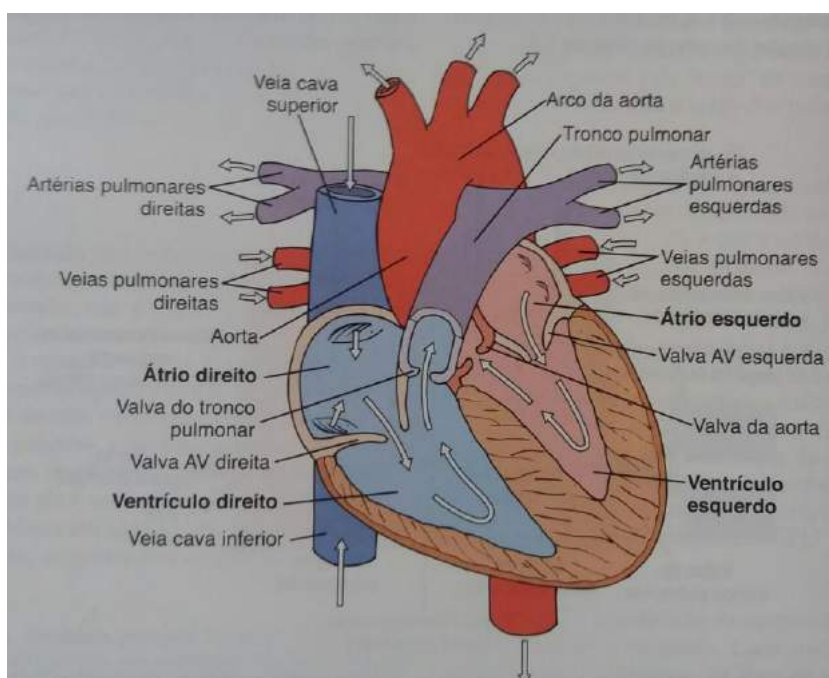
Silva (2009), destaca que o tecido ósseo desenvolve-se até os 40 anos e após os 50 anos de idade inicia-se sua atrofia repercutindo em perda de massa óssea, denominada osteopenia, o que expõe às fraturas. Essa alteração é explicada pelo desequilíbrio na reabsorção e formação óssea que acontece com o envelhecimento.

Desta maneira, a perda muscular e óssea juntamente com o aumento da gordura corporal provoca ganho de peso. A gordura corporal distribui-se de forma desigual, concentrando-se mais no tronco. Tal condição favorece o aparecimento de doenças metabólicas e determina aumento cardiovascular (CARREIRA et al.,2014).

2.2.3 Envelhecimento cardiovascular

O sistema cardiovascular humano pode ser subdividido em coração, vasos pulmonares e sistêmicos, sangue e sistema de controle, conforme Figura 2. O sistema cardiovascular possibilita que algumas atividades sejam executadas com grande eficácia, como transporte de gases, transporte de nutrientes, transporte de hormônios, água e eletrólitos, remoção das excretas metabólicas resultantes do metabolismo celular, troca de materiais, distribuição de mecanismo de defesa e transporte de calor (COSTA et al., 2015).

As estruturas cardíacas sofrem impactos do envelhecimento. As paredes do ventrículo esquerdo aumentam de espessura com depósito de colágeno e a artéria aorta tornar-se mais inflexível. A respeito de nível vascular, a acumulação de gordura desencadeia a aterosclerose. Esta caracteriza-se por redução da elasticidade, deposição das fibras elásticas, deposição de colágeno, cálcio e substância amiloide nas artérias (SILVA, 2009).

Figura 2: Sistema cardiovascular

Fonte: Calçado e Sleuties, 2010, p. 31.

Tais alterações segundo Carreira et al. (2014), prejudicam a função cardiovascular, diminuindo a elevação de frequência cardíaca aos esforços, aumentando a diminuição diastólica do ventrículo esquerdo e dificultando a ejeção ventricular. Além disto, acontece a redução da resposta vascular ao reflexo barorreceptor. Estas alterações provocam a hipertensão arterial sistólica separada com maior perigo de ocorrências cardiovasculares.

A hipertensão arterial sistólica e diastólica algumas vezes está estranhamente alterada. Embora seja uma condição crônica comum, a hipertensão não é uma alteração normal do envelhecimento pode levar os idosos a AVC, insuficiência cardíaca, doenças cardíacas coronarianas e doença vascular periférica (LUECKENOTTE, 2012).

2.2.4 Envelhecimento sistema nervoso

As funções orgânicas, assim como a integração dos indivíduos com o meio externo, são desempenhadas por meio do sistema nervoso. Esse sistema não só controla e coordena as funções de todo o organismo, mas também capta estímulos externos e internos durante todo o tempo (CALÇADO e SLEUTIES, 2010).

Sendo assim, o sistema nervoso tem como funções regular e coordenar as múltiplas atividades do organismo, detectar alterações no meio interno e externo, além de ser responsável pelo estado de consciência do ser humano. Esse sistema é capaz de perceber milhares de estímulos, transmiti-los a diferentes partes do corpo e efetuar resposta (SILVA, 2009).

Com o envelhecimento, o sistema nervoso manifesta modificações como diminuição no número de neurônios, diminuição na velocidade de condução nervosa, diminuição da intensidade dos reflexos, redução das respostas motoras, do poder de reações e da eficiência das coordenações (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Diante das peculiaridades, o envelhecimento do cérebro distingue-se por diminuição de seu peso e volume. Estas características ficam mais evidentes após os 50 anos de vida e essa atrofia está diretamente associada às modificações da substância cinzenta e na substância branca do cérebro, que está ligada à diminuição no número de neurônios (OLIVEIRA et al., 2015).

2.3 Políticas públicas de saúde voltadas para pessoa idosa no Brasil

Conforme Cordoba (2013), a partir do século XX, o governo passou a incomodar-se com a qualidade de vida da população que habitava nas cidades mais desenvolvidas. Outra preocupação foi com os trabalhadores das regiões portuárias, devido ao grande número de pessoas visitantes de outros países, com a boa imagem internacional, faria com que aumentassem as oportunidades de bons negócios, como a importação e exportação.

As principais dificuldades na saúde naquela época estavam relacionadas a agravos infecciosos e condições precárias nas áreas de higiene, alimentação, moradia, trabalho e saneamento básico. Além disso, para agravar ainda mais a situação de saúde na população, havia uma vasta falha no conhecimento sobre as doenças, higiene e a imensa carga horária e trabalho. Diante destas evidencialidades, ocorreu o surgimento de intervenções e a criação de políticas públicas voltadas à saúde, a partir dos governos estaduais (TEIXEIRA, 2011).

Com o passar dos anos, aumentou a preocupação com a saúde da população, basicamente o foco era curativo, não foram implantadas políticas direcionadas à atenção, prevenção e promoção da saúde. A partir de 17 de julho de 1975 criou-se o Sistema Nacional de Saúde, aprovado pela lei nº 6.229, que permitiu a separação das ações voltadas à saúde pública, das ações voltadas à comunidade (SARRETA, 2009).

Desse modo, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), esse órgão governamental passou a prestar assistência médica às pessoas que desempenhavam atividades renumeradas, com registro na carteira de trabalho e habitantes nos centros urbanos. Em 1986 foi realizado a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi considerado um marco histórico, deu início logo após o final da ditadura militar (REIS; ARAÚJO e CECÍLIO, 2009).

Em seguida, em 1988 foi criado o Sistema Único De Saúde (SUS), pela Constituição Federal Brasileira, e regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142, tendo como finalidade transformar a situação de diversidade na atenção à saúde da população, tornando deste modo, o atendimento público indispensável a qualquer indivíduo (CORDOBA, 2013).

Deste modo, Teixeira (2011), define SUS como um conjunto de serviços e ações públicas de saúde, compondo uma rede regionalizada e categorizada, formada a partir das diretrizes da integralidade, descentralização e atuação da comunidade, podendo ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988.

O SUS propõe a promoção à saúde, privilegiando as ações preventivas e popularizando as informações para que a população conheça os riscos à sua saúde e seus direitos, tem como objetivo tornar-se um órgão de promoção da equidade no atendimento das carências de saúde da população, desta forma, oferecendo serviços adequados e de qualidade às suas necessidades, independentemente do poder aquisitivo do indivíduo (CORDOBA, 2013).

O manejo em casos de patologias, sua ampliação e propagação são algumas da incumbência da atenção do SUS, bem como a avaliação da qualidade de alimentos, remédios, higiene, exames e acomodação de disposições que atendem à população. Sendo assim, o SUS não é apenas composto por serviços públicos, mas também por uma vasta rede de serviços privados, principalmente em hospitais e unidades de terapia e diagnose, no qual são remunerados com os recursos públicos designados à saúde (ROCHA, 2012).

Segundo Sousa e Batista (2012), a lei Orgânica da Saúde 8.080/90 descreve que são atribuições e objetivos do SUS: assistência à população, envolvendo as ações de promoção, precaução, tratamento e reabilitação à saúde; vigilância sanitária e epidemiológica, assistência farmacêutica e saúde do trabalhador. Para entender como o SUS funciona é preciso conhecer seus princípios e diretrizes que são: Universalidade, Integridade, equidade, hierarquização, descentralização e regionalização.

Conforme Rocha (2012), todas estas ações, atividades de saúde públicas e privadas que unificam o SUS deve atender os seus princípios básicos, a universalidade que garante o mesmo direito ao acesso à prestação de assistência à saúde, obtendo os serviços e as ações da qual necessitam, independentemente da complexidade, do custo ou da natureza dos serviços envolvidos.

Salienta-se ainda, que a integralidade é o reconhecimento de que cada pessoa é única e integrante de uma sociedade; além disso, as ações de promoção, proteção e restauração da saúde também constituem um elo inseparável e não podem ser vistas como ações

independentes; o indivíduo deverá ser atendido de uma maneira integral por um sistema designado a promover, proteger e recuperar da saúde; bem como também as unidades fornecedoras de serviços, com seus diferentes graus de complexidade, formando um sistema capaz de prestar uma assistência integral (FREIRE; ARAÚJO, 2015).

De acordo com Rocha (2012), a equidade é definida quando todo e qualquer indivíduo é indiferente diante do SUS, e deverá ser acolhido conforme suas necessidades, sem barreiras e diferenças. A intervenção à saúde deverá ser oferecida sem preconceitos, nenhum atendimento há de privilegiar nem a qualidade dos serviços, e nem mesmo a preferência de pessoas.

A hierarquização terá que permitir o acesso da população ao atendimento de saúde, através dos serviços de atenção primária, sendo que estes devem estar qualificados para solucionar os anseios de saúde da população; ressaltando que os problemas que não forem resolvidos na atenção primária deverão ser conduzidos para serviços de nível de máxima complexidade (TEIXEIRA, 2011).

Freire e Araújo (2015), destacam que a descentralização deve manter direção única nas três esferas governamentais, ou seja, é uma redistribuição de responsabilidades entre cada governo (municipal estadual e federal). A descentralização com direção única implica que os governos municipais e estaduais obtenham maior autonomia e responsabilidade em definir e programar serviços e ações de saúde.

Regionalização é a distribuição dos serviços de saúde em determinada área, onde estejam organizados de forma que possa atender a população da região, desta maneira estabelecendo o território, os serviços existentes, as características epidemiológicas, e ponderando o número de habitantes desta população (ROCHA, 2012).

Teixeira (2011), dispõe que resolubilidade se refere à capacidade de o sistema de saúde estar preparado para resolver os devidos problemas, não apenas os individuais como também os coletivos, e caso não tenha condições para solucioná-los, que encaminhe para que outro serviço faça tal.

Logo após a criação e normatização do SUS, tem-se proferida, em 4 de janeiro de 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecendo o início de um sistema do governo Brasileiro com finalidade de alcançar uma maneira de responder e dar suporte na Lei, nas necessidades de uma população que envelhece. Regulamentada em 3 de julho de 1996 pelo Decreto Federal nº 1948, trata-se de uma lei abrangente que pretende assegurar os direitos dos indivíduos idosos (FREITAS et al., 2015).

Carreira et al. (2014), afirma que a PNI tem por finalidade garantir os direitos sociais do idoso, gerando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Rege assim pelos critérios princípios de que a família, a sociedade e o estado tem o dever de proporcionar ao idoso todos os direitos de cidadão. Segundo essa Lei, compete a esfera de saúde, possibilitar a entrada dos idosos aos sistemas e às ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A PNI prioriza o acolhimento das famílias dos indivíduos idosos em cenário de fragilidade; a promoção do ensino perdurável dos profissionais da área de saúde, especialmente nas especialidades de geriatria e gerontologia; a preferência para o acolhimento do idoso em órgãos públicos e privados (prestadores de serviços); e o incentivo à discussão e evolução de pesquisas pertinente ao envelhecimento (MARTINI et al. 2016).

Deste modo, em 2003, foi deferido o Estatuto do Idoso, um instrumento legal importante que, regula os direitos assegurados dos idosos. Mas completo que a PNI, pois trata de direitos e deveres fundamentais, medidas de proteção e políticas de atendimento ao idoso. O estatuto do idoso assegura ao indivíduo idoso os direitos sociais, criando condições que promovam a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (CARREIRA et al., 2014).

O Estatuto do idoso traz as especificações referentes ao direito à saúde dessa população, garantido a atenção integral pelo SUS. Nessas especificações, é assegurado acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e seguindo de práticas e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive atenção especial às doenças que afetam os idosos. Para efetivação de ações de cuidado e preservação da saúde do idoso, o estatuto propõe cadastramento em base territorial, atendimento geriátrico e gerontologia social, atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dela necessitar. O Estatuto também apresenta a respeito da distribuição gratuita de medicamentos de uso contínuo, assim como prótese, órteses e outros recursos (FREITAS et al., 2015).

O Estatuto do Idoso segundo Fernandes e Soares (2012), veio priorizar tanto seu atendimento de um modo geral, como também aquele idoso que já exhibe qualquer nível de dependência. É através de ações de prevenção, de reabilitação, de promoção da saúde e do tratamento, a qual é provável assegurar maior qualidade de vida para os idosos.

Por conseguinte, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, que busca assegurar o cuidado adequado e digno para o indivíduo idoso, objetivando sua integração. Nesta política encontram-se estabelecidas

as diretrizes norteadoras de todas as atividades na área de saúde (FERNANDES e SOARES, 2012).

A PNSI tem como objetivo assegurar a atenção de forma adequada e com dignidade a esta população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS que direcionam dimensões individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (CARREIRA et al., 2014).

Acrescentando-se também, Brasil (2007), que a PNSPI através da sua portaria, determinou que a atenção à saúde da população idosa possuirá como porta de entrada a Atenção Básica/Unidade básica de saúde (UBS).

De acordo com Brasil (2006), o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), define UBS como uma unicidade para execução de atendimentos à uma população de maneira completa, podendo ser programada ou não. Sendo capaz de fornecer assistência constante, proporcionada por um médico generalista ou profissional nesta área. Em que oferece ou não um Pronto Atendimento de 24 horas e um Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Segundo Brasil (2012), as UBS são construídas conforme as normas sanitárias e pelo manual de infraestrutura determinadas pelo Departamento de Atenção Básica/MS, e necessita dispor: consultório médico e de enfermagem, odontológico, salas de acolhimento, administração, procedimento, medicação, coleta, vacina e sala de curativo, também deve conter uma área de recepção e armazenamento de arquivos e uma sala para a realização de atividades da equipe especializada. A UBS estabelecida próximo de onde o indivíduo mora, exerce um papel fundamental, pois garante a população um acesso à saúde de qualidade.

A UBS é considerada o meio de acesso ao sistema de saúde, ela não é apenas um local de triagem e encaminhamento, mas sim uma solução por meio de profissionais habilitados com auxílio de processo educativo que desempenham ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A UBS jamais deve perder um usuário de vista, precisa exercer uma assistência íntegra, de boa qualidade e constante, sendo ampliada por uma equipe multiprofissional (CORDOBA, 2013).

Deste modo, é imprescindível que haja o acompanhamento e a avaliação de implementação e operacionalização da PNSI, para que seja possível conhecer, de fato, seu impacto nessa parcela da população, bem como efetuar mudanças e readequação caso sejam necessárias (FREITAS et al., 2015).

2.4 Principais enfermidades que afetam o idoso

Analisar as doenças comuns do envelhecimento como um modelo para os mecanismos de base de envelhecimento biológico não é útil para a compreensão do envelhecimento em si. A afecção é o processo pela qual um organismo sofre comprometimento de suas funções normais, fisiológicas e evolutivas (MOREIRA, 2017).

Existem algumas afecções que são especialmente mais normais nos indivíduos idosos. Entre elas encontram-se a Obesidade, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Osteoporose, doença de Parkinson e a doença de Alzheimer (LAYBER, 2014).

2.4.1 Obesidade

A obesidade é uma doença crônica não transmissível, caracterizada por acúmulo de gordura, seja generalizada ou localizada. O aumento da prevalência de excesso de peso pode ser percebido em vários países e atinge os indivíduos de todas as idades e de diferentes, etnias e condições socioeconômicas (ENES et al., 2015).

É uma complicação clínica grave que pode limitar a qualidade de vida. Sua prevalência na população mundial tem aumentado de tal maneira que ela vem sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública. Entre os idosos, a obesidade vem aumentando consideravelmente (GRESPA e GRAVINA, 2017).

De acordo com, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2016), a fim de que o indivíduo obeso consiga ser tratado ou, com o intuito da obesidade e sobrepeso consigam ser prevenidas, a condição do peso do indivíduo precisa ser reconhecida. O índice de massa corporal (IMC) é o identificador antropométrico mais usado a fim de analisar o risco nutricional, por ser um parâmetro facilmente aplicável, não invasivo e de pequeno custo. O IMC conforme a formula abaixo é obtido a partir da divisão do peso kg pela altura ao quadrado.

Cálculo do IMC: Peso (Kg)

$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Os critérios mais utilizados para a avaliação da obesidade são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme a Quadro 1.

Quadro 1: Classificação do IMC segundo a OMS

IMC (KG/M ²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016, p.16.

Com o envelhecimento, ocorrem muitas variações nas dimensões físicas e na composição do corpo, tais como mudanças na qualidade e no padrão de gordura corporal, redução de massa muscular, redução de água corporal total e da massa óssea, alteração na elasticidade e compressibilidade da pele e mudanças nas pregas cutâneas e nas circunferências (SOUZA, 2009).

Segundo Enes et al. (2015), com o envelhecimento da população idosa apresenta características específicas favoráveis ao risco de desenvolvimento de obesidade. Durante o processo de envelhecimento, o organismo sofre alterações fisiológicas que podem tornar-se fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, de acordo com o estilo de vida adotado pelo idoso e sua família.

De acordo com Brasil (2015, p. 9), é importante que o enfermeiro e sua equipe identifique os valores que possam interferir nas condições nutricionais do idoso, tais como:

Situação social, econômica e familiar em que vive; Condições físicas e mentais para desempenhar as atividades diárias; Presença de doenças e uso de múltiplos medicamentos; Aspectos culturais, religiosos e disponibilidade de alimentos; Alterações fisiológicas que ocorrem com o avanço da idade; Perda de dentes e uso de prótese.

Dessa maneira, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2016), afirma que o tratamento para a obesidade é complexo e necessita de disciplina para atingir seus objetivos. Não existe um tratamento farmacológico em longo período, que não contenha como prioridade modificações de estilo de vida do indivíduo obeso. As modificações nos hábitos alimentares devem contribuir para a perda de peso em essencial a gordura corporal.

2.4.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico resultante de defeitos de ação ou secreção da insulina que levam ao estado da hiperglicemia. O DM é uma afecção comum e de ocorrência progressiva que intensifica com a idade, manifesta elevação morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Segundo Costa et al. (2015), o DM pode ser dividido em DM do tipo 1 e o DM do tipo 2. No primeiro tipo, o organismo não produz insulina suficiente, já no segundo tipo o organismo pode até conseguir produzir, mas não consegue utilizá-la de maneira eficaz, sendo um fenômeno relacionado ao excesso de peso.

O diagnóstico de DM é realizado quando duas ou mais dosagens de glicemia de jejum, após jejum mínimo de 8 h, são iguais ou maiores do que 126 mg/dL, conforme a Quadro 2. Os sintomas mais comuns do DM são micções frequente, fome intensa, sede aumentada, cansaço sem explicação, diminuição da acuidade visual, prurido e dificuldade dos ferimentos cicatrizar (BRASIL, 2015).

Quadro 2: Diagnóstico de diabetes de mellitus e seus estágios pré-clínico

ESTÁGIO	GLICEMIA JEJUM (mg/dl)	TTG 75 g 2h (mg/dl)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária (Pré-diabetes)	>110 – 115 Glicemia de jejum alterada	140 - 199 Tolerância diminuída à glicose
Diabetes Mellitus	> 126	>200

Fonte: Brasil, 2007, adaptado p. 82.

O tratamento do DM no início para alguns indivíduos constitui-se na modificação do estilo de vida e realização de atividade físicas, para outros abrangem ainda a utilização constante de medicamentos e em situações mais crítica adiciona-se o uso de insulina. O objetivo do tratamento do DM no indivíduo idoso envolve controle da hiperglicemia, prevenção, avaliação e tratamento das complicações microvasculares (LAYBER, 2014).

O DM tipo 2 é uma das doenças mais comuns que afetam os idosos. As estatísticas revelam que aproximadamente uma em cada quatro pessoas com idade superior a 60 anos é portador da DM tipo 2. Por sua vez mais da metade das pessoas que tem diabetes tem mais de 60 anos, o que representa um grande desafio para a saúde pública, pois envolve capacidade da

equipe multiprofissional para atender todas às necessidades de um tratamento ideal (FREITAS e BAHIA, 2017).

2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A pressão arterial é representada pela pressão sistólica e pela pressão diastólica. A pressão sistólica representa a mais alta pressão nas artérias, estando intimamente associada à sístole ventricular cardíaca. A pressão diastólica representa a menor pressão nas artérias ocasionada pela diástole ventricular cardíaca, quando o sangue está preenchendo as cavidades ventriculares (GONÇAVES et al., 2015).

Entre as doenças que acometem os idosos, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais constante, agredindo 60 a 70% desse indivíduo. Estima-se que 60% das pessoas idosas brasileiras são hipertensas e a maior parte delas apresentam elevação isolada ou predominante da Pressão Arterial Sistólica. Isso acarreta elevação na pressão de pulso, que mostra intensa relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2015).

A HAS anormalmente alta é denominada hipertensão, a qual impõem sobre carga crônica ao sistema cardiovascular. A pressão alta é diagnosticada quando os níveis estão repetidamente elevados acima dos valores considerados normais, sendo que os valores normais possuem resultado de <120 mmHg pressão sistólica e <80 mmHg pressão diastólica (GONÇALVES et al., 2015). O quadro 03 mostra a classificação da pressão arterial em adultos:

Quadro 3: Classificação da pressão arterial em adultos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥180	≥110

Fonte: Brandão e Nogueira, 2018, adaptado p. 17.

O tratamento da HAS é dividido em não medicamentoso e medicamentoso. O não medicamentoso envolve o controle de peso; controle alimentar; realizar atividade física e parar de fumar. O tratamento medicamentoso envolve o uso de anti-hipertensivos e tem como

finalidade reduzir a pressão arterial, e a incidência de evento as cardiovasculares fatais e não fatais e se possível taxa de mortalidade (GONÇALVES et al., 2015).

Portanto, o profissional de saúde em especial o enfermeiro deve estar atento à utilização de tratamento medicamentosos. No idoso o tratamento não medicamentoso é de extrema importância para o controle da pressão alta, e sempre deverá ser lembrado em todas as consultas. A educação do idoso inclui informações sobre as medicações, monitoramento da pressão arterial e a redução do estresse (BRASIL, 2007).

2.4.4 Acidente vascular cerebral

De acordo com Carlos e Pereira (2015), o Acidente Vascular Cerebral (AVC), conhecido como derrame cerebral, é uma importante causa de morte e/ou de incapacidade física e mental nos idosos, o cérebro responsável pelo controle dos movimentos, sensações, fala e compreensão das coisas. As células cerebrais para tal necessitam de oxigênio para sobreviverem, esse oxigênio é levado pela corrente sanguínea, o que ocorre no AVC e que há uma interrupção do fluxo de sangue para uma determinada região do cérebro, causando a morte dessas células, levando conseqüentemente a paralisia, dificuldade de fala, compreensão e alimentação.

O tratamento visa, controlar a pressão, o diabetes, os níveis de colesterol e deixar de fumar, principalmente para prevenir um novo AVC. Já na fase crônica o tratamento é reabilitação, fisioterapia e acompanhamento do terapeuta ocupacional (BRASIL, 2007).

O tratamento geralmente inclui hospitalização por dias e meses, dependendo do grau da lesão cerebral. O AVC frequentemente prejudica as capacidades funcionais dos idosos, portanto limitam sua habilidade de viver de modo independente. O âmbito das intervenções de enfermagem variam do ensino de idoso sobre estratégias de redução de risco até o atendimento de idosos após o AVC e durante a recuperação e reabilitação (LUECKENOTTE, 2012).

2.4.5 Osteoporose

É definida como um distúrbio esquelético crônico e progressivo, de origem multifatorial, que acomete principalmente indivíduos idosos, tanto homens quanto as mulheres, geralmente, após a menopausa (PEREIRA e MENDONÇA, 2017).

A OP tem sido reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, devido à alta taxa de morbidade e mortalidade relacionadas às fraturas, principalmente

entre o sexo feminino. A perda da massa óssea é uma consequência inevitável do processo do envelhecimento (BRASIL, 2015).

De acordo com, Martinho et al. (2015), a OP é uma doença silenciosa, cuja a presença os indivíduos só descobrem após fraturas, que pode ocorrer após um traumatismo mínimo. É classificada como primária (predominante em mulheres, associada à menopausa e própria do envelhecimento) e a secundária (decorrentes de outras doenças).

O diagnóstico pode ser feito baseado na ocorrência da fratura sem trauma ou na baixa densidade mineral óssea medida pela densitometria óssea. Esse método é considerado o exame padrão, diagnosticando precocemente a OP (PEREIRA e MENDONÇA, 2017).

A prevenção da OP e das faturas está associada à uma dieta rica em cálcio, realizar exercícios físicos diário, evitar álcool, tabagismo e o controle do ambiente para prevenção de quedas. O tratamento medicamentoso deve ser por meio de substância que inibam a reabsorção óssea ou substância que estimulam a formação óssea (MARTINHO et al. 2015).

2.4.6 Doença Parkinson

É uma enfermidade neurológica crônica degenerativa, lenta e progressiva, com o acometimento médio aos 60 anos, sem predominação de cor, sexo ou nível econômico (SAGIORATO, 2009).

Segundo Carlos e Pereira (2015), a doença de Parkinson é causada pela falta de uma substância no cérebro chamada dopamina, a causa dessa alteração é desconhecida, e na maioria das vezes acomete mais as pessoas após os 60 anos e idade, em geral a evolução é bastante lenta e inicia-se com tremor principalmente nas mãos.

O mesmo autor acima ainda afirma que, outro sintoma é uma rigidez o que dificulta o início dos movimentos e o equilíbrio, contribuindo na ocorrência de quedas. A pessoa fica dura como se estivesse engessada, numa fase mais avançada ela pode desenvolver demência e ficar totalmente dependente e acamada. O tratamento medicamentos é realizado através da utilização de medicamentos específicos ou sintomáticos. O tratamento não medicamentoso está relacionado em intensificar estímulos e exercícios para retardar ao máximo o quadro de desenvolvimento da doença.

2.4.7 Doença de Alzheimer

O termo mal de Alzheimer surgiu pela primeira vez em 1901, quando o médico alemão doutor Alois Alzheimer, acompanhava, em sua clínica, uma paciente de 51 anos, do sexo

feminino, Sra. August, com um quadro grave de delírio de ciúmes em relação ao marido, perda de memória recente, desorientação espaço-temporal, dificuldade de propiciar palavras, dificuldade de reconhecer objetos e apraxia. Em 1906, após a morte da paciente, realizaram necropsia de seu cérebro e observaram placas senis e emaranhados neurofibrilares (SAGIORATO, 2009).

Segundo BRASIL (2006), doença de Alzheimer (DA), também conhecida como demência, é uma doença cerebral degenerativa primária, sua causa não é muito conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. É a mais prevalente entre as diversas causas de demências.

A DA é um transtorno degenerativo de grande impacto socioeconômico, responsável por 50% a 60% do total de casos de demências entre as pessoas de 65 anos. É considerada a mais importante enfermidade neurodegenerativa da atualidade. Em estudo realizado com a população Brasileira, estima-se que mais ou menos 71% dos idosos apresentam demências sendo que 3% deste desenvolve a DA (BRASIL, 2015).

A DA em seu estágio inicial ocorre o esquecimento e a perda da memória, com a progressão da doença o déficit não consegue ser mais oculto. O esquecimento manifesta-se em muitas ações diárias, a pessoa pode perder sua capacidade de reconhecer faces, locais objetos e familiares (LUECKENOTTE, 2012).

O diagnóstico é realizado baseando-se por meio de exames do estado físico e mental do paciente, contudo o diagnóstico preciso só pode ser realizado após a morte do paciente, uma vez que o único meio de confirmação da DA provem do exame do tecido cerebral afetado, por meio de necropsia ou biópsia, o que em vida seria um exame muito invasivo (LAYBER, 2014).

O tratamento consiste em tratar os sintomas cognitivos e comportamentais. Não existe cura e nenhuma maneira para tornar lenta a progressão da enfermidade. Desta maneira, o enfermeiro desempenha um papel importante no reconhecimento da demência, principalmente no idosos hospitalizados ao qualificar os sinais durante a avaliação de admissão de enfermagem (LUECKENOTTE, 2012).

2.5 Assistência de enfermagem na saúde do idoso

Segundo Pires (2009), a carreira da enfermagem teve início a partir da segunda metade do XIX, onde foi reconhecida como uma profissão de saúde, através Florence Nightingale que nasceu no dia 12 de maio em 1820 na Itália. Florence possuía inteligência extraordinária, dominava línguas diferentes com muita facilidade como o inglês, alemão, italiano, francês, grego e até o latim, dedicou-se totalmente a enfermagem. Para mudar o destino da enfermagem

a primeira escola foi criada em 1859, e se dispersaram pelo mundo a começar pela Inglaterra. E hoje a enfermagem é conhecida como uma profissão que exerce atividades especializadas e necessárias para toda sociedade.

A mesma autora ainda relata, que o Conselho Nacional de Saúde afirma que a enfermagem é considerada como uma das 16 profissões no âmbito da saúde mais procurada, sua prática profissional está regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, na qual dispõe que a enfermagem é privativa do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e também do parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Segundo Lima (2005), o termo enfermagem vem do latim e é usada em oposição do vocábulo enfermo que significa aquele que encontra-se fraco e doente. No dicionário Houaiss a palavra enfermagem significa: função de tratar as pessoas enfermas/conjunto de enfermeiros. A enfermagem é considerada uma atividade executada por uma equipe qualificada e especializada que realiza atividades importantes, que dispõe de um código de ética, em que todos profissionais devem conhecer. Este código contém os direitos, as responsabilidades, deveres e proibições do enfermeiro.

A enfermagem pode ser conceituada, como a atividade desempenhada pelo enfermeiro que presta cuidado à outras pessoas, buscando sempre cultivar a vida saudável, um ambiente sadio, evitando ou amenizando a doença, e com foco na prevenção, promoção e reabilitação da saúde (LIMA, 2005).

Sendo assim, Souza e Ribeiro (2013), afirma que a enfermagem é uma das profissões que presta cuidados de saúde à população idosa em diversos contextos, sendo que a sua experiência de cuidado a essa população tende a ser mais vasta que a formação.

Além disso, o profissional de enfermagem tem um amplo espaço para atuar, frente a um grupo de idosos, com autonomia ao sistematizar através da experiência e criatividade ações de assistir, ajudar, orientar e instruir a pessoa idosa quanto à capacidade de gerenciar a própria independência e saúde (LIMA, 2005).

Os cuidados de enfermagem no idoso, devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos. São cuidados multidisciplinares e multidimensionais (BORBA et al., 2012).

Então, o profissional de saúde deve desenvolver em meio à comunidade uma ação educacional que vise priorizar o convívio social de todas as faixas etárias estimulando a convivência em família; a autonomia sendo considerada como um pilar fundamental na manutenção da qualidade de vida; e a valorização da velhice, sendo esta fase considerada a que o indivíduo está proveniente de experiências e maturidade (BORBA et al., 2012).

Sendo assim, é muito importante que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, acolham os idosos de maneira adequada e forneçam apoio emocional e respeito, para uma assistência ajustada às suas necessidades. Afinal, ainda que o envelhecimento seja uma conquista das nações civilizadas e progressistas, cabe lembrar que não basta apenas maximizar a expectativa de vida, mas também buscar por uma melhor qualidade de vida (CANEPA; CARDOSO; RICARDINHO, 2014).

Desse modo, a enfermagem possui papel fundamental, juntamente com a equipe multiprofissional, realizando atividades educativas e preventivas, desde a criança ao idoso, sabendo que é com a aproximação da velhice que se acomodam as principais afecções crônicas e não transmissíveis, que deveriam ter sido evitadas se fossem prevenidas ao longo da vida (NASCIMENTO; SOUZA, 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e pesquisa de campo. A pesquisa descritiva tem como objetivo analisar, relatar, investigar, identificar e explicar aspectos de fatores ou fenômenos. Buscam-se frequência, particularidade, relação e associação entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009).

Marconi e Lakatos (2010), afirmam que a pesquisa de campo é aquela aplicada com a finalidade de alcançar dados ou conhecimento a respeito de um determinado problema, para tal busca uma resposta, que deseja evidenciar ou desvendar novos fenômenos entre eles. Ainda afirma que, a pesquisa de campo não pode ser confundida com uma coleta de dados, é mais do que isso, deve contar com um controle apropriado e objetivos estabelecidos.

3.2 Contexto da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Sinop - Mato Grosso, Brasil Figura 3.

Figura 3: Mapa do município de Sinop, Mato Grosso, Brasil.



Fonte: Santos, 2014.

A cidade de Sinop é resultado da política de ocupação da Amazônia Legal Brasileira, desenvolvida pelo Governo Federal na década de 1970. Está localizado na região centro norte do Estado de Mato Grosso, as margem da BR 163 (SANTOS, 2014).

3.3 População e amostra

Para dar embasamento a esta pesquisa, o estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus, na cidade de Sinop-MT, tendo como população idosos conscientes e orientados em tempo e espaço e a amostra todos aqueles que participaram do estudo.

Desta maneira Dyniewicz (2009), relata que a população trata-se de uma totalidade de pessoas que possuem características em comum para um determinado estudo. Contudo, a amostra é a seleção da parte da população para representar sua totalidade de forma econômica e eficiente.

Tendo como população composta por todos idosos cadastrados na unidade, que compõe hoje cento e trinta (130) idosos cadastrados; a amostra foi composta por cinquenta (50) idosos. Como critérios de inclusão: ter idade de 60 anos ou mais, frequentar a unidade, aceitar participar da pesquisa e ser do sexo masculino ou feminino. Critério de exclusão: todos aqueles que não se enquadra com o citado acima.

3.4 Fonte de informação e coleta de dados

Foi realizado uma entrevista com os idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus. Aplicado um formulário contendo total de dezessete (17) perguntas fechadas.

Estas questões foram divididas em A e B (Apêndice I), no contexto A continha: sexo do entrevistado, idade, data do nascimento, cidade que nasceu, cor da pele, estado conjugal, escolaridade, renda, origem da renda, com quem mora, precisa de ajuda para realizar alguma atividade diária e como o idoso caminha. Na B: envelhecendo de maneira saudável, doenças, conhece sobre essa doença, faz uso de medicação e qual o profissional que o idoso tem mais contato na UBS. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2018, os idosos foram escolhidos aleatoriamente conformem estavam presentes na unidade.

3.5 Análise de dados

Os dados coletados foram transportados para a planilha do office Excel versão 2013, aplicou-se a análise descritiva com contagem de frequência e cálculo de medida de tendência central e de dispersão.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi encaminhada para o comitê de ética CIES, respondendo um parecer favorável com o número 116/2018/CIES/SINOP (Anexo). Após isto foi explicado o real motivo da pesquisa, em que todos os sujeitos que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice II), de acordo com as normas da Resolução de nº 466, de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus, localizada na rua João Pedro Moreira de Carvalho, bairro Menino Jesus – Sinop/MT. Tendo uma população de cento e trinta (130) idosos cadastrados na unidade, a amostragem foi composta por cinquenta (50) idosos, sendo 30 mulheres e 20 homens. Como já apresentado na metodologia a pesquisa foi dividida em A e B (Apêndice I), neste primeiro momento apresentaremos tabelas relacionadas ao perfil dos idosos entrevistados na UBS Menino Jesus.

Tabela 01- Sexo e idade dos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Idade	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
60 a 67	13	8	21	42%
68 a 75	10	8	18	36%
76 a 83	7	4	11	22%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

A tabela 01 mostra a distribuição de idade e sexo dos idosos entrevistados, sendo assim, 30 são mulheres e 20 são homens, distribuídos entre as idades de 60-67 anos, sendo que desses 13 são mulheres e 8 são homens; já a faixa etária entre 68-75 anos corresponde 10 mulheres e 8 homens; e a faixa etária entre 76-83 anos corresponde a amostra de 7 mulheres e 4 homens.

Em relação ao sexo dos entrevistados os dados são semelhantes o exposto a demografia populacional brasileira, no qual percebe-se o maior número de mulheres idosas em comparação com os homens. Soares et al. (2014), afirmam que com a chegada da velhice as pesquisas

apontam que, há maior número de mulheres do que homens. Apesar das mulheres viverem mais tempo, são mais afetadas por afecções crônicas, défices cognitivos, emocionais e inabilidade física.

Silva (2011), também afirma que o número elevado de mulheres está relacionado a maior preocupação com sua saúde, e isso pode estar associado a razões como a proteção cardiovascular pelos hormônios femininos, a adoção de procedimentos menos invasivos no seu dia a dia e menor exposição a riscos no trabalho.

A velhice feminina em comparação aos homens pode ser vista com um ganho, a literatura afirma que, as mulheres vivem mais, mas estas são mais vulneráveis, e quanto maior a vulnerabilidade social relacionada à pobreza, baixa escolaridade e baixa categoria social, a maioria estão expostas às situações de agressões, desamparo e ausência de cuidados (DOMINGUES et al., 2013).

De acordo com o IBGE (2015), no mundo as mulheres vivem em média 4 anos 5 meses a mais que os homens, especialmente na categoria de idosos mais idosos, achando-se quatro a cinco vezes mais abundantes que os homens.

Tabela 02- Regiões que os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus vieram (2018)

Regiões	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Centro-Oeste	4	1	5	10%
Nordeste	2	4	6	12%
Norte	1	1	2	4%
Sul	18	8	26	52%
Sudeste	5	6	11	22%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

A tabela 02 responde a pergunta em que cidade o senhor nasceu, que foi dividida nas regiões do território brasileiro, que é composta por cinco regiões, sendo elas: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste. Desta forma, dos 50 idosos entrevistados 5 são da região Centro-oeste; 6 idosos da região do Nordeste, já a região do Norte apresentou o número mais baixo correspondendo a 2 idosos entrevistados; sendo assim, a grande maioria dos entrevistados

vieram da região sul com um total de 26 idosos, sendo 18 mulheres e 8 homens; e em seguida a região sudeste com 12 idosos.

Vendo que Santos (2014), destaca que, realmente a maior migração do município veio da região do Sul do Brasil, a partir do mês de junho de 1972 para a cidade de Sinop. A mesma teve abertura em 1972, mas só foi fundada oficialmente em 14 de setembro de 1974, hoje a mesma tem 44 anos existência e história.

Tabela 03- Cor da pele dos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Raça/cor	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Branca	9	3	12	24%
Parda	16	7	23	46%
Negra/preta	5	10	15	30%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

Verificou-se através da tabela 03, referente a cor da pele, os idosos entrevistados autodeclararam, escolheram uma das cinco opções do questionário: branco, pardo, preto/negro, amarelo ou indígena. Dos idosos entrevistados 12 consideram-se ser da cor branca, destes destaca 9 mulheres e 3 homens; 23 dos idosos responderam cor parda, sendo que a maioria são mulheres e dos 15 entrevistados consideram ser da cor negra/preto, desses a maioria são homens.

Esta pergunta deseja entender o grau de compreensão dos acontecimentos sociais de diferenciação fundamentadas na cor ou reconhecimento racial dos indivíduos. O IBGE (2013), define raça como uma construção sócio-histórica, avaliando como necessário para compreender a história social do Brasil.

Os dados relacionados com a cor da pele vão de encontro com o IBGE (2018), em que afirma que no ano de 2012 há 2016, a população brasileira aumentou cerca de 3,4%, aproximado a 205,5 milhões de pessoas, com isso o número de indivíduos que afirmavam ser brancos apresentou uma diminuição de 1,8%, concluindo 90,9 milhões. Agora o número de pessoas que afirmaram ser da cor parda aumentou 6,6% e o de cor pretos/negros, 14,9%, aproximando-se a 95,9 milhões e 16,8 milhões.

Tabela 04- Estado conjugal dos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Estado Conjugal	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Casado	15	5	20	40%
Viúvo	10	5	15	30%
Divorciado	3	5	8	16%
Nunca Casou/Solteiro	0	4	4	8%
Amasiado	2	1	3	6%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

Sobre o estado conjugal, a pesquisa mostrou através da tabela 04, que dos idosos entrevistados 20 são casados, sendo que 15 são mulheres e 5 são homens; a respeito da viuvez 15 responderam ser viúvos, sendo que deste 10 a maioria são mulheres; 8 dos idosos responderam ser divorciado, deste destacam os homens. Referente a condição de nunca ter casado 4 responderam ser solteiros, sendo todos homens e 3 dos idosos entrevistados relataram viverem em união estável, ou seja, nunca se casaram, mas moram juntos.

Para Campos et al. (2016), o casamento consegue ser um fator positivo para o envelhecimento mais saudável. Estudos com idosos casados têm sido executados com a finalidade de tentar abranger os determinantes de saúde, bem-estar e satisfação na velhice.

De acordo com Amaral et al. (2013), logo após a separação do companheiro ou viuvez, as mulheres inclinam-se a manter-se sozinhas, enquanto a disposição entre os idosos é de se casarem outra vez. É possível que tal fato justifique o número elevados de idosas viúvas nesta pesquisa.

Soares et al. (2014), também destacam que a circunstância de conviver sozinho é um dado preocupante e é mais constante entre as mulheres, já os homens têm mais probabilidade de casar repetidamente.

Tabela 05- Escolaridade dos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Escolaridade	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Analfabeto	17	7	24	48%
Ensino Fundamental Incompleto	10	11	21	42%
Ensino Fundamental Completo	3	2	5	10%
Ensino Superior	0	0	0	0%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

Quanto ao grau da escolaridade a tabela 05 apresentou que, dos 50 idosos entrevistados 24 nunca foram a escola, esses são considerados analfabetos pois, só conseguem escrever seus nomes, desses 17 são mulheres e 7 são homens. Em seguida, 21 dos idosos estudaram até ensino fundamental incompleto, sendo que 10 são mulheres e 11 são homens; e 5 dos idosos entrevistados afirmaram ter estudado o ensino médio completo; 3 são mulheres e 2 são homens, nenhum dos idosos possuíam ensino superior.

Segundo Soares et al. (2014), o analfabetismo afeta o nível de compreensão dos indivíduos, dessa forma, as pessoas que nunca foram a escola terão dificuldades em comunicar-se e de responder as futuras indagações.

De acordo com Silva (2009), em relação ao gênero, os homens são mais alfabetizados que as mulheres, posto que, nas décadas de 30 a 60, a entrada das escolas era de preferência dos grupos sociais mais altos e para os homens. Já as mulheres eram educadas a fim de, tornarem-se em sua maioria donas de casa e mães, sendo muitas vezes separadas da vida social e produtiva.

Campos et al. (2016), também afirmam que essas diferenças no nível de alfabetização representam as diversidades sociais do começo do século XX, período no qual esses idosos precisariam manter-se na escola, mas essa era vedada a mulheres e classes baixas.

Almeida (2017), a educação é fundamental para um julgamento crítico, sem a educação é improvável formar pessoas participativas e comunicativas que exigem direitos efetivados pelo Estado.

Tabela 06- Possui renda e a origem da renda dos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus, 2018

Origem da Renda	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Aposentado por idade	17	15	32	64%
Trabalha	1	3	4	8%
Pensão	3	2	5	10%
Aposentadoria por doença/invalidez	2	0	2	4%
Total	23	20	43	86%

Fonte: Própria

Sobre a renda, é possível observar através da tabela 06 que a maioria, o que correspondem a 43 dos idosos entrevistados, responderam que sim que possuem renda; dos 7 que responderam não possuir renda são mulheres, essas são casadas ou moram com familiares.

Quanto à origem de sua renda podemos observar que a maioria são aposentados em um total 32 idosos, sendo que destes, 17 mulheres e 15 são homens; 4 dos idosos ainda trabalham sendo 1 do sexo feminino e 3 masculino; 5 dos entrevistados recebem pensão, deste 3 são mulheres e 2 são homens. Dos idosos entrevistados somente 2 mulheres são aposentadas por doença/invalidez.

No âmbito econômico, de acordo com Soares et al. (2014), com aumento de idosos no Brasil isso pode provocar uma adversidade social no futuro, em razão de que a maior parte dos indivíduos idosos vivem em situações financeiras instáveis, trazendo de tal forma um pioramento na sua qualidade de vida.

No que se refere a renda, a pesquisa mostrou que a maioria dos idosos são aposentados. Lueckenotte (2012), afirma que idosos aposentados de um emprego fora de casa precisam lidar com a perda do papel do trabalho. Idosos que trabalhavam em casa e os cônjuges daqueles que trabalhavam fora de casa também enfrentam mudanças à medida que envelhecem.

O mesmo autor ainda assegura que, a perda do papel do trabalho tem um impacto importante em algumas idosos aposentados. Quando uma parte tão grande da vida envolve o emprego e as relações pessoais no trabalho e, com a aposentadoria os indivíduos precisam construir uma nova identidade.

Para Almeida (2017), a mulher consegue absorver melhor a ideia de aposentar-se porque historicamente a casa nunca deixou de pertencer-lhe, bem diferente dos homens, que

foram ensinados desde cedo a desbravar o mundo, não tendo suas asas cortadas como as mulheres, o que vem a dificultar hoje sua reiteração com o ambiente domiciliar, sentindo-se por vezes um estranho em sua casa.

Tabela 07- Com quem moram os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Com quem mora	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Sozinho (a)	11	10	21	42%
Mora com o Esposo (a)	15	6	21	42%
Mora com filhos e netos	4	4	8	16%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

A tabela 07 aponta que dos idosos entrevistados, quando questionado o senhor mora sozinho, 21 responderam que sim moram sozinhos, destes 11 são mulheres e 10 são homens. Aos outros 29 idosos que responderam não morar sozinhos foi indagado, com quem eles moravam, 21 responderam morar com os esposos (as), sendo que 15 são mulheres e 6 são homens; o restante moram com filhos e netos.

Segundo Campos et al. (2016), viver só é um motivo de perigo para indícios depressivos e decaimento do bem-estar psicológico no meio dos idosos. Deste modo, os idosos que apresentam uma aliança familiar durável, segura e de confiança conseguem criar boas relações e são mais tolerantes de aceitar possíveis perdas durante o período do envelhecimento.

Para Almeida (2017), a família é a base e é essencial para dar suporte e apoio ao idoso, quanto mais aumenta a procura por cuidados, pouco se tem ajuda vinda do mesmo. Temos que considerar que nem sempre o convívio familiar é harmonioso, existem discussões, quebra de vínculos, e muito mais que isso é acreditar que elos sanguíneos não é parecido com laços de afeto e outra coisa, ser responsável por um indivíduo não te obriga a coexistir com a mesma.

As famílias que exercem a função de cuidadora, necessitam manter-se preparadas para tal papel, visto que lidar com idosos em processo de envelhecimento não é algo fácil, exige entendimento sobre o assunto, serenidade, renúncias, investimento, disponibilidade e paciência (CAMPOS et al., 2016).

Segundo IBGE (2015), no ano de 2013, a composição familiar mais comum para os idosos (30,6%) foi aquele formado por idosos convivendo com filhos, a maioria com 25 anos

ou mais de idade, no acompanhamento ou não de outros parentes como netos, noras ou outros agregados, encontrando-se este indicador mais elevado para as mulheres idosas (33,3%) que para os homens idosos (27,3%).

Tabela 08- Quais as atividades diárias que os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus precisam de ajuda (2018)

Quais as atividades	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Limpar casa e lavar roupa	11	3	14	28%
Ir ao banheiro e tomar banho	1	0	1	2%
Total	12	3	15	30%

Fonte: Própria

Quando perguntado ao idoso sobre precisar de ajuda para realizar alguma atividade diária e quais as atividades, a tabela 08 mostra que, 15 dos idosos entrevistados responderam que sim que precisam de ajuda, podemos observar que apresentou mais mulheres que homens, e dessas atividades destacam: lavar roupa e limpar a casa. O restante 35 dos entrevistados conseguem realizar suas atividades sem ajuda, sendo 18 mulheres e 17 homens.

Segundo Layber (2014), capacidade funcional é definida se, durante a prática de alguns afazeres do dia a dia, o indivíduo não necessita de ajuda de outra pessoa, ou seja, o próprio indivíduo consegue conduzir a sua vida sem ajuda ou interferência de outra pessoa.

A saúde do idoso conforme Manso e galera (2015), está inteiramente relacionada à prevenção de sua capacidade funcional, isto é, a probabilidade de tomar conta de si, determinando e executando tarefas da vida diária com independência e autonomia, embora haja presença de doenças. O idoso que permanece autônomo e determinado, realizando sua autonomia, pode ser visto como um indivíduo saudável, mesmo que manifeste uma ou mais enfermidades crônicas.

Apesar disso, o aparecimento de uma ou mais doenças crônicas, não significa a perda da autonomia para o idoso. Visto que dos idosos com 65 anos ou mais de idade 40%, necessitam de algum tipo de ajuda para cumprir atividades de rotina, tais como, preparar suas refeições, realizar compras, limpar a casa, tomar conta das finanças, e 10% precisam de auxílio para realizar ocupações básicas, como ir ao banheiro, tomar banho, alimentar-se, vestir-se, levantar e assentar de camas e cadeiras (CRUVINEL; 2009).

Transformações que representam o envelhecimento com o decorrer da idade, envolvem modificações que acontecem em todos os organismos dos seres vivos independentemente da cor/raça, classe, culturas ou região; este processo advém de modo particular e gradual, abordando alterações psicológicas, físicas e sociais (SOARES et al., 2014).

Layber (2014), garante que a capacidade funcional é a melhor forma para avaliar e verificar o idoso durante o envelhecimento, no momento em que o idoso começa a mostrar qualquer sinal de incapacidade é necessário acompanhamento do motivo que o está induzindo a esta incapacidade.

Tabela 09- Como os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus caminham (2018)

Como o Idoso Caminha	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Caminha sem dificuldade	14	16	30	60%
Caminha com dificuldade	13	3	16	32%
Caminha com auxílio (objeto)	3	1	4	8%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

A tabela 09 mostra como os idosos caminham, dos entrevistados 30 responderam que caminham sem dificuldade, sendo destes 14 mulheres e 16 homens; dos idosos que caminham com dificuldade percebe-se que a grande maioria 13 são mulheres em comparação com 3 homens. O restante 4 dos idosos caminham com auxílio de objeto, como muleta e andador, desses 3 são mulheres e somente 1 homem.

Soares et al. (2014), define limitações como, o processo de envelhecimento onde acontecem perdas sucessivas das funções dos órgãos e do sistemas biológicos, que terminam afetando a capacidade funcional, ocasionando muitas vezes limitações, incapacidade ou até mesmo perda da independência.

Segundo Lueckenotte (2012), as mudanças musculoesqueléticas relacionadas ao envelhecimento afetam a movimentação, mobilidade e a postura do idoso. Percebe-se que com o envelhecimento há uma diminuição no equilíbrio e uma demora na execução de atividades.

Envelhecer de maneira satisfatória depende da estabilidade entre obstáculos e das capacidades de cada pessoa, a senilidade em muitos momentos é visualizada como uma etapa muitas vezes sem saída, aceitar e entender essas mudanças, as limitações que virão com o

decorrer do tempo e idade, é fundamental para um envelhecimento saudável. O idoso não deve prender-se no que ficou no passado ou que poderia ser feito, mas sim o que poderá e deverá ser realizado para ajudar nesse processo (SOARES et al. 2014).

Como já explanado anteriormente a pesquisa foi dividida em A e B (Apêndice A), nesta segunda parte apresentaremos tabelas de como os idosos acham que estão envelhecendo, as doenças que mais acometem, medicações usadas e o profissional que o indivíduo tem mais contato/próximo.

Tabela 10- Como os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus acham que estão envelhecendo (2018)

Envelhecendo de maneira saudável	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Sim	9	5	14	28%
Mais ou Menos	16	12	28	56%
Não	5	3	8	16%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

Quando questionado ao idoso, o senhor acha que está envelhecendo de maneira saudável, foi apresentado as três opções: sim, mais ou menos e não. É possível observar através da tabela 10 que a maioria 28 idosos entrevistados responderam mais o menos, desses 16 são mulheres e 12 são homens. Dos entrevistados que responderam sim, que está envelhecendo de maneira saudável, foram um total de 14 idosos, sendo que, 9 são mulheres e 5 são homens e somente 8 responderam que não está envelhecendo de maneira saudável, desses 5 são mulheres e 3 são homens.

Desta maneira, o envelhecimento é definido como um processo ativo e desenvolvido, no qual existe alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas, que determinam a maior vulnerabilidade do indivíduo e a incidência de processos patológicos (CARREIRA et al., 2014).

De acordo com Campos et al. (2016), a definição de envelhecimento saudável envolve boa compreensão de saúde, autonomia para realizar atividades diária, ausência de deficiência cognitiva, estilo de vida e práticas saudáveis, boa mobilidade e ausência de doenças.

Lueckenotte (2012), afirma que o envelhecimento não leva inevitavelmente à incapacidade e dependência. A maioria dos indivíduos idosos permanecem funcionalmente independente apesar da crescente prevalência de doenças crônicas. A avaliação de enfermagem, é um processo complexo e desafiador, fornece indicações valiosas o efeito de uma doença ou patologia sobre o estado funcional do idoso.

Portanto, o envelhecimento saudável não pode ser definido por um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. Em vez disso, é um processo que permanece relevante a cada idoso, uma vez que sua experiência de envelhecimento saudável pode sempre tornar-se mais ou menos positiva (MANSO e GALERA, 2015).

Desta maneira, Lueckenotte (2012), idosos envolvidos em atividades da vida diária geralmente consideram-se saudáveis, enquanto aqueles que mostram prejuízos físicos, emocionais ou sociais que limitam suas atividades percebem-se como doentes.

Tabela 11- Doenças mencionadas pelos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Doenças	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
HAS	10	6	16	32%
OT	3	1	4	8%
Câncer de pele	1	0	1	2%
HAS e DM	4	8	12	24%
HAS e AVC	1	0	1	2%
HAS e IAM	1	0	1	2%
Total	20	15	35	70%

Fonte: Própria

Quando perguntado aos idosos entrevistados se tinha alguma doença, 35 responderam que sim, sendo esses 20 mulheres e 15 homens; os outros 15 idosos responderam que não possui nenhuma doença, estes 10 são mulheres e 5 são homens. Entre os idosos que responderam possuírem doenças, segue a tabela 11 mostrando quais as doenças.

Pavarini et al. (2008), afirma que alguns estudos têm evidenciado que a maioria dos idosos manifestam uma doença crônica. É importante salientar que mesmo que a maior parte dos idosos evidencie pelo menos uma doença crônica, é admissível permanecer vivo com qualidade de vida desde que estas doenças estejam controladas.

Aproximadamente 80% dos idosos acima de 65 anos de idade apresentam uma doença crônica e 50% apresentam pelo menos duas condições crônicas. O efeito das doenças crônicas nas vidas dos idosos variam amplamente, mas em geral essas doenças diminuem o bem-estar e ameaçam a independência dos idosos (LUECKENOTTE, 2012).

Ainda sobre as doenças que os idosos entrevistados apresentaram, a tabela 11 aponta que, 16 idosos tem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo 10 mulheres e 6 homens; Osteoporose (OT) relatado por 4 idosos, 3 mulheres e somente 1 homem; 1 idoso relatou ter câncer de pele é esta é uma mulher. Podemos observar que 14 idosos comentaram ter mais de uma doença, desses 12 responderam que têm HAS e DM, sendo 4 mulheres e 8 homens; 1 idoso do sexo feminino tem HAS e AVC; 1 tem Infarto IAM e HAS sendo está uma mulher.

De acordo com Manso e galera (2015), a HAS é a doença crônica não transmissível (DCNT) com maior prevalência entre os idosos brasileiros, normalmente está associada a diversos fatores de risco. Está relacionada com o aumento de prevalência de todas as afecções crônicas, são, contudo, em sua maior parte, preveníveis. Sedentarismo, prática de fumar e obesidade são uns destes riscos que devem ser precavido ao longo da vida.

Carlos e Pereira (2015), destacam as doenças mais comuns que atingem os idosos são: o Acidente Vascular Cerebral (AVC), angina, Hipertensão Arterial (HAS), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca, obesidade, diabetes, câncer, demência, Parkinson, osteoporose, catarata, bronquite e infecções. Podendo estas serem contidas e prevenidas por meio de um aprimoramento na qualidade de vida.

Tabela 12- Os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus conhecem sobre sua doença (2018)

Conhece sua Doença	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Muito	3	0	3	6%
Pouco	12	5	17	34%
Não Conhece	5	10	15	30%
Total	20	15	35	70%

Fonte: Própria

A tabela 12 aborda sobre o conhecimento dos idosos entrevistados referente à sua doença. Quando questionado ao idoso se ele conhece sobre a sua doença, 3 responderam que muito, desses todas são mulheres; 17 idosos responderam conhecer pouco sobre sua doença,

sendo 12 mulheres e 5 homens; e 15 responderam não conhecer sua doença, a maioria 10 homens e somente 5 mulheres. A maior parte dos entrevistados que responderam conhecer muito ou conhecer pouco foram as mulheres, isto pode estar relacionado às mesmas terem maiores preocupações com sua saúde, as idosas procuram mais a UBS e participam de grupos em comparação com homens.

A percepção do bem-estar define qualidade de vida. Compreender as percepções do idoso sobre seu estado de saúde é essencial para avaliação correta e o desenvolvimento de intervenções clinicamente relevantes. Os conceitos de saúde dos idosos geralmente dependem das percepções pessoais e da capacidade funcional (LUECKENOTTE, 2012).

Tabela 13- Medicamentos usados pelos idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus (2018)

Medicamentos	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Captopril	12	9	21	42%
Enalapril	3	1	4	8%
Losartana	2	2	4	8%
Metformina	2	8	10	20%
Insulina	2	0	2	4%
Cálcio	3	1	4	8%
Vitamina D	2	2	4	8%
Omeprazol	1	3	4	8%
AAS	2	2	4	8%
Amitriptilina	3	1	4	8%
Total	42	29	61	-

Fonte: Própria

Os dados apresentados na tabela 13, com relação a uso de alguma medicação para sua doença, entre os idosos entrevistado 35 afirmaram ter uma ou mais doenças responderam que sim, que fazem uso de medicação para determinada doença. Sendo assim, os anti-hipertensivos são os mais utilizados, como: captopril, enalapril e losartana. Em seguida, destacam os usados para diabetes, sendo eles: metformina e insulina.

De acordo com Lueckenotte (2012), aproximadamente dois terços dos idosos utilizam medicamentos prescritos e não prescritos, e um terço de todas as prescrições médicas destina-

se ao idosos. As medicações mais usadas são diuréticos, analgésicos, medicamentos cardiovasculares e hipnóticos-sedativos.

Vendo que o captopril é a medicação mais utilizada pelos idosos no total de 21, sendo que a maioria são mulheres, a tabela 11 mostra que 30 dos idosos entrevistado tem HAS. Dessa forma, o captopril é reconhecido como um potente vasodilatador, um dos fármacos mais utilizados no tratamento anti-hipertensivo, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. É um fármaco inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA). Um dos efeitos colaterais mais comuns são: cefaleia, tosse, náusea e eritema (GONÇALVES et al., 2012).

De acordo com Oliveira et al. (2012), os idosos provavelmente são o grupo que mais usam medicamentos continuamente, sejam eles prescritos ou não prescrito. Isto acontece, visto que, com o envelhecimento, ocorre o aumento das afecções crônicas; por esse motivo os idosos, normalmente, utilizam mais medicamentos que os adultos jovens. Em média estes indivíduos usam de dois a cinco medicamentos diariamente, isso é considerado um número bastante elevado. Como os idosos usam maiores números de medicamentos, em especial, são mais sensíveis em ter interações medicamentosas, toxicidade e efeitos adversos.

Idosos correm o risco de efeitos adversos dos medicamentos devido às alterações relacionadas com a idade na absorção, distribuição, metabolismo e excreção de medicamentos, referidos coletivamente como processo de farmacocinéticas. Algumas vezes as medicações interagem entre si, aumentando ou anulando o efeito de outros medicamentos. As medicações também podem causar confusão; afetar o equilíbrio e mobilidade; causar tontura, náusea e vômito, ou levar a obstipação ou incontinência urinária (LUECKENOTTE, 2012).

Tabela 14- Profissional que os idosos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus mais contato (2018)

Profissionais	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Médico	17	13	30	60%
Enfermeiro	6	4	10	20%
Agente Comunitário de Saúde	4	3	7	14%
Técnico de Enfermagem	3	0	3	6%
Total	30	20	50	100%

Fonte: Própria

Em relação a pergunta qual o profissional mais próximo, aquele que você tem mais contato na UBS, a tabela 14 mostra que dos 50 idosos entrevistados, 30 a maioria responderam ser o médico, destacando 17 mulheres e 13 homens; 10 responderam o enfermeiro, sendo 6 mulheres e 4 homens; 7 responderam o ACS, desses 4 mulheres e 3 homens e finalizando com o técnico de enfermagem com 3 mulheres.

A UBS é considerada o meio de acesso ao sistema de saúde, ela não é apenas um local de triagem e encaminhamento, mas sim uma solução por meio de profissionais habilitados com auxílio de processo educativo que desempenham ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A UBS jamais deve perder um usuário de vista, precisa exercer uma assistência íntegra, de boa qualidade e constante, sendo ampliada por uma equipe multiprofissional (CORDOBA, 2013).

Para Barros (2014), a Equipe Saúde da Família (ESF) em nenhum momento pode ser compreendida como diversos profissionais trabalhando no mesmo serviço, mas ser abrangida com uma equipe multiprofissional, que devem conhecer sua missão, cumprir seus objetivos e alcançar as metas estabelecidas, sempre desenvolvendo um trabalho em conjunto e integrando os componentes da equipe.

De acordo com Albuquerque (2006), a ESF deve ser comportada por: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, de quatro a seis ACS, e outros profissionais como, dentista, técnico ou assistente em saúde bucal, assistente social, entre outros. Os profissionais citados acima devem morar no município onde atuam para garantir o vínculo com as famílias, principalmente os ACS.

Brasil (2012), ainda acrescenta que cada profissional envolvido na ESF possui funções peculiares; nos quais todos têm um papel importante, devendo ter domínio das suas funções, trabalhar em equipe e respeitar suas diferenças.

Iniciamos pelo ACS por motivo de sua importância na comunidade. De acordo com a lei de 10 de julho de 2002, nº 10.507, os ACS são o elo entre a comunidade e a equipe, pois mantém o contato constante com as famílias, o que facilita o trabalho de promoção à saúde realizada pela ESF (CORDOBA, 2013).

Segundo Junqueira (2008), as atribuições específicas dos ACS: devem mapear sua área; realizar o cadastramento das famílias, mantendo-o sempre atualizado; realizar visitas domiciliares; orientar as famílias para utilizar o serviço de saúde; fazer encaminhamento, agendamento, quando necessário consultas e exames. O ACS necessita manter-se bem informado e sempre atualizando a equipe sobre a situação das famílias; identificar os indivíduos

e famílias exposto à situação de risco; acompanhar mensalmente por intermédio da VD e potencializar sempre que possíveis ações educativas e vigilâncias em saúde.

Figueiredo (2012), assegura que o médico deve atender todos os membros da família, independentemente da idade ou sexo. A postura do profissional é fundamental, sendo necessário o compromisso médico pelo conhecimento da comunidade facilitando as doenças mais comuns, bem como a promoção da saúde.

Desta maneira, segundo Brasil (2012), algumas ações específicas do médico: deve executar a assistência integral, reunindo as atuações clínicas de saúde; proporcionar atendimento de primeiros cuidados nas urgências; efetuar pequenas cirurgias ambulatoriais; caso as condições permitirem realizar partos; concretizar atividades planejadas e de aplicação à demanda espontânea; dirigir usuários a outros alvos de atenção, respeitando fluxos locais, e conservar sua responsabilidade por meio do acompanhamento de assistência terapêutica dos mesmos.

Conforme Cordoba (2013), o enfermeiro desempenha papéis importantes na UBS e na comunidade, por meio do apoio e da direção do trabalho dos ACS e do técnico de enfermagem, como assistência a indivíduos que precisam de atividades de enfermagem executadas no domicílio.

O enfermeiro necessita executar, nos limites de sua competência, ações básicas, sanitárias e de vigilância epidemiológica, a todos da comunidade; supervisionar e ampliar ações para a capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem; efetuar consultas de enfermagem; requisitar exames; prescrever medicação de acordo com o protocolo estabelecido pelo MS; ilustrar, gerenciar, executar e avaliar a unidade da saúde. Com base no diagnóstico deve elaborar prescrições e ações de enfermagem e perdurar a via de comunicação com a comunidade (LOPES, 2003).

De acordo com Geovanini et al. (2010), as atividades exercidas pelo enfermeiro abrangem além de sistematizar, realizar, analisar e organizar as rotinas de trabalho desenvolvidas na comunidade e na UBS; exercer procedimentos de assistência integral a todos os ciclos vitais, adultos e idosos, mulheres, adolescentes e crianças.

As atividades executadas pelo técnico ou auxiliar de enfermagem são desenvolvidas na UBS, e quando necessária em domicílios. As atribuições variam desde o acompanhamento das consultas de enfermagem dos indivíduos exposto às situações de risco; desenvolvimento de atividades para identificar as famílias de risco juntamente com os ACS, quando solicitado pelo mesmo e a realização de procedimento nas residências (JUNQUEIRA, 2008).

Geovanini et al. (2010), afirmam que na atribuição do técnico de enfermagem inclui garantir a redução de infecções através do processamento e limpeza adequada dos instrumentos e materiais a serem utilizados e efetuar ações de educação em saúde, de acordo com o planejamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural e único de cada pessoa, todos passarão por ele. O que vai determinar o tipo de envelhecimento são os hábitos de vida e todo o processo que ocorreu até a velhice.

Esta pesquisa buscou em especial conhecer sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos na Unidade Básica de Saúde Menino Jesus. Através da pesquisa bibliográfica muitos pontos foram abordados, desde o entendimento sobre o processo de envelhecimento, as doenças que mais acometem, as alterações fisiológicas e o papel do enfermeiro na saúde do idoso no processo do envelhecimento.

A pesquisa foi realizada com 50 idosos, sendo 30 mulheres e 20 homens com a idade entre 60 a 83 anos, foi possível observar que a maioria veio da região Sul, possuem renda, moram com os esposos (as), filhos e netos. Quanto ao grau de dependência a maior parte dos idosos conseguem realizar suas atividades diárias sem auxílio e caminham sem dificuldade. Conseguiu-se identificar que quando questionado sobre patologia 35 deles têm uma ou mais doenças e fazem uso de medicações.

Também, identificou-se o papel do enfermeiro na saúde do idosos, fora observado que o enfermeiro exerce um papel importante junto a ESF, pois estabelece um vínculo entre a comunidade e a equipe, isso é fundamental para fornecer um atendimento mais humanizado e de qualidade, propiciando bem-estar e conforto ao paciente.

Sendo assim, o papel do enfermeiro está voltado à prática de educação em saúde e atividades de assistência, exerce ações de prevenção de doenças e promoção da saúde do indivíduo e da família. O enfermeiro desenvolve atividades de orientações em saúde, saneamento básico, cuidados específicos de determinadas patologias, moradia e alimentação.

Para fornecer um bom atendimento e com qualidade de vida, precisa-se que a enfermagem adapte-se a essa nova realidade, de que a população está envelhecendo. Esta pesquisa mostrou que cada unidade deveria realizar sua própria pesquisa para conhecer mais os

idosos, suas dificuldades e fragilidades, visto que muitos relataram procurar mais o profissional médico para renovar sua receita, e como foi discutido todos os membros têm seu papel. Vendo que, a pesquisa foi realizada somente em uma Unidade Básica de Saúde, talvez não seja a realidade de todos os idosos do Município de Sinop, pois cada região tem sua particularidade.

Reconhece-se ao final do trabalho a relevância da abrangência e continuidade deste tema, sugerindo assim o desenvolvimento de novas pesquisas e estudos relacionados à saúde do idosos no processo do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4.ed. São Paulo: 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>.

ALBUQUERQUE, A, B, B. **Visita Domiciliar Como Componente do PSF**: compreendendo as prepões dos usuários dos serviços no município de Fortaleza – CE. 2006. Disponível em: <http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes.pdf>.

ALMEIDA, J. P. **Envelhecimento e Neoliberalismo**: uma maré negra em Macaé. Rio das Ostras, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/JulianaPinto%20de%20Almeida.pdf>.

AMARAL, F. L. J. S. et al. **Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011**. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a15.pdf>.

BRANDÃO, A. A; NOGUEIRA, A. R. **Manual de hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018. Disponível em: <https://socerj.org.br/manualArterialCompletoFinal.pdf>.

BANJA, P. F. T. **Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado**: implicações para a equipe de enfermagem. Botucatu, 2011. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/118179/banja_pft_tcc_botfm.pdf?seqpdf.

BARROS, I. C. **A Importância da Saúde da Família**: contexto histórico. 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>.

BORBA et al. C. P. **O Papel da Enfermagem no Envelhecimento**: uma realidade educacional. 2012. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22957/16>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa**. Manual de atenção à pessoa idosa/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2 ed – São Paulo: SMS, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/Monografia%20I%202018.1/Artigo%20Idoso/2015%20au.pdf>.

BRASIL. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sus**: proposta de modelo de atenção integral. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/cuidadosus.pdf>.

BRASIL. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à pessoa idosa**. Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2 ed. São Paulo: SMS, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosaenvelhecimento_v12.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842**, de janeiro de 1994. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistenciasocial/Normativas/politicidosopdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/prt2528_19_10_2006.

CALÇADO, F. J; SLEUTIES, L. **Anatomia e fisiologia Humana**. Tratado Pratico de Enfermagem, 4 ed. - São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

CAMPOS, A. C. V. et al. **Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02724.pdf.

CANEPA, E. B. S; CARDOSO, A. I. Q; RICARDINHO, A. R. **O Enfermeiro e a Promoção da Qualidade de Vida aos Idosos: uma revisão**. Interbio v.8 n.1 2014. Disponível em: http://www.unigran.br/interbio/pagina/vol8_num1/arquivos/artigo6.pdf.

CARLOS, F. S. A; PEREIRA, F. R. A. **Principais Doenças Crônicas Acometidas em Idosos**. Anais CIEH, Vol. 2, N.1, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA2_ID2624_11092015161625.pdf.

CARREIRA; L. et al. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizagem de enfermagem**. São Caetano do Sul: Difusão editora, 2014.

COELHO, et al. **O envelhecimento do sistema musculoesquelético e a abordagem fisioterapêutica**. 2010. Disponível em:<http://Envelhecimentodosistemamusculoesqueleticoeaaabordagemfisioterapeutica.pdf>.

COSTA, J. A. et al. Sistema cardiovascular. TINÔCO, A. L. A; ROSA, C. O. B (Organizadores). **Saúde do Idoso: Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processo de Envelhecimento**. 1º ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida nos Idosos na Saúde da Família**. Polo- Uberaba, MG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0643.pdf>.

DOMINGUES, M. A. et al. **Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico**. Rev. Bras. Geriatr. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n16/a06.pdf>.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia em Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2 eds. São Caetano, do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

ENES; B. N. et al. Obesidade. TINÔCO. A. L. A. (Organizador). **Saúde do idoso**. 1 ed.- Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

FECHINE, B. R. A E TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Rev. **Científica internacional**. Edição 20, volume 1, artigo nº 7, Janeiro/Março 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007pdf>.

FERNANDES, M. T. O; SOARES, M. S. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. Esc. **Enferm**. USP 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/52841/56734>.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS: Curso de Especialização em Saúde da Família**. UNIFESP – São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/conteudos/pdf.

FREIRE, C.; ARAÚJO, D. P. **Política Nacional de Saúde: Contextualização**. 1 ed. 2015.

FREITAS, E. V; BAHIA, L. Diabetes melito. FREITAS, E. V (editora). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FREITAS, G. C. et al. Legislação, Políticas e Programas Governamentais Voltado Para o Idoso. TINÔCO, A. L. A; ROSA, C. O. B (Organizadores). **Saúde do Idoso: Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processo de Envelhecimento**. 2015.

GEOVANNI, C. M. et al. **A prática da Assistência Domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. 1. ed. São Paulo: 2010.

GONÇALVES, L. V. et al. **Comparação da resposta terapêutica diante da administração dos medicamentos captopril e losartana potássica em paciente com hipertensão: relato e estudo de caso clínico farmacológico**. 2012. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2012a/saude/comparacao.pdf>.

GONÇAVES, M. R. et al. Hipertensão Arterial. TINÔCO. A. L. A. (Organizador). **Saúde do idoso**. 1 ed.- Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

GRESPLAN, S. M. G; GRAVINA, C. F. Mudanças no estilo de vida na prevenção de doenças Aterosclerótica. FREITAS, E. V (editora). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de--agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4437.pdf>.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Étnico-raciais da População**: classificações e identidades. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. São Paulo: UNIFESP, 2008. Disponível em:

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade. KEYTH, P. **Assistência de enfermagem ao paciente idoso**. June 2008. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-ao-paciente-idoso/741>.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de Metodologia Científica**: teoria da ciência e iniciação a pesquisa. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LAKATOS, E.V; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAYBER, L. S. G. **Envelhecimento e suas implicações na sexualidade dos idosos**. 2014. Disponível em: http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Lorena.pdf.

LIMA, K. B.; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal**. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, Anais... 2010. Disponível em:< <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais>.

LIMA, M, J. **O que é Enfermagem**. Jan/abr 2005. Disponível em:<http://revistas.ufpr.br>.

LOPES, J. M. C. **Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária a Saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: <http://www.bonscursos.com/down/solidariedade/cuidadorprof.pdf>.

LUECKENOTTE, A. Idoso. POTTER, A; PERRY, G. (Editores). **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MANSO, M. E. G.; GALERA, P. B. **Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas**. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41264/34921>.

MARTINI, J. G. et al. **A Assistência na Atenção Básica Assistência Básica Atenção Integral à Saúde do Idoso Medicina**. 2016. Disponível em:
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/46995/mod_o%201%20.pdf.

MARTINS, R. M. L. **Envelhecimento e saúde**: um problema social emergente. 2007. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm>.

MARTINO, K. O. et al. Osteoporose. TINÔCO. A. L. A. (Organizador). **Saúde do idoso**. 1º ed.- Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

MOREIRA, V. G. Biologia do envelhecimento. FREITAS, E. V (editora). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NASCIMENTO, D. S; SOUZA, I. P. C. **Longevidade saudável**: o desafio da enfermagem. Anais CIEH, Vol. 2, N.1, 2015. Disponível em:
http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA8_ID1578_27082015112722.pdf.

NETO, J. A. C. et al. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 207-216, abr./jun. 2011. Disponível em:
<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1336/543pdf>.

NETTO, M. P. Estudo da Velhice, Histórico, Definição de campo e Termos Básicos. FREITAS, E. V. (Editoras). **Tratado de geriatria e Gerontologia**. 4 eds.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

OLIVEIRA, S. P. et al. **Automedicação em Idosos**: uma realidade a ser discutida. 2012. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalho.pdf>.

OLIVEIRA, W. C. et al. Sistema nervoso. TINÔCO. A. L. A. (Organizador). **Saúde do idoso**. 1 ed.- Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

PAVARINI S. C. I. et al. **A Arte de Cuidar do Idoso**: gerontologia como profissão. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf>.

PEREIRA, S. R. M; MENDONÇA, C. Osteoporose. FREITAS, E. V (editora). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PIRES, D. **A Enfermagem quanto, disciplina e Trabalho**. Rev. Bras. Enferm. Brasília set/out 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

REIS, O, R; ARAÚJO, B, R; CECÍLIO, L, C, O. **Política Pública no de Saúde no Brasil: SUS e pacto pela saúde**. Modulo Político Gestor, 2009. Disponível em:
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/modulo_politico_gestor/Unidadepdf. Acesso

ROCHA, J. S. Y. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Editora Atheneu. 2012.

SANTANA, R. F e SANTOS, I. Para entender o Envelhecimento. FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI. T. (Organizadores). **Gerontologia Atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento**. 2 eds.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

SANTOS, A. A. P. et al. **O papel do Enfermeiro na Promoção do Envelhecimento Saudável**. Revista Espaço Para a Saúde, Londrina, v. 15, n. 2, p. 21-28, jun. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/artipdf>.

SANTOS, L. F. E. **Atlas Histórico e Geográfico de Sinop**. Sinop: 2014.

SARGINATO, R. S. Demências. SILVA, J. V. (Organizador). **Saúde do idoso e Enfermagem: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. 1º ed. São Paulo: Iátria, 2009.

SARRETA, F. O. **As Políticas Públicas de Saúde**. Editora UNESP, 248 p. São Paulo: Cultura Academia, 2009. Disponível em: <http://scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta.pdf>.

SILVA, A. C. Processo natural do envelhecimento. SILVA, J. V. (Organizador). **Saúde do idoso e Enfermagem: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. 1º ed. São Paulo: Iátria, 2009.

SILVA, L. M. **Envelhecimento e Qualidade de Vida par Idosos: um estudo de representações sociais**. João Pessoa, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5079/1/arquivototal.pdf>.

SILVA, V. **Velhice e Envelhecimento: Qualidade de Vida para os Idosos Inseridos nos Projetos do Sesc- Estreito**. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstreampdf>.

SLEUTJES, L. **Anatomia humana**. 2 ed.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth**, tratado de enfermagem médico cirúrgico. V. 01. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOARES, I. G. S. et al. **Concepção dos Idosos sobre Limitações Decorrentes do Envelhecimento em uma Instituição de Longa Permanência no Município de Mossoró**. 2014. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV05.pdf.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI. 2012. Disponível em: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>.

SOUZA, A. F. **Contribuição da atividade física na promoção da qualidade de vida dos indivíduos idosos**. 2009. Disponível em: www.esp.ce.gov.br/index.php?atividade...qualidade-de-vida...idosospdf.

SOUZA, C. R.; RIBEIRO, S. C. F.; BARBOSA, M. A. **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar**. Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2013. Disponível em: www.proec.ufg.br.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do SUS**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador/Bahia. jun. 2011. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/pdf/pdf.

URURAHY, G. **Cuidados com a pele**. 2015. Disponível em: <http://www.medriocheck-up.com.br/campanhas/2015.pdf>.

ANEXO

APÊNDICE

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SINOP/MT

Iniciais do nome: _____

Data da coleta: ____/____/2018

Nº: _____

A - PERFIL

A.1 Sexo do Entrevistado: () Masculino () Feminino

A.2 Quantos anos o (a) Senhor (a) tem? _____ anos

A.3 Em que dia, mês e ano o (a) Senhor (a) nasceu? ____/____/____

A.4 Em que Cidade o (a) Senhor (a) nasceu? _____

A.5 Quer Cor/Raça o senhor (a) considera?

1. Branca () 2. Parda () 3. Negra/Preta () 4. Indígena () 5. Amarelo ()

A.6 Atualmente, qual é o seu estado conjugal?

1. Casado () 2. Viúvo(a) () 3. Divorciado () 4. Nunca casou () 5. Amasiado ()

A.7 Qual é sua escolaridade máxima completa?

1. Sem escolaridade () 5. Ensino médio completo ()
2. Ensino fundamental incompleto () 6. Ensino superior incompleto ()
3. Ensino fundamental completo () 7. Ensino superior completo ()
4. Ensino médio incompleto ()

A.8 O Sr.(a) possui alguma renda?

1. Sim () 2. Não () (Se não vai para a pergunta A. 10)

A.9 Qual a origem da sua renda: (Permite mais de uma alternativa)

01. Aposentadoria por idade () 05. Aposentadoria por doença/invalidez ()
02. Aposentadoria por tempo de serviço () 06. Pensão ()
03. Ajuda de familiares () 07. Não sabe ()
04. Trabalha ()

A.10 O (a) senhor (a) mora sozinho?

1. Sim () 2. Não ()

– Se não, com quem: _____

A.11 Precisa de ajuda para realizar alguma atividade diária?

1. Sim () 2. Não ()

– Se sim, qual: _____

A.12 O (a) idoso(a) é?

1. Caminha sem dificuldade () 4. Cadeirante ()

2. Caminha com dificuldade () 5. Acamado ()

3. Caminha com auxílio (Objeto) ()

B – ENVELHECIMENTO E DOENÇAS**B.1 O (a) senhor (a) considera que está envelhecendo de maneira saudável?**

1. Sim () 2. Mais ou menos () 3. Não ()

B.2 O (a) senhor (a) tem alguma doença?

1. Sim () 2. Não ()

– Se sim, quais: _____

B.3 O (a) senhor (a) conhece sobre essa doença?

1. Muito () 2. Pouco () 3. Não conhece ()

B.4 O (a) senhor (a) faz uso de alguma medicação para essa doença?

1. Sim () 2. Não ()

– Se sim, quais:
_____**B.5 Qual o profissional mais próximo aquele que você tem mais contato na UBS?**



FACULDADE FASIPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SINOP/MT”, sob a responsabilidade da pesquisadora Vanderléia Silva Lobato Lima. A pesquisa tem como objetivo “Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Sinop, Mato Grosso”.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de questionário contendo 17 perguntas fechadas, respondidas pela participante.

A pesquisa não apresentará riscos ao participante.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Avenida Magda Cassia Pissinati, nº69, residencial Florença, Sinop- MT, pelo telefone: (66) 99651-8568.

Obrigada pela colaboração

Consentimento Pós-informação

Eu _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável