

## **Perfil epidemiológico do idoso: experiência de uma unidade de saúde do Programa de Saúde da Família em Curitiba**

Gilmar Leão Lobo <sup>1</sup>

### **RESUMO**

Pesquisas demonstram a questão gerontológica como a urgência do amanhã. Assim buscou-se determinar o perfil dos idosos da Vila Torres - Curitiba com o intuito da constatação de seus agravos. Sendo seu perfil sócio-econômico desfavorecido, espera-se encontrar um nível mais elevado de alterações da nutrição. Após preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, efetuaram-se dados vitais, antropometria, mini avaliação nutricional, mini exame do estado mental, exame físico e revisão do prontuário eletrônico do período de 1 ano anterior dessa pesquisa (número de consultas, diagnósticos, medicação e confirmação de dados). Observou-se que: a) 72% apresentaram pressão arterial elevada com ou sem tratamento, estando 64% dos mesmos tanto com alterações sistólicas quanto diastólicas; b) alterações da pressão arterial apresentam correlacionam-se diretamente a alterações do estado mental (demência); c) incidência percentual elevada de demência em normotensos da faixa etária de 70 a 74 anos (4 casos); d) nenhum dos pacientes da amostra apresentou estado nutricional adequado, estando 83% em risco nutricional e 17% desnutridos (perceptível apenas pela mini avaliação nutricional); e) predomínio de mulheres sobre homens em todas as idades. Sendo observados, em proporção ainda maior do que na literatura, o comprometimento nutricional e a doença hipertensiva sem controle, urge abordar-se tanto o controle da pressão arterial quanto o estado nutricional dos idosos dessa comunidade através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos por meio de uma melhor programação de ações sobre suas causas, riscos e danos.

**Palavras Chave:** Idoso. Envelhecimento. Epidemiologia. Nutrição. Prevenção.

---

<sup>1</sup> Médico do Programa Saúde da Família  
Secretaria Municipal da Saúde / Unidade de Saúde Capanema  
Universidade Federal do Paraná  
e-mail: gl\_lobo@hotmail.com

## **1. INTRODUÇÃO**

Notoriamente sabe-se que a faixa etária geriátrica apresenta peculiaridades bio-psico-sociais e, proporcionalmente, consiste no grupo de pessoas que mais cresce. Isto tem trazido por parte da comunidade científica, dos governos e do setor privado de saúde um despertar relativo às conseqüências sociais e financeiras futuras dessa mudança demográfica. Disto tem surgido um novo posicionamento global que busca maior compreensão e adaptação tanto do idoso quanto da sociedade que o cerca e do Estado.

De maneira semelhante, a determinação do perfil epidemiológico dos idosos de uma Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família em Curitiba -Vila Torres, objetiva a constatação dos agravos mais pertinentes e uma melhor programação de ações sobre suas causas, riscos e danos. Uma vez que o perfil sócio-econômico da população local é desfavorecido, ao concluir a pesquisa espera-se encontrar um nível mais elevado de desnutrição, doenças degenerativas e do humor na população estudada.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A partir da década de 40 houve um importante incremento na natalidade até os anos 60, nos quais as mudanças nos processos de trabalho dadas à hegemonia do capital industrial (êxodo rural em face à mecanização agrícola, à maior participação feminina no mercado de trabalho e advento dos métodos contraceptivos - SETEP-NUCLEAS, 2004) e as conquistas científico-tecnológicas legaram à humanidade uma expectativa de vida crescente com 47 anos em 1900 e 76 em 1990 (CDC, 2005).

### **2.1. ASPECTOS GERONTOLÓGICOS**

Idoso é aquele que apresenta 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, ou 65 para mais, nos países desenvolvidos, tomando-se por base unicamente o parâmetro cronológico (OMS, 2002). Entretanto, podemos observar pessoas com a mesma idade e com aspectos bio-psico-sociais completamente diferentes! A partir disso, podemos entender a necessidade de observarmos outro aspecto além da cronologia: a capacidade funcional (JANES, 1999).

Na população idosa estadunidense, 60% são sedentários, o que contribui para o surgimento de limitações funcionais tanto físicas quanto mentais (MARKS, 2005). SILVESTRE e COSTA-NETO (2003) associam a perda da capacidade funcional às atividades básicas e instrumentais da vida diária com mudanças físicas normais e patológicas e aos hábitos e condições de vida, referindo-se ao fato de que 75% de nossos idosos são inativos, 42% apresentam perdas funcionais e 4% imobilidade.

A experiência paranaense apresenta o idoso com maior grau de dependência familiar e institucional, vítima de maior desigualdade social e com difícil participação no mercado formal de trabalho (SETEP-NUCLEAS, 2004).

ROCKWOOD (2005) preconiza que perda de peso não intencional; sensação de exaustão; fraqueza; lentidão para caminhar; e pouca atividade, devem alertar a estratégias de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde do idoso, por denotarem maior risco, sendo mais sensíveis do que os marcadores convencionais como nível pressórico, índice glicêmico, etc.

RAMOS (2003) apresenta a velhice como perda de autonomia e que o idoso brasileiro de baixa renda engaja-se em arranjos multigeracionais. Nos dados que levantou percebeu que idade, sexo, hospitalização, perda cognitiva e dependência constituem-se em fatores de risco para mortalidade. Já o grau de incapacidade, a auto-avaliação subjetiva, o sedentarismo, o edentulismo, as quedas, os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a incontinência urinária, consultas médicas nos últimos 6 meses e depressão configuram-se em fatores de risco para morbidade.

CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS (2000) apresentaram fatores de risco para desnutrição: <sensibilidade gustativa; processos metabólicos lentos; medicamentos; dificuldades financeiras; exclusão social; <capacidade de deslocamento; <capacidade cognitiva; enfermidades; solidão social e familiar; alterações digestivas; <percepção de sede; <eficácia mastigatória; <quantidade de saliva e >número e frequência de cáries (<10% atingem a RDA para zinco; 15% 1000kcal em sua dieta diária; > procura por carboidratos; monotonia alimentar; >consumo de alimentos industrializados).

POTTER, SCHAFER e BOHI (1988), MCWHIRTER e PENNINGTON (1994) e ELIA (2001) demonstraram que a desnutrição protéico-calórica, DPC, é preocupante principalmente em idosos hospitalizados e institucionalizados, não sendo reconhecida por não se levantar sua suspeita.

Entretanto, MCCORMACK (1997), já relatava que quase 10% dos idosos na comunidade já estão desnutridos. Para MILNE, POTTER e AVENELL (2005), a desnutrição comum e apresenta a hospitalização como elemento agravante da DPC. Segundo PAYETTE et al. (2002), a suplementação promove maior ganho de peso, menor número de dias de cama e melhora emocional.

Quanto à atividade física, verificou-se promover a preservação da massa magra e dos parâmetros metabólicos a ela pertinentes (JONG *et al.*, 2000). Em um aspecto semelhante observando idosos com 80 anos ou mais, porém independentes, identificou características comuns: atividade física e social regulares e uso de dieta alimentar saudável tanto no seu presente quanto em muitos de seus anos anteriores (ORB, 2004).

MAIA, DURANTE e RAMOS (2004) relataram que 29.3% dos idosos estudados apresentaram transtornos mentais, sendo ansiedade e depressão predominantes, determinando

como fatores de risco: sexo feminino, maior número de patologias, menor capacidade funcional e condições financeiras e de moradia.

CAVALINI e CHOR (2003) associaram qualidade cognitiva com qualidade de vida, estando essas, em proporção inversa à baixa escolaridade, sexo feminino, tabagismo, diabetes, aterosclerose, pobreza e história familiar de demência. No ano seguinte, CARNEIRO e FALCONE (2004) identificaram que a maioria dos idosos apresentava baixa expectativa de auto-eficácia devido às pressões da sociedade, à baixa qualidade de vida e às dificuldades nos relacionamentos sociais.

FIRMO, LIMA-COSTA e UCHOA (2004) observaram que a interpretação dos idosos quanto à hipertensão arterial e pressão alta não era a mesma. Hipertensão não fazia parte de seu cotidiano. Entretanto, pressão alta para os idosos revestia-se de importância devido às suas manifestações clínicas e conseqüências.

UCHOA (2003) levanta que velhice ainda está estigmatizada como deterioração e declínio, mas igualmente observa que apresentamos o modelo de saúde dinheiro-dependente, fadando os idosos brasileiros às dificuldades de acesso a serviços e medicamentos.

Para MORAGAS, em seu livro Gerontologia Social “velhice, em sua interpretação cronológica, ainda é o que mais afasta os idosos do resto dos cidadãos e de si mesmos” (MORAGAS, 1997, p.17-37).

## **2.2. DADOS ESTATÍSTICOS**

MARKS (2005) trás que 80% dos idosos apresentam uma alteração crônica e 50% deles, duas. Coloca ainda como doenças mais prevalentes as cardiovasculares seguidas pelas neoplasias. Associa o avançar da idade com sedentarismo e limitações funcionais. Estas por sua vez, com quedas e demências. Osteoartrite acomete 1/6 da população a partir dos 65 anos, consistindo na causa mais importante de limitação e segunda causa mais importante de incapacidade laborativa. Antevê que em 2030 1/5 dos idosos apresentarão diabetes. A doença de Alzheimer compromete 1% dos idosos aos 65 anos, mas duplica sua prevalência a cada 5 anos, impondo importante sobrecarga econômica e social. Já a neoplasia de cólon, 10% de todas as mortes por câncer, porém reveste-se de importância devido a sua incidência aumentar com a idade e potencial de prevenibilidade.

SILVESTRE e COSTA-NETO (2003) retratam uma avaliação brasileira semelhante, onde 85% dos idosos apresentam uma doença crônica (10% cinco delas), 40% necessitam auxílio para uma ou mais atividades diárias, sendo que 10% já se encontram incapacitados às tarefas básicas como higiene e cuidados pessoais.

A experiência paranaense promovida pela SETEP-NUCLEAS (2004) apresenta que em 1950 os idosos, 60 anos ou mais, compunham 3.4%, porém em 2002 já alcançavam os 9% já com o visível estreitamento da base da pirâmide etária. Desses, havia um leve predomínio feminino. Nas regiões urbanas, concentravam-se 83%. Demonstraram a importância da diminuição da taxa de fecundidade (1960 6.51; 2005 2.1) e o aumento da esperança de vida ao nascer (1960 59.3 para mulheres e 54.9, homens; 2005 75.1 para mulheres e 68, homens) como fatores de contribuíram definitivamente para o aumento da população idosa. 81.4% dependiam do SUS (90% desses estando satisfeitos); escolaridade média de 3.2 anos; 31.4% sem ocupação produtiva; 19.7% contribuindo com a previdência; 1.4% procuram trabalho para complementação de renda, sendo a maioria de mão-de-obra desqualificada; 75.5% recebem até dois salários-mínimos, 42.9% até um e 2.3% sem renda (80.4% vivendo de proventos previdenciários); 85.3% moram com a família e 12.1% sozinhos; 60.9% participam de associações primeiramente religiosa e secundariamente em grupos de idosos..

No enfoque nacional, tanto RAMOS (2003) quanto LIMA-COSTA, BARRETO e FIRMO (2003) relatam que o envelhecimento populacional tem trazido uma prevalência maior de doenças crônico-incapacitantes. Já FIRMO, BARRETO e LIMA-COSTA (2003) avaliando especificamente hipertensos idosos em uma cidade mineira encontraram 37% sem tratamento e 61% sem controle.

### **2.3. CUSTOS**

No Healthy Aging (CDC,2005) o custo de um paciente de 65 anos equivale ao de quatro pacientes de 40 anos. Desta forma, MARKS (2005) aponta a sobrecarga de investimento aproximado para 2030: US\$500 bilhões, apontando que 1/3 de todos os gastos com saúde são aplicados em pessoas com 65 anos para mais.

## 2.4. PREVENÇÃO

Janes (1999) propôs que se rastreassem periodicamente alguns parâmetros no sentido de promover a identificação precoce de doenças cardiovasculares e neoplásicas: a) medir a pressão arterial anualmente; b) mensurar colesterol total e HDL a cada cinco anos; c) mamografia bianual; d) citologia oncótica cérvico-uterina a cada 3 anos; e) pesquisar sangue oculto nas fezes anualmente. Frisou a importância da vacinação antipneumocócica (cinco anos de intervalo) e antiinfluenza (um ano).

No Healthy Aging, o CDC (2005) sugeriu cinco passos gerais à prevenção eficaz: 1) estilo de vida saudável: com atividade física regular, dieta equilibrada, combate ao tabagismo e práticas de comportamento saudável (preservativo); 2) detecção precoce de doenças: consulta periódica e rastreio sistemático segundo protocolo que tenha demonstrado evidência; 3) imunizações: pneumonia, influenza e tétano; 4) prevenção de acidentes com mudanças arquitetônicas e culturais; 5) técnicas de cuidados especiais (pé diabético, paciente osteoartrítico, etc).

Para BLACKMAN, KAMINOTO e SMITH (1999) a ênfase da prevenção assenta-se sobre a vigilância para identificar necessidades, informar políticas e dirigir ações, a qual busca estimar doenças, incapacidades e uso de serviços pelos idosos.

FIRMO, LIMA-COSTA e BARRETO (2003) observaram idosos que, mesmo sabendo de sua condição, estavam subtratados e outros ainda sem diagnóstico. Preconizaram mudança de hábitos para prolongar a vida com qualidade: atividade física e dieta. No que concordou ORB (2004) além de prestação de serviços preventivos, minimização de riscos, formação e estímulo aos serviços governamentais e ao comportamento saudável. MARKS (2005) conclui que apenas através da interdisciplinaridade e intersetorialidade estimular-se-á o idoso à atividade, buscando-se com isso a prevenção da perda de massa óssea e da sarco

Já para SILVESTRE e COSTA-NETO (2003) o objetivo maior está em prevenir a perda da capacidade funcional às atividades básicas e instrumentais da vida diária, buscando manter o idoso na comunidade e junto à família de maneira digna e confortável por meio de: a) promoção do envelhecimento saudável eliminando fatores de risco, incentivando a participação comunitária e a cidadania, estabelecendo e fortalecendo a rede de suporte social, pelo esclarecimento e enfrentamento das mudanças físicas esperadas e patológicas e criando programas de orientação; b) realização de consultas e testes bioquímicos rotineiros para

identificação precoce de agravos, do estabelecimento de um programa de atividade física regular e da valorização do idoso junto à família e comunidade; c) assistência às necessidades de saúde do idoso pela facilitação do acesso a consultas, medicações, exames, encaminhamentos, internações, cirurgias e assistência domiciliar; d) reabilitação da capacidade comprometida através de fisioterapia e suporte informal; e) capacitação de recursos humanos em geriatria e gerontologia; f) apoio ao desenvolvimento dos cuidados informais, estudos e pesquisas.

Do ponto defendido por GAWRYSZEWSKI, JORGE e KOIZUMI (2004) a prevenção deve buscar o estabelecimento e a correção de fatores de risco próprios: alterações visuais, auditivas, neurológicas e cognitivas, locomotoras, medicações; e externos: piso escorregadio, iluminação deficiente, mobília instável e reengenharia domiciliar.

GIATTI e BARRETO (2002) identificaram que a permanência na vida laboral ativa melhora a qualidade de vida do idoso, o que respalda as mudanças nas regras de aposentadoria por parte do Estado.

JORDÃO NETTO (1997) contribui com a visão inovadora de explorar a situação atual dos idosos por meio do fomento à transgeracionalidade tanto familiar como comunitária, estímulo ao empreendedorismo como alternativa de renda e às atividades sócio-culturais.

CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS (2000) intuem a necessidade de se incluir a avaliação nutricional, à qual ACUÑA e CRUZ (2004) enfatizam a importância da investigação de perda de peso, sintomas gastrintestinais, demanda metabólica, uso de medicamentos, história dietética, alterações do padrão alimentar, história social, antecedentes e capacidade funcional com alternativas de baixo custo sem sacrifício da qualidade nutritiva. Para LOPEZ *et al.* (2000), efetuar-se a monitorização permanente dos parâmetros nutricionais para se prevenir a desnutrição protéico-calórica (DPC) tão freqüente na terceira idade, no que concordam OTERO, ROZENFELD e GADELHA (2001), os quais também propõem intervenções de ação mais sistêmica como o conhecimento mais profundo do idoso e sua realidade de vida, o planejamento de ações locais e de políticas públicas que visem a qualidade nutricional e de vida, e o preparo tanto dos profissionais quanto dos serviços de saúde para enfrentar a questão do idoso como um todo. Segundo PAYETTE (2002), isso irá redundar inclusive na melhora emocional e no encurtamento do período de doença.

Lembrando-se, no entanto, o que SAMPAIO (2002) asseverou: avaliar clinicamente a capacidade nutricional de idosos através do índice de massa corporal (IMC), no que os demais autores concordam, deve também trazer memória que os pacientes nessa faixa etária apresentam determinadas peculiaridades como alterações músculo-esqueléticas que modificam de maneira importante sua altura, introduzindo assim a necessidade de correção da mesma por meio da altura estimada para o cálculo do IMC.

MAIA, DURANTE e RAMOS (2004) avaliando idosos com transtornos mentais, preconizam para a melhora da qualidade de vida dos mesmos, diagnóstico precoce, abordagem sistêmica, tratamento adequado, fornecimento de medicações e menor tempo de encaminhamento de consultas e procedimentos especializados.

COELHO FILHO, MARCOPITO e CASTELO (2004) levantaram a importância de uma abordagem farmacológica individualizada ao idoso no intuito de esclarecer e incentivar a abordagem e adesão terapêutica adequada à terceira idade.

CARNEIRO e FALCONE (2004) reconhecendo a importância da qualidade de vida do idoso destacaram quatro aspectos que a favorecem: 1) competência comportamental; 2) auto-avaliação da qualidade de vida; 3) condições contextuais; 4) bem-estar psicológico.

Por último, MORAGAS (1997) resume a questão do idoso no ponto de vista social enfatizando que há necessidade de um urgente olhar novo à velhice não como declínio, mas como etapa vital. Sugere esse resgate por meio da exploração e da aplicação do potencial de cada idoso, visando assim a desmistificação da velhice.

Com base nesse levantamento bibliográfico e diante da realidade local de uma Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família com mais de 300 idosos adscritos, entendeu-se como urgentemente necessário o levantamento do perfil epidemiológico dos pacientes com idade igual ou superior a 60 anos para que se comece a estabelecer uma visão mais sistêmica do processo saúde-doença de maneira a propiciar uma abordagem mais eficaz ao nível de promoção, proteção e recuperação dos agravos que caracterizam essa faixa etária.

### **3. METODOLOGIA**

A estratégia de abordagem consistiu na ferramenta da visita domiciliar na área de abrangência pela qual o pesquisador é responsável. Nesta estão adscritos 66 idosos, dos quais 43 participaram da pesquisa. Como fator de exclusão ocorreu o não terem sido encontrados no domicílio quando da visita (compromissos como trabalho, etc).

Após sermos recepcionados, explicamos a razão da pesquisa e convidamos os usuários a participarem mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Então deram-se as medidas antropométricas, dados vitais, mini avaliação nutricional, mini exame do estado mental e exame físico. A revisão do prontuário eletrônico (período de 1 ano, número de consultas, diagnósticos, medicação e confirmação de dados) se deu nas dependências da US.

Conforme citado anteriormente, o peso foi medido através de balança digital de chão. Para tanto, seguimos o método descrito por SAMPAIO (2002) e ACUÑA (2004).

#### **4. RESULTADOS**

Levantaram-se as seguintes questões:

Falta de representatividade da população pesquisada para validação da pesquisa. Os idosos que participaram dessa etapa da pesquisa apresentavam independência e capacidade funcional preservadas, o que não reflete a realidade ambulatorial observada. Isso poderia nos levar à falsa impressão que o perfil epidemiológico geriátrico local encontrar-se-ia bem. Além do mais, o número de participantes encontrava-se muito aquém do desejado.

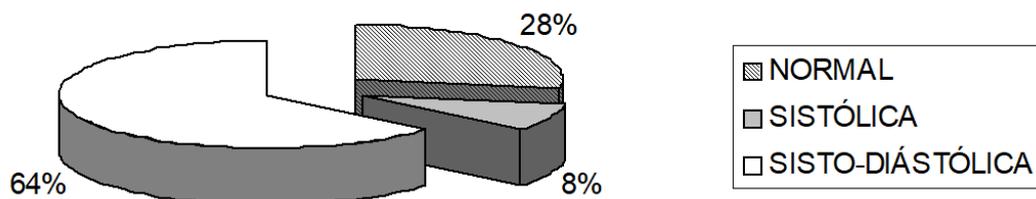
Houve um estreitamento do vínculo estabelecido anteriormente com aqueles que já nos conheciam e uma maior abertura para com os demais, fossem pacientes ou familiares que estavam no domicílio no momento em questão;

Vários participantes apresentaram alguns fatores limitantes à abrangência do Mini Exame do Estado Mental, o que exigiu a adaptação do mesmo devido ao analfabetismo e não treinamento com coordenação final (copiar a figura). Dessa maneira, desprezamos o item anteriormente citado e buscamos substantivos concretos ligados à experiência de vida de cada pesquisando no sentido de não propor elementos de fora da realidade dos mesmos de maneira a não dificultar o desempenho nesse teste. Na interpretação, buscou-se apenas se estava alterado de maneira importante ou não.

Abandonamos a comparação da altura com a altura estimada devido à baixa frequência dos gerontos na Semana do Idoso, onde dispúnhamos de balanças antropométricas (Unidade de Saúde). Dada à validação científica da altura estimada (cálculo da altura do indivíduo a partir de sua altura tibial), adotamo-la como padrão para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Na revisão do prontuário eletrônico não observamos de modo significativo doenças infecto-contagiosas.

Da amostra avaliada (43 idosos da microárea referida), observaram-se algumas questões de extrema relevância, como demonstra o GRÁFICO 1.

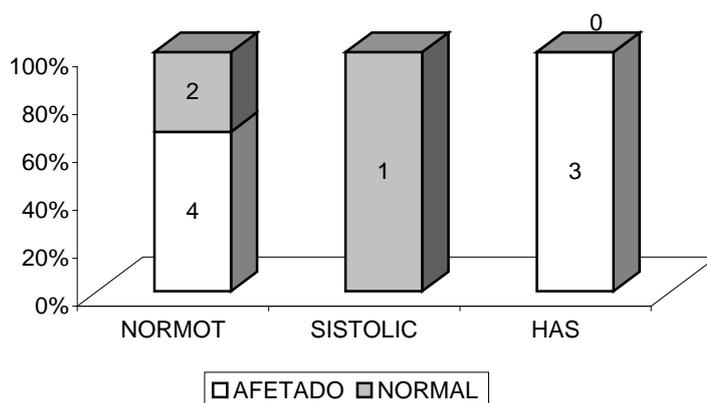


**GRÁFICO 1** – Comportamento pressórico dos idosos entrevistados na Unidade de Saúde Capanema, Curitiba – 2005. Fonte: LOBO, G. L. (2005)

72% apresentaram pressão arterial elevada com ou sem tratamento, estando 64% dos mesmos tanto com alterações sistólicas quanto diastólicas.

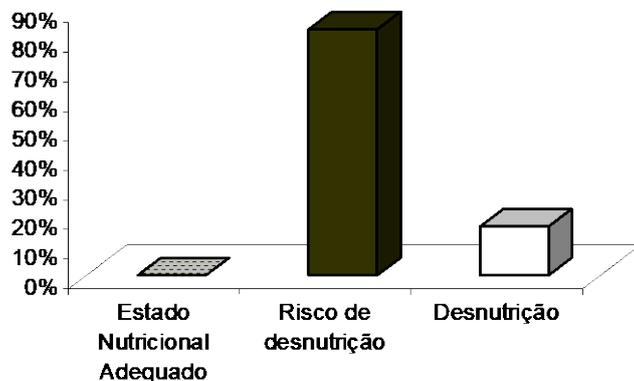
Alterações da pressão arterial apresentam correlação diretamente proporcional às alterações do estado mental (demência).

Observou-se elevada proporção de demência em normotensos da faixa etária de 70 a 74 anos (4 casos), conforme GRÁFICO 2.



**GRÁFICO 2** – Estado de demência em normotensos dos idosos entrevistados na faixa etária de 70 a 74 anos na Unidade de Saúde Capanema, Curitiba - 2005. Fonte: LOBO, G. L. (2005)

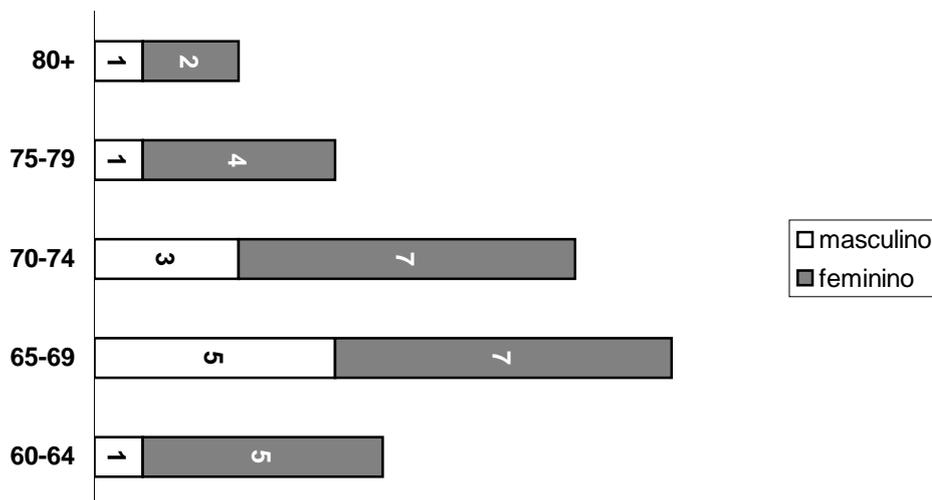
O GRÁFICO 3 mostra que nenhum dos pacientes da amostra apresentou estado nutricional adequado, estando 83% em risco nutricional e 17% desnutridos.



**GRÁFICO 3** – Estado Nutricional nos idosos participantes da pesquisa realizada na Unidade de Saúde Capanema, Curitiba - 2005  
 Fonte: LOBO, G. L. (2005)

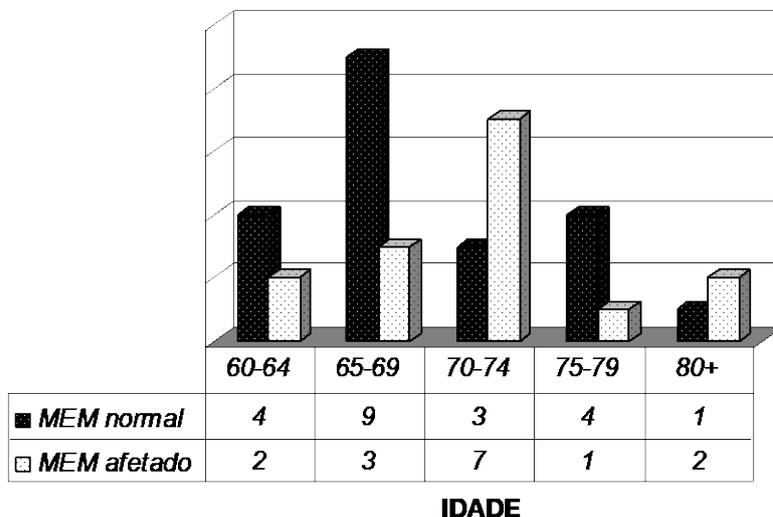
A questão anterior torna-se perceptível apenas pela interpretação da Mini Avaliação Nutricional, a qual se demonstrou mais sensível que o Índice de Massa Corporal.

Também conforme o que demonstra a literatura, ocorreu o predomínio do número de mulheres sobre o de homens em todas as faixas etárias, conforme GRÁFICO 4.

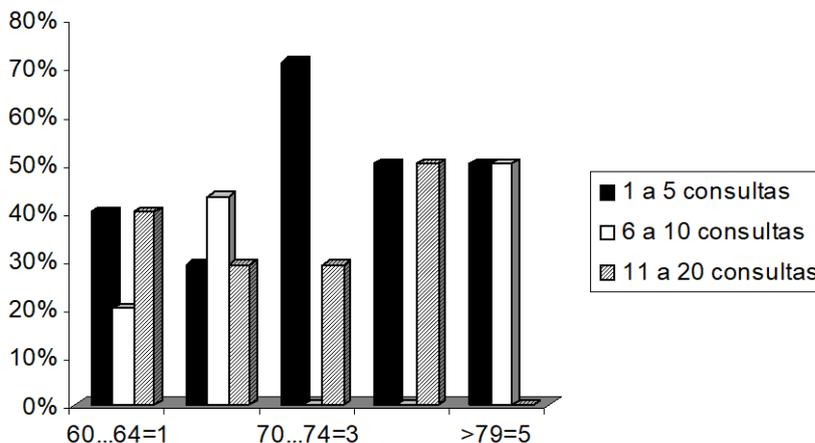


**GRÁFICO 4** – Distribuição dos idosos participantes da pesquisa realizada na Unidade de Saúde Capanema por sexo, Curitiba – 2005. Fonte: LOBO, G. L. (2005)

Sendo a hipertensão arterial um importante fator de risco à doença cardiovascular, não é de se estranhar a prevalência de demência nesse grupo como demonstra o GRÁFICO 5.



**GRÁFICO 5** – Mini Exame do Estado Mental nos idosos entrevistados na Unidade de Saúde Capanema, Curitiba - 2005  
 Fonte: LOBO, G. L. (2005)



**GRÁFICO 6** – Número de consultas por idade nos idosos participantes da pesquisa realizada na Unidade de Saúde Capanema, Curitiba - 2005  
 Fonte: LOBO, G. L. (2005)

O Gráfico 6 demonstra que o número de consultas foi maior entre 65-74 anos devido à maior concentração da amostra nesta faixa etária.

## 5. DISCUSSÃO

Para que se entenda o percentual alarmante de pessoas com níveis pressóricos acima do normal desejado, evoca-se tanto a dificuldade na adesão ao tratamento proposto quanto o desconhecimento prévio, sendo esse em menor proporção.

Entretanto, já quanto à peculiaridade do pico de demência em normotensos de 70 a 74 anos, concluiu-se, após reavaliação específica desta amostra, que possivelmente isso se deu devido ao pequeno número de pacientes avaliados, associado ao fato de serem dois deles portadores de patologia psiquiátrica e outro com hipercolesterolemia importante sem tratamento prévio.

Quanto à questão do predomínio de mulheres, além do já determinado na literatura, a qual aponta maior sobrevida nesse grupo, observou-se ainda que nas faixas etárias menores os homens não foram encontrados no domicílio e nem compareceram na semana do idoso devido a ainda se encontrarem inseridos no mercado de trabalho.

A observação mais surpreendente consistiu na avaliação nutricional dos idosos em questão. Não obstante à denotada importância do uso do IMC a partir da altura estimada na avaliação gerontológica, a Mini Avaliação Nutricional demonstrou maior sensibilidade na identificação do estado nutricional em si. Pensa-se que isso foi devido às condições e hábitos de vida da população local.

## **6. CONCLUSÃO**

Como o teoricamente esperado, observamos em proporção ainda maior do que na literatura o maciço índice de comprometimento nutricional e a elevada taxa de doença hipertensiva com comprometimento cardiovascular encefálico.

Disso se conclui a necessidade urgente de abordar-se tanto o controle da pressão arterial quanto o estado nutricional dos idosos dessa comunidade através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos.

Assim, como primeira estratégia, já estamos procurando implantar o grupo de idosos, através do qual poderemos viabilizar de maneira interdisciplinar e intersetorial as devidas correções, as quais serão, possivelmente temas de outros relatos interventivos.

Exatamente por fazermos parte dessa sociedade que envelhece a passos largos, necessitamos com prontidão entender melhor as características que envolvem a terceira idade, pois somente dessa maneira é que poderemos intervir de forma a deslocar esse processo de sua realidade presente como a inatividade, a exclusão e o preconceito para aspectos mais humanizados como a saúde, o bem-estar e a cidadania.

## 7. REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Nutritional assessment of adults and elderly and the nutritional status of Brazilian population. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 3, p. 345-361, jun. 2004.

BLACKMAN, D. K.; KAMINOTO, L. A.; SMITH, S. M. **Overview: Surveillance for Selected Public Health Indicators Affecting Older Adults**, MMWR Surveillance Summaries, p.1-6. Dec. 1999.

CAMPOS, M. T. F. de S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 157-165, set./dez. 2000.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.M. de O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, jan./abr. 2004.

CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 7-17, abr. 2003.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-564, ago. 2004.

ELIA, M. Obesity in the elderly. **Obesity Research**, v. 4, p. 244-248, nov. . 2001.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. Bambuí: fatores associados ao tratamento da hipertensão entre idosos na comunidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817-827, jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 512-521, mar./abr. 2004.

FIRMO, J. O.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: Maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1029-1040, jul./ago. 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. de M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Women's work and health among Brazilian elderly, **Cienc. Saúde coletiva**, v. 4, p. 825-839, 2002

JANES, G. R. **Surveillance for Use of Preventive Health-Care Services by Older Adults, 1995-1997**. MMWR CDC Surveillance Summaries. v. 48, n. 8, p. 51-58, Dec. 1999.

JONG, N. de. et al. Effect of dietary supplements and physical exercise on sensory perception, appetite, dietary intake and body weight in frail elderly subjects. **British Journal of Nutrition**, v. 83, n. 6, p. 605-613, Jun. 2000.

JORDÃO NETTO, A. Gerontologia Básica, **Ed. Lemos**, p. 17-36, 1997.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 735-743, jun. 2003.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 650-656, out. 2004.

MCCORMACK, P. Undernutrition in the elderly population living at home in the community: a review of the literature. **Journal of advanced nursing**. V. ;26, n. 5, p. 856-863. Nov. 1997.

MCWHIRTER, J.P.; PENNINGTON, C. R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. **BMJ Clinical Research edit**, v. 9; p. 945-998, Apr. 1994

MARKS, J. S. **Preventing the Diseases of Aging**, Chronic Disease Notes&Reports. Available from World Wide Web:<<http://www.cdc.gov>

MILNE, A. C.; POTTER, J.; AVENELL, A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. The Cochrane Library, v. 1, 2005.

MORAGAS, R. Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida. **Ed. Paulinas**, p. 17-37, 1997.

ORB, A. Aspectos de saúde em adultos acima de 80 anos que vivem de maneira independente na comunidade: uma perspectiva australiana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 589-596, jul./ago. 2004.

OTERO, U. B.; ROZENFELD, S.; GADELHA, A. J. Óbitos por desnutrição em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 91-205, nov. 2001.

PAYETTE, H. et al. Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: a prospective randomized community trial. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 8, p. 1088-1095, aug. 2002.

POTTER, J. F.; SCHAFER, D. F.; BOHI, R. L. In-hospital mortality as a function of body mass index: an age-dependent variable. **Journal of Gerontology**, v. 43, n. 3, p. 59-63. May. 1988.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

ROCKWOOD, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **Can Med Assoc Journal**, p. 489-495, Aug. 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – NUCLEAS. **Indicadores Sócio Econômicos do Idoso Residente no Estado do Paraná**, Curitiba, 2004.

SILVESTRE, J.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 830-847, jun. 2003.

UCHOA, E. An anthropological approach to senior citizens' health issues. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.849-853, Jun. 2003.