

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
UTILIZADO PELA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE
ILHÉUS, BAHIA**

Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho

Orientador: Prof. Dr. Sandra C. Fuchs

Porto Alegre, Julho de 2012.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
UTILIZADO PELA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE
ILHÉUS, BAHIA**

Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho

Orientador: Prof. Dr. Sandra C. Fuchs

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leila B Moreira
PPG em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Paulo Ricardo de Alencastro
Secretaria Estadual de Saúde

Prof. Dr. João W. Falk
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Sandra C. Fuchs (Orientadora)
PPG em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Não Sei

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas
sei que nada do que vivemos tem sentido, se não
tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que
envolve, palavra que conforta, silêncio que
respeita, alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que
promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá
sentido à vida. É o que faz com que ela não seja
nem curta, nem longa demais, mas que seja
intensa, verdadeira, pura enquanto durar.*

Cora Coralina

*George, Larissa, meus amores, minha vida....
Obrigada por entender, apoiar, rir, chorar e sonhar os
meus sonhos. Amo vocês.*

AGRADECIMENTOS

*A Deus, a Ele toda honra, toda glória e todo louvor, tudo que eu tenho,
tudo que sou, vem do Senhor.*

*À minha mãe, Dona Zizi, mesmo não estando mais conosco, sem você eu
nunca teria tido a ousadia de sonhar. Obrigada mãe por ser uma guerreira e
sempre acreditar que a vida podia ser melhor.*

*Ao meu marido, George,... me sinto tão amada e isto faz bem... Eterno
companheiro, amigo e incentivador.*

*À minha linda filha Larissa, que soube apoiar e entender os momentos de
distância e as intermináveis horas no computador.*

*À minha família, Lourdes, Evanice, Sandra, Jonas, Zete, Selma, Ana
Angélica, Mayra, Alana, Joyce, Carol, Júlia, Lorena, Virginia, e claro, Mel,
vocês supriram as minhas lacunas nos momentos em Porto Alegre, e sempre
apoiaram as minhas decisões, mesmo as novas aquisições desta família são
preciosas na minha caminhada.*

*À minha orientadora, Dr^a Sandra Fuchs, pelo nível de exigência,
conhecimento, compreensão, apoio, estímulo e incentivo. Além de uma linda
capacidade de ensinar, muito obrigada pela rica orientação.*

*À querida doutoranda Sinara Rossato, quanta sabedoria, você foi tudo
neste final de jornada, meus eternos agradecimentos.*

*A esta turma incrível do mestrado profissional, vocês foram os melhores
parceiros, nunca esquecerei as risadas e as lágrimas.*

À Coordenação e Professores do Mestrado Profissional, por esta

oportunidade única de crescimento, troca e aprendizagem.

Às entrevistadoras, Adriana, Juliana, Laís, Maíra e Renata. Vocês foram guerreiras, batalhadoras, incansáveis...Muito obrigada.

Aos colegas da DIRES e da FTC que apoiaram este projeto em todos os momentos e entenderam a minha necessidade de dedicação.

À equipe de motoristas da 6ª DIRES pela parceria na coleta de dados e por tornarem este momento mais leve e divertido.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e a diretoria da 6ª DIRES que viabilizou este projeto.

Aos 511 idosos, sem vocês não existiria este estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus e aos profissionais das unidades pelo apoio.

A todos os meus amigos, que de alguma forma, contribuíram nesta conquista.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	9
Resumo	10
Abstract	12
Lista de Tabelas	14
1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Atenção Primária à Saúde	18
3.2 Indicadores de estado nutricional e qualidade de vida em idosos	20
3.2.1 Obesidade e sobrepeso em indivíduos idosos	21
3.2.1.1 Métodos de aferição e pontos de corte para obesidade e sobrepeso em idosos	22
3.2.2 Qualidade de vida em indivíduos idosos	27
3.2.2.1. Definição e componentes de qualidade de vida	27
3.2.2.2. Instrumentos para avaliar qualidade de vida	28
3.3 Avaliação de obesidade e sobrepeso, qualidade de vida em APS	34
3.4 Avaliação da assistência aos indivíduos idosos através do PCATool	35
3.4.1 Primary Care Assessment Tool (PCATool)	37
3.4.2 Uso do PCATool na Atenção Primária à Saúde	38
4. JUSTIFICATIVA	43
5. OBJETIVOS	43
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
7. ARTIGO	54
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
9. APÊNDICE	76
Projeto de Pesquisa	76
10. ANEXOS	93
Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	93
Questionários/Formulários	94

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Circunferência da Cintura
CP	Circunferência do Pescoço
DNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MC	Massa Corporal
NSI	Nutrition Screening Initiative
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan–Americana da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PSF	Programa de Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RCQ	Relação cintura-quadril
RCE	Relação cintura-estatura
SISAP-Idoso	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
SF-36	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey
SF-12	Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey
UBS	Unidade Básica de Saúde Tradicional
UESF	Unidade da Estratégia Saúde da Família

RESUMO

Contexto: O envelhecimento da população leva a uma maior carga de doenças crônicas e de demandas em saúde pública. A atenção primária à saúde (APS) implantada no Brasil oferece atenção integral à saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pacientes que se beneficiam desse modelo de atenção à saúde podem ter maior qualidade de vida.

Objetivos: Avaliar se pacientes idosos que consultam nas unidades com ESF apresentam maior orientação à APS do que aqueles que frequentam o modelo de atenção tradicional; se problemas de saúde - hipertensão, diabetes mellitus, transtornos mentais, dor crônica, bem como obesidade e obesidade central, medidas diretamente, estão independentemente associadas com escore de APS, e se o escore está associado a qualidade de vida.

Participantes e métodos: Estudo transversal, realizado entre agosto de 2010 e agosto de 2011, em Ilhéus, Bahia. Foram entrevistados 509 idosos, selecionados através de amostra aleatória, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas unidades com ESF quanto às características demográficas, socioeconômicas, grau de orientação dos serviços à Atenção Primária à Saúde, morbidade referida como problemas de saúde e qualidade de vida. Aferiu-se qualidade de vida com o Short Form Health Survey (SF-12) e orientação à APS com o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Além disso, foi realizada antropometria. Equipe treinada e sob supervisão realizou a coleta de dados.

Resultados: O atendimento realizado na ESF apresenta maior grau de orientação à APS em comparação à UBS, resultando em menor prevalência de escore geral baixo. De um modo geral, o problema de saúde mencionado pelo idoso não afetou o grau de orientação à APS, mesmo após controle para fatores de confusão. Contudo, os problemas crônicos não se associaram independentemente com escore de APS baixo, exceto hipertensão e doença cardiovascular. Observou-se associação independente e positiva entre escore de APS e o componente mental de qualidade de vida e negativa com o componente físico.

Conclusões: Este estudo mostrou maior orientação à APS em unidades com ESF, independentemente do problema de saúde. O grau de orientação para a APS aumentou a qualidade de vida para o componente mental. Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde do idoso.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, Idoso, Saúde da Família, Qualidade de vida, Serviços de saúde.

ABSTRACT

Background: Population aging leads to increased burden of chronic diseases and demand in public health. The primary health care (PHC) implanted in Brazil offers integral health care through the family physician program. Patients who benefit of this health care model could have higher quality of life.

Objectives: To assess whether elderly patients who consult in the units with the Family Health Strategy (FHS) show higher PHC orientation than those who attend the traditional care model; if health problems - hypertension, diabetes mellitus, mental disorders, chronic pain, as well as obesity and central obesity, directly measured, are independently associated with low score in the PHC; and whether the PHC score is associated with quality of life.

Participants and methods: A survey was conducted among the elderly between August 2010 and August 2011, in Ilhéus, Bahia. We interviewed 509 individuals, selected through a random sample, who consulted at Basic Health Units (BHU) or ESF units, on the demographic and socioeconomic characteristics, degree of orientation of the services to Primary Health Care, health problems and quality of life. The Short Form Health Survey (SF-12) was used to assess quality of life and Primary Care Assessment Tool (PCATool) to generate PHC scores. In addition, weight, height and waist circumference were measured. Trained research assistants, under supervision performed the data collection.

Results: The health care provided by the ESF has higher degree of orientation to the PHC, in comparison to the UBS, resulting in lower prevalence of score below six. In general, the health problems mentioned by the elderly did not affect the degree of PHC orientation, even after controlling for confounding factors. However, the chronic problems were not associated independently with lower PHC score, except hypertension and cardiovascular disease. It was observed an independent and positive association between PHC score and the mental component of quality of life and a negative one with the physical component.

Conclusions: This study showed higher orientation to PHC in units with ESF, regardless of the health problem. The degree of orientation to PHC increased the quality of life of the mental component. The results of this study emphasize the need of public policies aiming at elderly health care.

Keywords: Primary Health Care, Elderly, Family Health, quality of life, health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	IMC Segundo a Organização Mundial de Saúde	23
Tabela 2	IMC Segundo Nutrition Screening Initiative	24
Tabela 3	IMC Segundo a OPAS	24
Tabela 4	Prevalência de sobrepeso e obesidade em idosos atendidos na APS no Brasil	26
Tabela 5	Pontos de corte da WHO e complicação de riscos metabólicos	27
Tabela 6	Instrumentos de medida de qualidade de vida e saúde auto referida específica de idosos	30
Tabela 7	Estudos de avaliação da APS no Brasil, usando o instrumento PCATool	39
Tabela 8	Características dos participantes avaliados nas unidades de Atenção Primária à Saúde, em Ilhéus, Bahia	69
Tabela 9	Escores geral, essencial e de atributos na Atenção Primária à Saúde e grau de afiliação de acordo com o modelo assistencial, em Ilhéus, Bahia	70
Tabela 10	Tipo de modelo assistencial associado ao grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, de acordo com a condição crônica, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia	71
Tabela 11	Modelo assistencial e condição crônica associados a baixo grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia [Razão de Prevalência	72
Tabela 12	Condição crônica e grau de orientação à Atenção Primária à Saúde associados ao Componente físico e mental sumarizados de qualidade de vida, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia	73

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE UTILIZADO PELA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE ILHÉUS, BAHIA**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em julho de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional destaca-se como fenômeno importante, tendo como elemento propulsor a transição demográfica. A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, devido à ampliação crescente da população com idade superior a 60 anos (Bezerra et al, 2005).

No período de 1970 a 2025 ocorrerá um crescimento significativo do número de idosos de 223%, sendo que em 2050 haverá dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos, com aumento mais expressivo nos países em desenvolvimento (WHO, 2005; Sousa et al, 2003). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade com projeção de aproximadamente 65 milhões de idosos em 2050 (Veras, 2012; BRASIL, 2010^a; Pacheco e Santos, 2004).

O Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), ferramenta lançada pelo Ministério em 2011, informa que os idosos representavam 10,79% da população em 2010. 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 (Victor, 2009).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados

constantes, medicação contínua e exames periódicos (Veras, 2009; Campolina, Dini e Ciconelli, 2011).

Os países da Europa tiveram um século e meio para mudança na estrutura da população, o que ocorreu em 50 anos nos países da América Latina, sem que a sociedade pudesse prever seu impacto econômico e social (Arango e Cardona, 2011; Noronha e Andrade, 2005). Esse processo de envelhecimento e ampliação da população idosa torna necessária a saúde pública estruturada para fornecer atendimento diferenciado e abordagem terapêutica específica.

Em 2006, foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. A Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária (Costa e Ciosak, 2010; Rodrigues et al, 2008)

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de orientar a organização da Atenção Básica no país, garantindo os princípios da territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, equidade e co-responsabilização, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008) Esse modelo de atenção à saúde imprime nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade através da humanização (Costa e Ciosak, 2010).

O Município de Ilhéus, na Bahia, possui 184.236 habitantes no ano de 2010, segundo o censo do IBGE, com 10,36% de idosos, e apresenta a organização da saúde baseada na APS, constituída por meio de Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Mesmo sendo um município com um percentual significativo de idosos, não existem estudos, nem dados municipais que indiquem a qualidade do atendimento prestado na Atenção Básica, nem a qualidade de

vida e perfil epidemiológico destes idosos. Assim este estudo avalia a assistência prestada aos idosos na Atenção Básica do município de Ilhéus.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde

O sistema de saúde brasileiro baseou-se, originalmente, no modelo inglês descrito no Relatório Dawson em 1920 (Lord Dawson of Penn, 1920). A organização do sistema de serviço de saúde foi desenvolvido de forma sistêmica, regionalizada e hierarquizada, de acordo com níveis de complexidade (Lavras, 2011; Conill, 2008; Starfield, 2002;). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, tornou-se um marco histórico na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo-a com o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Ribeiro, 2007; Cueto, 2004; OMS, 1978).

Sistemas de saúde são estruturas planejadas por muitos países para garantir atendimento adequado às necessidades de assistência à saúde da população nos níveis primário, secundário e terciário de cuidado. Nessa perspectiva a APS se propõem a inserir o indivíduo no sistema, oferecendo atendimento primário centralizado na pessoa, universal, participativo, territorializado e direcionando para os outros níveis de cuidado quando necessário (Mendes, 2007; Starfield, 2002; Souza, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que sistemas de saúde sejam baseados na APS, possibilitando que a abordagem produza melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. A OPAS define um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e operacionalização, proporcionando universalidade, equidade, qualidade no atendimento, justiça e participação social, intersetorialidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo a comunidade como base para o planejamento das ações (OPAS/OMS, 2008).

Os sistemas de saúde com forte orientação para atenção primária à saúde são mais adequados, efetivos, eficientes, equitativos e com melhor qualidade em comparação aos serviços com baixa orientação para APS. Evidências demonstram relação entre uma APS bem estruturada e melhores níveis de saúde; maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; gestão precoce dos problemas de saúde; e redução da atenção secundária desnecessária ou danosa (Jeon, 2011; Mendonça, 2009; Mendes, 2007). O Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Países Baixos e Espanha são países que tem sistemas de saúde com orientação baseada em APS, enquanto nos Estados Unidos, na Alemanha, Bélgica e França essa organização é menos freqüente (Sung, 2010; Starfield, 1998).

Na década de 80, os países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, preconizaram a abordagem seletiva de atenção primária, estruturando a oferta mínima de serviços, em geral de baixa qualidade, voltada para regiões pobres. No Brasil, com a constituição de 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na universalidade, integralidade, equidade, renovando a concepção de APS, que para diferenciar da concepção seletiva passou a ser denominada de Atenção Básica em Saúde (Paim, 2011; Rodrigues, 2009; Mendonça, 2009; Cueto, 2004; Mendes, 2007; Giovanella, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica implantada em 2006, revisada em 2011, considera os termos atenção básica e atenção primária à saúde como equivalentes e definiu a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para o avanço e consolidação da APS (Brasil, 2011) O Pacto pela Vida, incluído no Pacto pela Saúde em 2006, definiu pela primeira vez a saúde do idoso como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando na reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, com a proposta de garantir atenção integral à saúde da população idosa, promovendo o envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2010a; Veras, 2009; Rodrigues, 2008).

O envelhecimento populacional, ocasionado pela redução das taxas de fertilidade e mortalidade trouxe uma nova realidade para o cenário de saúde mundial, com redução do impacto das doenças infecto-contagiosas e um aumento das doenças crônicas não

transmissíveis (DNT), sendo necessário reestruturar os serviços com estratégias pautadas nas necessidades sociais, funcionais e econômicas dos idosos (Pessoa, 2010; Veras, 2009; Louvison, 2008, Palacios, 2002; ONU, 2003; Ramos, 2003; World Bank, 2011; Pagotto, 2011).

A APS desempenha um papel primordial no atendimento ao idoso com a prestação de cuidados continuados na comunidade, incluindo prevenção, detecção e tratamento precoce das DNT, realizando o atendimento regular e permanente, auxiliando a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (World Bank, 2011; Motta, 2011; WHO,2005). Qualidade de vida que desempenha um papel importante na avaliação do estado de saúde (Campolina, 2011).

O estado nutricional dos idosos é um indicador válido de longevidade e qualidade de vida, sendo a nutrição parte integrante do tratamento das DNT e da desnutrição, as quais acometem os idosos e precisam de acompanhamento nos diferentes níveis de assistência à saúde (Freitas, 2011; Sanz, 2011). No contexto da assistência prestada à saúde do idoso é relevante avaliar a qualidade do cuidado prestado, sendo a avaliação fundamental para justificar estratégias, auxiliar no planejamento e racionalizar os gastos, devendo estar inserido no processo de trabalho da APS (Motta, 2011; Facchini, 2008).

3.2 Indicadores de estado nutricional e qualidade de vida em idosos

A manutenção da saúde do idoso e da sua qualidade de vida são aspectos relevantes para o envelhecimento saudável. Segundo Schmidt (2011), estima-se que, ao nascimento, a expectativa de vida saudável dos brasileiros seja 59,8 anos, 12 anos a menos que a expectativa de vida total, o que torna importante o enfoque do atendimento global do idoso, com controle das doenças crônicas comuns, manutenção da capacidade física, cognitiva e psicológica (Woo, 2011).

A nutrição é um importante elemento para saúde da população idosa, sendo os idosos um grupo nutricionalmente muito vulnerável, devido às mudanças fisiológicas e anatômicas associadas ao envelhecimento. O desequilíbrio nutricional no idoso está

relacionado ao aumento da morbidade e à redução da qualidade de vida, sendo o conhecimento do estado nutricional uma estratégia para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (Alvarenga, 2010; Ahmed, 2010; Sanz, 2011; Woo, 2011).

A manutenção da capacidade funcional, promovendo o envelhecimento ativo é uma política de saúde, que tem na caracterização da qualidade de vida e do estado nutricional ferramentas importantes para formulação de medidas adequadas com o intuito de promover o envelhecimento saudável (WHO, 2005; Cervi, 2005; Sousa, 2003)

3.2.1. Obesidade e sobrepeso em indivíduos idosos

A obesidade é um importante problema de saúde pública devido à sua prevalência crescente e sua associação com morbimortalidade por doenças não transmissíveis, sendo fator de risco para diabetes melito tipo II, doença cardiovascular e alguns tipos de câncer (Mello, 2008; Yan, 2004; Barreto, 2003; Silveira, 2009; Wanderley, 2010).

A obesidade possui etiologia complexa, com caráter multifatorial, envolvendo fatores socioeconômicos, psicológicos, culturais e estilo de vida. É definida pelo acúmulo excessivo de gordura, tendo como consequência alterações metabólicas e do aparelho locomotor (Pinheiro, 2004; Freitas, 2011; Wanderley, 2010; Ahmed, 2010).

Obesidade tem sido considerada desordem nutricional mais relevante em países desenvolvidos e em desenvolvimento, caracterizando-se como uma epidemia com tendência a pandemia. Em 2008, era estimado que globalmente 1,46 bilhões de adultos tivessem sobrepeso e 502 milhões obesidade. Nos Estados Unidos 74% dos homens e 66% das mulheres acima de 60 anos apresentam sobrepeso ou obesidade, no Canadá e Reino Unido, 70% e 72% dos idosos têm sobrepeso ou obesidade, respectivamente (Swinburn, 2011; Janssen, 2007; Pitanga, 2006; Flegal 2010). Estudo desenvolvido na Venezuela, com 2438 participantes acima de 55 anos, detectou prevalência de 36.6% de sobrepeso (IMC 25-29.99 kg/m²), e 29.2 % obesidade (IMC >30 kg/m²), não apresentando diferença significativa nessa proporção entre homens e mulheres (Muñoz, 2010)

Segundo Pitanga e Lessa (2006), resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, para indivíduos de 60 anos ou mais, revelaram maior prevalência de obesidade nas mulheres quando comparadas aos homens, sendo que, nas regiões Sul e Sudeste, a obesidade se destaca do restante do país por atingir prevalências mais elevadas. Durante o processo de envelhecimento, ocorre redistribuição progressiva da gordura com diminuição do panículo adiposo subcutâneo dos membros e acúmulo intra-abdominal. As mulheres acumulam mais gordura subcutânea que os homens e a perdem em idades mais tardias (WHO, 1995).

O envelhecimento populacional, com alta prevalência das doenças crônicas e incapacitantes e com baixos níveis de escolaridades entre os idosos, será o desafio da sociedade para o próximo século, necessitando de uma adequação e estruturação dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (Ramos, 2003).

3.2.1.1 Métodos de aferição e pontos de corte de obesidade e sobrepeso em idosos

A antropometria é o método mais utilizado para determinar o perfil nutricional da população, por ser um método não invasivo, de baixo custo e fácil execução, sendo aplicável em todo o mundo para avaliar tamanho, proporção e composição do corpo humano. No âmbito da saúde pública, este método auxilia na avaliação de resposta a uma intervenção, na vigilância nutricional das comunidades e na identificação de grupos de risco (OMS, 1995; Cervi, 2005; Mello, 2008; Muñoz, 2010).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o parâmetro mais utilizado para detectar sobrepeso e obesidade na população. O IMC, também conhecido como índice de Quetelet, em homenagem ao seu criador Lambert Adolphe Jacques Quételet, é obtido a partir da divisão da massa corporal, em quilogramas, pela estatura, em metros, elevada ao quadrado (kg/m^2) (Mello, 2008; Cervi, 2005; Flegal, 2009; Wandelely, 2011).

IMC é o indicador mais utilizado em estudos epidemiológicos realizado em idosos. Contudo, não há consenso sobre critérios e pontos de corte específicos para definir obesidade e sobrepeso em idosos (Munaretti, 2011; Flegal, 2009; Cervi, 2005;

Vasconcelos, 2010). Os pontos de corte utilizados para definir sobrepeso e obesidade em idosos da OMS são os mesmos da população com 18 anos ou mais e os de Lipschitz, específicos para essa população, são descritos a seguir.

Ponto de Corte recomendado pela OMS

Tabela 1. IMC Segundo a Organização Mundial de Saúde.

	Índice de massa corporal (kg/m ²)
Baixo Peso	<18.50
Magreza grave	<16.00
Magreza moderada	16.00 - 16.99
Magreza leve	17.00 - 18.49
Eutrófico	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00
Pré-obesidade	25.00 - 29.99
Obesidade	≥30.00
Obesidade tipo I	30.00 - 34.99
Obesidade tipo II	35.00 - 39.99
Obesidade tipo III	≥40.00

Fonte: WHO, 1995

Ponto de Corte estabelecido pelo Nutrition Screening Initiative (NSI), segundo Lipschitz.

Tabela 2. Índice de massa corporal segundo a Nutrition Screening Initiative

<i>Classificação</i>	Índice de massa corporal (kg/m ²)
Baixo Peso	≤ 22
Adequado	22,1 – 26,9
Sobrepeso	≥ 27

Fonte: Brasil, 2006

Ponto de Corte estabelecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Tabela 3. IMC segundo a OPAS

<i>Classificação</i>	Índice de massa corporal (kg/m ²)
Baixo Peso	< 23
Adequado	23 – 27.9
Sobrepeso	28 – 29.9
Obesidade	≥30

Fonte: Adaptado Rosa, 2005

Cervi (2005) e Silveira (2009) sugerem a utilização da proposta de Lipschitz, estabelecida pelo NSI (Tabela 2), que leva em consideração as alterações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento como ponto de corte de obesidade para idosos no Brasil. Troiano et al (1996) em uma meta-análise identificou um aumento no risco de mortalidade em idosos com IMC < 23 ou > 28 kg/m², o que reforça os pontos de corte estabelecido pela OPAS (Tabela 3). Vasconcelos (2010), conclui que os pontos de corte estabelecidos pela OMS e as adotadas pelo NSI, segundo Lipschitz, não são bons indicadores de obesidade para idosos em ambos os sexos, ressaltando que o critério estabelecido pela OMS apresenta menor sensibilidade

(28,9%), enquanto o NSI oferece maior sensibilidade e especificidade para homens (73,7% e 72,5%, respectivamente) e para mulheres no IMC 25 kg/m² (sensibilidade de 76,3% e especificidade de 100%) quando comparados com a mensuração por absorptometria radiológica de dupla energia (DEXA). Percebe-se a necessidade do desenvolvimento de pontos de corte de IMC específicos para o idoso, para auxiliar na avaliação nutricional adequada deste grupo populacional. Estudos nacionais tem demonstrado uma prevalência significativa de sobrepeso e obesidade nos idosos atendidos na APS.

A obesidade central é um fator de risco cardiovascular reconhecido, com maior impacto sobre desfechos cardiovasculares do que obesidade geral. Evidências indicam que os indicadores de obesidade central podem prever risco de mortalidade por todas as causas e morbidade por doenças cardiovasculares. Na detecção da obesidade central têm sido utilizados diferentes indicadores: relação cintura-quadril (RCQ), circunferência da cintura (CC) e relação cintura-estatura (RCE). (Cavalcanti, 2009).

O CC é o indicador mais recomendado para indicar o acúmulo de gordura visceral e está associado a doenças cardiovasculares ateroscleróticas (Château-Degat, 2011; Munaretti, 2011; WHO, 2011; Levine, 2011; Vasques, 2009). Embora o CC seja largamente difundido, há descrições diferentes para a aferição e, conseqüentemente, ausência de consenso entre os pesquisadores e protocolos publicados. Entre as mais utilizadas estão o ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela, recomendado pela Organização Mundial da Saúde; a menor cintura entre o tórax e o quadril, recomendada pelo Anthropometric Standardization Reference Manual; o nível imediatamente acima das cristas ilíacas, recomendado pelo National Institute of Health; e o nível umbilical (Vasques, 2009).

Tabela 4. Prevalência de sobrepeso e obesidade em idosos atendidos na APS no Brasil

Estudo, ano publicação	Local do estudo	População	Método	Prevalência
Tribes, Junior e Petrokis, 2010	Jequié, Bahia.	265 mulheres entre 60 e 95 anos de idade, inscritas em grupos de convivência selecionada de forma aleatória, estabelecendo-se nível de confiança de 95%, com erro de 5%	Estudo transversal. IMC segundo a OMS	Mulheres: IMC médio: 25,84 \pm 4,56 kg/m ² ; amplitude:15,64 a 39,52 kg/m ² ; sobrepeso: 32,1% obesidade: 20,8%
Bassler e Lei, 2008	Pinhais, região metropolitana de Curitiba – Paraná.	209 idosos voluntários, pertencentes aos grupos paroquiais de adultos e idosos do município.	Estudo transversal. IMC segundo o NSI.	Sobrepeso:57,4% Prevalência no sexo feminino: 60,5%.
Pagotto et al, 2011	Goiânia, Góias.	403 idoso participantes do Projeto Idoso Goiânia	Estudo transversal, com ponto de corte segundo o NSI.	Sobrepeso: 9,1% dos idosos.
Silveira, Kac e Barbosa, 2009.	Pelotas, Rio Grande do Sul.	596 idosos com 60 anos ou mais.	Estudo tranversal IMC segundo a OMS e NSI.	IMC OMS Obesidade: 25,3%, IMC Lipschitz Sobrepeso:48,0%
Kümpe et al, 2011	Passo Fundo, Rio Grande do Sul.	123 idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, atendidos na primeira consulta de enfermagem, em quatro unidades de ESF que recebiam acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo.	Estudo transversal. IMC segundo NSI.	Sobrepeso e obesidade: 49,6%
Victor et al, 2009	Fortaleza, Ceará	214 idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família.	Estudo transversal, IMC segundo OMS	Sobrepeso: 30,4%. Obesidade:32,2% Obesos tipo I: 27,1% Obesos tipo II: 5,1%.
Alexandre et al, 2009	São Jose dos Campos, São Paulo	120 sujeitos com 60 anos ou mais, frequentadores da universidade da terceira idade	Estudo tranversal IMC segundo NSI.	IMC médio: 27.06 kg/m ² (SD=4.86). Sobrepeso: 44%

A RCQ é o indicador mais utilizado na pesquisa epidemiológica, sendo utilizado para identificar pessoas com risco elevado de saúde devido à gordura abdominal. É obtido pela razão entre a circunferência da cintura e a circunferência do quadril. Estudos tem demonstrado ser este um bom preditor de fatores cardiovasculares(Picon, 2007; Vasques, 2009; Werle et al, 2011)

Tabela 5. Pontos de corte da WHO e complicação de riscos metabólicos

Indicator	Ponto de Corte	Risco Metabólico
Circunferência da Cintura	>94 cm (Homem)	Aumentado
	>80 cm (Mulher)	
Circunferência da Cintura	>102 cm (Homem)	Muito Aumentado
	>88 cm (Mulher)	
Relação Cintura-Quadril	≥ 0.90 cm (Homem)	Muito Aumentado
	≥ 0.85 cm (Mulher)	

Fonte: WHO, 2011

3.2.2. Qualidade de vida em indivíduos idosos

3.2.2.1. Definição e componentes de qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) é definida pela OMS como "a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1994). Esse conceito não é consensual, envolve graus variados de complexidade, natureza subjetiva e multidimensional. A subjetividade da avaliação que o indivíduo faz do seu próprio estado de saúde e a multidimensionalidade envolve diferentes domínios da natureza humana: físico, psíquico, emocional, social, econômico, espiritual e outros difíceis de mensurar (Campolina et al, 2011; Fleck, 2008, Seild 2004)

A natureza multidimensional do construto foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou fatores: (a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, obteve-se uma avaliação da QV percebida de modo global, mensurada por quatro itens específicos que foram computados em um único score. As quatro dimensões – subdivididas em 24 facetas e itens referentes à QV geral constituem o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS com característica multicultural (Power, 2008; Seidl, 2004).

Na saúde o interesse pelo conceito de QV é relativamente recente, sendo definido como um parâmetro importante na avaliação do estado de saúde. Com a definição ampla de saúde pela OMS que define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um resultado esperado na prática clínica e na gestão. Acredita-se que as informações acerca do tema servem de indicadores para: avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos; comparar os procedimentos; avaliar os custos e os benefícios dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde; e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos pacientes (Landeiro et al 2011; Campolina et al 2011; Seidl 2004; Lima 2010).

Chen e Li (2009) demonstraram que resultados inferiores de QV estão associados a uma maior taxa de utilização dos serviços de saúde. Netuveli e Blune (2008) ressaltam que o envelhecimento não influencia negativamente na qualidade de vida, propondo que um longo período de qualidade de vida é possível, devendo ser incluído no manejo clínico a sua avaliação.

3.2.2.2. Instrumentos para avaliar qualidade de vida.

Instrumentos têm sido criados com a intenção de acrescentar parâmetros subjetivos à avaliação integral dos indivíduos. A literatura classifica tais instrumentos como genéricos e

específicos (Campolina et al, 2011). Estão descritos na tabela 6, os principais instrumentos usados para medir de qualidade de vida em idosos, assim como os seus pontos de corte.

Instrumentos como o BSQ e EASY-Care precisam de mais evidências sobre o seu desempenho. O SELF, COOP e SIP possuem evidências limitadas de validade, confiabilidade e capacidade de resposta. O WHOQOL, SF-36 e NHP possuem boas evidências de validade, confiabilidade e capacidade de resposta. (Haywood, 2005a; Haywood 2005b; Fleck, 2008)

O instrumento SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) tem se apresentado como um dos instrumentos válidos para avaliação de qualidade de vida na população idosa brasileira (Campolina, 2011). O instrumento Short Form Health Survey (SF-12), usado no presente estudo, é uma versão reduzida do SF-36 desenvolvido com o objetivo de facilitar sua aplicação, sendo composto por dois componentes: Componente físico (PCS) e Componente mental (MCS). O PCS inclui as dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde; o MCS inclui as dimensões de saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade (Lima et a, 2009; Caneppele, 2007). Estudos como de Coimbra (2010) e Hunkeler (2006) utilizam o SF-36 e SF-12 para avaliação de qualidade de vida dos idosos atendidos na atenção primária à saúde, por este ser um instrumento genérico de fácil utilização e adequado para este público.

Tabela 6. Instrumentos de medida de qualidade de vida e saúde auto referida específica de idosos

Instrumento (nº de itens)	Ponto de corte
#© Brief Screening Questionnaire (BSQ) (26)	Respostas categóricas: sim/não Escore total de 0-26 (26 = pior estado de saúde)
#© Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) (1500)	Categórico: 2 ou 3 opções por item Índice global Escore por domínio
#© CORE-CARE (329)	Categórico: 2 ou 3 opções por item Índice global Escore por domínio
#© SHORT-CARE (143)	Resposta categórica: 2 ou 3 opções por item Índice global Escore por domínio
#© Elderly Assessment System EASY-Care (ate 85)	Soma do perfil dos 6 domínios: 0 a 100, onde 100 e a melhor saúde.
#© Pesquisa Postal de Screening Geriátrico Geriatric Postal Screening Survey (GPSS) (10)	Respostas dicotômicas: sim/não Escore de 0 a 10. (10 = pior saúde). Escore acima de 4 indicam alto risco.
#© Questionário Geriátrico de Qualidade de Vida Geriatric QoL Questionnaire (GQLQ) (25)	Escore \neq em cada domínio: a) AVDs e Sintomas, escores de 7 a 49. 7 = pior saúde e 49 = melhor saúde; b) função emocional de 9 a 63 9 = pior saúde e 63 = melhor saúde.
#© Questionario de Screening Geriátrico – Geriatric Screening Questionnaire (GSQ) (6)	Resposta dicotômica. Somando-se os itens escore 0 a 23. 0 = melhor saúde 23 = indicam pior saúde e maior risco de declínio funcional
#© Qualidade de Vida Cards(QLC)(80)	Pick Cards: +1= positivo -1= negativo

Cont.

Instrumento	Ponto de corte
#© LEIPAD Quality of Life questionnaire (31 + 18)	Cada item utiliza uma escala de 4 pontos A soma dos itens fornece o escore do domínio ou escore total. Escore 0 a 93 0 = melhor saúde 93 = máximo de incapacidade 18 itens adicionais servem como moderadores para avaliar a influencia de fatores sociais desejáveis e características de personalidade em 7 escores de domínio.
#© Escala de percepcao de bem-estar Perceived Well-being Scale (PWB) (14)	Escala Likert 7 pontos / itens: 1 = concorda fortemente, 7 = discorda fortemente. Bem-estar psicológico: escores de 6 a 42, onde 42 = melhor saúde. Bem-estar físico: Escore de 8 a 56, onde 56 = melhor saúde. Escore total 14 a 98, onde 98 = melhor bem-estar geral.
#© Escala de Auto-avaliacao de Vida (SELF) (54) Self-evaluation of Life (SELF) Scale	Resposta Categórica. 4 pontos por domínio perfil por domínio ou somarização: o mais alto escore é o pior estado de saúde
#© SENOTS programa e bateria (54)	Respostas: sim / não Escore total ou somatório: 6 – 84 84 = melhor estado
#© Wellness Index (WI) (79)	5 pontos da Escala Likert. Somatório total e perfil por domínio: escore mais alto = melhor saúde
©© HSQ-12 [12] Health Status Questionnaire 12	Categórica: 3 a 6 opções por item Escore por domínio Somatório saúde física e mental: 0-100, (100 = melhor estado de saúde)

Cont.

Instrumento	Ponto de corte
#© OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – OMFAQ (Part A 120))	Cada domínio é avaliado numa escala continua de seis pontos: 1= funcionamento excelente e 6 = totalmente incapaz. O escore pode ser: a) escore de 5 a 30: 5 = excelente função em todos os domínios 30 = incapaz total. Ponto de corte: <10 = excelente funcionamento e >18 = incapacidade em vários domínios. b) dicotômico por domínio = in/capaz Pontos de corte (escala de 6 pontos): escore 1 ou 2 = capaz vs 3 a 6 = incapaz; escore 1 a 3 = capaz vs 4 a 6 = incapaz ou escore 1 a 4 = capaz vs 5 ou 6 = incapaz.
®© GQL [15] Goteborg Quality of Life instrument	Por domínio: 1 a 7 (7 = melhor estado de saúde) Escore total: 7 – 105 (105 = melhor estado de saúde)
®© NHP [38] Nottingham Health Profile	Resposta categórica sim/não Sim = limitação Cada item tem um peso distinto. Escore de 0-100 (100 e o máximo de limitação).
®© QLI [64] Quality of Life Index	Escala Likert: 1 a 6 para satisfação, importância Peso do Escore satisfação Vs importância Escore por domínio e total: 0 a 30 (30 = melhor estado de saúde)
© Flanagan Quality of Life Scale (16)	Escala de 7 pontos em cada item: 7 = terrível 1 = deleitado Escore total de varia de 16 – 112
®© QWB-NÃO [71–74]	Respostas categórica: sim/não Escore total: 0 a 1 (1 = bem-estar completo).

Cont.

Instrumento	Ponto de corte
®© SF-12 [12] Short Form 12-item Health Survey: SF-12	Categórico: 2 a 6 opções por item. Escore por domínio : 0 – 100 (100 = melhor estado de saúde) Somatório: padrão (PCS), Mental (MCS) (media 50 e desvio padrão 10)
®© SF-20 [20] Short Form 20-item Health Survey: SF-20	Categórico: 3 a 6 opções por item. Escore por domínio: 0 – 100 (100 = melhor estado de saúde)
®© SQL [5] Spitzer Quality of Life index	Checa a aplicabilidade padrão = 3 opções de escore: 0 a 2. Escore de 0 a 10 (10 = melhor estado de saúde)
®© SF-36 [36] Short Form 36-item Health Survey: SF-36	Categórico: 3 a 6 opções por item. Escore por domínio: 0 – 100 (100 = melhor estado de saúde)
** WHOQOL-100 (100)	Escalas de 0 a 100. Quanto maior o valor do escore total, melhor QV
** WHOQOL-BREF (26)	Escalas de 0 a 100. Quanto maior o valor do escore total, melhor QV
* WHOQOL-OLD (24)	Escalas de 0 a 100. Quanto maior o valor do escore total, melhor QV
®© COOP Charts por Prática de Cuidados Primario [COOP Charts for Primary Care Practice] (8+1) (WONCA/COOP) * 6+1 charts	Categórico: 1 a 5 (5 = sem limitação)
®© FSQ [34] Functional Status Questionnaire	Cada item: 4, 5 ou 6 opções de resposta Perfil por domínio: 0-100 (100 = melhor estado de saúde).
#© IOWA Self-Assessment Inventory (ISAI) (56 revisado)	4 opções de resposta para cada domínio. Escore 8 a 56 8 = pior saúde 56 = melhor saúde

Modificado de Haywood, 2005^a;

® Modificado de Haywood, 2005b.

© Modificado de Caneppele, 2007.

*Modificado de Maués, 2010.

**Modificado de Lacerda, 2011

3.3 Avaliação de obesidade e sobrepeso, qualidade de vida em APS.

A diretriz para atendimento e avaliação do idoso na atenção básica no Brasil é o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo promover resolutividade às necessidades da população idosa na APS (Brasil, 2006). Para avaliação nutricional, a diretriz indica a antropometria como método mais útil, rápido, simples, de baixo custo, devendo ser utilizado tanto para diagnóstico do estado nutricional, quanto para monitoramento de doenças, sendo recomendada a classificação do IMC com ponto de corte proposto pelo Nutrition Screening Initiative (NSI).

A diretriz nacional não preconiza um instrumento específico para avaliação de qualidade de vida em saúde na APS, entretanto destaca a importância de propiciar melhoria da qualidade de vida nas pessoas idosas. É recomendada que seja realizada uma avaliação global com ênfase na funcionalidade (Brasil, 2006). A avaliação global proposta pelo Ministério da Saúde inclui avaliação nutricional; acuidade visual e auditiva; avaliação da presença de incontinência urinária; avaliação sobre a sexualidade do idoso e presença de doenças sexualmente transmissíveis; situação vacinal da pessoa idosa; avaliação cognitiva; depressão; mobilidade; queda e avaliação funcional.

O Ministério da Saúde, em 2006, instituiu a caderneta de saúde da pessoa idosa, como instrumento de avaliação e acompanhamento das condições de saúde e para monitoramento da auto-avaliação do estado de saúde dos idosos, identificando idosos frágeis (Costa, 2009; Pagotto, 2009; Brasil, 2006). São necessários estudos que comprovem a efetividade da caderneta como instrumento de gestão e de cidadania.

Em 2009, um grupo de pesquisadores mexicanos elaborou um guia com recomendações para detecção, diagnóstico e gestão no atendimento a população idosa na atenção primária do México. Este guia tem a finalidade de apoiar os profissionais de saúde na atenção dos principais problemas de saúde desta população, tendo como prioridade a avaliação da acuidade visual e auditiva; quedas ou dificuldade de caminhar; distúrbios nutricionais e de memória; e alterações do sono; qualidade de vida; capacidade funcional; consumo de medicamentos; e suporte social (Reyes-Morales, 2009).

Para diagnóstico do estado nutricional o guia mexicano recomenda a classificação do IMC com pontos de cortes IMC <22 para baixo peso e IMC \geq 30 para obesidade. Este guia não recomenda ponto de corte para sobrepeso em idosos. Para avaliação de qualidade de vida em idosos, o guia propõe o uso do instrumento validado SF-12, sendo descrito como um instrumento confiável e indicado. (Reyes-Morales, 2009).

3.4 Avaliação da assistência aos indivíduos idosos através do PCATool

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a avaliação como componente da gestão em saúde tem a finalidade de fornecer subsídios para a tomada de decisão, auxiliando na identificação de problemas para reorientação de ações, avaliando a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços no estado de saúde da população.

É necessário o investimento na institucionalização da avaliação, com o propósito de reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, contribuindo para o julgamento com maior validade, a partir da análise efetiva de seus processos e resultados. (Viacava, 2004; Felisberto, 2004; Tanaka, 2006; Contandriopoulos, 2006)

Segundo Donabedian (1988), a avaliação qualitativa do cuidado à saúde deve ser analisada pelas dimensões de estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional; O processo está relacionado com as atividades que constituem a atenção, aos procedimentos empregados no cotidiano do trabalho; e, o resultado é a implicação do cuidado no estado de saúde do paciente.

A APS pode ser definida com base nos seus atributos de acesso no primeiro contato com o sistema de saúde, longitudinalidade, coordenação da assistência, integralidade da atenção, orientação comunitária, orientação familiar e a competência cultural, sendo estes atributos definidos como essenciais (o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema) e derivados (orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural), conceituados por Starfield na seguinte forma (Brasil, 2010b):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: O serviço deve ser a porta de entrada no sistema, sendo a fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, independente da presença de doenças. A relação entre a população e o serviço deve expressar a confiança mútua sendo interpessoal.
- Integralidade: ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- Coordenação da atenção: capacidade de integrar o cuidado ofertado na rede do sistema de saúde através da coordenação entre os serviços. Pressupõe a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional ou por sistemas de informação.
- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): considerar que o contexto familiar interfere no processo saúde doença, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- Competência cultural: capacidade do serviço de saúde de adaptar-se às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Na avaliação de um serviço de saúde, o mesmo é considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais e aumenta o seu poder de interação com os indivíduos e a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Essa definição da atenção primária à saúde pode guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na atenção primária (Harzheim, 2006^a; Harzheim, 2006^b; Macinko, 2004).

3.4.1 Primary Care Assessment Tool (PCATool)

O instrumento de avaliação da APS, o PCATool foi desenvolvido em 1997, na *Jonhs Hopkins Primary Care Policy Center*, por Starfield e colaboradores, com o intuito de mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em serviços de saúde. Foi primeiramente validado nos Estados Unidos, sendo validado em outros países, e no Brasil pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre da UFRGS (Brasil, 2010b; Chomatas, 2009; Pasarín, 2007; Lee, 2000). Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (Harzheim, 2006^b).

O PCATool baseia-se no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (estrutura; processo; resultado). Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo). (Figueiredo, 2011; Brasil, 2010b). Há uma ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (Brasil, 2010b).

O instrumento PCATool tem sido utilizado em vários países, como Canadá, Espanha, Coreia, Estados Unidos e Brasil (Pasarin, 2007; Lee, 2000; Jeon, 2011; Ibáñez, 2006, Sung, 2010; Tourigny, 2010; Muldoon, 2010; Macinko, 2004; Chomatas, 2009; Van Stralen, 2008), possibilitando uma forma consistente de avaliar e investigar a relação entre os atributos da atenção primária à saúde, a utilização dos serviços e os resultados em saúde (Harzheim, 2006).

O instrumento é composto por blocos que correspondem aos atributos da APS. O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e as respostas são estruturadas seguindo uma escala tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributos, da

seguinte maneira: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim. Para obter o escore da qualidade da APS é calculada a média dos valores dos itens que compõe cada dimensão. São considerados serviços com alto grau de orientação a APS aqueles que obtiverem valor do escore geral maior ou igual a 6,6 (Chomatas, 2009).

A utilização de indicadores qualidade do processo, como os escores dos atributos da APS, e sua correlação com resultados do serviço, qualidade de vida e satisfação do paciente, são importantes para avaliação do impacto das ações em APS e para definição de estratégias futuras (Harzheim, 2006^a, Harzheim, 2006^b).

3.4.2 Uso do PCATool na Atenção Primária à Saúde

Este instrumento tem sido utilizado em estudos para avaliação da qualidade do serviço prestado na APS, auxiliando no processo de monitoramento, acompanhamento e planejamento das ações. A tabela 7 apresenta o uso do instrumento PCATool para avaliação da APS no Brasil.

Tabela 7. Estudos de avaliação da APS no Brasil, usando o instrumento PCATool

Estudo	Objetivo	População	Métodos	Resultados	Conclusões
Zills et al, 2009	Comparar a satisfação de usuários que avaliam a qualidade do processo de atenção recebida como sendo de alto escore de APS com a de usuários que a avaliam como baixo escore de APS.	A população alvo do estudo foram 1.393 usuários adultos da rede de atenção primária de Porto Alegre composta por serviços (ESF, UBS, SSC/GHC e CSEM).	Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Porto Alegre, RS	Observou-se diferença significativa nas 12 variáveis que refletem a satisfação em vários aspectos da consulta, demonstrando maior satisfação em usuários que classificaram o seu serviço como de alto escore. A avaliação geral da consulta apresentou 95,6% e 73,5% de "satisfeitos" nos serviços com alto e baixo escore de APS, respectivamente ($p < 0,001$).	Usuários de serviços com alto grau de orientação à atenção primária obtêm maior satisfação em suas consultas.
Cunha, 2006.	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade do cuidado à menores de 02 anos, comparando PSF e Modelo Tradicional.	36 profissionais de nível superior	Estudo Transversal realizado em serviços da APS de Restinga em Porto Alegre com profissionais de nível superior.	O PSF obteve maior escore geral ($p = 0,019$). Esta diferença não se manteve após controle de covariáveis idade, tempo de trabalho na equipe e tempo de formado.	Os médicos e enfermeiros que trabalham no PSF consideram sua atenção à saúde infantil de melhor qualidade.
Van Stralen et al, 2008.	Avaliar a percepção de desempenho de serviços da APS em municípios com mais de 100.000 habitantes nos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, Brasil.	Foram entrevistados 302 profissionais de nível superior, 207 de nível médio, 490 usuários e 133 acompanhantes das unidades de saúde da APS.	Estudo seccional realizado em 09 municípios nos quais foram aplicados as versões usuários para adultos e crianças e a versão profissionais do PCATool para profissionais de nível superior e médio, em 36 unidades básicas com Saúde da Família e 28 unidades tradicionais, onde.	Na percepção do usuário, os dados apresentaram diferenças significativas nos atributos enfoque familiar (ESF=1,88 e UBS = 1,45) e Orientação Comunitária (ESF=2,23 e UBS = 1,48).	Os dados não apresentaram diferenças significativas entre as unidades com e sem saúde da família, mas as percepções dos profissionais são sempre mais favoráveis em comparação às dos usuários.

Cont.

Estudo	Objetivo	População	Métodos	Resultados	Conclusões
Ibãñez et al, 2006.	Avaliar o desempenho dos serviços de APS em municípios do estado de São Paulo com mais de 100.000 habitantes, com exceção da capital.	62 municípios acima de 100.000 habitantes do estado de São Paulo, com exceção da capital. Para avaliação dos usuários, foi calculado amostra com 2923 usuários das unidades de saúde destes municípios.	Estudo transversal, amostras agrupada por clusters. Instrumento de avaliação dos usuários foi uma adaptação do PCATool, já o questionário aplicado aos usuários	A acessibilidade e a porta de entrada tiveram avaliações semelhantes tanto para profissionais e usuários, com 50% e 80% respectivamente. A dimensão de elenco de serviços, coordenação e enfoque familiar tiveram avaliações diferentes entre os dois grupos. A orientação comunitária é avaliada pelos profissionais como razoável (60%) e ruim para os usuários (40%).	A avaliação feita por usuários e acompanhantes apontam o índice geral de 50%, o que qualifica como pouco satisfatória. Quanto à análise por dimensões há maior nível de satisfação nos clusters com indicadores sociais mais favoráveis em todas as dimensões, com exceção de elenco de serviços e orientação comunitária.
Chomatas, 2009.	Avaliar a presença e os atributos da APS no município de Curitiba comparando a UBS e a UESF por meio da percepção dos profissionais de saúde.	O estudo foi realizado em 45 unidades que atuavam com ESF e 47 unidades tradicionais. Participaram do estudo os profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde no ano de 2008.	Estudo transversal usando o PCATool versão profissionais.	AS UESF apresentaram maior percentual de alto escore (≥ 6.6) da APS nos atributos individuais, nos escores essenciais, derivados e geral da APS.	Os resultados evidenciaram que em Curitiba as unidades da estratégia saúde da família apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS em comparação com as Unidades Básicas de Saúde Tradicional.
Sala et al, 2011	Avaliar processos de integralidade em unidades de APS localizadas no Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços.	A amostra de usuários foi estimada em 90 usuários vinculados ao PSF e 90 usuários sem vínculo com equipe de PSF	Estudo transversal que envolveu a realização de entrevistas com usuários de unidades de APS localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, realizadas no segundo semestre de 2007.	Os resultados principais apontaram para o bom desempenho nas categorias de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade receberam as piores avaliações	Questões relacionadas ao cuidado individual e à prestação direta de serviços foram, de modo geral, bem avaliadas, em que pesem as dificuldades no acesso. No entanto, as atividades que necessitam de reestruturação mais profunda na organização e na cultura dos serviços acabaram revelando resultados insatisfatórios na percepção dos usuários.

Cont.

Estudo	Objetivo	População	Métodos	Resultados	Conclusões
Oliveira, 2007	Avaliar a qualidade da atenção nos diferentes serviços de APS existentes em Porto Alegre – RS.	3000 usuários das unidades de saúde.	Estudo transversal de base populacional em adultos adscritos à rede pública de APS e usuários da Caixa de assistência dos funcionários do Banco do Brasil .	Observaram diferenças significativas entre os escores da APS para os serviços (Escore Geral com $p < 0,05$ em relação às UBS), utilização da ESF (RP=2,52) e GHC (RP=5,11).	A maior orientação à APS presente na ESF justifica a sua escolha como modelo de expansão e qualificação da APS em Porto Alegre.
Ribeiro et al, 2010.	Avaliar o acolhimento na perspectiva da postura profissional da equipe de saúde da família na sua forma de receber, escutar e de aproximar quem cuida de quem é cuidado, na visão dos responsáveis por crianças.	A população desta pesquisa foi composta por crianças entre 0 a 6 anos de idade cadastradas nas cinco equipes de saúde da família da sede do Município de Diamantina. O cálculo amostral foi realizado adotando-se uma prevalência de 50% um erro de 5% e nível de 95% de confiança. A amostra foi composta por 384 crianças	Foi realizado estudo quantitativo descritivo transversal representativo da sede do Município de Diamantina para verificar a prática do acolhimento às crianças de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família, com a utilização do instrumento PCATool, aplicado nos responsáveis em domicílio.	O serviço de referência para o atendimento foi a unidade de saúde da família 77,6%. Em relação ao acolhimento/postura, 74,2% consideram que o profissional entende o que ele diz e pergunta, e 79,2% respondem da forma que o cuidador da criança entende. Para 77,2% dos responsáveis sempre que precisam conversar com o profissional eles conseguem, e 73,8% se sentem à vontade para falar com o profissional	A partir destes resultados pode-se inferir que o acolhimento/postura nestes serviços tem permitido uma interação usuário- profissional satisfatória, imprescindível para um atendimento à saúde com qualidade.
Pereira et al, 2011	Avaliar as características organizacionais e de desempenho, a partir dos usuários, de uma Unidade Básica de Saúde tradicional, da rede de serviços de Atenção Básica à Saúde	Foi aplicado o instrumento em 55 usuários.	Estudo transversal realizado na UBS do interior de São Paulo, sendo aplicado o instrumento PCATool.	Foi indicado desempenho satisfatório (>69%) para os atributos porta de entrada, elenco de serviços, coordenação e vínculos.	Os resultados revelam o atributo acesso como um dos pontos de estrangulamento do sistema. Conclui-se a necessidade de investimentos na rede municipal, visando fortalecer os atributos da Atenção Básica.

Cont.

Estudo	Objetivo	População	Métodos	Resultados	Conclusões
Figueiredo 2011.	Analisar o grau de concordância entre o PCATool, validado internacionalmente e o AMQ, elaborado pelo Ministério da Saúde.	Foram utilizados dados da aplicação do instrumento 4 e 5 do AMQ em Curitiba no ano de 2008 e dados da aplicação do instrumento PCATool com médicos e enfermeiros da ESF entre maio e novembro do mesmo ano neste município.	Estudo com análise de dados secundários advindos da aplicação dos instrumentos no município de Curitiba, Paraná.	Houve concordância ($p > 0,05$) para os atributos integralidade ($p = 0,1898$) e orientação familiar ($p = 0,0840$), o que não ocorreu nos atributos acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação comunitária.	Baixa concordância entre os instrumentos PCATool e AMQ, mostrando que eles não são concordantes. Sugere o uso do PCATool como instrumento de avaliação dos atributos da APS.

4. JUSTIFICATIVA

Diante dos desafios do rápido envelhecimento populacional no Brasil e da necessidade de estruturação dos serviços de saúde é imprescindível a avaliação do serviço prestado ao idoso na Atenção Primária, visto que este é o nível primário para o atendimento no sistema de saúde. O instrumento PCATool mostra-se eficaz, sendo promissor para avaliação e comparação de serviços de APS com diferentes formas de organização. A literatura sobre o uso de serviços de saúde por idosos no Brasil é escassa, sendo necessárias evidências sobre a presença e os atributos da APS nos diferentes modelos assistenciais na visão do idoso.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade do serviço prestado ao idoso em modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e em Unidades da Estratégia Saúde da Família (UESF), oferecidos na Atenção Básica à Saúde no município de Ilhéus - Bahia.

5.2 Objetivos Específicos

- Avaliar características da população idosa atendida em UBS e UESF.
- Verificar os atributos da APS atendidos pelas unidades com o instrumento PCATool, versão adulto.
- Verificar características associadas com atendimento a esses atributos: morbidade referida, tipo de unidade, obesidade geral, obesidade central e qualidade de vida (SF-12).

6. REFERÊNCIAS

Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging*. 2010; 5: 207–216.

Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4):613-21.

Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP* 2010; 44(4): 1046-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400027&lng=pt&nrm=iso (04 out. 2011).

Arango DC, Cardona ÁMS. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011, 46(2):96-9. doi:10.1016/j.regg.2010.11.008 (25 dez. 2011)

Barreto SM, Passos VAM, Lima-Costa MFFL. Obesity and underweight among Brazilian elderly. The Bambuí Health and Aging Study. *Cad. Saúde Pública* 2003, 19(2):605-12.

Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev. Nutr.* 2008, 21(3):311-21.

Bezerra AFB, Santo ACGE, Filho, MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 809-15.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 2006. Aprova Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2006; 20 out.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº2488, de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa* 2011; 21 out.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2005/2006. 2008.

Brasil. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011;16(6):2919-25.

Caneppele, MCGL, Fuchs S. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de indivíduos idosos de Porto Alegre. [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2007.

Cavalcanti CBS, Carvalho SCBE, Barros MVG. Indicadores antropométricos de obesidade abdominal: revisão dos artigos indexados na biblioteca SciELO. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009, 11(2):217-25.

Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev. Nutr.* 2005, 18(6):765-75.

Château-Degat ML, Dewailly E, Charbonneau G, Laouan-Sidi EA, Tremblay A, Egeland GM. Obesity risks: towards an emerging Inuit pattern. *International Journal of Circumpolar Health* 2011; 70(2) 166-77.

Chen T, Li L. Influence of health-related quality of life on health service utilization in addition to socio-demographic and morbidity variables among primary care patients in China. *Int J Public Health* 2009; 54:325–32.

Chomatas ERV, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na Rede de saúde no Município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2009.

Coimbra AMV, Ricci NA, Coimbra IB, Costallat LTL. Falls in the elderly of the Family Health Program. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 51: 317–322.

Conill, EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008, Sup 24(1):S7-27.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):705-11.

Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):437-44.

Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso na saúde primária: os sistemas brasileiros e espanhol. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94:1864-74.

Cunha CRH, Harzheim E, Duncan BB. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo

tradicional. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2006.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues AM, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 2008, Sup 24(1):S159-72.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 4(3): 317-21.

Figuereido AM, Kuchenbecker R, Harzheim E. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2011.

Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida, In: Fleck MPA e colabs. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008, 19-28.

Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curten LR. Prevalence and trends in obesity among us adults, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303(3):235-41.

Flegal KM, Shepherd JA, Looker AC, Graubard BI, Borrud LG, Ogden CL, Harris TB, Everhart JE, Schenker N. Comparisons of percentage body fat, body mass index, waist circumference, and waist-stature ratio in adults. *Am J Clin Nutr* 2009;89:500–8.

Freitas MPD, Filho AIL, Lima-Costa MF. Birth cohort differences in cardiovascular risk factors in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 3:S409-17.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(3):783-94.

Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2005a; 11(4): 315–27.

Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research* 2005b; 14:1651-68.

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006, 6:156.

Harzheim E, Starfield S, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-59.

Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Junior JWW, Kroenke K, Lin EHB, Harlope LH, Arean P, Levine S, Grypma LM, Hargreaves WA, Unützer J. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006; 332:259-62.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):683-703.

Janssen I, Mark AE. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. *Obesity reviews* 2007; 8: 41–59.

Jeon K. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Quality in Primary Care* 2011;19:85–103.

Kümpel DA, Sodré AC, Pomatti DM, Scortegagna HM, Filippi J, Portella MR, Doring M, Scariot M. Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(3): 271-7.

Lacerda SM, Gazzola JM, Lopes AB, Lemos NFD, Cordeiro RC. Qualidade de vida dos idosos atendidos em programa de assistência domiciliária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(2): 329-42.

Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciências & Saúde Coletiva* 2011; 16(10):4257-66.

Lavras C. Aten o Primária   Saúde e a Organiza o de Redes Regionais de Aten o   Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 867-74.

Lee JH. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience:tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2000; 21(2): 103-111.

Levine DA, Calhoun DA, Prineas RJ, Cushman M, Howard VJ, Howard G. Moderate Waist Circumference and Hypertension Prevalence: The REGARDS Study. *American Journal of Hypertension* 2011; 24:482-488.

Lima MJB, Portela MC. Elabora o e avalia o da confiabilidade de um instrumento para medi o da qualidade de vida relacionada   saúde de idosos independentes. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(8):1651-62.

- Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(10):2159-67.
- Lord Dawson of Penn. Interim report on the future provision of medical and allied service. United Kingdom Ministry of Health. Consultative council on medical allied services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
- Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19: 303-17.
- Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Filho WJ. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8(5):405-10.
- Mello DB. Influência da obesidade na qualidade de vida de idosos. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2008.
- Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
- Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva* 2009, Supl. 14(1):1493-97.
- Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 2011, 27(4):779-86.
- Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russel G, Shortt M. Community orientation in primary care practices Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* 2010; 56: 676-83.
- Munaretti DB, Barbosa AR, Marucci MFN, Lebrão MC. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(1):25-30.
- Muñoz AM, Falque-Madrid L, Zambrano RC, Gladys E. Basic Anthropometry and Health Status of Elderly: Findings of the Maracaibo Aging Study *J Aging Health* 2010 22(2): 242-61.
- Netuveli G, Blune D. Quality of life in older age. *British Medical Bulletin* 2008; 85: 113-26.
- Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):410-8.
- Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: Uma análise agregada. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. (OPAS/OMS), 2008.

Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002 – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma Ata. In: Proceedings of the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de saúde. Alma Ata (URSS); 1978.

Organização Mundial de Saúde (OMS). El estado físico: uso e interpretación de La antropometría. OMS: Séries de informes técnicos. 1995.

Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos Envelhecimento [periódico na Internet]. 2004 [citado 2011 Out 29] ; 7(2): 45-61. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200004&lng=pt

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet 2011. Publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Auto-avaliação do estado de saúde em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia - Goiás. [dissertação de mestrado]. Goiânia (GO): Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2009.

Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública 2011; 27(8):1593-1602.

Palacios R. The future of global ageing. International Journal of Epidemiology 2002; 31:786-91.

Pasarín MI. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. Aten Primaria 2007; 39 (8):395-401.

Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(1):48-55.

Pessoa LR, Ferasso M, Vargas LM, Ferla AA. Challenges in organizing care networks for the elderly in two regions of Brazil. Cad. Saúde Pública 2010, 26(7):1314-22.

Picon PX, Leitão CB, Gerchman F, Azevedo MJ, Silveiro SP, Gross JL, Canani LH. Medida da cintura e razão cintura/quadril e identificação de situações de risco cardiovascular: estudo multicêntrico em pacientes com diabetes melito tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab 2007, 51(3): 443-49.

Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev. Nutr., Campinas 2004, 17(4):523-33.

Pitanga FJG, Lessa I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(3): 157-61.

Power M. Qualidade de vida: visão geral do projeto WHOQOL, In: Fleck MPA e colabs. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008, 19-28.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003, 19(1):27-34.

Reyes-Morales H, Doubova SV, Garcia-González JJ, Espinosa-Aguilar A, Jiménez-Uribe R, Pena-Valdovinos A, Mendoza-Núñez VM. Guía para la evaluación gerontológica integral. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (3): 291-306.

Ribeiro FA, Schraiber B. Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina; 2007.

Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010, 26 (12): 2316-22.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomas E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):604-12.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomas E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(10):2267-78.

Rosa TEC. Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: Fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida. [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Sala A, Luppi CG, Simoes O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc.* 2011; 20(4):948-60.

Sanz MJ, Villafranca JMS, Ruiz CP, Llata MJT, Lavin GL, Santamaría MAM, Barranco MCH, Iglesias G, Pellón JLP, García TP, Pinilla SFM, Pedrero S, García LG, Ugalde PC, Calderón MIG, Villoslada MJC, Pelaz MRDR, González AIB, Fontaneda BC, García EC, Iglesia DC, Seco MJDC, Salas RD, Mata MAG, Gutiérrez GT, Díez PA, Gómez PB, Ruiz IB, Martínez OB, Gabas NC, Martínez MAC, Martínez NC, Gutiérrez MJC, Díez RG, Expósito JG, Romero MAG, Cobo EH, Ruiz EH, Barcena RL, García NO, Bolado SR, Pérez GS. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp.* 2011;26(2):345-54.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes P. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011. Publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(2):580-88.

Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-77.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):364-71.

Souza, LGS, Menandro, MCS. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011, 21 [2]: 517-39.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

Starfield, B. Primary Care: balancing health needs, services and technology. 2 ed. New York: Oxford University Press; 1998.

Sung NJ, Suh S, Lee DW, Yupahn H, Choi Y, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22(6): 493–99.

Swinburn AB, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.

Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):571-2.

Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Carmichael ZBP. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform Family medicine groups in Quebec. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* 2010; 56: 273-82.

Tribess S. Junior JSV, Petroski EL. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010, 15(1):31-8.

Troiano RP, Frongillo EA Jr, Sobal J, Levitsky DA. The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity* 1996, 20(1):63-75.

Vasconcelos FAG, Cordeiro BA, Rech CR, Petroski EL. Sensitivity and specificity of the body mass index for the diagnosis of overweight/obesity in elderly. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(8):1519-27.

Van Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; Sup 24(1):S148-58.

Vasques ACJ, Rosado LEFPL, Rosado GP, Ribeiro RCL, Franceschini SCC, Genoleze B, Priore SE, Oliveira DR. Habilidade de indicadores antropométricos e de composição corporal em identificar a resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009;53(1): 72-9.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3):711-24.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.

Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(1):231-238.

Victor JF, Ximenez LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta paul. Enferm.* 2009; 22(1):49-54.

Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 185-94.

Werle MH, Moriguchi E, Fuchs SC, Bruscato NM, de Carli W, Fuchs FD. Risk factors for cardiovascular disease in the very elderly: results of a cohort study in a city in southern Brazil. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* (published online February 2, 2011) 2011.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, (editors). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heigelsberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.

Woo J. Nutritional Strategies for Successful Aging. *Med Clin N Am* 95 (2011) 477–493.

World Health Organization (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.*

World Health Organization (WHO). *Who Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of antropometry: report of a WHO Expert Committee. Switzerland; 1995.*

World Health Organization (WHO). *Waist circumference and waist–hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.*

World Bank. 2011 — Becoming Old in an Older Brazil. Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance and Service Delivery. Washington DC: World Bank.

Yan LL, Daviglius ML, Liu K, Pirzada A, Garside DB, Schiffer L, Dyer AR, Greenland P. BMI and Health-Related Quality of Life in Adults 65 Years and Older
Obesity Research 2004; 12(1):69-76.

Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. Rev Bras Med Fam e Com 2009; 4(16):270-6.

7. ARTIGO

Avaliação da Atenção Primária à Saúde oferecida a indivíduos idosos na rede pública de município do Nordeste do Brasil

[Evaluation of Primary Health Care available to the elderly in the public system in a city of the Northeast of Brazil]

Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho¹, Sinara L. Rossato¹, Flávio D. Fuchs², Erno Harzheim^{1,2}, Sandra C. Fuchs^{1,2}

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde/CNPq, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Autor para correspondência:

Prof Sandra Costa Fuchs, MD, PhD

Centro de Pesquisa Clínica, 5º andar

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ramiro Barcellos, 2350

90.035-003, Porto Alegre, RS, Brasil

Phone/FAX: + 5551-33597621/3359-8449

E-mail: scfuchs@terra.com.br

Resumo

Contexto: O modelo preconizado para a atenção primária à saúde (APS) no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF), mas não existem estudos mostrando a efetividade desse modelo para a APS oferecida à idosos.

Objetivos: Avaliar se pacientes idosos que consultam em unidades com ESF apresentam maior orientação à APS do que os que consultam no modelo assistencial tradicional; se condições mórbidas referidas como problemas de saúde - hipertensão, diabetes mellitus, distúrbios mentais, dor crônica - e obesidade e obesidade central aferidas se associam independentemente com orientação à APS; e se essa associa-se com qualidade de vida em indivíduos idosos.

Participantes e métodos: Estudo transversal, realizado entre agosto de 2010 e agosto de 2011, em Ilhéus, Bahia. Foram entrevistados 509 idosos, selecionados por amostragem, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidades com ESF quanto à características demográficas, socioeconômicas, grau de orientação dos serviços a APS, morbidade referida como problemas de saúde e qualidade de vida. Aferiu-se qualidade de vida com o Short Form Health Survey (SF-12) e orientação a APS com o PCATool. Além disso, foi realizada antropometria. Equipe treinada e supervisionada realizou a coleta de dados.

Resultados: O atendimento realizado na ESF apresenta maior grau de orientação à APS em comparação a UBS. O problema de saúde mencionado pelo idoso não afetou o grau de orientação à APS, mesmo após controle para fatores de confusão. Contudo, os problemas crônicos não se associaram independentemente com escore de APS baixo, exceto hipertensão e doença cardiovascular. Observou-se associação independente e positiva entre escore de APS e o componente mental de qualidade de vida.

Conclusão: Este estudo mostrou maior orientação à APS em unidades com ESF, independentemente do problema de saúde. O grau de orientação para a APS aumentou a qualidade de vida para o componente mental. Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde do idoso.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde, Idoso, Saúde da Família, Qualidade de vida, Serviços de saúde.

Abstract

Background: The model for primary care in primary health care (PHC) in Brazil is the Family Health Strategy (FHS), but there are no studies proving the effectiveness of this model for the PHC to the elderly.

Objectives: To assess whether elderly patients who consult in the units with the Family Health Strategy (ESF) show higher PHC orientation than those who attend the traditional care model; if health problems - hypertension, diabetes mellitus, mental disorders, chronic pain - and obesity and central obesity, directly measured, are independently associated with low score in the PHC; and whether the PHC score is associated with quality of life.

Participants and methods: A survey was conducted among the elderly between August 2010 and August 2011, in Ilhéus, Bahia. We interviewed 509 individuals, selected through a random sample, who consulted at Basic Health Units (BHU) or ESF units, on the demographic and socioeconomic characteristics, degree of orientation of the services to Primary Health Care, health problems and quality of life. The Short Form Health Survey (SF-12) was used to assess quality of life and PCATool to generate PHC scores. In addition, weight, height and waist circumference were measured. Trained research assistants, under supervision performed the data collection.

Results: The health care provided by the ESF has higher degree of orientation to the PHC, in comparison to the UBS. The health problems mentioned by the elderly did not affect the degree of PHC orientation, even after controlling for confounding factors. However, the chronic problems were not associated independently with lower PHC score, except hypertension and cardiovascular disease. It was observed an independent and positive association between PHC score and the mental component of quality of life.

Conclusion: This study showed higher orientation to PHC in units with ESF, regardless of the health problem. The degree of orientation to PHC increased the quality of life of the mental component. The results of this study emphasize the need of public policies aiming at elderly health care.

Keywords: Primary Health Care, Elderly, Family Health, quality of life, health services.

Introdução

O aumento da expectativa de vida ao nascer duplicou a população idosa do Brasil, no período de 1900 a 1989, e a projeção é de que, em 2050, alcance 65 milhões [1]. A longevidade da população idosa aumentou a demanda de serviços assistenciais, particularmente dos prestados na Atenção Primária à Saúde (APS) [2,3,4,5,6]. A APS oferece atenção integral, centraliza a coordenação do sistema, e tem como modelo prioritário, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) [7]. Essa inclui programa de atenção implementado por equipes nucleares, que além do médico de família inclui enfermeiro, técnicos e auxiliares. Na unidade básica de saúde (UBS) há médico clínico e diversos especialistas, além de enfermeiro e técnicos, mas que não trabalham com a proposta de integralização [7]. O modelo assistencial de ESF tem progressivamente substituído à assistência tradicional oferecida nas UBSs, que atendem demanda espontânea ou encaminhada por outros serviços.

A gestão de doenças crônicas no Brasil [8] leva em conta não apenas a prevalência, mas também o envelhecimento populacional associado à carga de doença [9]. Embora o atendimento de indivíduos idosos possa ser feito em qualquer um dos modelos [10], ESF ou UBS, a diretriz brasileira preconiza acesso fácil ao sistema único de saúde (SUS), com atenção prioritária e frequente - de acordo com presença de fatores de risco e condições de saúde; seguimento ao longo da vida – acompanhando mudanças e etapas do envelhecimento; integração de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde [11, 12, 13, 14].

A promoção da saúde do idoso, em APS, no Brasil ainda é incipiente, sem avaliação sistemática e formal de efetividade [15,16,17,18]. Entre os instrumentos de avaliação disponíveis [19], destaca-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), validado no Brasil [20,21,22,23,24], com o intuito de verificar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS [24,25,26], que permitem analisar estrutura e processo [20,21,22,23]. Os escores gerados permitem quantificar o grau de orientação do serviço à atenção primária a saúde, levando em conta os atributos essenciais e derivados [20,21]. Entre as avaliações de efetividade dos modelos de APS [27,28,29], realizadas em indivíduos adultos [30,31], crianças [32], ou sob a perspectiva dos profissionais [21,33], a ESF mostrou ser superior as demais opções no alcance das metas estabelecidas para APS. Contudo, não há estudos realizados em idosos que permitam caracterizar a adesão ao modelo assistencial de APS, versus o modelo tradicional, se há associação entre doenças crônicas e o grau de adesão à APS, e se esse associa-se à qualidade de vida. O envelhecimento ativo tem na caracterização do estado nutricional e da qualidade de vida desfechos clínicos importantes para formulação de políticas públicas para promover o envelhecimento saudável. O objetivo desse estudo foi avaliar se o atendimento de pacientes idosos que consultaram em unidades com ESF apresentaram maior orientação à APS do que o atendimento no modelo assistencial tradicional; se condições mórbidas referidas pelo paciente como

problemas de saúde - hipertensão, diabetes mellitus, distúrbios mentais, dor crônica - e obesidade e obesidade central aferidas se associaram independentemente com orientação à APS; e se essa associou-se com qualidade de vida em indivíduos idosos.

Material e métodos

Desenho do estudo e participantes

Estudo transversal incluiu indivíduos com 60 anos ou mais, atendidos nas unidades de Atenção Primária a Saúde, em Ilhéus, Bahia, no Nordeste do Brasil, no período de agosto de 2010 a agosto de 2011. Ilhéus possui 184.236 habitantes no ano de 2010, segundo o censo do IBGE, com 10,36% de idosos e dispõe de 33 unidades de saúde, 23 com Estratégia Saúde da Família e 10 com Unidades Básicas de Saúde. Entre essas, selecionaram-se 13 e 8 unidades, respectivamente, por amostragem proporcional ao número de unidades com cada modelo assistencial, incluindo-se os pacientes presentes nas unidades nas consultas, nas visitas domiciliares e nos trabalhos de grupo nos dias sorteados. O Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, credenciado pelo *Office of Human Research Protections as Institutional Review Board*, aprovou o projeto (registry: GHC 09090) e todos os participantes e assinaram termo de consentimento.

Variáveis em estudo

A principal variável de exposição é o modelo assistencial da APS no município: Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, seguido por condições crônicas referidas pelo paciente entre os principais problemas de saúde: hipertensão, diabetes mellitus, distúrbios mentais ou dor crônica, podendo ser citadas até três doenças ou sintomas. Além dessas, entre as condições crônicas incluíram-se obesidade central, determinada por cintura >88 cm para mulheres e >102 cm para homens, e índice de massa corporal, medido por peso (kg) dividido por altura (m) ao quadrado, categorizado em <25,0 como categoria de referência, 25,0 a 29,9 para sobrepeso e ≥30,0 para obesidade.

Os desfechos clínicos foram o grau de orientação à APS, segundo o usuário, determinado pelo PCATool, versão adulto, utilizado para detectar a extensão dos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e de dois atributos derivados: orientação familiar e comunitária da APS. O grau de orientação é diretamente proporcional ao escore gerado, sendo considerado alto escore se ≥6,6. A segunda variável de desfecho foi a qualidade de vida, avaliada pelo *Short Form Health Survey* (SF-12), composto por 12 itens, gerando escores de qualidade de vida sumarizados em dois componentes: físico (PCS, *Physical Component Summary*) e mental (MCS, *Mental Component Summary*). A análise de qualidade de vida foi realizada considerando o escore de APS, variável contínua, como exposição.

Consideraram-se potenciais fatores de confusão: variáveis demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (escolaridade, situação de trabalho e pessoas que residem com o entrevistado).

Coleta de Dados

Assistentes de pesquisa treinados realizaram entrevistas utilizando questionários padronizados incluindo variáveis demográficas (idade e sexo), socioeconômicas (escolaridade, em anos; situação de trabalho; situação conjugal; familiares residentes no domicílio) e morbidades referidas como os principais problemas de saúde (hipertensão, diabetes mellitus, distúrbios mentais, dor crônica) e aferidas (obesidade e obesidade central). Realizou-se antropometria, com medidas em duplicata: cintura (cm) utilizando fita inelástica, peso (em kg) em balança Techline modelo BAL-180-CI, com precisão de 100g e altura (m) com estadiômetro portátil Sanny para cálculo do índice de massa corporal (kg/m^2). Os questionários SF-12, versão 2, e PCATool, validado para o português, foram utilizados, respectivamente, para investigação de qualidade de vida e orientação à APS.

A equipe foi submetida a treinamento e a operacionalização do projeto foi testada em estudo piloto, com 30 idosos não pertencentes à amostra. As entrevistas foram realizadas durante a rotina de atendimento e em atividades em grupo nas unidades de saúde e em visitas domiciliares da equipe. Aproximadamente 46% das entrevistas foram supervisionadas diretamente.

Cálculo de tamanho da amostra e análise estatística

Considerando-se a ausência de dados em idosos, o cálculo baseou-se em estimativa de que 90% das UBS apresentariam escore baixo versus 75% das unidades com ESF, resultando em uma amostra de 352 participantes para detectar uma razão de prevalência de pelo menos 1,2, com P de 0,05 (bicaudal) e poder de 90%. O cálculo de tamanho da amostra foi ampliado em 25% para manter o poder do estudo em caso de haver perdas e, como algumas morbidades referidas são pouco prevalentes (distúrbios mentais), arrolaram-se mais 20%.

Dados foram digitados em banco de dados, criado no programa Epiinfo versão 3.5.3 (CDC, Atlanta, GA, Estados Unidos) e as análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos). Utilizaram-se testes do qui-quadrado de Pearson para comparações entre proporções e a análise de variância (ANOVA) para testar diferenças entre médias. Análise multivariada foi realizada para avaliar se as associações são independentes de fatores de confusão; regressão de Poisson modificada para cálculo da razão de prevalência ajustada e IC95% entre condição crônica, modelo assistencial e escore de orientação à APS, e regressão linear múltipla, para avaliar a associação independente entre escore de orientação à APS, condição crônica e qualidade de vida.

Resultados

Um total de 511 indivíduos idosos foram identificados, dois recusaram participar, resultando em 509 indivíduos arrolados. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes de acordo com o modelo assistencial, destacando-se o predomínio de mulheres, com $72,8 \pm 8,2$ anos, sendo que 13% moravam sozinhos ou apenas com o conjugue e 3,5% estavam aposentados, mas continuavam trabalhando. Houve predomínio de pacientes com maior escolaridade em atendimento nas UBSs, morando sozinho ou apenas com conjugue nas unidades com ESF. A frequência de problemas de saúde referidos foi similar nos dois modelos assistenciais, mas obesidade central e dor crônica foram mais frequentes entre os atendidos nas unidades com ESF. Em relação à qualidade de vida, o escore do componente físico foi mais elevado na UBS e o componente mental na ESF.

Observa-se, na Tabela 2, que os escores de orientação à APS - de atributos essencial e geral foram superiores na ESF, comparativamente à UBS. A Tabela 2 apresenta a presença e a extensão da APS considerando escores médios dos atributos, escore essencial e geral comparando os modelos assistenciais. Para os escores geral, essencial e de atributos foram identificadas diferenças significativas ($P < 0,001$) e superiores para a UESF.

A associação entre escores de orientação à APS mais baixos nas UBSs do que nas unidades com ESF mostrou-se independente da morbidade e de fatores de confusão para os pacientes atendidos em ambos os modelos (Tabela 3). Em todas as condições estudadas, os escores maiores foram observados em pacientes atendidos em unidades com ESF.

Na Tabela 4, observa-se que o baixo grau de orientação à APS foi menor nas unidades com ESF do que nas UBSs, independentemente do tipo de condição crônica, idade, sexo e escolaridade. Contudo, entre as doenças crônicas identificadas como problemas de saúde, as associações não foram independentes, exceto para hipertensão, cuja associação foi inversa ao baixo grau de orientação à APS, e para doença cardiovascular, que apresentou maior risco de escore geral baixo.

Destaca-se, na Tabela 5, a associação independente entre o grau de orientação à APS e qualidade de vida em indivíduos idosos. Verificou-se associação positiva e independentemente entre o escore de APS e o componente mental da qualidade de vida, enquanto para o componente físico, a associação foi negativa. As estimativas não variaram substancialmente com os diferentes ajustes, e o modelo final inclui os potenciais fatores de confusão identificados.

Discussão

Esse estudo mostrou que entre indivíduos idosos, o grau de orientação à APS é maior nas unidades com ESF do que nas unidades básicas de saúde e independentemente do problema de saúde, a orientação está diretamente associada com o componente mental de qualidade de vida e inversamente com o componente físico. Os resultados sugerem que o grau de orientação à APS não está associado a um tipo específico de morbidade crônica, referida como problema de saúde.

Avaliação da orientação à atenção primária à saúde utilizando o PCATool [21,27,31,33] já havia caracterizado a presença e extensão dos atributos de APS no modelo de ESF, mas para indivíduos idosos, esse resultado ainda não havia sido apresentado. A menor prevalência de escore de APS baixo nas unidades com ESF, independentemente do problema de saúde, demonstra a relevância do modelo assistencial no atendimento do idoso, para qualquer condição. Estudo realizado na China evidenciou que baixa qualidade de vida aumenta marcadamente a utilização de serviços de saúde, mas essa relação foi caracterizada para APS, não havendo comparação com a medicina tradicional [34]. O resultado observado para hipertensão arterial – relação inversa com baixo escore de APS - concorda com achados prévios [35].

A qualidade de vida em idosos mostrou estar associada ao escore de APS, independente de hipertensão, sendo essa condição um dos determinantes de menor qualidade de vida detectado em indivíduos adultos, do sul do Brasil [36]. A presença de dor crônica dificulta consideravelmente a autonomia de indivíduos idosos no desempenho de atividades da vida diária, o que indiretamente poderia levar a maior utilização de unidades com assistência integral e menor qualidade de vida [37]. Contudo, os resultados do presente estudo indicam dor crônica não é determinante independente do grau de orientação à APS [38].

O estudo apresenta algumas limitações, que deveriam ser consideradas na interpretação dos resultados. Por exemplo, o desenho transversal não permite caracterizar uma associação causal, e causalidade reversa é explicação potencial para algumas associações. Contudo, mesmo transversalmente reforça a necessidade de ações integrais efetivas, incluindo práticas de promoção à saúde [39], relevantes para o controle de doenças crônicas, independentemente de qual seja o problema de saúde destacado pelo idoso. O maior acesso à APS, oferecido nas unidades com ESF [40], pode ser parte da estratégia para a assistência à portadores de incapacidade funcional e idosos acima de 80 anos, que deverão aumentar a carga total de doença nos próximos anos. Outro aspecto é que as condições crônicas foram referidas segundo a percepção do idoso como sendo um problema de saúde e não representam diretamente as prevalências dessas condições. Algumas doenças crônicas, como hipertensão [36] e dor crônica [41], podem estar subdimensionadas, o que poderia distorcer as associações. Contudo, se isso ocorreu não há direção prevista, podendo atenuar ou superestimá-las.

Conclusões

A associação entre orientação à APS e modelos assistenciais reitera o papel da ESF no atendimento à saúde do idoso e mostra que o escore geral da APS contribui para maior qualidade de vida, particularmente quanto ao componente mental. Esses resultados devem contribuir para a gestão da APS, particularmente em relação ao atendimento ao idoso.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela realização do Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde com Ênfase em Atenção Primária à Saúde.

As entrevistadoras da pesquisa: Adriana dos Santos, Juliana Matos, Lais Matos, Maíra Sales e Renata Cavalcante.

Aos funcionários das 33 unidades de saúde, do município de Ilhéus.

Aos idosos deste estudo.

Referências

1. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(1):231-238.
2. Pessôa LR, Ferasso M, Vargas LM, Ferla AA. Challenges in organizing care networks for the elderly in two regions of Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2010, 26(7):1314-22.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
4. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
5. Palacios R. The future of global ageing. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31:786-91.
6. Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002 – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº2488, de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa* 2011; 21 out.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes P. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011. Publicado online em 9 de maio. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
9. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2490-2502.
10. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomas E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(10):2267-78.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 2006. Aprova Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2006; 20 out.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006.*
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº2488, de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa* 2011; 21 out.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília , 2010.
15. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out.
16. Paskulin, LMG, Valer, DB, Vianna, LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011, 16(6):2935-44.
17. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 2011, 27(4):779-86.
18. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
19. Bezerra AFB, Santo ACGE, Filho, MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5): 809-15.
20. Figueiredo AM, Kuchenbecker R, Harzheim E. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2011.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.
22. Chomatas ERV, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na Rede de saúde no Município de Curitiba, no ano de 2008. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2009.
23. Pasarín MI. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria* 2007; 39 (8):395-401.
24. Lee JH. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2000; 21(2): 103-111.
25. Harzheim E, Starfield S, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8):1649-59.
26. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006, 6:156.

27. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19: 303–17.
28. Van Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; Sup 24(1):S148-58.
29. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(4): 789-800.
30. Mendoza-Sassi RA., Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(4): 787-796.
31. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam e Com* 2009; 4(16):270-6.
32. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: Uma análise agregada. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2007.
33. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2010, 26 (12): 2316-22.
34. Cunha CRH, Harzheim E, Duncan BB. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2006.
35. Chen T, Li L. Influence of health-related quality of life on health service utilization in addition to socio-demographic and morbidity variables among primary care patients in China. *Int J Public Health* 2009; 54:325–32.
36. Virtuoso Janeisa Franck, Mazo Giovana Zarpellon, Menezes Enaiane Cristina, Cardoso Adilson Sant'Ana, Dias Roges Ghidini, Balbé Giovane Pereira. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(1): 23-31.
37. Trevisol DJ, Moreira LB, Fuchs FD, Fuchs SC. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. *J Hum Hypertens*. 2012;26(6):374-80.

38. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública* 2007 ; 23(5): 1151-1160.
39. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(1):221-230.
40. Pinto MEB; Stein AT; Harzheim E. Promoção da saúde e a atenção primária a saúde em Porto alegre. [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS; 2012.
41. Shankar R; Tondon, J; Gambhir, I.R; Tripathi, C.B. Health status of elderly population in rural area of Varanasi District. *Indian Journal of Clinical Health* 2007; 51(1): 56-8.

Tabela 1. Características dos participantes avaliados nas unidades de Atenção Primária à Saúde, em Ilhéus, Bahia [N (%) ou média \pm DP]

	Total n= 509	Unidade básica de saúde n=316	Unidade com ESF* n=193	Valor P
Sexo feminino	327 (64,2)	212 (67,1)	115 (59,6)	0,09
Idade (anos)	72.8 \pm 8.2	72.7 \pm 8.1	72.9 \pm 8.4	0,8
Escolaridade (anos)				0,001
0	241 (47,3)	134 (42,4)	107 (55,4)	
1-4	190 (37,3)	121 (38,3)	64 (35,8)	
\geq 5	78 (15,3)	61 (19,3)	17 (8,8)	
Situação de trabalho				0,8
Nunca trabalhou	70 (13,8)	44 (13,9)	26 (13,5)	
Aposentado	407 (80,0)	254 (80,4)	153 (79,3)	
Trabalhando	14 (2,8)	9 (2,8)	5 (2,6)	
Aposentado e trabalhando	18 (3,5)	9 (2,8)	9 (4,7)	
Familiares residentes no domicílio				0,004
Mora só	67 (13,2)	36 (11,4)	31 (16,1)	
Mora com cônjuge	118 (23,2)	62 (19,6)	56 (29,0)	
Mora com cônjuge e familiares adultos	110 (21,6)	83 (26,3)	27 (14,0)	
Mora com familiares adultos	158 (31,0)	102 (32,3)	56 (29,0)	
Outros	56 (11,0)	33 (10,4)	23 (11,9)	
Índice de massa corporal (kg/m ²)				0,8
<25,0	207 (41,0)	129 (41,0)	78 (40,4)	
25,0-29,9	179 (35,2)	108 (34,3)	71 (36,8)	
\geq 30,0	122 (24,0)	78 (24,8)	44 (22,8)	
Obesidade central				0,05
Não	289 (56,8)	190 (60,1)	99 (51,3)	
Sim	220 (43,2)	126 (39,9)	94 (48,7)	
Morbidade referida				
Hipertensão arterial	144 (28,3)	93 (29,4)	51 (26,4)	0,5
Diabetes mellitus	67 (13,2)	45 (14,2)	22 (11,4)	0,4
Doença cardiovascular	27 (5,3)	16 (5,1)	11 (5,7)	0,8
Doença ósteomuscular	86 (16,9)	55 (17,4)	31 (16,1)	0,7
Transtorno mental	9 (1,8)	7 (2,2)	2 (1,0)	0,3
Dor crônica	127 (25,0)	65 (20,6)	62 (32,1)	0,003
Número de condições crônicas				0,13
0	59 (11,6)	43 (13,6)	16 (8,3)	
1	382 (75)	235 (74,4)	147 (76,2)	
\geq 2	68 (13,4)	38 (12,0)	30 (15,5)	
SF-12				
Componente físico sumarizado (PCS)	38,1 \pm 11,6	39,0 \pm 11,8	36,5 \pm 11,2	0,02
Componente mental sumarizado (MCS)	48,7 \pm 10,4	48,0 \pm 9,5	49,9 \pm 11,7	0,05

ESF: Estratégia Saúde da Família

Tabela 2. Escores geral, essencial e de atributos na Atenção Primária à Saúde e grau de afiliação de acordo com o modelo assistencial, em Ilhéus, Bahia [média (IC95%) ou N(%)]

	UBS ¹ n=316	UESF ² n=193	Valor P
Acesso - utilização	5,2 ±4,7	6,9 ±4,2	<0,001
Acesso - acessibilidade	2,3 ±2,6	3,7 ±2,7	<0,001
Longitudinalidade	4,0 ±4,2	6,5 ±4,0	<0,001
Integralidade	2,9 ±1,7	3,5 ±2,6	0,003
Coordenação	2,8 ±4,3	4,8 ±4,9	0,001
Orientação familiar	1,5 ±3,1	3,0 ±4,3	<0,001
Orientação comunitária	3,6 ±3,5	4,3 ±3,3	0,02
Essencial	4,1 ±2,2	5,5 ±2,3	<0,001
Geral	3,6 ±1,9	5,0 ±2,1	<0,001

¹UBS: Unidade Básica de Saúde

²UESF: Unidade Estratégia Saúde da Família

Tabela 3. Tipo de modelo assistencial associado ao grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, de acordo com a condição crônica, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia [N (%)]

		Modelo assistencial	Escore geral de APS		Razão de Prevalência (IC95%)	Valor P
			Alto (≥6,6)	Baixo (<6,6)		
Dor crônica	Sim	ESF	15 (24,2)	47 (75,8)	0,79 (0,68-0,92)	0,003
		UBS	3 (4,6)	62 (95,4)	1	
	Não	ESF	30 (22,9)	101 (77,1)	0,84 (0,76-0,92)	0,001
		UBS	20 (8,0)	231 (92,0)	1	
Hipertensão	Sim	ESF	17 (33,3)	34 (66,7)	0,75 (0,61-0,92)	0,006
		UBS	10 (10,8)	83 (89,2)	1	
	Não	ESF	28 (19,7)	114 (80,3)	0,85 (0,78-0,93)	<0,001
		UBS	13 (5,8)	210 (94,2)	1	
Diabetes mellitus	Sim	ESF	6 (27,3)	16 (72,7)	0,75 (0,57-0,96)	0,03
		UBS	1 (2,2)	44 (97,8)	1	
	Não	ESF	39 (22,8)	132 (77,2)	0,84 (0,77-0,92)	<0,001
		UBS	22 (8,1)	249 (91,9)	1	
Doença cardiovascular	Sim	ESF	-	11 (100,0)		-
		UBS	-	16 (100,0)		
	Não	ESF	45 (24,7)	137 (75,3)	0,81 (0,75-0,89)	<0,001
		UBS	23 (7,7)	277 (92,3)	1	
Transtorno mental	Sim	ESF	0	2 (100,0)		-
		UBS	1 (14,3)	6 (85,7)		
	Não	ESF	45 (23,6)	146 (76,4)	0,82 (0,76-0,89)	0,001
		UBS	22 (7,1)	287 (92,9)	1	
Índice de massa corporal (kg/m ²)	<25	ESF	18 (23,1)	60 (76,9)	0,84 (0,74-0,96)	0,01
		UBS	11 (8,5)	118 (91,5)	1	
	25-29	ESF	18 (25,4)	53 (74,6)	0,81 (0,69-0,93)	0,004
		UBS	8 (7,4)	100 (92,6)	1	
	≥30	ESF	9 (20,5)	35 (79,5)	0,85 (0,75-0,94)	0,03
		UBS	4 (5,1)	74 (94,9)	1	
Obesidade central	Sim	ESF	24 (25,5)	70 (74,5)	0,84 (0,77-0,92)	0,001
		UBS	10 (7,9)	116 (92,1)	1	
	Não	ESF	21 (21,2)	78 (78,8)	0,81 (0,71-0,92)	0,003
		UBS	13 (6,8)	177 (93,2)	1	
Número de condições crônicas	0	ESF	6 (19,4)	25 (80,6)	0,85 (0,71-1,02)	0,09
		UBS	4 (5,6)	67 (94,4)	1	
	1	ESF	20 (22,0)	71 (78,0)	0,85 (0,76-0,97)	0,012
		UBS	13 (9,0)	132 (91,0)	1	
	≥2	ESF	19 (26,8)	52 (73,2)	0,78 (0,67-0,90)	0,001
		UBS	6 (6,0)	94 (94,0)	1	

Tabela 4. Modelo assistencial e condição crônica associados a baixo grau de orientação à Atenção Primária à Saúde, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia [Razão de Prevalência (IC95%)]

Modelo ^f		Razão de Prevalência (IC95%)	Valor P
1	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Dor crônica	1,02 (0,94-1,10)**	0,7
2	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Hipertensão arterial	0,91 (0,84-0,99)**	0,03
3	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Diabetes mellitus	1,03 (0,95-1,12)**	0,5
4	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Doença cardiovascular	1,17 (1,11-1,23)**	<0,001
5	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Transtorno mental	0,99 (0,78-1,27)**	1,0
6	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Índice de massa corporal (kg/m ²)		0,6
	25-29	1,00 (0,92-1,08)***	
	≥30	1,04 (0,96-1,12)	
7	ESF	0,83 (0,76-0,91)*	<0,001
	Obesidade central	0,97 (0,90-1,04)**	0,4
8	ESF	0,83 (0,76-0,90)*	<0,001
	Número de condições crônicas referidas		0,7
	1	0,97 (0,89-1,05)****	
	2	0,97 (0,88-1,06)	

* Categoria de referência: estratégia de saúde da família

** Categoria de referência: condição ausente

*** Categoria de referência: <25

**** Categoria de referência: zero

^f Modelo multivariado: regressão de Poisson modificada ajustada para idade, sexo, escolaridade, modelo assistencial e cada uma das condições individualmente

Tabela 5. Condição crônica e grau de orientação à Atenção Primária à Saúde associados ao Componente físico e mental sumarizados de qualidade de vida, em indivíduos idosos de Ilhéus, Bahia

Escore de APS	Componente mental sumarizado		Componente físico sumarizado	
	Coeficiente β	Valor P	Coeficiente β	Valor P
Não ajustado	0,085	0,05	-0,123	0,005
Ajustado para idade e sexo	0,090	0,04	-0,124	0,004
Ajustado para idade, sexo e escolaridade	0,093	0,036	-0,115	0,008
Ajustado para idade, sexo, escolaridade, hipertensão e doença cardiovascular	0,089	0,046	-0,129	0,003

* Modelo multivariado de regressão linear múltipla

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da assistência prestada ao idoso na APS é extremamente relevante, visto a necessidade de estruturarmos os serviços prestados, trazendo qualidade e promovendo um envelhecimento saudável, ativo, com autonomia e independência, focada na necessidade real do idoso. Para isto é fundamental uma avaliação que abranja, não apenas o grau de orientação do serviço à APS, mas também o perfil nutricional, de morbidade e de qualidade de vida, promovendo uma visão global da situação vivida por este grupo populacional.

Foi apontado na revisão de literatura lacunas no conhecimento na área de saúde do idoso e APS, como a ausência de pontos de corte específicos para avaliação nutricional do idoso, tanto para obesidade geral como para obesidade central, que considere as alterações fisiológicas do envelhecimento; e quais as técnicas mais efetivas para tratamento e prevenção da dor crônica para o idoso na APS.

A significativa prevalência de sobrepeso e obesidade geral (59%) e de obesidade central (43,2%), encontradas neste estudo, demonstram a necessidade de uma estruturação efetiva de atendimento ao idoso com este prognóstico na APS, com aconselhamento e atendimento nutricional. O fortalecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e a elaboração de protocolos específicos podem ser relevantes no auxílio do tratamento e da prevenção do sobrepeso e da obesidade do idoso na APS.

A baixa qualidade de vida dos idosos inseridos neste estudo produz uma relação direta na sua autonomia e independência, afetando a disponibilidade para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. A avaliação da qualidade de vida dos idosos deve ser usada como uma ferramenta que auxilie na escolha do cuidado adequado e para avaliação da qualidade dos tratamentos oferecidos nos modelos assistenciais de atendimento da APS.

A ESF apresentou maior orientação à APS, com melhor qualidade no atendimento ao idoso, apresentando diferenças significativas e superiores tanto nos escores geral, essencial e de atributos. Os

resultados do estudo demonstram que esta estratégia deve ser o modelo prioritário de atenção ao idoso no Brasil, porém necessita avançar nos atributos acessibilidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária.

Destaca-se a necessidade da apresentação dos resultados nos serviços para as equipes participantes do estudo, ampliando o entendimento do processo de trabalho e demonstrando a importância do fortalecimento da APS para melhoria dos níveis de cuidado aos idosos. A educação permanente, com treinamento efetivo dos profissionais de saúde da APS sobre o envelhecimento ativo e os aspectos do atendimento ao idoso, como acessibilidade, integralidade, violência, nutrição, qualidade de vida, doenças crônicas, manejo clínico da dor, entre outros, certamente é uma estratégia importante para promoção de um atendimento estruturado para o idoso na APS. A ampliação da ESF, de forma qualificada e estruturada, com foco nos atributos essenciais e derivados da APS, certamente promoverá uma melhoria na qualidade da assistência prestada ao idoso no Brasil, auxiliando na promoção de um envelhecimento com qualidade de vida, com aumento de vida aos anos e não apenas de anos de vida.

APÊNDICES

Projeto de Pesquisa (versão apresentada na defesa do projeto)

Projeto de Pesquisa: População Idosa Atendida e o Serviço de Saúde Ofertado a este Grupo Populacional na Atenção Básica do Município de Ilhéus-Ba.

SUMÁRIO

01	Introdução	01
02	Justificativa	05
03	Objetivos	06
04	Metodologia	07
	4.1 LOCAL DO ESTUDO	07
	4.2 DESENHO DO ESTUDO	07
	4.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	07
	4.4 População da Pesquisa	08
	4.5 Amostra	09
	4.7 Instrumento	09
	4.8 Planejamento e Logística	12
	4.9 Processamento e Análise dos Dados	13
05	Aspectos Éticos	13
06	Divulgação	14
07	Cronograma de Execução	15
08	Orçamento	15
09	Referências	16

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos. Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% da fecundidade. A diminuição no ritmo de crescimento resulta, a médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Nesse mesmo período de 20 anos a expectativa de vida aumentou visem oito anos. Hoje, a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros (para uma população total de cerca de 170 milhões de habitantes), que em 20 anos serão 32 milhões, tornando o Brasil o sexto país com o maior número de idosos em todo o mundo(1-4)

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente. (5) O envelhecimento, além de mudanças somáticas e de alterações psíquicas, próprias da idade, tem levado o idoso a enfrentar situações novas, entre as quais destacam-se: aposentadorias precárias, diminuição dos recursos econômicos, perda de entes queridos, diminuição da capacidade física e da libido, alterações da auto-estima e perda da posição social.(6)

A iniquidade das políticas locais, em diversas regiões do mundo, ganha visibilidade, pois as possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer.(6)

De acordo com Cotta et al.⁷, a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.(6-7)

A legislação brasileira de proteção à saúde do idoso teve início em dezembro de 1999 quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso pelo Ministério da Saúde. (8) Mais tarde, em outubro de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso por meio da *Lei nº. 10.741* (9) que assegurou atenção integral à saúde do idoso garantindo atenção especial às doenças que os afetam preferencialmente, incluindo atendimento geriátrico na atenção básica à saúde. (10)

Visto esta necessidade de acompanhar este grupo populacional e reduzir os custos de saúde, foi constituída como uma das seis áreas de atuação prioritária nas três esferas de governo a saúde da população idosa. Isto foi estabelecido dentro do pacto pela vida, locado na portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, visando à identificação dos determinantes da saúde do idoso e estabelecendo estratégias que atendam as suas necessidades (11-12).

O cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam. Neste aspecto cabe salientar, as barreiras arquitetônicas impostas à pessoa idosa no acesso aos serviços de saúde. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de prédios adaptados e inadequados às necessidades dos idosos, com escadas, degraus altos, banheiros não adaptados e buracos nas imediações das unidades de saúde constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas. (13)

Além disso, os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social. Esta exigência se torna mais relevante quando se identifica a carência de especialistas e de serviços especializados neste núcleo do conhecimento à disposição do Sistema Único de Saúde – SUS.(14)

Os profissionais inseridos neste modelo assistencial devem conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde. (15)

Cabe a sua atenção à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência. Na Estratégia de Saúde da Família é requerida uma atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar e social. (16)

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas

ineficazes. Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico. Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde das populações. (17)

Para o planejamento de ações na área de saúde, o sistema, cuja lógica de atenção privilegie a integralidade, a equidade e a universalidade, deve ocupar-se da organização de estratégias de prevenção das doenças crônico-degenerativas e de promoção da saúde e não apenas de medidas terapêuticas para danos já instalados. A organização dessas estratégias deve ser compartilhada entre os sujeitos, suas famílias, serviços de saúde e governo.

Assim, identificar as necessidades de uma população idosa em expansão pode auxiliar no estabelecimento de políticas de saúde locais mais adequadas. Estudos epidemiológicos vêm sendo desenvolvidos, principalmente na região Sudeste do Brasil. (18-20) Estudo de maior porte foi realizado sobre idosos do Rio Grande do Sul (21) e um estudo comparativo entre a região Nordeste e Sul do Brasil.(17)

Apesar destes estudos citados anteriormente, estudos representativos sobre esta população são escassos no Brasil, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte. O conhecimento das condições de sobrevivência dessa população nos municípios, inclusive os de médio porte, pode contribuir para o estabelecimento de programas que possibilitem conceder-lhes melhor educação em saúde e assistência preventiva e curativa e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Pesquisas têm encontrado associações de várias condições de saúde dos idosos com os fatores ambientais, demográficos e sócio-econômicos. O estudo desses fatores é capaz de fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas que visam à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. A idade é um fator demográfico fundamental da saúde na velhice, pois os problemas de saúde tendem a aumentar e a se agravar com o avançar da idade. Adicionalmente, fatores tais como sexo, arranjo familiar e situação de domicílio também são diretamente relacionados à saúde dos idosos. Em relação aos indicadores sócio-econômicos, estudos mostram uma forte correlação desses com a saúde dos idosos. A auto percepção de saúde, a utilização de serviços de saúde, as doenças crônicas e a capacidade funcional também são fatores relacionados à saúde da população idosa e devem ser considerados na análise de perfis de saúde. (22)

Os indicadores mais utilizados para caracterizar o perfil de saúde desta população são os de morbidade que, ao abordarem conjuntamente as incapacidades, refletem mais adequadamente o impacto das doenças. A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. De fato, as doenças crônicas e a capacidade funcional podem ser consideradas determinantes próximos da saúde dos idosos. Esses fatores possuem enorme poder explicativo dos desfechos de saúde. (22)

Assim, diversos fatores influenciam o estado de saúde do indivíduo e devem ser estudados conjuntamente. Portanto, a caracterização da saúde, de uma forma geral e no caso dos idosos, requer múltiplas informações sobre diferentes aspectos de suas vidas (22).

É a partir dessas reflexões e questionamentos sobre a rápida e brusca mudança epidemiológica que se propõem estudos sobre as características da população idosa de uma determinada área, pois o processo histórico do aumento da perspectiva de vida da população dos países subdesenvolvidos apresenta um novo padrão epidemiológico com uma modernidade duvidosa, que difere do observado no contexto dos países desenvolvidos.

2. JUSTIFICATIVA

Este aumento crescente da população idosa tem colocado desafios aos governos para minimizar os impactos dessa nova realidade, que torna preocupante e requer medidas e iniciativas diversificadas que venham a atender de forma adequada esta parcela da população, particularmente em regiões onde a polarização epidemiológica se faz presente, como é o caso da região do nordeste. Desta forma abordaremos a temática do idoso nos serviços de saúde da Atenção Básica. A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.(23) Elaborou-se o seguinte objeto de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico dos idosos e dos serviços ofertados a este grupo populacional na atenção básica de saúde do município de Ilhéus, Bahia?

Ao observar que os serviços e ações de saúde ofertadas a esta clientela ainda são insuficientes na prevenção e promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade pretendemos traçar os aspectos socioeconômicos da população descrita, conhecer o estado nutricional, as principais doenças que acometem os idosos da área, as redes de contato e avaliar o acesso do idoso aos serviços de saúde, no intuito de fornecer dados

sobre a realidade local e formular propostas para programar ações destinadas a esta clientela, especialmente de promoção e prevenção à saúde do idoso.

3. OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil epidemiológico do Serviço de Atenção Básica à Saúde utilizados pela população idosa do Município de Ilhéus, Bahia, em 2010.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as características das UBS com as que oferecem ESF quanto a qualidade do atendimento, disponibilidade de programas e serviços oferecidos.
- Avaliar, através do instrumento PCATool, se os serviços oferecidos são orientados à Atenção Primária à Saúde, por meio da experiência do idoso.
- Avaliar o estado nutricional dos idosos atendidos nas unidades de saúde
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, através do instrumento *Short-Form Health Survey* (SF-12) e verificar se a qualidade de vida está associada com nível socioeconômico e com atenção ao idoso oferecida pelos serviços de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 LOCAL DO ESTUDO: Cidade de Ilhéus-Ba.

4.2 DESENHO DO ESTUDO:Estudo transversal de base populacional.

4.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO:

População: 219.265 habitantes no ano de 2009, segundo estimativa do IBGE (datasus).

População de idosos: 19.750 no ano de 2009, segundo estimativa do IBGE (datasus).

CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O município de Ilhéus está habilitado à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, localizando-se na Micro-região Cacaueira a Região Sul do Estado da Bahia a 429 quilômetros da capital, Salvador. A Bahia encontra-se estruturada em Diretorias Regionais de Saúde, onde a cidade de Ilhéus faz parte e sedia a 6^a DIRES que abrange um total de 327.047habitantes e atende a uma população da macro região Sul de 1.905.193 habitantes.

O município adota a Estratégia de Saúde da Família - ESF como forma de organização das ações de saúde. Atualmente possui cobertura de 20,3% da população coberta com a ESF e 20,2% coberta com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Unidades Básicas de Saúde:

- 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família.
- 10 unidades básicas de saúde, com 06 Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de saúde – EACS.

Serviços de Média e Alta Complexidade

CMAE – Centro Médico de Atenção Especializada, e Policlínica Halil Medauar

NAE – unidade especializada para atendimento de reabilitação.

CADHI – Centro de Atendimento Especializado ao Idoso, Diabético e Hipertenso;

Centro de Referência em DST/AIDS - CTA

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CAPS I – Centro de Assistência Psicossocial Infantil

CEO – Centro de Especialidades Odontológica

Hospitais Públicos e Privados:

HOSPITAL	NATUREZA	ESPECIALIDADE
Hospital Geral Luís Viana Filho	Público	Geral
Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus	Filantrópico	Geral e Maternidade
Casa de Saúde São Jorge	Público	Geral
Hospital Antônio Vianna Silva	Privado	Pediatria
Hospital Bartolomeu Chaves	Privado	Hospital Dia
Clínica Ortopédica e Cirúrgica de Ilhéus	Privado	Geral e Traumatologia

4.4 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Idosos, pessoas com 60 anos ou mais, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

Os dados serão captados pelo cadastro da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (dados CPD/SIAB/Secretaria Municipal de Saúde).

4.5 AMOSTRA

Realizada amostragem por conglomerados (unidades de saúde de cada tipo de serviço). *Critérios de inclusão:* indivíduos maiores de 60 anos, residentes nos domicílios selecionados, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. *Critérios de exclusão:* indivíduos maiores de 60 anos dos domicílios selecionados que não usem o serviço público de saúde, identifiquem serviço de saúde fora de Ilhéus ou não apresentem condições de saúde para responder ao questionário, de acordo com avaliação do coordenador de campo.

TAMANHO DA AMOSTRA

Planejou-se investigar uma amostra de indivíduos idosos a partir de três áreas de baixo, médio e alto nível socioeconômico que estejam em atendimento em UBS e ESF na cidade de Ilhéus. Utilizaram-se dados da literatura sobre idosos do Rio de Janeiro que foram investigados utilizando-se o WHOQOL-OLD, os quais mostraram médias de QoL para três clusters de NSE de 16,6, 13,6 e 10,7 com estimativas de desvios padrão variando de 11 a 9 pontos (REF). Uma amostra de 155 idosos provenientes de áreas de alto NSE, 155 de áreas de NSE intermediário e 40 de áreas de baixo NSE será necessária para testar-se a hipótese de que QoL está associada com NSE. O total de 350 será acrescido de 15% para perdas e 20% para contemplar o efeito da amostragem, com poder de 80% e nível de significância de 5%, resultando em 500 idosos. Utilizou-se o Power Sample Size Calculator, disponibilizado pela University of California, San Francisco (www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/index.html).

4.6 INSTRUMENTO

1. Serão realizadas medidas por um questionário geral, estruturado, composto por 3 instrumentos distintos. O tempo de aplicação de aproximadamente 30 minutos.

1.a. Questionário estruturado com variáveis sócio-demográficas, avaliação do serviço pelo idoso, avaliação do estado nutricional e qualidade de vida (apêndice D);

Para avaliar a qualidade de vida utilizamos o instrumento genérico de aferição de qualidade de vida SF-12. O SF-12 é uma versão reduzida é uma versão reduzida do SF-36 desenvolvida com o objetivo de facilitar sua aplicação ao idoso.

As outras variáveis relacionadas ao uso de serviços de saúde foram: primeiro local procurado para atendimento de saúde nas duas últimas semanas; recomendação para outra pessoa da atenção à saúde recebida nos últimos 12 meses ("você recomendaria para outra pessoa os médicos, profissionais ou serviços de saúde utilizados nos últimos 12 meses?"); número de consultas com um médico nos últimos 12 meses; médico de referência ("você tem um médico 'geral' ou 'especialista' que você procura quando tem algum problema de saúde? Você saberia dizer o nome dele e por quanto tempo ele tem sido seu médico?", considerando-se como tendo médico de referência aquele que respondeu afirmativamente à primeira questão, soube dizer o nome do médico e relatou ser ele seu médico há pelo menos um ano); 2. Medidas antropométricas. Serão realizadas:

2.a. Peso, medido através de balanças portáteis (Techline, modelo BAL-180-CI); altura, medida através de estadiômetros portáteis (Sanny); e pescoço, cintura e quadril, medidos com fita métrica inelástica;

4.7 PLANEJAMENTO E LOGÍSTICA

1.Preparação do trabalho de campo: Essa etapa engloba a organização e o treinamento da equipe, bem como realização do estudo piloto. O treinamento será realizado em 10 sessões presenciais, quando se explicará a metodologia do estudo, além do treinamento prático sobre a aplicação dos questionários, condutas no trabalho de campo e sobre a realização das medidas antropométricas (peso, altura, pescoço, cintura e quadril). O estudo piloto simulará em todas as características a rotina da coleta de dados. Para tanto, será realizado em comunidade semelhante à comunidade em estudo, com presença de toda equipe executora. Ao final do treinamento será elaborado, discutido e adaptado o Manual de Campo com orientações para a seleção das casas e entrevistados e os detalhes dos procedimentos para a coleta de informação e métodos para o controle e qualidade dos dados.

2. Coleta de campo: Será realizada através de saídas individuais e em mutirão, com a presença de 1 coordenador de campo e 02 entrevistadores, seguindo o processo de atendimento das unidades. Todos os questionários serão aplicados por entrevistadores treinados, estudantes universitários do curso de nutrição, orientados em relação ao objetivo do estudo. As entrevistas serão realizadas num período total de 12 meses.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Médias e desvios padrão ou porcentagens com 95% de intervalo de confiança(IC) serão descritos para cada fator de risco. Os dados serão agrupados em forma de tabelas, quadros e gráficos. Para melhor entendimento dos dados utilizaremos dados dos sistemas oficiais de informação e literaturas a respeito do tema para análise comparativa e discussão dos resultados.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que o estudo realizado com os idosos atendidos na atenção básica à saúde será desenvolvido respeitando os princípios básicos da bioética que implica a pesquisa envolvendo seres humanos como: respeito a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça que estão explicitados na Resolução MS nº 196/96.

O estudo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e será iniciado somente após a aprovação deste Comitê.

Todos os entrevistados serão informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo. Será garantido o sigilo de dados pessoais confidenciais e o anonimato dos dados obtidos nesta pesquisa. Os questionários somente serão aplicados nos indivíduos que aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL (apêndice C).

O TCL será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia ao sujeito da pesquisa, após a sua assinatura.

Todos os indivíduos identificados pela primeira vez com desvio nutricional serão encaminhados para avaliação e acompanhamento ambulatorial em seus serviços de saúde.

Os dados coletados serão usados apenas para esta pesquisa, sendo que os mesmos ficaram guardados pelo período de cinco anos e decorrido este prazo serão automaticamente destruídos.

6. DIVULGAÇÃO

Os resultados deste estudo serão divulgados através de revistas científicas da área, além da apresentação da defesa de dissertação do mestrado. Serão encaminhados semestralmente relatórios com o andamento dos trabalhos, além da cópia dos artigos publicados e da tese de dissertação do mestrado para o Centro de Documentação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP-GHC).

Será encaminhado um relatório completo para a Secretária de Saúde do Município, além de um pequeno resumo para imprensa local, para uma divulgação mais ampla na comunidade.

Além disso, elaboraremos um folheto com linguagem simples e clara, para ser divulgado nas unidades de saúde que participaram do estudo, divulgando os resultados as pessoas que participaram diretamente do estudo.

7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ATIVIDADES	ABR-JUN 2009	JUL-SET 2009	OUT-DEZ 2009	JAN-MAR 2010	ABR-JUN 2010	JUL-SET 2010
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X
Redação do Projeto	X					
Defesa do Projeto	X					
CEP	X	X				
Treinamento da Equipe			X			
Coleta de Dados			X	X		
Limpeza dos Bancos				X		
Análise dos Dados				X	X	
Defesa Preliminar						X
Redação do Artigo						X
Defesa Final						X

8. ORÇAMENTO

O referido projeto será custeado pela própria pesquisadora, sem financiamento através de fundos de fomento à pesquisa.

DENOMINAÇÃO	QUANTDADE	VALOR UNITÁRIO	CUSTO TOTAL
Folha A4	10 pacotes com 500 folhas	R\$ 18,00	R\$ 180,00
Caneta Azul	50	R\$ 2,50	R\$ 125,00
Lápis e Borrachas	50	R\$ 2,50	R\$ 125,00
Cartuchos de cor	6	R\$ 80,00	R\$ 480,00

preta para impressora HP			
Pen-drive	1	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Treinamento de entrevistadores e supervisores	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Passagem dos entrevistadores	100	R\$ 8,00	R\$ 800,00
Supervisores, entrevistadores e digitadores	7	R\$ 200,00	R\$ 1400,00
			R\$ 3350,00

9. REFERÊNCIAS

1. Cesar J A, Filho, JAO, Bess G, Gegilka R, Machado J, Gonçalves TS, Neumann NA. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. Cad. Saúde Pública 2008 Ago;24(8):1835-45.
2. Veras RP. Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde. Rio de Janeiro, Relumê-Dumará, 2002.
3. Veras, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública 2003, Mai; 19(3):705-15.
4. Neto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Ateneu, 2ª ed, 2002.
5. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul 2006, jan/abr; 28(1): 27-38.
6. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública, 2004 nov/dec; 20(6): 1575-85.
7. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis Gonzalez A, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(4):253-61.
8. BRASIL.Ministério da saúde. Portaria 1395/GM. Política de Saúde do Idoso – dezembro 1999. Disponível em: www.ufrgs.br/terceiridade
9. Ministério da Previdência Social. Lei nº. 10.741 - estatuto do idoso. Diário Oficial da União 2003; 1 out.
10. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Paniz VMV, Siqueira FV. Uso de serviços ambulatoriais por idosos na região sul e nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008. out: 24(10): 2267-78.
11. BRASIL.Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde. v.4. Brasília, 2006.
12. BRASIL.Ministério da Saúde. Série Pactos Pela Saúde. 1ª edição. Vol.7. Brasília, 2006.
13. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2009 jan/fev;

14. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006 jul/set; 11(3): 657-68.
15. Silvestre J A; Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. [Cad. Saúde Pública, 2003 Jun; 19\(3\): 839-47.](#)
16. Vieira C, Cordeiro M. Trabalho e subjetividade, intervenção psicossocial com equipe de profissionais do “programa saúde da família”. *Artigos brasileiros de psicologia, 2005 ; 57(1): 58-74.* Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br>.
17. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do programa de saúde da família no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2006 jul/set; 11(3): 669-81.
18. Costa MFFL, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM, et al. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev. Saude Publica.* 2000;34(2):126-35.
19. Costa MFFL, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):827-34.
20. Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saude Publica.* 2005;39(5):745-53.
21. Paskulin LM, Vianna LAC. Perfil sócio-demográfico e condições de saúde auto referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública,* 2007 out; 41(5) 757-68.
22. 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,* 2008 mar; 24(3):
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 19. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

Protocolo de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

1- Esclarecimento sobre a pesquisa

TEMA:

POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA E O SERVIÇO DE SAÚDE OFERTADO A ESTE GRUPO POPULACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ILHÉUS – BA..

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Vivian Carla Honorato dos Santos

.End: Avenida Canavieiras s/n. Ilhéus/Ba. CEP: 45600-000

e-mail: vsantos.ita@ftc.br

OBJETIVO

Identificar as características epidemiológicas dos idosos residentes na área de abrangência das unidades de saúde da Atenção Básica e o serviço ofertado a este grupo populacional no município de Ilhéus no ano de 2009.

JUSTIFICATIVA

Vivemos um aumento crescente da população idosa o que tem se tornado um desafio aos governos e sociedade adotarem medidas que atendam as necessidades desta parcela da população. Observa-se que os serviços e ações de saúde ofertados a esta clientela ainda são insuficientes na prevenção e promoção de um envelhecimento com saúde e com qualidade e considerando a necessidade de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento, elaborou-se o seguinte objeto de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico dos idosos e dos serviços ofertados na atenção básica de saúde do município de Ilhéus para este grupo populacional?

POPULAÇÃO DA PESQUISA

Idosos da área de abrangência das unidades básicas de saúde e das unidades de estratégia de saúde da família do município de Ilhéus, Bahia. Total de idosos : 500.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário

Aferição de peso e altura, circunferências e pressão arterial;

Glicemia Capilar

Solicitação de autorização da pesquisa a Coordenação do serviço de saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

Porto Alegre, 30 de maio de 2009.

Prezada Diretora,

Gostaríamos de informar que estamos realizando a pesquisa: **“População Idosa Atendida e o serviço de saúde ofertado a este grupo populacional na Atenção Básica do município de Ilhéus-Ba,”** como projeto de pesquisa do curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia com ênfase em Atenção Primária à Saúde, protocolo em anexo.

Para concretização desse projeto há necessidade de coleta de dados nas unidades básicas de saúde e nas unidades de estratégia de saúde da família deste município.

Por este motivo solicito a autorização para que possamos realizar a coleta de dados, com aferição de peso, estatura, pressão arterial e análise dos prontuários para o dado de glicemia capilar dos últimos 06 meses.

Informo que os mesmos serão coletados no período de agosto a dezembro deste ano.

Atenciosamente,

Vivian Carla Honorato dos Santos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA E O SERVIÇO DE SAÚDE OFERTADO A ESTE GRUPO POPULACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ILHÉUS-BA,”, você foi selecionado de forma intencional e sua participação não é obrigatória.

Este estudo servirá como orientação aos profissionais e gestores da saúde, proporcionando um maior conhecimento das necessidades da pessoa idosa, o que auxiliará na promoção do envelhecimento saudável.

Sua participação nesta pesquisa consistirá nas respostas a um formulário, com duração de aproximadamente 30 minutos, a ser aplicado uma única vez pela pesquisadora responsável Vivian Carla Honorato dos Santos e docentes do curso de nutrição da FTC, na aferição das medidas antropométricas de peso, altura, circunferência da cintura e quadril e da pressão arterial. Os dados de sua glicemia serão colhidos do seu prontuário, presente nas unidades de saúde do município.

Não existem riscos relacionados com sua participação no estudo, porém no caso de ocorrer algum tipo de desconforto durante o estudo será realizado um atendimento imediato, sem nenhum tipo de ônus adicional aos envolvidos na pesquisa. Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que a participação na pesquisa não gerará nenhum gasto.

É assegurado o sigilo sobre a sua participação e as informações obtidas são confidenciais. Você está ciente que pode abandonar este estudo a qualquer momento, sem que nenhuma implicação recaia sobre você, além de concordar para fins científicos com a utilização das informações obtidas neste estudo.

Constam no rodapé deste termo os contatos do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sendo que você pode entrar em contato com os mesmos sempre que sentir necessidade.

Declaro que entendi os riscos e benefícios da minha participação neste estudo e concordo com a minha participação.

Ilhéus, ____ de _____ de _____

Sujeito da Pesquisa - voluntário

Pesquisador – Vivian Carla Honorato dos Santos

Termo de Consentimento elaborado em concordância a Portaria nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com as pesquisadoras.

Coordenador do CEP: Vitto Giancristoforo dos Santos – Av. Francisco Trein, 596, Bloco H, 3ª andar – Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre – RS Tel:51 - 3357-2407

Pesquisador: Vivian Carla Honorato dos Santos – 6ª Dires – Av. Canavieiras, s/n. Ilhéus-Ba. Tel: 73 – 3634-3342. e-mail: vsantos.ita@ftc.br

ANEXOS

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

Andamento do projeto - CAAE - 0111.0.164.000-09

Título do Projeto de Pesquisa

População Idosa Atendida e o Serviço de Saúde Ofertado a este Grupo Populacional na Atenção Básica do Município de Ilhéus-Ba.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	19/06/2009 11:50:55	29/12/2009 13:58:54		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	19/06/2009 11:50:56	Folha de Rosto	0111.0.164.000-09	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	16/06/2009 14:20:39	Folha de Rosto	FR271968	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	29/12/2009 13:58:54	Folha de Rosto	09090	CEP

Questionários/Formulários Instrumento coleta de dados



UFRGS - Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Medicina: Epidemiologia
Questionário para PESSOAS IDOSAS

1. Número |__|_|_|_|_|

2. Nome do entrevistador: |__|_|

3. Endereço: _____

4. Zona: |__|_|

5. Unidade: |__|_|_|_|

6. Prontuário |__|_|_|_|_|

7. Data |__|_|_|_|/|__|_|_|_|/2010

8. Qual é a sua data de nascimento? |__|_|_|_|/|__|_|_|_|/19|__|_|_|_|

9. Qual é a sua idade? |__|_|_|_| anos

10. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

11. Qual é sua situação conjugal: solteiro, casado, com companheiro, viúvo, separado?

1. Solteiro/nunca casou

2. Casado

3. Companheiro

4. Divorciado/separado

5. Viúvo 7. Outro _____

12. Até que série você estudou na escola? Passou de ano? |__|_|_|_| anos completados

13. No mês passado, você estava trabalhando? (NÃO INCLUA DONA-DE-CASA)

1. Sim

2. Não

14. Atualmente, você está aposentado?

1. Sim

2. Não

15. Onde você trabalha(va), qual é/era sua ocupação? [SE APOSENTADO, ÚLTIMA OCUPAÇÃO]

Ocupa1 |__|_|_|_|

Ocupa2 |__|_|_|_|

Número |__|_|_|_|_| Nome |__|_|

Zona |__|_| Unidade |__|_|_|_|

Prontuário |__|_|_|_|_|_|

Dataent |__|_|_|_|/|__|_|_|_|_|/2010

Datanas |__|_|_|_|_|/|__|_|_|_|_|/19|__|_|_|_|_|

Idade: |__|_|_|_|

Sexo |__|_|

Conju |__|_|

Escola |__|_|_|_|

Traba |__|_|

Aposentado |__|_|

16.Quantos filhos você teve no total? 1__1__1 [NENHUM= 00 NSA=88]

Filhos |__|__|

17.No total, quantas pessoas moram na sua casa? Não esqueça as crianças pequenas.

Pessoas |__|__|

Entrevistado + 1__1__1

18.Quem são todas as pessoas que moram na sua casa, além de você?

Mora só

1. Sim 2. Não

Irmãos

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Pai e/ou mãe

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Cônjuge/companheiro

1. Sim 2. Não 8. NSA

Filhos

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Filhas

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Outras crianças (0-11)

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Outros adolescentes (12-19)

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Outros adultos (≥20 anos)

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantos? 1__1__1

Empregada sem casa

1. Sim 2. Não 8. NSA SE SIM: Quantas? 1__1__1

Moraso |__|

Irmão |__|

Pais |__|

Avos |__|

Conju |__|

Filho |__|

Filha |__|

Outcria |__|

Outadol |__|__|

Outadul |__|__|

Empre |__|

19.Você possui alguém que auxilie nas tarefas do dia-a-dia ? (CÔNJUGE NÃO É CUIDADOR!!)

1. Sim 2. Não SE SIM: Quantos? 1__1__1

Cuidad |__|

20.Em geral, você diria que sua saúde está:

1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Ruim

Saude |__|

OS ITENS A SEGUIR SÃO SOBRE ATIVIDADES QUE VOCÊ PROVAVELMENTE FAZ DURANTE UM DIA COMUM.

21.A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto? [CITE AS OPÇÕES]

Atividades moderadas, tais como arrastar uma mesa, varrer a casa ou jogar bola .

1. Sim, limita muito 2. Sim, limita um pouco 3. Não, não limita nem um pouco

Varrer |__|

Subir vários lances de escada.

1. Sim, limita muito 2. Sim, limita um pouco 3. Não, não limita nem um pouco

Escada |__|

AGORA VOU FAZER DUAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE FÍSICA E SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS.

22.Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o

seu trabalho ou com alguma outra atividade habitual, por causa de sua **saúde física**? [CITE AS OPÇÕES]

Realizou menos tarefas do que você gostaria?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Metare |__|

Esteve limitado/a no tipo de trabalho que você faz ou em outras atividades?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Limita |__|

AGORA VOU **FAZER TRÊS** PERGUNTAS SOBRE SUAS EMOÇÕES E SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS.

23. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma outra atividade diária habitual, por causa de qualquer **problema emocional** (como se sentir deprimido/a ou ansioso/a)? [CITE AS OPÇÕES]

Realizou menos tarefas do que você gostaria?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Etarefa |__|

Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Ecuida |__|

24. Nas últimas 4 semanas, o quanto alguma **dor** interferiu em seu trabalho normal, incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto doméstico?

1. Nem um pouco 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente

Dorint |__|

25. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido: Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo... [CITE AS OPÇÕES]

Você se sentiu calmo/a e tranqüilo/a?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Calmo |__|

Você se sentiu com muita energia (disposição)?

1. O tempo todo 2. A maior parte do tempo 3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo 5. Nunca

Energia |__|

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **31**).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **31**).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta 28 (Preencha o item **31**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **31**).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta 28 e indicar respostas diferentes para as perguntas 29 e 30, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas 30 (Preencha o item **31**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde o idoso consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **31 e 32**).

31. Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

32. Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

_____ (nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para

UTILIZAÇÃO)

UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
33.Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vem a essa "unidade de saúde" antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
34.Quando você tem um novo problema de saúde, você vem a essa "unidade de saúde" antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9

ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
35.Quando a "unidade de saúde" está aberta e você adoecer, alguém da unidade atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
36.Quando a "unidade de saúde" está fechada, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9
37.É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) nessa "unidade de saúde"?	4	3	2	1	9

LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
38.Quando você vai a essa "unidade de saúde", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4	3	2	1	9
39.Dr/Dra. <Nome> dessa "unidade de saúde" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9

COORDENAÇÃO

40.Você já foi consultar com qualquer tipo de especialista ou em serviço especializado no período em que você está em acompanhamento nessa "unidade de saúde"?	1. Sim 2. Não → PULE 43 9. IGN
41.Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	I _ I _ I / I _ I _ I _ I _ I (Mês/ano) 8. Não se aplica 9. IGN

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
42. Depois que você foi a esse especialista ou ao serviço especializado, o Dr/Dra. <Nome> conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?	4	3	2	1	9

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Para cada um dos serviços, por favor, indique se estão disponíveis na "unidade de saúde"	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
43. Vacinas (imunizações)	4	3	2	1	9
44. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4	3	2	1	9
45. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4	3	2	1	9

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
46.Dr/Dra. <Nome> lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro de sua família?	4	3	2	1	9

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	COM CERTEZA, SIM	PROVAVELMENTE, SIM	PROVAVELMENTE, NÃO	COM CERTEZA, NÃO	NÃO SEI, NÃO LEMBRO
47.Alguém dessa "unidade de saúde" faz visitas domiciliares?	4	3	2	1	9
48.Dr/Dra. <Nome> convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4	3	2	1	9

AVALIAÇÃO FÍSICA

1.Nome do entrevistado: _____

Altura (cm)

Altura1 1__1__1__1,1__1

Altura2 1__1__1__1,1__1

Peso (kg)

Peso1 1__1__1__1,1__1

Peso2 1__1__1__1,1__1

Circunferência do pescoço (cm)

Cirpes1 1__1__1__1,1__1

Cirpes2 1__1__1__1,1__1

Circunferência do braço (cm)

Cirbra1 1__1__1,1__1

Cirbra2 1__1__1,1__1

Circunferência da cintura (cm)

Circin1 1__1__1__1,1__1

Circin2 1__1__1__1,1__1

Circunferência do quadril (cm)

Cirqua1 1__1__1__1,1__1

Cirqua2 1__1__1__1,1__1

Circunferência da panturrilha (cm)

Cirpan1 1__1__1__1,1__1

Cirpan2 1__1__1__1,1__1

Aferidor 1 _____ 1__1__1

Aferidor 2 _____

1__1__1