



## Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família\*

*Sociodemographic and clinical profile of elders who receive Care in a Family Health Unit*

*Perfil sociodemográfico y clínico de adultos mayores atendidos en una Unidad Básica de Salud de la Familia*

Janaina Fonseca Victor<sup>1</sup>, Lorena Barbosa Ximenes<sup>2</sup>, Paulo Cesar de Almeida<sup>3</sup>, Francisca de Fátima Vasconcelos<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo epidemiológico de corte transversal realizado em Fortaleza-CE e com amostra de 214 idosos. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista com aplicação de um formulário no período de setembro a dezembro de 2006. **Resultados:** Os achados apresentam semelhanças com outros estudos realizados com idosos, como exemplo, a predominância do sexo feminino, todavia, revelou dados peculiares, no que diz respeito aos idosos que residem sozinhos e em famílias com três gerações. As doenças mais prevalente foram a hipertensão arterial e a osteoartrose, dados relativos ao Índice de Massa Corpórea revelaram altos percentuais de obesidade. **Conclusão:** A realização deste estudo forneceu indicadores para o planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde dos idosos.

**Descritores:** Saúde do idoso/epidemiologia; Saúde da família; Envelhecimento

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize the sociodemographic and clinical profile of elders who receive care in a family health unit. **Methods:** A cross-sectional, exploratory study was conducted in Fortaleza, CE. The sample consisted of 214 elders. The data were collected from September through December 2006 using a specific demographic questionnaire during the interviews. **Results:** The findings were similar to those reported by other studies; the majority of elders were female and were living alone or in families with three generations. Osteoarthritis was the most common self-reported disease. In addition, according to the Body Mass Index (BMI), most elders were obese. **Conclusion:** This study provides indicators that can be used for planning of actions to prevent diseases and to promote elders' health.

**Keywords:** Health of the elderly/epidemiology; Family health; Aging

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de adultos mayores atendidos en una Unidad Básica de Salud de la Familia. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico de corte transversal realizado en Fortaleza-CE con una muestra de 214 adultos mayores. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista con la aplicación de un formulario en el período de septiembre a diciembre del 2006. **Resultados:** Los hallazgos presentan semejanzas con otros estudios realizados con adultos mayores, como ejemplo, el predominio del sexo femenino, aun, reveló datos peculiares, en lo que se refiere a los adultos mayores que residen solos y en familias con tres generaciones. Las enfermedades más prevalentes fueron la hipertensión arterial y la osteoartrosis y los datos relativos al Índice de Masa Corporal revelaron altos porcentajes de obesidad. **Conclusión:** La realización de este estudio ofreció indicadores para la planificación de acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud de los adultos mayores.

**Descriptores:** Salud del anciano; Salud de la familia; Envejecimiento

\* Estudo desenvolvido em um Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>1</sup>. Doutora, Professora da Universidade de Fortaleza – UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>2</sup>. Doutora, Professora da Universidade Federal do Ceará – UFCE – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>3</sup>. Doutor, Professor da Universidade Estadual do Ceará – UFCE – UFCE – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>4</sup>. Ms. Enfermeira do Programa Saúde da Família – Fortaleza (CE), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil é um país envelhecido, haja vista que, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2005, revelou que o número de pessoas com mais de 60 anos é superior a 18 milhões, o que corresponde a cerca de 10% da população total. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um país pode ser considerado estruturalmente envelhecido quando sua taxa de idosos, ou seja, com mais de 60 anos para países em desenvolvimento e acima de 65 anos, para países desenvolvidos, ultrapassa 7% da população total<sup>(1-4)</sup>.

Qualquer que seja o indicador de saúde estudado, as pessoas com idade superior a 60 anos sempre apresentarão índices mais elevados de morbidade e maior proporção de agravos e procedimentos médicos, quando comparados aos demais grupos etários, pois, em geral, as doenças dos idosos são crônicas, múltiplas, exigem acompanhamento constante e medicação de uso contínuo<sup>(5-6)</sup>.

A prioridade na atenção à saúde dos idosos deve voltar-se para estratégias que possibilitem a vida mais saudável, além da monitorização de indicadores capazes de avaliar a morbidade, o impacto da doença e/ou incapacidade na qualidade de vida dos idosos e de suas famílias. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, buscou-se no presente estudo, conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado em uma UBASF no Município de Fortaleza-CE.

A população do estudo foi constituída pelos idosos atendidos na UBASF. Utilizou-se a definição de idoso constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94: aquela pessoa com 60 anos ou mais<sup>(7)</sup>.

Para o levantamento da população, realizou-se uma consulta às fichas que compõem o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), que representa uma rede gerencial de informação em saúde e tem como objetivo alocar dados cadastrais obrigatórios das famílias acompanhadas pelo Programa Saúde da Família<sup>(8)</sup>.

Verificou-se que a UBASF acompanhava 5149 famílias, cerca de 23520 pessoas, das quais, esperava-se, aproximadamente, 1890 idosos, levando-se em consideração a prevalência de pessoas com 60 anos ou mais igual a 8%. A casuística foi calculada baseada na fórmula estatística para populações finitas, que resultou

em uma amostra de 214 idosos.

O período de coleta de dados foi de setembro a dezembro de 2006. A coleta foi realizada diariamente, nos períodos da manhã e da tarde, com os idosos que procuraram a UBASF para qualquer tipo de atendimento e que preencheram os critérios de inclusão.

Os critérios estabelecidos para a inclusão no estudo foram: ter idade igual ou maior de 60 anos, concordar em participar do estudo, ser praticante ou não de atividade física regular, não ser portador de demência. Os critérios de exclusão foram aqueles que não coadunam com os critérios de inclusão. A seleção dos sujeitos ocorreu de forma aleatória, à medida que estes compareciam a UBASF. Destaca-se, ainda, que não houve perda amostral.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário para caracterização dos sujeitos da pesquisa, que contou com variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, fisiológicas e bioquímicas. Sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, ocupação, com quem reside e renda familiar em salários mínimos); antropométricas e fisiológicas (peso, altura, Índice de Massa Corporal- IMC), Relação Cintura /Quadril (RCQ), pressão arterial); bioquímicas (nível glicêmico). Os idosos foram interrogados, ainda, quanto à presença de doenças crônicas.

Para as variáveis IMC, glicemia, pressão arterial e RCQ aplicaram-se os seguintes parâmetros:

- o IMC classifica-se em normal de 18,5 – 24,5, sobrepeso 25,0-29,9, obeso classe I de 30,0 – 39,9, obeso classe II de 35,0 – 39,9, obeso classe III  $\geq 40,0$ <sup>(9)</sup>;
- os níveis glicêmicos foram avaliados pela Glicemia capilar ao acaso (medida sem obrigatoriedade de jejum) para rastreamento de Diabetes Mellitus (DM), padronizado pelo Ministério da Saúde, que classifica em normal < 140 mg/dl, duvidoso entre 141–199 mg/dl, provável DM entre 200 a 269 mg/dl, muito provável DM  $\geq 270$  mg/d<sup>(9)</sup>;

- os níveis pressóricos foram avaliados segundo a classificação do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial;

- a RCQ indica a contribuição relativa de gordura em adultos e o risco de doença, segundo a OMS o ponto de corte para risco de doenças em mulheres com idade entre 60 e 69 anos é menor de 0,76 (risco baixo), moderado, de 0,76 - 0,83, alto, 0,84 – 0,90, muito alto > 0,90. Já para os homens de mesma idade, os valores são risco baixo < que 0,91, moderado 0,91- 0,98, alto de 0,99 – 1,03, muito alto > que 1,03<sup>(10)</sup>.

Apesar de os pontos de cortes há pouco descritos para avaliação da RCQ não contemplarem idades acima de 69 anos, estes parâmetros também foram utilizados por outros pesquisadores que avaliam a RCQ em idosos, como Da Cruz, Almeida, Schwanke, Moriguchi<sup>(11)</sup> e Sampaio e Figueiredo<sup>(12)</sup>.

Os idosos que aceitaram participar da pesquisa

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram encaminhados para uma sala reservada cedida pela Instituição. Todos os dados de cada um dos idosos foram coletados num mesmo dia, diretamente com os idosos. O formulário foi aplicado em duas etapas, primeiramente o levantamento dos dados sociodemográficos, em seguida, a avaliação antropométrica, fisiológica e bioquímica. Essa avaliação foi assim operacionalizada:

- o peso corporal em quilogramas foi verificado com os idosos descalços em balança antropométrica (Filizola®) com precisão de 0,1 kg; destinada exclusivamente para a pesquisa;
- a altura foi medida em metros com haste metálica graduada em 0,5cm, com o idoso descalço sobre a plataforma da balança, com os calcanhares juntos e olhar no horizonte;

- a glicemia capilar foi medida em mg/dl e verificada sem a obrigatoriedade do idoso estar em jejum, tendo sido utilizado o glicosímetro *Prestige*®;

- a pressão arterial foi aferida no braço direito, com manguito de 12 cm x 13 cm x 23cm, na posição sentada, após pelo menos cinco minutos de descanso; e

- a medida da cintura foi feita com fita inelástica na menor circunferência existente entre o rebordo costal inferior e as cristas ilíacas, e a do quadril no nível dos grandes trocanteres.

Os indicadores então coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos das análises descritivas e inferenciais, tendo sido utilizado o programa Excel 97 e o Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Para descrever a amostra, foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão.

A coleta dos dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas e clínicas dos idosos estão apresentadas nas tabelas a seguir.

Conforme a Tabela 1, as idades variaram de 60 a 90 anos, com média de 68 anos e desvio-padrão de 6 anos. As faixas etárias que concentraram o maior número de idosos foram a de 60 a 65 anos, com 79 (36,9%), e a de 66 a 71 anos, com 80 (37,4%). No que se refere à ocupação, foram inclusos na categoria outra os que desenvolviam ocupações como babá, doméstica, vendedora de cosméticos, costureira, bordadeira, pedreiro e feirante.

Em relação ao rendimento mensal em salários mínimos, importante destacar que o menor rendimento correspondeu a R\$ 200,00 e o maior a R\$ 2.300,00 sendo a média de R\$ 404,00. Os idosos que referiram salários mais altos foram do sexo masculino - servidores públicos

aposentados que desenvolveram atividades militares.

**Tabela 1** - Distribuição dos idosos, segundo características sociodemográficas – UBSF, CE – Set./Dez. 2005

Características	Idosos	
	No	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	165	77,1
Masculino	49	22,8
<b>Idade(anos)</b>		
60-65	79	36,9
66-71	80	37,4
72-77	39	18,2
78-83	12	5,6
84-90	4	1,9
<b>Escolaridade</b>		
Escreve/Lê	109	51,0
Não escreve/Lê	105	49,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	106	49,5
Viúvo	68	31,7
Separado	26	12,1
Solteiro	14	6,7
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	129	60,2
Pensionista	39	18,2
Comerciante	7	3,2
Serviços Gerais	3	1,4
Outra	47	21,9
<b>Renda(Salário Mínimo)</b>		
0,7 a 1	104	48,6
1,2 – 1,5	70	32,7
1,6 – 7,7	40	18,7
		Média: 1,3 DP:0,7
<b>Com quem reside</b>		
Esposo(a), filhos e netos	96	44,9
Esposo(a), filhos	93	43,5
Sozinho	25	11,7

## DISCUSSÃO

Ocorreu maior percentual de idosos do sexo feminino (77,1%). A predominância de mulheres corrobora a chamada “feminização da velhice”, pois a razão de feminilidade no grupo de idosos é crescente no Brasil. Pesquisa realizada em João Pessoa-PB confirmou esta tendência, pois revelou 79,7% de mulheres idosas. As mulheres também constituíram 66% em um estudo sobre a epidemiologia do envelhecimento em Fortaleza-CE<sup>(13-14)</sup>.

O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças<sup>(14-16)</sup>.

Os dados relativos à renda revelaram que os idosos possuem baixos salários; a maioria (48,6%) recebia entre 0,7 e 1 salário mínimo. Esta realidade limita o acesso a bens de serviços e de consumo, como alimentação e moradia adequadas, e se agrava quando pesquisas

constatam que grande parte dos idosos é de provedores de suas famílias<sup>(16)</sup>.

**Tabela 2** - Distribuição dos idosos, segundo características clínicas, UBASF, Fortaleza-CE, set/dez de 2005

	No.	%	
<b>Doença crônica</b>			
Sim	182	85,0	
Não	32	15,0	
<b>Tipo de doença crônica</b>			
Hipertensão arterial	125	68,6	
Cardiopatía	40	21,9	
Osteoporose	35	19,3	
Osteoartrose	82	45,0	
Outras	39	21,4	
<b>IMC</b>			
Normal	65	30,4	Media: 27,8
Sobrepeso	80	37,4	DP: 4,5
Obeso classe I	58	27,1	
Obeso classe II	11	5,1	
<b>RCQ (cm) Feminino</b>			
< 0,76	6	3,6	Média: 1,06
0,76 – 0,83	49	29,8	DP: 0,34
0,84 – 0,90	55	33,3	
> 0,90	55	33,3	
<b>RCQ(cm) Masculino</b>			
< 0,91	13	26,5	Media: 0,97
0,91 – 0,98	14	28,6	DP :0,11
0,99 – 1,03	13	26,5	
> 1,03	9	18,4	
<b>Níveis Glicêmicos ( mg/dl)</b>			
< 140	175	81,7	Media: 114
141 – 199	29	13,6	DP: 52
200 – 269	10	4,7	
<b>Pressão Sistólica (mmHg)</b>			
< 130	81	37,8	Media: 134
131 – 139	42	19,6	DP: 20
140 – 159	50	23,4	
160 – 179	34	15,9	
180 ou mais	7	3,3	
<b>Pressão Diastólica (mmHg)</b>			
< 85	162	75,7	Media: 78
85 – 90	4	1,9	DP: 11
90 – 99	36	16,8	
100 – 109	9	4,2	
>110	3	1,4	

IMC - Índice de Massa Corporal, RCQ - Relação Cintura /Quadril

Quanto à ocupação, observou-se que 60,2% dos idosos eram aposentados, seguidos por pensionistas (18,2%). Estudo acerca da situação de idosos no mercado de trabalho brasileiro revelou dados semelhantes, com 68,4% de aposentados. Pesquisas demonstram, ainda, que aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de renda dos idosos brasileiros<sup>(16)</sup>.

Em relação ao estado conjugal dos idosos, 49,5% eram

casados e 31,7% viúvos, dados que são semelhantes aos encontrados nos estudos de Coelho Filho e Ramos<sup>(14)</sup>, com 48,1% de idosos casados e 36,8% de viúvos. Santos et al<sup>(13)</sup>, entretanto, revelaram padrão inverso, com 41,4% de viúvos e 39,8% de casados.

Quanto à situação educacional, não foi possível classificar os idosos, por anos de estudo ou grau de escolaridade. Em relação a esta variável, 49% disseram que não sabem ler nem escrever. Os dados encontrados vão ao encontro dos resultados de pesquisas sobre o perfil educacional dos idosos brasileiros, em regra, ruim<sup>(17-18)</sup>.

A situação familiar dos idosos revelou que 44,9% moravam em domicílio multigeracional, prevalecendo os domicílios com três gerações (presença de filhos e netos), 43,5% moravam com filhos e/ou cônjuge e 11,7% sozinhos. No estudo de Coelho Filho e Ramos<sup>(14)</sup>, o percentual de idosos residindo em domicílios de três gerações foi de 35%, enquanto 6,3% moravam sozinhos. Já Santos, Santos, Fernandes, Henriques<sup>(13)</sup> verificaram que 55,5% dos idosos moram em domicílios multigeracionais, 27,3% com os cônjuges e 14,8% sozinhos.

Idosos que residem em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e com maior dependência, podendo representar não uma opção cultural, mas um arranjo para garantir a sobrevivência dos membros da família. Os idosos residentes em família multigeracional, ordinariamente, são viúvas, com renda muito baixa<sup>(12)</sup>. O fato da co-residência com netos, muitas vezes crianças, pode favorecer a priorização dos cuidados para a criança em detrimento dos idosos, ou o contrário. Isto porque os dois extremos de idade necessitam de atenção e cuidados. O domicílio multigeracional pode, ainda, representar um fator desencadeador de crises nas relações familiares, pois muitos idosos que assumem os cuidados dos netos obrigam-se a cumprir uma rotina árdua, já vivenciada com os filhos<sup>(13)</sup>.

Percentual significativo de idosos do estudo (11,7%) é dos que moram sozinhos, fato que não significa um problema em si, já que pode ser por opção. A OMS, entretanto, considera esta condição como estado de risco, haja vista a possibilidade de perda da autonomia, o risco de solidão e de sentimentos de vulnerabilidade<sup>(19)</sup>.

Neste estudo foi constatado que 85% dos idosos referiram ser portadores de doenças crônicas, percentual mais elevado do que o encontrado na PNAD, que foi de 62,9%<sup>(18)</sup>. Pesquisa sobre a sobrevivência em coorte de idosos também revelou um percentual inferior com 69,7% de idosos com doença crônica<sup>(19-20)</sup>. Ensaio sobre envelhecimento no Estado de São Paulo, contudo, observou um percentual próximo ao encontrado no presente estudo: 90% de idosos com doença crônica<sup>(21-22)</sup>.

O número absoluto de mulheres pode justificar o alto percentual de doenças crônicas encontrado nesta pesquisa, pois o gênero tem grande força explicativa do *status* de

saúde declarado por idosos, especialmente da morbidade percebida. As mulheres geralmente têm maior percepção das doenças e maior tendência para o autocuidado<sup>(18,23)</sup>.

As doenças crônicas mais freqüentes foram a hipertensão arterial e a osteoartrose, confirmando estudos sobre morbidade em idosos<sup>(18)</sup>. A prevalência da hipertensão arterial nos idosos do estudo foi de 68,6%, estudo realizado sobre a prevalência de hipertensão arterial em idosos no município de Bambuí, Minas Gerais, apresentou dados semelhantes (61,5%). No entanto, diferiu expressivamente do observado na população idosa brasileira com base na PNAD (43,9%) e em pesquisa realizada com os idosos residentes no município de Campinas - São Paulo que foi de 51,8%<sup>(23)</sup>.

Apesar do alto percentual de hipertensão arterial encontrado nos idosos do estudo (68,6%), as alterações dos valores pressóricos ocorreram mais significativamente na PAS, com 84 (39,3%) dos idosos apresentando valores acima de 139 mmHg e inferiores a 180 mmHg.

O percentual de hipertensão arterial encontrado neste estudo pode estar relacionado com as características da amostra, pois a hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres, em indivíduos com desfavoráveis condições socioeconômicas, baixa escolaridade, sobrepeso ou obesidade<sup>(23)</sup>. Todas estas características estão presentes na maioria dos idosos do estudo.

A segunda condição crônica mais freqüente foi a osteoartrose, com 45%. No estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais, foi encontrado um percentual de 51,9%. Já na população idosa brasileira, o percentual foi inferior (37,5%)<sup>(20)</sup>.

Quanto ao IMC, observou-se um percentual de sobrepeso de 30,4% e obesidade de 32,2 % dos quais 27,1% eram obesos classe I e 5,1% obesos classe II. Pesquisa realizada sobre obesidade, com 847 idosos, revelou valor aproximado de 33,1%<sup>(22)</sup>. Da Cruz, Almeida, Schwanke, Moriguchi<sup>(11)</sup> estudaram a prevalência de obesidade em idosos longevos e encontraram um percentual de 23,3%.

O percentual de 32,2 de idosos obesos encontrado neste estudo requer atenção, pois os riscos de comorbidade aumentam progressivamente com os valores do IMC, além da associação com maior risco de morte por todas as causas<sup>(24)</sup>.

Deve-se considerar, no entanto, que o envelhecimento traz transformações que particularizam o uso da antropometria na análise da obesidade entre idosos. As transformações incluem perda progressiva de massa magra, com aumento da proporção de gordura corpórea, diminuição da estatura, além do relaxamento da musculatura abdominal e cifose<sup>(24)</sup>.

Os dados revelaram que as mulheres apresentaram a RCQ nas faixas de risco alto (33,3%) ou muito alto (33,3%). Uma relação alta de RCQ reflete proporção

maior de gordura abdominal com maior risco de desenvolver hiperinsulinemia, resistência a insulina, diabetes do tipo II, câncer endometrial, hipercolesterolemia, hipertensão e aterosclerose.

Em relação aos níveis glicêmicos, 81,8% estavam dentro do padrão esperado, isto é, menor do que 140 mg/dl, 13,6% apresentaram resultado duvidoso para DM e 4,7% de provável DM. Nenhum idoso apresentou resultado maior do que 270 mg/dl, que caracteriza resultado muito provável DM. Em idosos, no entanto, a expressão clínica para DM é freqüentemente insidiosa e atípica, sendo observados, por exemplo, aumento do limiar renal para a eliminação de glicose, alterações que fazem com que, na população idosa, cerca da metade dos casos de DM não tenha diagnóstico estabelecido<sup>(24)</sup>.

Diante dos dados sociodemográficos e clínicos acima descritos, pode-se inferir que o enfermeiro enquanto profissional de saúde, tem um importante papel em estudos desta natureza, ao realizar diagnóstico das reais necessidades dos idosos por ele assistido. Sendo assim, a implementação do cuidado de enfermagem, quer seja assistencial, gerencial ou educativo passa a ser planejado com maiores possibilidades de sucesso.

Nesse sentido, Mathias e Jorge<sup>(25)</sup> relatam que o conhecimento das características locais da clientela contribui para o desempenho efetivo de toda a equipe de saúde, pois pode propiciar a geração de hipóteses causais, além de cooperar para a preparação de programas e políticas de saúde.

Especificamente com idosos, ao realizar diagnósticos de indicadores básicos, tais como os dados sociodemográficos e a descrição dos problemas e necessidades que afetam e influenciam o bem-estar dos mesmos, o enfermeiro poderá gerenciar o cuidado do idoso através do planejamento, coordenação e monitoramento dos serviços. Além disso, pode prevenir ou atenuar os riscos relativos aos problemas físicos, emocionais e funcionais que podem dificultar ou impedir sua vida comunitária independente<sup>(26)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa reforçam, em parte, os estudos com a mesma população, como exemplo, a predominância do sexo feminino. Os dados relativos a renda e ocupação, todavia, revelaram dados ainda predominância peculiares, no que diz respeito ao número de idosos que residem sozinhos e em famílias com três gerações.

Quanto às condições clínicas, observou-se que as patologias mais prevalentes confirmam estudos sobre o tema. No entanto, dados relativos ao IMC revelaram altos percentuais de obesidade o que suscita a necessidade de avaliar esta peculiaridade de modo mais aprofundado em novas pesquisas.

A realização deste estudo permitiu evidenciar a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos atendidos na UBASF, fornecendo um diagnóstico situacional e indicadores de saúde, podendo ser replicado em novos cenários. Embora estudos assim realizados não

possam ser generalizados, sua relevância é incontestável para profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, agentes de saúde) e gestores locais, pois possibilitam implementar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde fundamentadas em contexto real.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Idosos: problemas e cuidados básicos. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social; 1999.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
3. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2008; 24(3):535-46.
4. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):190-201.
5. Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI/UERJ; 1999.
6. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003; 19(3):705-15.
7. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. [citado 2003 Nov 22]. Disponível em [http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei\\_idoso.pdf](http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei_idoso.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [Cadernos de Atenção Básica].
10. MacArdle WD, Katch FI, Katch VL. Fundamentos de fisiologia do exercício. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2002
11. Da Cruz IBM, Almeida MSC, Schwanke CHA, Moriguchi EH. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004;50(2):172-7.
12. Sampaio LR, Figueiredo VC. Correlação entre o índice de massa corporal e os indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em adultos e idosos. *Rev Nutr*. 2005;18(1):53-61.
13. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(6):757-64.
14. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 1999;33(5):445-53.
15. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):777-94.
16. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
17. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003;19(3):759-71.
18. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2005;39(3):383-91.
19. Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC, Silva EA, Menezes IS, Duarte T, et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos Envelhecimento*. 1998; 1(1):23-43.
20. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003; 19(3):735-43.
21. Ruiz T, Chalita LVA, Barros MBA. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no Município de Botucatu, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(3):227-36.
22. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2006; 22(2):285-94.
23. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(5):494-501.
24. Mathias TAF, Jorge MHPM. Diabetes mellitus na população idosa em município da Região Sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2004;48(4):505-12.
25. Mathias TAF, Jorge MHPM, Laurenti R. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(6): 533-50.
26. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc*. 2007;16(1):69-80.