



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

LUIZA MARIA CIPRIANI

**DETERMINANTES DE VULNERABILIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DA APS:
DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS.**

PASSO FUNDO, RS

2021

LUIZA MARIA CIPRIANI

**DETERMINANTES DE VULNERABILIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DA APS:
DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS.**

Trabalho de Curso de graduação apresentado comorequisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Inês Kunz

Coorientadora: Prof.^a Me.^a Bruna Chaves Lopes

PASSO FUNDO, RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Cipriani, Luiza Maria
Determinantes de vulnerabilidade em idosos usuários
da APS: diferença entre gêneros. / Luiza Maria Cipriani.
-- 2021.
55 f.

Orientadora: Doutora Regina Inês Kunz Co-
orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Vulnerabilidade. 2. Idosos. 3. Atenção primária à
saúde. 4. Qualidade de vida. I. , Regina Inês Kunz,
orient. II. Lopes, Bruna Chaves, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

LUIZA MARIA CIPRIANI

**DETERMINANTES DE VULNERABILIDADE EM IDOSOS USUÁRIOS DA APS:
DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS.**

Trabalho de Curso de graduação apresentado comorequisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Inês Kunz

Coorientadora: Prof.^a Me.^a Bruna Chaves Lopes

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Regina Inês Kunz – UFFS
Orientadora

Prof.^a Me.^a Daniela Teixeira Borges

Prof.^a Dr.^a Priscila Pavan Detoni

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Gessi, exemplo de amor, carinho, honestidade e perseverança, modelos a serem seguidos. Orgulho em ser sua filha!

A minha irmã, Juliana, que me deu suporte e auxílio em toda a caminhada, sou muito grata por ter você ao meu lado.

Ao meu noivo, Bruno, com você cada dia é uma alegria. Obrigada pelo apoio, amor, incentivo e carinho dedicados a mim.

A minha família por todo o apoio recebido, meu muito obrigado. Este trabalho é dedicado a vocês.

A Prof.^a Dr.^a Regina Kunz, pela orientação excepcional, parceria nesse período, ajuda constante e engajamento nesse trabalho. Obrigada por me acalmar e me ajudar em todos os momentos dessa trajetória, de coração.

A Prof. Me.^a Bruna Chaves Lopes, pela coorientação e todo apoio prestado ao longo dessa caminhada, minha imensa gratidão.

A todos os meus colegas de turma, mas especialmente às minhas amadas amigas Eduarda Vendrame, Maria Eduarda Lemes Mora e Tayla Dal Moro por estarem presentes em todos os momentos da minha caminhada em Passo Fundo.

A minha colega de apartamento Sabrina, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, sejam eles bons ou ruins.

A minha banca examinadora, professoras Me.^a Daniela Teixeira Borges e Dr.^a Priscila Pavan Detoni, o meu agradecimento de coração, além de muito carinho e admiração.

Aos professores dos componentes de trabalho de curso Dr.^a Ivana Lindemann e Dr. Gustavo Acrani, que nesses três semestres foram tão pacientes e prestativos. Vocês foram fundamentais nesse processo.

A universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Curso (TC) realizado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS. O presente Trabalho de Curso foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC do curso de graduação em Medicina. Este trabalho foi desenvolvido pela acadêmica Luiza Maria Cipriani sob orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Inês Kunz e coorientação da Prof.^a Me.^a Bruna Chaves Lopes. O volume é composto por três partes: projeto de pesquisa, relatório de pesquisa e artigo científico. A primeira parte foi desenvolvida no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TCI), no primeiro semestre letivo de 2020. A segunda, consistiu em um relatório descritivo das atividades realizadas, incluindo coleta de dados por meio de um questionário aplicado em usuários da Atenção Primária à Saúde na rede urbana do município de Passo Fundo/RS, etapa que foi realizada no CCR Trabalho de Curso II, no segundo semestre letivo de 2020. A terceira parte contém o artigo científico, estruturado no CCR Trabalho de Curso III, no primeiro semestre letivo de 2021. O objetivo do estudo foi verificar a relação do sexo sobre os determinantes de vulnerabilidade em idosos. Este estudo fornece dados que poderão ser relevantes na formulação de políticas de assistência aos idosos, voltadas à melhora da qualidade de vida dessa crescente parcela da população.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade. Idosos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

This is a Course Work (TC) carried out to obtain a Bachelor's degree in Medicine from the Federal University of the Southern Border (UFFS), Passo Fundo campus. The present Course Work was structured according to the Manual of Academic Works of UFFS and complies with the regulation of the TC of the undergraduate course in Medicine. This work was developed by the academic Luiza Maria Cipriani under the guidance of Prof. Dr. Regina Inês Kunz and co-orientation of Prof. Me.^a Bruna Chaves Lopes. The volume will consist of three parts: research project, research report and scientific article. The first part was developed in the curricular component (CCR) of Course I (TCI) work, in the first half of 2020. The second consisted of a descriptive report of the activities performed, including data collection through a questionnaire applied to primary health care users in the urban network of the municipality of Passo Fundo/RS, a stage that was carried out at CCR Work course II, in the second half of 2020. The third part will contain the scientific article, structured in CCR Course Work III, in the first half of 2021. The aim of this study is to verify the relationship between sex and vulnerability determinants in the elderly: age, schooling, self-reported color, marital status, occupation, number of residents per household, per capita income, physical activity, habit of consuming alcohol, smoking habits and number of chronic non-communicable diseases. This study may provide relevant data in the formulation of policies for the care of the elderly, aimed at improving the quality of life of this growing portion of the population.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerability. Elderly. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DESENVOLVIMENTO	8
2.1 PROJETO DE PESQUISA	8
2.1.1 Resumo	8
2.1.2 Tema.....	9
2.1.3 Problema.....	9
2.1.4 Hipóteses	9
2.1.5 OBJETIVOS	9
2.1.5.1 Objetivo Geral	9
2.1.5.2 Objetivos Específicos.....	10
2.1.6 JUSTIFICATIVA	10
2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1.8 METODOLOGIA	14
2.1.8.1. Tipo de estudo.....	14
2.1.8.2. Local e período de realização	14
2.1.8.3. População e amostragem	14
2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados	15
2.1.8.5. Processamento, controle de qualidade e análise de dados.....	16
2.1.8.6. Aspectos éticos.....	16
2.1.7 Recursos	16
2.1.8 Cronograma	16
2.1.9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
2.1.10 ANEXOS	21
2.1.10.1 Anexo A	21
2.1.10.2 Anexo B	31
3 RELATÓRIO	35
4 ARTIGO	36
5 ANEXOS	52
5.1 Regras da revista	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56

1 INTRODUÇÃO

Desde 1970 o cenário demográfico brasileiro vem sofrendo significativas alterações, evidenciando uma redução das taxas de fecundidade e mortalidade e um aumento da expectativa de vida. Segundo dados do Censo 2010, pessoas com 65 anos ou mais representam 7,4% da população brasileira, indicando um importante alargamento do topo da pirâmide etária (BRASIL, 2010).

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica impõe à sociedade contemporânea desafios no âmbito de políticas públicas, sobretudo na esfera dos sistemas de saúde dessa população, com repercussões para toda a sociedade, especialmente em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

A manutenção da saúde do idoso está relacionada a um conjunto de aspectos físicos e mentais, independência financeira, controle e prevenção de doenças crônicas e seus agravos, além da existência de suporte social à pessoa idosa. Desequilíbrios desses fatores agregam complexidades ao processo de envelhecimento, gerando uma má qualidade de vida (BRASIL, 2013).

É evidente que o idoso tem sua capacidade funcional reduzida devido ao curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos. Nesse cenário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) destacam-se, comprometendo em média 75% da população, sendo uma das principais causas de limitações funcionais (OSÓRIO; PINTO, 2007).

Logo, os serviços de saúde necessitam atender adequadamente às demandas dessa parcela populacional, tanto no âmbito de prevenção e controle de doenças, como na promoção de um envelhecimento ativo. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) baseada em seus princípios essenciais de primeiro contato - longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção -, além dos atributos derivados, apontados como qualificadores das ações dos serviços, sendo eles: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural, apresenta alto potencial no atendimento a idosos, controle de condições crônicas e prestação de serviços preventivos (STARFIELD, 2002).

Quando se pontua o quesito gênero, percebe-se que ele está predominantemente ligado a questões comportamentais específicas e a fatores socioculturais de homens e mulheres. Observa-se a presença mais frequente de mulheres nos centros de saúde, facilitando diagnóstico precoce de doenças como diabetes e hipertensão em estágios ainda assintomáticos (LAURENTI; MELLO; GOTLIEB, 2005).

O processo de envelhecimento é também fortemente influenciado pela história de

vida do idoso, em suas diferentes formas de inserção social ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade (GEIB, 2012). Ainda, o curso do processo pode estar relacionado à forma como os idosos se reconhecem ou são reconhecidos pelos outros, sendo importante o cuidado e a proteção da família e da sociedade a esse grupo social (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Sendo assim, torna-se primordial analisar as condições de vida de idosos, verificando se há diferença nas variáveis ligadas ao envelhecimento, a fim de que se consiga responder adequadamente às necessidades e fragilidades, desenvolvendo políticas sociais que possam prevenir ou corrigir distorções presentes no processo de envelhecimento saudável e pleno.

Dados indicam um aumento das mulheres idosas chefes de domicílio, além de idosas mais propensas a viverem sozinhas e mais longevas, com 80 anos ou mais. Não obstante, é o grupo que apresenta mais incapacidades e necessidade de apoio instrumental e social (CAMARANO, 2011).

Além do mais, a prevalência de baixo índice de escolaridade pode contribuir para uma maior vulnerabilidade desse grupo, provavelmente explicado pela dificuldade formal ao acesso à educação (BUSATO et al., 2014).

Portadores de doenças crônicas destinam, muitas vezes, parte importante do orçamento aos cuidados implicados, o que pode levar à vulnerabilidade (VERAS, 2009). Ademais, a maioria dos idosos participantes do estudo eram mulheres, constatando-se a maior procura pelos serviços de saúde, bem como a feminilização do envelhecimento (BUSATO et al., 2014).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

Tanto no âmbito nacional como mundial, a população idosa apresenta um constante crescimento nos últimos anos. Segundo dados da Política Nacional de Saúde do Idoso há no Brasil cerca de 28 milhões de idosos, o equivalente a 13,5% da população. Para 2042, a projeção da população de pessoas acima de 60 anos é de 57 milhões, o que corresponderá a 24,5% dos 232,5 milhões de habitantes estimados no país, seguindo a tendência mundial de envelhecimento. Assim, evidencia-se a importância do estudo dessa parcela populacional buscando compreender aspectos de vida que possam estar relacionados a sua saúde.

O presente estudo buscará verificar a relação do gênero sobre os determinantes de

vulnerabilidade e fatores associados da população idosa usuária da atenção primária de saúde no município de Passo Fundo RS, composto por um estudo de abordagem metodológica quantitativa, transversal, descritiva, analítica e com amostra não probabilística, composto por conveniência. O projeto será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”. O estudo será formado por pacientes idosos atendidos na APS do município de Passo Fundo, aos quais foi aplicado um questionário.

2.1.2 Tema

Determinantes de vulnerabilidade relativos ao gênero em idosos usuários da Atenção Primária a Saúde.

2.1.3 Problema

Quais são os determinantes de vulnerabilidade em idosos usuários da Atenção Primária a Saúde?

Os hábitos de vida influenciam na vulnerabilidade dos idosos?

O perfil socioeconômico influencia na vulnerabilidade apresentada pelos idosos?

Qual a influência da questão do gênero no processo de envelhecimento e na questão de vulnerabilidade?

2.1.4 Hipóteses

Os determinantes de vulnerabilidade incluem fatores não modificáveis e modificáveis: físicos, sociais e econômicos.

O modo com que o idoso vive influencia na manutenção da saúde mental e física.

A vulnerabilidade pode ser resultado de uma instabilidade do perfil socioeconômico.

A influência do gênero é notória tornando os homens mais vulneráveis por uma questão histórica, cultural e social.

2.1.5 OBJETIVOS

2.1.5.1 Objetivo Geral

Analisar fatores sociodemográficos e determinantes de vulnerabilidade em idosos usuários da Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo.

2.1.5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos, de saúde e hábitos de vida.

Identificar se a amostra apresenta determinantes de vulnerabilidade.

Identificar a associação entre gênero e determinantes de vulnerabilidade.

2.1.6 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional pode ser hoje considerado uma importante questão de saúde pública e assistencial, especialmente por ser um processo influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa (MAIA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou que o envelhecimento saudável deve ser colocado como uma prioridade global, devendo-se assim promover o desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas de saúde dessa população e com o impacto das doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida dos idosos (VEIGA et al., 2016).

O estudo dos determinantes de vulnerabilidade em idosos usuários da APS é importante devido a sua magnitude tanto no âmbito nacional como mundial, associada a transformações sociais e econômicas, bem como mudanças nas demandas dos serviços de saúde.

2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO

O crescimento da população idosa é um dos principais fenômenos observados nas últimas décadas, tomando destaque por se tratar de uma transição rápida, principalmente nos países em desenvolvimento. Nas projeções das Nações Unidas, estima-se que no mundo uma para cada nove pessoas possua mais de 60 anos de idade, e projeta-se que em 2025 superará o número de crianças menores de 15 anos, e, em 2050, estima-se 2 bilhões de idosos, o que representará 22% da população global (PINHEIRO; RIBEIRO; SOUTO, 2016).

O envelhecimento implica em um aumento do risco de desenvolver vulnerabilidades, visto que esse processo natural envolve mudanças em aspectos individuais e coletivos que influenciam as condições de vida do idoso. O termo vulnerabilidade deriva-se do latim *vulnerable* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão. Ao longo do século XX, o termo foi amplamente usado em resoluções, leis e tratativas para designar grupos ou indivíduos,

jurídica ou politicamente fragilizados, que necessitavam ter seus direitos preservados e respeitada a integridade moral, a autonomia e a dignidade humana (MAIA, 2011).

Desse modo, a vulnerabilidade social está intimamente relacionada à forma como indivíduos, famílias ou grupos sociais sejam capazes de controlar as forças que afetam seu bem-estar, o controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades que lhes são propiciadas (MAIA, 2011).

O conceito vulnerabilidade procura responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos que geram maior suscetibilidade às doenças e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises da vulnerabilidade buscam integrar eixos interdependentes de compreensão dos aspectos de vida das pessoas e comunidade (AYRES, et al. 2006).

O envelhecimento é um processo individual, dinâmico e progressivo, envolvendo alterações morfológicas, funcionais, sociais e psicológicas, tornando o indivíduo mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas (FERNANDEZ, et.al. 2014). Convém salientar que hábitos de vida interagem comumente com a genética, tornando as consequências do envelhecimento variáveis de indivíduo para indivíduo.

Os idosos brasileiros vivem constantemente em situações de desvalorização social, medos, depressão, falta de assistência a diversas atividades como lazer, sofrem obstáculos para acessar os planos de saúde e, principalmente, convivem com o preconceito. Esses, associados à falta de informação e escassez de investimentos em políticas públicas para a terceira idade, faz com que as prioridades específicas aos idosos sejam inadequadas e insuficientes para sua sobrevivência (VERAS, 2007). Logo, a vulnerabilidade é multidimensional e complexa, necessitando de uma análise detalhada de fatores associados e determinantes.

Entre os idosos, constata-se um aumento dos problemas de saúde mental, o que se atribui aos eventos estressantes, presença de doenças, incapacidades e isolamento social (JUNIOR; MARTINS; MARIN, 2016). Além do mais, com o aumento da expectativa de vida e os diversos fatores que podem causar acometimentos, torna-se fundamental prover longevidade com qualidade de vida e um envelhecimento saudável, permitindo uma vida com redução de limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.

Essa realidade exprime a globalização do envelhecimento populacional, que se constitui um fenômeno caracterizado por crescimento gradual, que resulta em uma vida mais longa, embora a longevidade não esteja, necessariamente, condicionada a melhoria das

condições de vida e saúde.

Impulsionado pela necessidade de a saúde pública expressar-se coerentemente e com foco nas necessidades de saúde dos diversos setores de assistência à pessoa idosa, o primeiro Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde foi lançado pela OMS, norteado pela 32ª redefinição do envelhecimento saudável, pautado na capacidade funcional (BEARD et al., 2016).

Esse relatório apresenta uma maior incidência de patologias nos países em desenvolvimento, bem como a maior parte dos anos vividos com incapacidades. Dentre as patologias predominantes como causa morte cita a isquemia cardíaca, acidente vascular encefálico e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Retrata ainda que a presença de multimorbidades pode ser evidenciada em idosos de países desenvolvidos ou não, sendo mais prevalente nos de baixa renda, e que sua presença aumenta os custos e gastos com a saúde, em consequência da ampliação de sua utilização (BARNETT et al., 2012; BEARD et al., 2016; HEARPS et al., 2014).

A qualidade de vida “supõe um elemento básico e interligado com todos os outros, que é a capacidade para realizar movimentos corporais de forma eficiente”. Assim, para o autor, se a capacidade motora estiver limitada, a qualidade de vida pode sofrer baixa considerável (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009). Isso justifica a importância de propostas de intervenção que estimulem o uso ativo do corpo, pois é consenso entre os profissionais de saúde que a manutenção de um estilo de vida ativo é um fator determinante para o sucesso do processo de envelhecimento (JANUÁRIO et al., 2011).

Outro ponto evidenciado no relatório, diz respeito à capacidade de realização de atividades instrumentais de vida diária, nas quais é necessário observar características ambientais para que, a partir destas, o idoso possa desenvolvê-las de forma adaptada para sua real necessidade. Isto, para que a capacidade funcional seja mantida assim como a qualidade de vida na velhice (PEREIRA et al., 2017), o que exige a necessidade da mudança do olhar dos profissionais para se atentar ao desempenho dos idosos, dentro ou não de sua limitação, pois precisam estar e sentir-se úteis e ativos, capazes de desempenhar ou redesenhar novas habilidades.

Desse modo, avaliar as condições de vida do idoso é importante para o desenvolvimento de alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticos e sociais (GALISTEU et al., 2006). Também é necessário o desenvolvimento de pesquisas e práticas de saúde que se preocupem com a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (JANUÁRIO et al., 2011).

Diante das peculiaridades próprias do envelhecimento, ressalta-se que a vulnerabilidade entre os idosos possui características específicas que diferem das demais fases do ciclo vital (SIMÕES; CARVALHO, 2011). Ou seja, é muito mais do que uma determinação biológica, mas sim o reflexo de condicionantes sociais e culturais que afetaram o sujeito durante todo o ciclo de sua vida (BEAUVOIR, 1990).

A manutenção da saúde do idoso está relacionada a um conjunto de aspectos físicos e mentais, independência financeira, controle e prevenção de doenças crônicas e seus agravos, além da existência de suporte social à pessoa idosa (BRASIL, 2010).

Devido a sua magnitude, o envelhecimento pode ser considerado uma importante questão de saúde pública. Por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo. Por essa razão, é imprescindível que as questões relativas aos idosos sejam analisadas sob uma perspectiva mais abrangente (RODRIGUES, NERI, 2012).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, há no Brasil uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres. Esses dados só reforçaram a tendência histórica de predominância feminina na população brasileira, já que em 2000 o indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres (BRASIL, 2010).

Nos últimos dez anos houve o aumento das mulheres idosas chefes de domicílio, o que indica que estas, quando possuem renda, auxiliam filhos, netos e familiares. Os dados também indicam que o grupo de idosos mais propensos a viverem sozinhos são as mulheres e os idosos mais longevos, com 80 anos e mais. Esse grupo, embora esteja vivendo mais, é o que apresenta mais incapacidades e necessidade de apoio instrumental e social (CAMARANO, 2011).

A prevalência de baixo índice de escolaridade pode contribuir para uma maior vulnerabilidade dos idosos, pela limitação das possibilidades para lidar com as peculiaridades dessa etapa da vida. O baixo índice de escolaridade da maior parte dos pesquisados provavelmente se explica pela dificuldade de acesso ao sistema formal de educação, quando estes estavam em idade escolar (BUSATO et al., 2014).

Especificamente no tocante à renda, é importante pontuar que idosos, com frequência, são portadores de doenças crônicas e dessa forma destinam, muitas vezes, parte importante de seu orçamento aos cuidados implicados com essa condição, o que pode comprometer a aquisição de alimentos e, conseqüentemente, vulnerabilizar esse grupo à insegurança alimentar e nutricional (VERAS, 2009).

Além do mais, a maioria dos idosos procura pelos serviços de saúde são idosas, reforçando o conceito da feminilização do envelhecimento (BUSATO et al., 2014). Ademais, os idosos vulneráveis são majoritariamente mulheres, com mais de 75 anos e que apresentam, pelo menos, uma doença crônica não transmissível (DA CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1. Tipo de estudo

Estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica.

2.1.8.2. Local e período de realização

O estudo será realizado no município de Passo Fundo, localizado no Rio Grande do Sul, no período de novembro de 2020 a agosto 2021.

2.1.8.3. População e amostragem

Este estudo será um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária” que foi realizada na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, composta por 34 unidades, de 27 de maio de 2019 a 23 de agosto de 2019.

A população do estudo maior foi composta por adultos e idosos atendidos na APS. A amostra utilizada nesse estudo será uma parcela da população já citada, sendo constituída por pacientes idosos atendidos na APS, acima de 60 anos, de ambos os sexos. A amostragem representativa, foco deste estudo, será selecionada de forma não probabilística e por conveniência, a partir da amostra do estudo maior.

Serão considerados para este estudo os seguintes critérios de inclusão: indivíduos idosos, de ambos os sexos, atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde e residentes de Passo Fundo. Os critérios de exclusão contemplam adultos e as pessoas impossibilitadas de responderem o questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação.

O tamanho da amostra para o estudo maior foi calculado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma

margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.403 participantes.

A amostragem utilizada para o estudo será de 403 idosos usuários do Sistema Único de Saúde e atendidos na Atenção Primária à Saúde.

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado (Anexo A), por acadêmicos de medicina, especialmente treinados.

Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse, consecutivamente, o número determinado para cada local. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, em espaço reservado que foi previamente definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

O questionário (Anexo A) é composto de perguntas sobre características: sociodemográficas (sexo; idade; cor da pele, escolaridade; ocupação; número de pessoas no domicílio; renda; situação conjugal; acesso à internet), de saúde (procura pelo serviço de saúde nos últimos 12 meses; realização de exames de mamografia, papanicolau, próstata, colonoscopia; diagnóstico médico autorreferido de excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, doença cardiovascular, câncer, alergias, depressão; uso de medicamentos; comportamento suicida; tratamento psicológico), de conhecimento de saúde (autodefinição de alimentação saudável; autopercepção da saúde e da alimentação) e, de comportamento de saúde e de alimentação (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; consumo alimentar; dificuldades para alimentação saudável; prática de atividade física). Além disso, foram aferidos peso, altura e pressão arterial.

O presente trabalho analisará algumas variáveis contempladas no questionário:

2.1.9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, JRCM. et al. Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living with HIV/AIDS. **Am J Public Health.** v.96, n. 6, p. 1001-1006, 2011. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.060905>>. Acesso em: 06 set. 2020.

BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **The Lancet.** v.380, p.37-43, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22579043/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

FERNANDES MGM. et.al. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos em ambulatório de geriatria. **Rev. de Enfermagem.** João Pessoa, Paraíba, v.19, n.4, p.771-783, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/download/20542/16965>>. Acesso em 10 set. 2020.

GALISTEU KJ. et.al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Rev Arq Ciênc Saúde.** São Paulo, v.13, n.4, p. 209-14, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273929452_Promocao_da_saude_e_da_qualidade_de_vida_com_idosos_por_meio_de_praticas_corporais>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GEIB, Lorena Teresinha Conslater. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Cien Saúde Colet.** Passo Fundo, v.17, n.1, pp.123-133, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HEIN MA; ARAGAKI SS. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras. **Cienc Saude Colet.** Palmas, v.17, n 8, p.2141-2150, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n8/2141-2150/>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais:** Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. p. 210. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: revisão 2010.** Série Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. p. 312. Disponível

em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP300>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

JANUÁRIO, RSB. et.al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **Conscientia e Saúde**. 2011. v.10, n.1, p.113-114. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=2523&path%5B%5D=1903>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MOFFITT, T. E. et al. The Longitudinal Study of Aging in Human Young Adults: Knowledge Gaps and Research Agenda. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**.v.72, n.2, p.210-215, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/72/2/210/2630031>>. Acesso em: 04 set. 2020.

OSÓRIO, A. R.; PINTO, F. C. **As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Horizontes Pedagógicos, 2007. p.49. Disponível em: <<https://www.bertrand.pt/livro/as-pessoas-idosas-fernando-cabral-pinto/194052>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

PEIXOTO, C. **De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos**. In: Veras R. Terceira Idade: Desafios para o Terceiro Milênio. Rio de Janeiro (RJ): Relume-Dumará, p.41-74. 1997. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

RUIPÉREZ I; LLORENTE P. **Depressão e suicídio: frequência, importância, manifestações e suspeita, cuidados, vigilância e tratamentos especiais**. In: RUIPÉREZ I, Llorente P. Geriatria. Rio de Janeiro (RJ): Mc Graw-hill; 2002. p. 243-51. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/414816255/Vilmar-Da-Silva-Ribeiro>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

RODRIGUES NO; NERI AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo Fibra. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas (SP). V.17, n. 8, p. 2129-2139. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012000800023&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 09 set. 2020.

SÁNCHEZ, A.I.M; Bertolozzi, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**. , São Paulo, v.12, n.2, p. 320-323, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

SOUZA, H. et al. Perfil do estilo de vida de longevos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. v.19, n.5, p.819-826, 2016. Disponível em: <<https://gvaa.com.br/revista/index.php/CVADS/article/view/6859>>. Acesso em: 04 set. 2020.

TOSCANO, JJO; OLIVEIRA, ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esport**. São Paulo, v.15, n 3, p.169-173, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922009000300001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 ago. 2020.

VECCHIA, RD. et.al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras de Epid**. São Paulo, v.8, n.2, p. 246-52, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

VEIGA, B. et.al. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. **Rev Bras Geria Gero**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p.1015-1021, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-01015.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 23, p. 2463-2466, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

VIEIRA, CPB. et.al. Prevalência referida, fatores de risco e controle da hipertensão arterial em idosos. **Ciênc Cuid Saúde**. v.15, n.3. p.413-420, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-974856>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

2.1.10 ANEXOS

2.1.10.1 Anexo A: Questionário Projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária.”

UFFS-PESQUISA: Adultos e Idosos usuários do sistema único de saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária. Pesquisadora Responsável: Profa Drª Ivana Loraline Lindemann. Ivana.Lindemann@uffs.edu.br	
Nome do entrevistador _____ NQUES _____	
Data _____	
Local _____ LOCAL _____	
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual é o seu nome completo? _____	
Qual é a sua idade? _____ ANOS COMPLETOS IDA _____	
Você tem telefone para contato? SE NÃO, PERGUNTE SOBRE TELEFONE PARA RECADO E ANOTE DE QUEM É _____	
Qual é o número do seu cartão do SUS? PEÇA PARA VER E ANOTE O NÚMERO	SUS _____
Qual é o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino SEXO _____	
Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela COR _____	
Você sabe ler e escrever? (1) Sim. Quantos anos de estudo, completos e com aprovação, você tem? _____ anos (2) Não (3) Só assina o nome LER _____ ESCOLA _____	
Em relação à situação conjugal, você: (1) Tem companheiro (2) Não tem companheiro CONJU _____	
QUESTÕES SOBRE SAÚDE	
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim SAUDE _____	
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	OBE _____
Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DM _____
Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HAS _____
Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	COLES _____
Triglicérides alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TRIGLI _____
Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CARDI _____
Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	TIRE _____
Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	DEPRE _____
HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	HIV _____
Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra	CANCER _____
SE SIM, em que local do corpo? _____ LCAN _____	
Alergia (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, a que você tem alergia? _____ ALERGIA _____ AQUEA _____	
Artrite ou artrose (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, você sente dor nos locais da artrite ou artrose? (1) Sim (2) Não SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou chovendo? (1) Sim (2) Não SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover? (1) Sim (2) Não ARTRI _____ DORA _____ DORAC _____ DORAA _____	
Tuberculose (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, você está em tratamento para tuberculose? (1) Sim (2) Não SE NÃO, você fez o tratamento para a tuberculose? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra SE SIM, por quantos meses você tomou o remédio para a tuberculose? _____ TUBER _____ TTOTUBA _____ TTOTUBO _____ MTTO _____	
Você sentiu alguma dor nesta última semana, incluindo hoje? (0) Não (1) Sim. Há quanto tempo você sente esta dor? (0) Há menos que 06 meses (1) Há 06 meses ou mais SE HÁ MAIS DE 6 MESES: Como você considera a força dessa dor? (1) Leve (2) Moderada (3) Severa DOR _____ TDOR _____ FDOR _____	
Você possui órtese ou prótese ortopédica? (1) Sim (2) Não SE SIM, você sente dor nos locais da órtese ou da prótese? (1) Sim (2) Não SE SIM, essa dor começa ou piora quando está para chover ou chovendo? (1) Sim (2) Não SE SIM, a dor alivia ou pára quando pára de chover? (1) Sim (2) Não ORTE _____ DORO _____ DOROC _____ DOROA _____	

<p>Tem algum remédio que você toma todos os dias?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, quantos remédios você toma todos os dias? ____</p> <p>SE SIM, nos últimos 03 meses você procurou por algum desses remédios em farmácias da rede pública (SUS)? (1) Sim (0) Não</p> <p>SE SIM, com que frequência você conseguiu esses remédios?</p> <p>(1) Nunca (2) Às vezes (3) Sempre</p>	<p>REMED__</p> <p>QREMD__</p> <p>RSUS__</p> <p>FRSUS__</p>
<p>Você está fazendo algum tratamento psicológico?</p> <p>(1) Sim. Com qual profissional? _____</p> <p>(0) Não</p>	<p>PSICO__</p> <p>QPSICO__</p>
<p>Nas últimas 04 semanas, você teve dificuldade em pegar no sono?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade para pegar no sono?</p> <p>(1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade de voltar a dormir?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade de voltar a dormir?</p> <p>(1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você teve noite curta de sono por que acordou muito cedo (6 horas ou menos de sono)?</p> <p>(0) Não (1) Sim. O quão curtas foram essas noites? NÃO LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA</p> <p>(1) Pouquíssimo (5 ou 6h) (2) Pouco (4h) (3) Muito (3h) (4) Muitíssimo (menos de 3h)</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Qual o grau de cansaço? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p>	<p>SONO__</p> <p>DIFSONO__</p> <p>MADRUGA__</p> <p>VDORMIR__</p> <p>CEDO__</p> <p>QCURTAS__</p> <p>CANSADO__</p> <p>GRAUCAN__</p>
<p>Você toma remédio para dormir? (1) Sim (2) Não</p>	<p>RSONO__</p>
<p>Quando foi a sua última consulta médica (a mais recente) em posto de saúde, CAIS ou ambulatório aqui de Passo Fundo?</p>	<p>CONSULTA__</p>
<p>Sobre essa sua última consulta médica:</p> <p>O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico discutiu as opções de tratamento com você?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico respondeu todas as suas dúvidas?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p> <p>Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Outra resposta</p>	<p>CONFO__</p> <p>MOTIVO__</p> <p>PMEDIC__</p> <p>OTRATA__</p> <p>DUVIDA__</p> <p>EXPLI__</p> <p>TEMPOA__</p> <p>SATIS__</p>
<p>No total, quantas pessoas, incluindo você, moram na sua casa? ____</p>	<p>MORA__</p>
<p>Você exerce atividade remunerada?</p> <p>(0) Não/Aposentado/Pensionista (1) Sim/Em benefício. Trabalha em quê? _____</p>	<p>REMU__</p> <p>TRAB__</p>

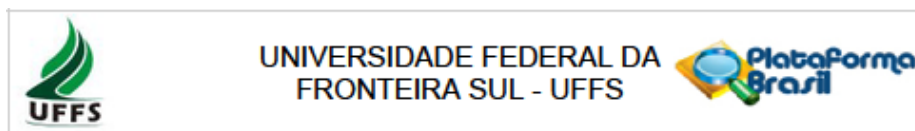
Qual é a renda total das pessoas que moram na sua casa, incluindo você? <i>CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS OU EM SALÁRIOS MÍNIMOS</i>	RENDA _____
Você sabe seu peso? _____ Kg (0) Não sei	PESO _____
Você sabe sua altura? _____ metros (0) Não sei	ALTURA _____
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA E DE SAÚDE	
Que atitudes relacionadas à alimentação você considera saudáveis?	
Você tem o costume de tomar remédio por conta própria, sem receita? (1) Sim (0) Não Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita? (3) Não sabe/não lembra (2) Não (1) Sim. Para que você tomou remédio? Febre (1) Sim (2) Não Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não Dor (1) Sim (2) Não Problemas digestivos (1) Sim (2) Não Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não Outros problemas. Quais? _____	AUTOM __ AUTOM30 __ FEBRE __ GRIPE __ DOR __ DIGE __ COLICA __ OUREM __
Você tem o costume de acessar a internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES</i> Você tem o costume de pesquisar sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca <i>SE SEMPRE OU ÀS VEZES,</i> Você acredita no que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca Você comenta com o médico sobre o que encontra sobre saúde na internet? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não/Nunca	NET __ NETSAU __ ACRES __ COMEN __
Você fez a vacina da gripe nos últimos 12 meses? (1) Sim (0) Não. Por quê? _____	VACINA __ PQNVAC __
Você fuma? <i>SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"</i> (1) Sim (0) Não	FUMA __
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (0) Não	BEBE __
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim. <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (0) Não <i>SE SIM, quantas vezes por semana? _____</i> <i>Quanto tempo por dia? _____</i> <i>Qual tipo de atividade física você faz?</i> Caminhada (1) Sim (0) Não Corrida (1) Sim (0) Não Esportes (futebol, voleibol, handebol, etc) (1) Sim (0) Não Ginástica/musculação (1) Sim (0) Não Dança/zumba (1) Sim (0) Não Alongamento/yoga/tai-chi-chuan (1) Sim (0) Não Outra (especifique) _____	AF __ VAF __ TAFM __ __ __ CAMI __ CORRI __ ESPO __ GINA __ DANCA __ ALONGA __ OUTRAF __
Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia? (1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto	DESLOCA __
Quanto tempo, em média, você gasta caminhando ou pedalando por dia, considerando os trajetos de ida e volta de deslocamentos de um lugar ao outro? (1) Não caminho ou pedalo como meio de deslocamento (2) Menos de 10 minutos (3) De 10 a 29 minutos (4) De 30 a 59 minutos (5) 60 minutos ou mais	TDESLOCA __

Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	ALIM__
Você tem dificuldades para ter uma alimentação saudável? (0) Não (1) Sim. Quais? _____	DIFAS__
Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? (1) Sempre (2) Às vezes (0) Nunca	TV__
Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA SE 'ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO', ASSINALE 'NÃO'</i> Café da manhã (1) Sim (0) Não Lanche da manhã (1) Sim (0) Não Almoço (1) Sim (0) Não Lanche da tarde (1) Sim (0) Não Jantar (1) Sim (0) Não Ceia (1) Sim (0) Não	CAFE__ LANCHEM__ ALMOCO__ LANCHET__ JANTAR__ CEIA__
ONTEM VOCÊ CONSUMIU: <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> Feijão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Frutas frescas (não considerar suco de frutas) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Hambúrguer e/ou embutidos: presunto, mortadela, salame, linguiça ou salsicha (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Bebidas adoçadas: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Biscoito recheado, doces ou guloseimas: balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	FEIJAO__ FRUTA__ VERDURA__ HAMBU__ BEBIDA__ MIOJO__ BISCOITO__
Você é sexualmente ativo? (0) Não (1) Sim. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses? _____ Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, o seu comportamento é: (1) Sem risco (2) De médio risco (3) De alto risco (0) Não sabe informar Você tem o hábito de usar preservativo? (0) Não (1) Sim. Nos últimos 12 meses você usou preservativo? (1) algumas vezes (2) sempre	ATIVO__ PARCE__ RISCO__ PRESERVA__ FPRE__
Alguma vez na vida você fez exame de colonoscopia? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____ Por que você fez o exame? _____	COLO__ QCOLO__ PQCOLO__
Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM, você já chegou a traçar um plano para pôr fim a sua vida?</i> (0) Não (1) Sim <i>SE SIM, alguma vez você tentou pôr fim a sua vida?</i> (0) Não (1) Sim Alguém da sua família tentou pôr fim à própria vida? (0) Não (1) Sim Alguém da sua família pôs fim à própria vida? (0) Não (1) Sim	FVIDA__ PFVIDA__ TEFVIDA__ FTVIDA__ FFVIDA__

QUESTÕES SOMENTE PARA HIPERTENSOS	
Você toma remédio para pressão alta? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão? (0) Sim (1) Não	RMPA__ ESQUECE__
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta? (0) Sim (1) Não	NTOMOU__
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (0) Sim (1) Não	PAROU__
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus remédios? (0) Sim (1) Não	VIAJA__
Você tomou seus remédios para pressão alta ontem? (1) Sim (0) Não	ONTEM__
Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus remédios? (0) Sim (1) Não	CONTROL__
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta? (0) Sim (1) Não	COLATE__
Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? (1) Nunca (0) Quase nunca (0) Às vezes (0) Frequentemente (0) Sempre	LEMBRA__
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
Alguma vez na vida você fez exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> de que maneira você soube da necessidade de fazer o exame? _____ <i>SE NÃO,</i> por que você não fez o exame ginecológico preventivo? _____	PAPA__ PAPA3__ MSPAPA__ PQNPAPA__
Alguma vez na vida você fez mamografia? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> qual era a sua idade quando fez o exame pela primeira vez? ____ anos (00) Não lembra Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> de maneira você soube da necessidade de fazer a mamografia? _____ <i>SE NÃO,</i> por que você não fez mamografia? _____	MAMO__ IMAMO__ MAMO2__ MSMAMO__ PQNMAMO__
Você está grávida? (1) Sim (0) Não	GRAVIDA__
Você já ficou grávida outras vezes? (0) Não (1) Sim	OGRAVIDA__
<i>SE SIM,</i> quantas vezes você já ficou grávida? ____ <i>INCLUIR GRAVIDEZ ATUAL, SE HOUVER</i> Qual foi a idade da primeira gravidez? ____ anos Você desenvolveu alguma doença quando ficou grávida? (0) Não (1) Sim. Quais? _____ Você tem filhos? (0) Não (1) Sim. Quantos? ____ filhos Você fez parto normal? (1) Sim. Quantos? ____ (0) Não Você fez parto cesáreo? (1) Sim. Quantos? ____ (0) Não	NGRAVI__ IGRAVI__ DOGRAVI__ FILHO__ QFILHO__ NORMAL__ QNORM__ CESAR__ QCESAR__

QUESTÕES SOMENTE PARA GESTANTES	
Com quantas semanas de gravidez você está? ___ semanas	SEMA ___
Você sabe a data da sua última menstruação? SE SIM, quando foi? _____ (0) Não sabe	DUM ___/___/___
Você lembra do seu peso antes de ficar grávida? _____ (0) Não	PESOG ___
Você faz pré-natal? (1) Sim. Quantas consultas você fez até agora? ___ consultas (0) Não lembra (0) Não	PRE___ QCPRE___
Você desenvolveu alguma doença durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não	DNGRAVI___
Você tomou algum remédio por conta própria, sem orientação, durante esta gravidez? (1) Sim. Qual? _____ (0) Não	REMGRAVI___
QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS	
Alguma vez na vida você fez o exame de toque retal para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____ Por que você fez o exame? _____	TOQUE___ QTOQUE___ PQTOQUE___
Alguma vez na vida você fez o PSA para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim. Quando foi a última vez que você fez o exame? _____ Por que você fez o exame? _____	PSA___ QDOPSA___ PQPSA___
QUESTÕES SOMENTE PARA IDOSOS	
No banho, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	BANHO___
Para vestir-se, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	VESTIR___
Para usar o banheiro você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	BANHEIRO___
Para sair da cama e sentar-se em uma cadeira, ou o contrário, você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	CAMA___
Para urinar e/ou eliminar fezes você: (0) Tem total controle/não precisa de nenhuma ajuda (1) Às vezes tem escape de urina e/ou fezes/precisa de alguma ajuda (2) Tem incontinência urinária e/ou fecal/usa fraldas constantemente	PERDA___
Para alimentar-se você: (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	ALIMENTAR___
OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO!	

2.1.10.2 Anexo B: Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFFS para a execução do projeto “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária.”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADULTOS E IDOSOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09474719.3.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.633

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO, POPULAÇÃO E AMOSTRA: Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS. O estudo será realizado de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95%, poder de estudo de 80%, razão de não expostos/expostos de 1:9, prevalência total do desfecho de 20%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 10,5% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.217 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.400 participantes.

DESENHO – COMENTÁRIOS:

Adequado

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado com adultos e idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS, de 01 de abril de 2019 a 31 de março de 2022. Dentre

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

os objetivos da pesquisa, figuram: descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de APS e identificar fatores associados; contribuir com a organização da Rede e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando a atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico e; fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade. A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação de questionários a adultos e idosos em atendimento nos serviços de saúde

COMENTÁRIOS:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Descrever características de saúde de adultos e idosos usuários da Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde e identificar fatores associados

Objetivo Secundário:

Descrever características sociodemográficas; Descrever conhecimento e comportamento de saúde, bem como, fatores associados, no que tange às principais doenças; Contribuir com a organização da Rede de Atenção Primária à Saúde e com a oferta de medidas de prevenção em todos os níveis, visando atender às necessidades dos usuários, tendo em vista seu perfil epidemiológico; Fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local por meio da integração ensino-serviço-comunidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS:

Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Tratando-se de pesquisa observacional os riscos são mínimos. No entanto, poderão ocorrer constrangimento e desconforto devido a algumas perguntas do questionário e da aferição do peso, da altura e da pressão arterial. Assim, a coleta de dados será realizada em espaço reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Além disso, visando minimizar a possibilidade de ocorrência de tais riscos e no caso de ocorrerem, os participantes serão lembrados de que a participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da sua

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

relação com o serviço de saúde.

RISCOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Como benefício direto, os participantes receberão um folder informativo sobre direitos dos usuários da saúde, baseado na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011). De forma indireta, os participantes poderão ser beneficiados tendo em vista que os resultados poderão ser utilizados pela gestão municipal da saúde na qualificação da atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da amostra investigada.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES, PROCEDIMENTOS, VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS: Após o estudo piloto, os dados serão coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos treinados. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada um dos serviços de saúde será proporcional ao número médio de procedimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscarem qualquer tipo de atendimento no serviço, serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o n determinado para cada local. Em caso de consentimento (Apêndice A), a aplicação do questionário será feita no próprio serviço, em espaço reservado a ser previamente definido com a chefia, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho. O questionário (Apêndice B) será composto de perguntas sobre características: sociodemográficas (sexo; idade; cor da pele, escolaridade; ocupação; situação conjugal; número de pessoas no domicílio; renda; acesso à internet), de saúde (internação hospitalar por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores; realização de exames de mamografia, papanicolau, próstata, colonoscopia; diagnóstico médico autorreferido de excesso de peso, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, doença cardiovascular, câncer, alergias, depressão; uso

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECÓ
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

de medicamentos; comportamento suicida; tratamento psicológico; percepção sobre a comunicação do médico na consulta mais recente), de conhecimento de saúde (autodefinição de alimentação saudável; autopercepção da saúde e da alimentação) e, de comportamento de saúde e de alimentação (tabagismo; consumo de bebida alcoólica; consumo alimentar; dificuldades para alimentação saudável; prática de atividade física; vacinação; uso de contraceptivo). Além disso, serão aferidos peso, altura e pressão arterial.

ASPECTOS ÉTICOS: O estudo será realizado em conformidade com a

Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que a coleta de dados será iniciada somente após aprovação ética. O material do estudo ficará sob a guarda dos pesquisadores, em espaço seguro e privativo, por um período de 05 anos, sendo posteriormente destruído. Os principais resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da exposição de pôsteres nas salas de espera dos serviços de saúde. À Secretaria Municipal de Saúde será enviado relatório impresso, apresentando os achados da pesquisa. O estudo é relevante, pois, os resultados gerados poderão ser úteis à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população. Além disso, poderá fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, bem como fortalecer a inserção da UFFS em âmbito local e colaborar com o desenvolvimento da comunidade, propósitos estes, que fazem parte da missão institucional.

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

Adultos e idosos, de ambos os sexos, residentes na cidade e atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde.

Critério de Exclusão:

Acamados e portadores de deficiência física (amputação e/ou ausência de membros superiores e/ou inferiores, deficiência visual e deficiência auditiva) ou outra que os impeça de responder ao

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar		
Bairro: Área Rural	CEP: 89.815-899	
UF: SC	Município: CHAPECO	
Telefone: (49)2049-3745	E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br	



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

questionário.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS:

Adequados

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão duplamente digitados e validados visando maior qualidade. As análises estatísticas compreenderão a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Ainda, serão calculadas as prevalências das variáveis dependentes e seus intervalos de confiança de 95% (IC95). Para verificação dos fatores associados, será calculada a Razão de Prevalências e seus IC95. Considerando tratar-se de variáveis categóricas, na análise bivariada será utilizado teste do Qui-Quadrado e na multivariada a Regressão de Poisson. Na análise multivariada serão incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e no modelo final, ajustado, permanecerão as variáveis com valor de $p < 0,05$. Em todos os testes, será admitido erro de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS:

Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Será produzido um perfil dos usuários o qual poderá ser útil à gestão em saúde, tanto dos serviços individualmente, como de toda a Rede, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações no intuito de melhorar o atendimento oferecido e as condições de saúde da população

DESFECHOS – COMENTÁRIOS:

Adequados

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS :

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequada

TCLE : Adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Adequada

Recomendações:

Sugere-se a explicitação de hipótese.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

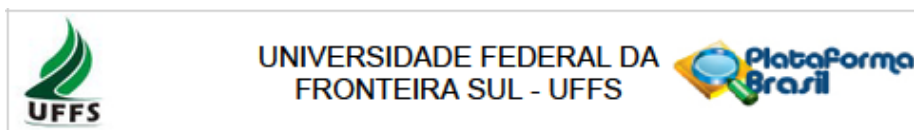
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.219.633

não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1311362.pdf	12/03/2019 14:49:39		Aceito
Outros	ccSMS.pdf	12/03/2019 14:34:58	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	12/03/2019 14:34:32	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	questionario.doc	10/03/2019 11:39:11	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/03/2019 20:54:40	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	fupesquisa_APS_3.doc	08/03/2019 20:54:25	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
 UF: SC Município: CHAPECÓ
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.219.633

CHAPECO, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

3 RELATÓRIO

O projeto intitulado “Determinantes de vulnerabilidade em idosos usuário da APS: diferença entre gêneros” é oriundo do projeto maior “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da Atenção Primária”.

O projeto foi redigido no componente curricular de Trabalho de Curso I, no primeiro semestre letivo de 2020, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Inês Kunz e coorientação da Prof.^a Me.^a Bruna Chaves Lopes.

No segundo semestre letivo de 2020, durante o componente curricular de Trabalho de Curso II, a acadêmica autora do projeto recebeu o banco dos dados coletados de maio a agosto de 2019. Assim, deu-se início à análise dos dados visando redigir um artigo a ser submetido à Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. Todos os prazos ocorreram conforme previsto no cronograma.

Ao final, a amostra foi satisfatória, além do mais, com os dados encontrados foi possível responder aos objetivos traçados no projeto de pesquisa.

4 ARTIGO

Vulnerabilidade social em idosos usuários da Atenção Primária à Saúde.

Social vulnerability in elderly primary health care users.

Luiza Maria Cipriani¹

Bruna Chaves Lopes²

Regina Inês Kunz³

¹ Discente de medicina, na instituição Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo.

² Coorientadora. Docente do curso de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo.

³ Orientadora. Docente do curso de medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo.

Resumo: A população idosa vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas, tanto no Brasil como no mundo. Sabe-se, porém, que o envelhecimento é acompanhado por inúmeros fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade dessa população. O estudo foi realizado com 403 idosos atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, tendo como objetivo analisar a presença de vulnerabilidade social nos idosos da atenção primária à saúde, por meio da caracterização da amostra com aspectos sociodemográficos e hábitos de vida, além de identificar se há presença de doenças crônicas não transmissíveis. A amostra foi composta por uma maioria feminina, com idade entre 60-69 anos, da cor branca, que possuem companheiro, cursaram o ensino fundamental, não praticam atividade física, não fumam ou bebem, não exercem atividade remunerada ou são aposentadas/pensionistas, com renda per capita mensal menor ou igual a 1 salário-mínimo e que possuem 3 ou mais doenças crônicas não transmissíveis. Verificou-se, no presente estudo, uma alta prevalência de vulnerabilidade social, dada pela ausência de cônjuge, baixa escolaridade e baixa renda, a qual variou em função do gênero. Idade e raça/cor da pele não se mostraram significativamente associados ao desfecho.

Palavras-chave: Aspectos sociodemográficos; Qualidade de vida; Hábitos de vida; Assistência Integral à Saúde do Idoso; Saúde do idoso.

Abstract: The elderly population has been growing considerably in recent decades, both in Brazil and in the world. In addition, there are numerous factors that contribute to a greater vulnerability of this population. The study was conducted with 403 elderly people assisted in the Urban Primary

Health Care Network of Passo Fundo, Rio Grande do Sul, with the objective of analyzing the presence of social vulnerability in the elderly of primary health care, through the characterization of the sample with sociodemographic aspects and life habits, in addition to identifying if there is the presence of chronic non-communicable diseases. The sample consisted of a female majority, aged 60-69 years, white, who have a partner, attended elementary school, did not practice physical activity, do not smoke or drink, do not engage in paid activity or are retired/pensioners, with monthly per capita income less than or equal to 1 minimum wage and who have 3 or more chronic non-communicable diseases. In the present study, there was a high prevalence of social vulnerability, due to the absence of a spouse, low schooling and low income, which varied according to gender. Age and race/skin color were not significantly associated with the outcome.

Keywords: Sociodemographic aspects; Quality of life; Life habits; Comprehensive Health Care for the Elderly; Health of the elderly.

Introdução

O envelhecimento, um processo natural que ao longo do tempo impõe alterações diversas e produz efeitos estruturais e comportamentais que repercutem no contexto psicossocial e na qualidade de vida ⁽¹⁾, compõe-se de uma série de mudanças morfofuncionais, permeado por distintos componentes, desde processos fisiológicos, como os fatores hereditários e estilo de vida, como também aqueles inerentes ao contexto social ao qual o indivíduo pertence ⁽²⁾.

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais significativos do século XXI. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano, e estima-se que, em 2050, os idosos somem 2,1 bilhões de pessoas. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compondo essa faixa etária ⁽³⁾.

Destaca-se que esse evento resulta da diminuição significativa das taxas de mortalidade, especialmente por doenças infectocontagiosas, como consequência da melhoria das condições de vida, incorporação de novas tecnologias e maior acesso aos serviços de saúde ⁽⁴⁻⁵⁾. Enquanto em meados do século XX as discussões baseavam-se nas causas e consequências do crescimento populacional, verifica-se que, no século XXI, a pauta são as causas e consequências da transição demográfica ⁽⁶⁾.

Devido a sua magnitude, o envelhecimento pode ser considerado importante questão de saúde pública. Por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo. Por essa razão, é

imprescindível que as questões relativas aos idosos sejam analisadas sob uma perspectiva mais abrangente ⁽⁷⁾.

É evidente que o idoso tem sua capacidade funcional reduzida devido ao curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos ⁽⁸⁾. Logo, os serviços de saúde necessitam atender adequadamente às demandas dessa parcela populacional, tanto no âmbito de prevenção e controle de doenças, como na promoção de um envelhecimento ativo. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) baseada em seus princípios essenciais de primeiro contato - longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção -, apresenta alto potencial no atendimento a idosos, controle de condições crônicas e prestação de serviços preventivos ⁽⁹⁾.

É de suma importância compreender que a manutenção da saúde do idoso está relacionada a um conjunto de aspectos físicos e mentais, independência financeira, controle e prevenção de doenças crônicas e seus agravos, além da existência de suporte social à pessoa idosa ⁽¹⁰⁾. Neste contexto, fala-se sobre determinantes de vulnerabilidade, os quais incluem aspectos físicos, mentais, sociais e econômicos.

Assim, destaca-se para a população idosa a vulnerabilidade social, a qual está intimamente relacionada à forma como indivíduos, famílias ou grupos sociais são capazes de controlar as forças que afetam seu bem-estar, bem como o controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades que lhes são propiciadas ⁽¹¹⁾. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO), vulnerabilidade social é um resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade.

No presente estudo, a vulnerabilidade social foi caracterizada pela ausência de cônjuge, baixa escolaridade e baixa renda, fatores que individualmente estão relacionados à aspectos da saúde e autonomia dos idosos.

Dessa forma, é primordial que as condições de vida de idosos e as variáveis que estão ligadas ao envelhecimento sejam constantemente analisadas, a fim de que se consiga responder adequadamente às necessidades e fragilidades, desenvolvendo políticas sociais que possam prevenir ou corrigir distorções presentes no processo de envelhecimento saudável e pleno.

Para tanto, o presente estudo objetiva caracterizar uma amostra de idosos usuários da Atenção Primária à Saúde quanto aos fatores sociodemográficos, aspectos de saúde e hábitos de vida e descrever a prevalência de vulnerabilidade social e fatores associados.

Material e Método

Trata-se de um estudo transversal realizado na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde (APS) de Passo Fundo, RS.

O tamanho da amostra para o estudo foi calculado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambas. O primeiro cálculo, para identificar uma prevalência do desfecho de 10%, admitindo-se uma margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e, RP de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados. Acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária é de 1.403 participantes.

Assim, entre maio e agosto de 2019 foram visitadas 34 unidades urbanas da APS do município, onde foram entrevistados 1.443 adultos e idosos. Para o presente estudo, a amostra utilizada foi constituída pelos seguintes critérios de inclusão: indivíduos idosos, de ambos os sexos, atendidos na Rede Urbana de Atenção Primária à Saúde e residentes em Passo Fundo. Os critérios de exclusão contemplam adultos e as pessoas impossibilitadas de responderem o questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos de medicina. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos realizados com adultos e idosos no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse, consecutivamente, o número determinado para cada local. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, em espaço reservado que foi previamente definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

O presente trabalho analisou algumas variáveis contempladas no questionário: sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, profissão, número de moradores por domicílio e renda), hábitos de vida (consumo de bebida alcoólica, tabagismo e prática de atividade física), além de identificar a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo elas: obesidade, diabetes, hipertensão, problemas de coração, colesterol alto, triglicérideo alto, depressão, câncer.

O desfecho, vulnerabilidade social, foi determinado por meio da somatória das seguintes variáveis: ausência de cônjuge, escolaridade ≤ 8 anos e renda *per capita* ≤ 1 salário mínimo, de modo que o resultado poderia ser 0 = nenhum dos fatores ou 1 a 3, indicando presença de um, dois ou três fatores de vulnerabilidade. Para fins de análise, o indivíduo foi considerado com presença de vulnerabilidade social se apresentasse somatória de 2 e 3, enquanto a ausência de vulnerabilidade foi constatada para a somatória de 0 e 1.

Os dados coletados foram duplamente digitados, em banco de dados do Epidata Versão 3.1 (distribuição livre) e, posteriormente, transferidos para o programa estatístico PSPP (distribuição

livre). A análise consistiu de estatística descritiva dos dados, composta por média e desvio padrão das variáveis numéricas e distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas. A prevalência do desfecho, vulnerabilidade social, foi calculada juntamente a seu intervalo de confiança (IC95). Por fim, a vulnerabilidade social em relação às variáveis independentes, sexo, idade e cor da pele, foi verificada por meio do teste de qui-quadrado, considerando significância estatística de 5%.

Todos os procedimentos atinentes ao presente estudo foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (Parecer de nº 3.219.633).

Resultados

O estudo avaliou uma amostra de 403 idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde da cidade de Passo Fundo.

A caracterização da amostra quanto aos fatores sociodemográficos, de saúde e comportamentais está descrita na Tabela 1. Pode-se observar que a amostra é composta predominantemente por idosos do gênero feminino (61,3%), com idade entre 60-69 anos (66,5%), da cor branca (67,6%), com escolaridade ≤ 8 anos (64,7%) e que possuem companheiro (62,3%). Quanto à prática de atividade física, a proporção é bastante próxima, com um número um pouco maior nos que responderam que a praticam (54,1%), mesmo que eventualmente. Além disso, a maior parte dos idosos não fuma ou é ex-fumante (85,8%), e não possui o hábito de consumir bebida alcoólica (76,4%). Ainda, a maioria (50,6%) possui 3 ou mais DCNT.

Quanto ao número de moradores do domicílio, a maioria possui 2 moradores (41,9%), porém com pouca diferença com o intervalo de 3 moradores ou mais (38,0%). Referente à prática de atividade remunerada, quase a totalidade dos idosos não exerce ou é aposentado/pensionista (88,3%), e possui renda *per capita* igual ou inferior a um salário mínimo (61,4%).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2021 (n=403).

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	156	38,7
Feminino	247	61,3
Idade (anos completos)		
60-69	268	66,5
70-79	109	27,1
≥ 80	26	6,4
Raça/cor da pele (n=398)		
Branca	269	67,6
Outra	129	32,4
Escolaridade (n=343)		
≤ 8 anos	222	64,7

≥ 9 anos	121	35,3
Situação conjugal (n=400)		
Com companheiro	249	62,3
Sem companheiro	151	37,7
Prática de exercício físico		
Não	185	45,9
Sim/às vezes/de vez em quando	218	54,1
Hábito de fumar (n=402)		
Não/ex-fumante	345	85,8
Sim	57	14,2
Consumo de bebidas alcoólicas (n=402)		
Não	307	76,4
Sim/as vezes/de vez em quando	95	23,6
Possuir DCNT		
Nenhuma	55	13,7
1-2	144	35,7
≥3	204	50,6
Número de moradores do domicílio		
1	81	20,1
2	169	41,9
≥3	153	38,0
Exerce atividade remunerada		
Não/aposentado/pensionista	356	88,3
Sim/em benefício	47	11,7
Renda per capita (n=373)		
≤ 1 salário mínimo*	229	61,4
>1 salário mínimo	144	38,6

*Valor do salário mínimo R\$ 998,00.

DCNT – Doença Crônica não Transmissível

A prevalência de vulnerabilidade social nos idosos foi de 51% (IC 46-56). A prevalência do desfecho em relação a sexo, idade e cor da pele está descrita na tabela 2. Verificou-se que a vulnerabilidade social variou em função do sexo ($p=0,01$), mas não variou em função da idade ($p=0,30$) e da raça/cor da pele ($p=0,07$).

Tabela 2. Prevalência de vulnerabilidade social em uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, conforme sexo, idade e cor da pele. Passo Fundo, RS, 2021 (n=403).

Variáveis	Com vulnerabilidade		Sem vulnerabilidade		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,01
Masculino	67	42,9	89	57,1	
Feminino	140	56,7	107	43,3	
Idade (anos completos)					0,30
60-69	133	49,6	135	50,4	
70-79	57	52,3	52	47,7	
≥ 80	17	65,4	9	34,6	
Raça/cor da pele					0,07
Branca	130	48,3	139	51,7	
Outra	75	58,1	54	41,9	

Discussão

A amostra do presente estudo foi composta por 403 idosos, dos quais a maior parte é composta por mulheres, com idade entre 60-69 anos, da cor branca, que possuem companheiro, cursaram até 8 anos de estudo, praticam atividade física, não fumam ou bebem, não exercem atividade remunerada ou são aposentados/pensionistas, com renda *per capita* mensal menor ou igual a 1 salário-mínimo e que possuem 3 ou mais doenças crônicas não transmissíveis.

Os resultados de estudo realizado em São Carlos, São Paulo ⁽¹²⁾, com 247 idosos, reforçam o atual, no qual há predominância do gênero feminino, o que vai ao encontro do conceito de feminização da velhice. De fato, as mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxa de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos e procuram de forma mais ativa os serviços sociais e de saúde ⁽¹³⁾.

Apesar da maior expectativa de vida, cabe destacar que existem diferenças de gênero vivenciadas ao longo dos anos como: discriminação, violência, trabalho doméstico, dificuldades educacionais e profissionais. Tais vivências proporcionam aumento de mudanças corporais de maneira que as mulheres se deterioram mais do que os homens, o que pode ser entendido como vulnerabilidade, seja por condições crônicas ou por fragilidade física e psicológica ⁽¹⁴⁾.

Verificou-se no presente estudo que há maior frequência de vulnerabilidade social nas idosas em relação ao sexo masculino, o que também foi relatado em estudos prévios ⁽¹⁵⁾. Tal condição está diretamente correlacionada ao fato de as mulheres possuírem uma maior longevidade, o que lhes confere uma elevada probabilidade de desencadear condições crônicas e passar por mudanças em seu contexto social. Apesar disso, as mulheres geralmente têm maior adesão aos tratamentos e incluem no cotidiano as informações dadas pelos profissionais de saúde, como medidas preventivas para patologias ⁽¹⁶⁾.

Com relação à faixa etária, encontrou-se uma amostra composta por uma maioria de idosos com idade entre 60-69 anos (66,5%), mostrando concordância com estudo com uma amostra de 133 indivíduos comparando vulnerabilidade social e idosos ⁽¹⁷⁾, com uma porcentagem de 42,1% de idosos nessa faixa etária. Atualmente, pesquisas de base populacional demonstram que 55,12% da população idosa brasileira pertence à faixa etária de 60 a 69 anos ⁽¹⁸⁾.

Porém, destaca-se que recentemente tem havido desenvolvimento mais acelerado entre os indivíduos octogenários, assemelhando-se às tendências observadas em países desenvolvidos, devido às melhorias das condições de vida e de saúde ⁽¹⁹⁾. Dessa forma, podem ser percebidas alterações na composição interna do grupo idoso, revelando uma heterogeneidade de características deste segmento populacional ⁽²⁰⁾.

Embora no atual estudo não tenha ocorrido variação da vulnerabilidade social em função dos estratos etários, vale lembrar que nos indivíduos classificados como idosos mais idosos há uma maior

taxa de vulnerabilidade, uma vez que as variações biológicas acrescidas ao estresse fisiológico e à exposição aos agravos nessa população, contribuem para uma maior probabilidade de morbimortalidade ⁽²¹⁾.

Cabe ressaltar que a predominância de idosos mais jovens no presente estudo provavelmente explica a ausência de significância estatística entre a vulnerabilidade social e as categorias etárias do grupo, embora perceba-se uma tendência de presença do desfecho em função do aumento da idade. Ademais, a abordagem dos idosos nas unidades básicas de saúde pode ter auxiliado na distribuição da faixa etária majoritária, visto que é sabido que o aumento da idade está acompanhado frequentemente de déficits funcionais e, conseqüentemente, maior dificuldade de deslocamentos.

A raça/cor da pele mais prevalente na amostra foi a branca (67,5%), enquanto 32,4% autorreferem outra raça/cor da pele. A presença dos imigrantes europeus no passado, em muitas regiões brasileiras, inclusive no norte gaúcho, pode explicar tal achado, visto que muitas características demográficas, culturais e sociais brasileiras sofreram influência europeia ⁽²²⁾.

Porém, convém lembrar que embora a maioria da amostra se autodeclare branca, existe maior fragilidade em indivíduos não brancos, uma vez que esses indivíduos estão em posição desvantajosa e de alta vulnerabilidade. Dessa forma, ainda são verificados o acúmulo de desvantagens nesse grupo: menor escolaridade e renda, maior desemprego e informalidade no trabalho, piores condições de moradia e maior dificuldade de acesso a bens e serviços ⁽²³⁾. No presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre raça/cor da pele e vulnerabilidade social ($p=0,07$), embora possa ser percebida a tendência indicada em outros estudos, visto que a vulnerabilidade social foi maior na população não branca.

Em relação à escolaridade, a maioria dos idosos estudou 8 anos ou menos (64,7%), corroborando com estudo que analisou 25 idosos no qual 80% da amostra não completou o Ensino Fundamental, configurando baixo nível de escolaridade ⁽²⁴⁾. A escolaridade é considerada um dos determinantes das condições de saúde, visto que ter mais anos de estudo está associado a estilos de vida mais saudáveis e maior procura por serviços preventivos de saúde ⁽²⁵⁾.

Existe também uma relação direta entre maior escolaridade e melhores condições de renda, com impacto nas condições de vida e saúde ⁽²⁶⁾. Além disso, idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, condições crônicas, além da exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis ⁽²⁷⁾.

No que diz respeito à situação conjugal, a que prevalece é a de possuir companheiro, com uma porcentagem de 62,2%. Verificou-se em outro estudo com uma amostra de 51 idosos ⁽²⁸⁾, que a situação conjugal predominante foi a de possuir companheiro, com uma porcentagem semelhante a encontrada no atual estudo, de 56,2%.

O estado civil demonstra associação com a fragilidade, sendo maior a proporção de idosos frágeis viúvos, dado que pode levar ao isolamento social e familiar, contribuindo com dificuldades

por falta de estímulo do companheiro ⁽²⁹⁾, uma vez que essa presença caracterizará fonte de apoio às dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento incentivando à busca por cuidados ⁽³⁰⁾.

Ademais, estudos apresentam o casamento como fator positivo para o envelhecimento saudável e prevenção da dependência funcional em octogenários ⁽³¹⁾, sendo a presença do cônjuge fator impulsionador à vida social, intensificando as atividades afetivas e instrumentais.

Além disso, quanto a variáveis relacionadas a hábitos de vida, observou-se no presente estudo que 54% dos idosos praticam atividade física regularmente, 85,8% não fumam e 76,4% não possuem o hábito de consumir bebida alcoólica. Outro estudo apontou os mesmos indicativos comportamentais para a amostra de idosos ⁽³²⁾.

Tais achados podem ser interpretados como positivos, visto que o consumo, tanto de álcool quanto tabaco é considerado fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças hepáticas, doenças cerebrovasculares e determinados tipos de câncer, sobretudo em idosos, devido às mudanças fisiológicas relacionadas à idade. Ainda, a realização de atividade física é extremamente benéfica como atenuante ou preventiva das alterações decorrentes do envelhecimento ⁽³³⁾.

Nota-se que a presença de DCNT era esperada, uma vez que se trata de condição inerente ao avanço da idade, relacionada com as alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais ⁽³⁴⁾. No presente estudo há prevalência de três ou mais DCNT em 63,2% dos idosos.

No Brasil, essas doenças constituem um dos problemas de saúde de maior magnitude e diversas ações vêm sendo desenvolvidas em todas as esferas governamentais, com o objetivo de alertar sobre a questão, propor discussões e eventuais mudanças nas políticas dos governos. Ações de prevenção das DCNT e promoção da saúde, com o intuito de evitar ou postergar a manifestação dos sintomas dessas doenças, podem reduzir, de forma satisfatória, gastos com a Saúde Pública ⁽³⁵⁾. Assim, percebe-se notoriamente que tais medidas devem ser contínuas e buscar maior abrangência possível, visto que ainda é bastante alta a prevalência de tais comorbidades.

Referente ao número de moradores por domicílio a maioria dos idosos reside com mais um membro. Conforme a literatura ⁽³⁶⁾, a maioria dos idosos mora acompanhado, principalmente por um familiar. Isso gera um suporte que produz efeitos positivos na saúde do idoso, evitando problemas e suscetibilidades advindas do fato de morar sozinho.

No que concerne à atividade remunerada, identificou-se que a maioria dos idosos não exerce atividade laborativa, ou é pensionista/aposentado, com 88,3% da amostra total. Estudo semelhante ⁽³⁷⁾ mostrou também o predomínio de idosos aposentados, com uma prevalência de 55,4%. Convém lembrar que aposentadorias, pensões e benefícios são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população brasileira.

Por fim, referente a renda *per capita*, no presente estudo a maioria da população apresentou rendimento menor ou igual a um salário mínimo (61,3%), confirmando achados prévios na literatura ⁽³⁸⁻³⁹⁾. Tais estudos também indicam que a receita domiciliar pode contribuir para o estabelecimento da vulnerabilidade individual entre as pessoas idosas ⁽⁴⁰⁾.

Cabe destacar que muitas vezes a maior parte do rendimento do idoso é utilizado na compra de medicamentos ou gastos com saúde, minimizando o valor que poderia ser redirecionado para atividades de lazer que se traduzem em melhora da qualidade de vida. Neste sentido, pode-se afirmar que quanto menor for a renda auferida mais vulnerável o idoso se apresenta ⁽⁴¹⁾.

Torna-se importante entender a mudança que o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde da população brasileira vem sofrendo nos últimos anos, e que esse cenário torna a atenção à saúde do idoso como um dos mais importantes desafios para a sociedade brasileira. Logo, os resultados encontrados evidenciam a importância e necessidade de promover ações para a manutenção da saúde dos idosos e sua total plenitude, evitando a exposição ou pelo menos a diminuição dos fatores de vulnerabilidade que levem a uma redução da qualidade de vida.

Dessa forma, espera-se que tal estudo possa contribuir para o embasamento científico utilizado no desenvolvimento e aprimoramento de ações de promoção e prevenção à saúde por parte dos gestores e equipes de saúde, as quais se traduzem na elaboração de estratégias individuais e coletivas voltadas às principais necessidades dos idosos de Passo Fundo e de outras regiões.

Destaca-se como ponto forte do estudo atual o fato de que os participantes poderão ser beneficiados, já que os resultados poderão ser utilizados pela gestão de saúde do município na melhoria e qualificação da atenção à saúde do idoso, de acordo com o perfil epidemiológico da amostra investigada.

Por fim, cabe mencionar como limitação a sua natureza transversal, com possibilidade de viés de causalidade reversa para algumas variáveis, além de viés de memória, pois os usuários podem ter sub ou superestimado algum dado e ainda, viés de informação devido à não comprovação de respostas e uma possível informação do entrevistado visando corresponder a práticas consideradas adequadas pela sociedade.

Conclusão

Verificou-se no presente estudo que a maior parte dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde no município de Passo Fundo – RS apresenta características sociodemográficas, comportamentais e de saúde esperadas para a população idosa brasileira. Verificou-se uma alta prevalência de vulnerabilidade social, dada pela ausência de cônjuge, baixa escolaridade e baixa renda, a qual variou em função do gênero. Idade e raça/cor da pele não se mostraram significativamente associados ao desfecho.

A maior prevalência de vulnerabilidade em indivíduos sem cônjuge converge para um ponto relacionado à solidão e desenvolvimento progressivo de tristeza. Ademais, a baixa escolaridade e baixa renda nos leva a refletir sobre a falta de oportunidade desses idosos para a busca por serviços básicos, principalmente o de saúde, bem como dificuldade para adquirir insumos necessários e, muitas vezes, essenciais.

Além do mais, a maior exposição, fragilidade e desigualdade que idosos do gênero feminino sofrem ao longo de sua vivência, provavelmente, estão associadas ao fato de que a vulnerabilidade social está presente em maior proporção nessa esfera populacional.

Referências

1. Borges AM, Santos G, Kummer JA, et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*[Internet]. 2014 [acesso em 2021 maio 05]; 17(1):79-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000100079&lng=n.
2. Silva JV, Silva, JA, Moreira MMR, Gomes PO. As representações sociais sobre ser idoso e ser cuidador de idoso em cidades do Sul de Minas Gerais. *Revista Nursing* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 maio 04]; 12(137): 485-90. Disponível em: <https://scholar.google.com/citations?user=Rxn7i7kAAAAAJ&hl=en>.
3. Mendes ACG, Sá Domicio A, Miranda GMD, et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 abril 25]; 28(5): 955-964. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000500014&lng=en.
4. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 [bibliografia]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, 2013. [acesso em 2021 abril 21]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
5. United Nations Programme on Ageing and the International Association of Gerontology and Geriatrics. *Research Agenda on Ageing for Twenty-First Century. Priority direction I: Older Persons and Development*. [Internet]. 2007 [acesso em 2021 maio 20]; 14-20. Disponível em: <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/AgeingResearchAgenda -6.pdf>.
6. United Nations. *World population prospects: key findings and advanced tables. The 2017 revision*. New York: United Nations. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 maio 03]. Disponível em: <http://www.worldpopulationprospects.com.br>.
7. Rodrigues NO; Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo Fibrá. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo. [Internet]. 2012 [acesso em 20 abril 2021]; 17 (8): 2129-2139. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232012000800023&lng=pt&tlng=pt.
8. Osório, AR, Pinto, FC. *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos; 2007.
9. Harzheim E, Oliveira M, Agostinho M, Hauser L, Stein A, Gonçalves M, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 20]; Rio Grande do Sul. 29(8). Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>.

10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. [Internet]. 2010 [acesso em 2021 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2021 abril 21]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm.../2011/prt2029_24_08_2011.html.
12. Jesus L, Orlandi A, Grazziano E, Zazzetta M. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enf.* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 maio 12]; São Paulo. 30(6):614-20. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/SSwxqdQ5WShQRcKHV3Q4nSg/?lang=en&format=pdf>.
13. Storti LB, Coelho Fabrício-Whebe SC, Kusumota L, Partezani Rodrigues RA, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 11]; 22(2):452-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SSwxqdQ5WShQRcKHV3Q4nSg/?lang=pt>.
14. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Development and validation of the Family Vulnerability Index to Disability and Dependence (FVI-DD). *Rev Esc Enferm. USP.* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 abril 16]; 48(1): 80-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GHNyt8QQbG7FhxhFNBWzthpB/?format=pdf&lang=pt>.
15. Cruz TD, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with frailty in a community-dwelling population of older adults. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2017 [acesso em 2021 abril 18]; 51(106),1-13. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n8/e00115718/en/>.
16. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 abril 25]; 17(8):2129-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hXdPHHxLVdyNz3SGqZrJxNC/?lang=pt&format=pdf>.
17. Sousa-Muñoz RL, Ronconi DE, Dantas GC, Lucena DMS, Silva IBA. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2013 [acesso em 2021 maio 11]. 16(3):579- 589. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gTP8HLND3wp3Skr5hV35XPx/>.
18. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília; Brasil. [Internet]. 2010 [acesso em 2021 maio 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
19. Rede Interagencial de Informação para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
20. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface (Botucatu).* [Internet]. 2010 [acesso em 2021 maio 12]. 14(35):867-77. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/icse/a/qfWbygwG3CXYtFTr7scjrSH/?format=html>.
21. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 abril 22]; 117-39. Disponível em: https://www.academia.edu/4328952/Ciencia_Saude_Coletiva.
 22. Macedo, H.A.M. *Ocidentalização, territórios e população indígenas no sertão da Capitania do Rio Grande do Norte*. [dissertação]. Natal, RN, 2007.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro; 2010.
 24. Agne T, Lorenzatto L, Busato MA, Lutinski JA. Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos. *Rev Dep Ed Fís e Saúde e do Mest em Prom Saúd da Unisc*. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 12]; 18 (1). Disponível em:
 25. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. [Internet]. 2005 [acesso em 2021 maio 10]; 17(5/6): 410-8. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/410-418/pt>.
 26. Braga LS, Macinko J, Proiett FA, César CC, Lima Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [acesso em 2021 abril 28]; 26 (12): 2307-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rFRhbJC69dGGmvYcZyj55JR/>.
 27. Amaral FL, Oliveira Guerra RO, Nascimento AF, Maciel AC. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013 [acesso em 2021 abril 22]; 18(6):1835-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SSwxqdQ5WShQRcKHV3Q4nSg/?lang=pt>.
 28. Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. [Internet]. 2011 [acesso em 2021 maio 06]; 58-73. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf.
 29. Grden CRB, Lenardt MH, Sousa JAV, Kusumota L, Dellaroza MSG, Betiulli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived 101 individuals of a community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 maio 18]; 25(e2886):1-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/134947/130744/260963>.
 30. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2015 [acesso em 2021 maio 19]; 49(2):1-9. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2015.v49/2/en/>.
 31. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LH. Healthy aging profile in octogenarians

- in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 19]; 24(e2724):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BxVGvJVbkGwYc9DDmw4B6R/?format=pdf&lang=en>.
32. Da Luz, et. al. Perfil sociodemográfico e hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 maio 19]; Rio de Janeiro; 17(2):303-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/qRshgmxNqXjMCDpPhqJmGzr/abstract/?lang=pt>.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 15]. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>.
34. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE survey. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [acesso em 2021 abril 20]; 21(4):1177-85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZDWKhmLh53hw5GFZLqsQJVN/?lang=en>.
35. Senger, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras de Ger e Geront*, [Internet]. 2011 [acesso em 2021 abril 20]; Rio de Janeiro; 14 (4): 713-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/>.
36. Cabral JF, Silva A, Mattos I, Neves A, Luz L, Ferreira D, et.al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 maio 15]; 24(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X7yTvBkzRJ7DGv6NqSqmb4r/>.
37. Marengoni A. et. al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. [Internet]. 2011 [acesso em 2021 maio 11]; 10(4): 430-9. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742017000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
38. Gomes AC, Baldissera VD, Carreira L. Vulnerabilidade de idosos residentes em área descoberta pela estratégia de saúde da família. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 maio 12]. Disponível em: <http://www.eaic.uem.br/eaic2016/anais/artigos/1116.pdf>.
39. Confortin S, Schneider I, Antes D, Cembranel F, Ono L, Marques L, et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 maio 22]; 26(2): 305-317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200305.
40. Lima Costa MF, Fachini LA, Matos DL, et al. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros. *Rev Saúde Públ*. [Internet]. 2012 [acesso em 2021 maio 12]; 46(11):100-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180010/>.

41. Almeida IC, Guimarães GF, Rezende DC, Sette RS. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. In: Programa de Pós-Graduação em Administração da FEA-USP. Seminário em administração. 8º SEMEAD: sustentabilidade Ambiental nas Organizações; 09-10 Set. 2010; São Paulo: USP; 2010.

5 ANEXOS

5.1 Regras da revista

Normas Editoriais para Publicação

Esta revista recebe gratuitamente, originais em português, espanhol ou inglês. Após avaliação por pares, divulgamos, sem custos para o autor ou para o leitor

1. Os manuscritos deverão ser submetidos à Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/author/index>>.
2. O manuscrito poderá ser redigido em português ou inglês e deverá ser elaborado no editor de texto *Microsoft Word for Windows*, fonte *Times New Roman*, tamanho 11, normal, com margens de 2 cm e espaçamento entrelinhas de 1,5 cm. **Manuscritos redigidos em inglês terão prioridade de publicação.** As páginas devem ser numeradas, respeitando o número de páginas de acordo com a categoria na qual o manuscrito se enquadra.
3. Categoria dos manuscritos:
 - a) artigos, no máximo 30 páginas;
 - b) revisões, no máximo 30 páginas (**autores convidados**);
 - c) comunicações curtas e relatos de caso, no máximo 20 páginas;
 - d) resenhas de livros e revistas, no máximo 4 páginas;
4. **Nos artigos de pesquisas que envolveram seres humanos e experimentação com animais vertebrados, em seguimento a Resolução CNS 196/96, deverá ser enviada cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito.**
5. Na primeira página do manuscrito deverá constar o título do trabalho, acompanhado de sua tradução para o inglês, seguidos do resumo e abstract. O nome dos autores e as informações referentes à titulação não devem constar no documento de submissão a fim de assegurar a avaliação a cegas pelos pareceristas. As informações relativas à autoria do manuscrito devem ser inseridas no sistema de submissão do artigo no terceiro passo "Metadados da submissão".
6. Publica artigos originais e artigos de revisão, comunicações e resenhas de pesquisadores **doutores e doutorandos. Mestrandos e graduandos** podem publicar em co-autoria com **doutores**.
7. O resumo e o abstract devem conter até 250 palavras, elaborados em espaçamento 1,5 cm e contemplarem de maneira sucinta o(s) objetivo(s), material e método, principais resultados e conclusão. Recomenda-se não utilizar abreviações no título e no resumo.
8. Palavras-chave e Keywords: devem constar de 3 a 5 Descritores. Para artigos da área da saúde utilizar os "Descritores em Ciências da Saúde" da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>). Recomenda-se que os descritores não sejam os mesmos utilizados no título do artigo.
9. Os manuscritos devem ser estruturados de acordo com a metodologia científica, contemplando os itens INTRODUÇÃO, MATERIAL e MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO e CONCLUSÃO. A conclusão do estudo poderá ser inserida no final da discussão do artigo. Não há necessidade de quebras de página entre essas seções, devendo o texto ser contínuo.
10. Os agradecimentos a auxílios recebidos para a elaboração do trabalho deverão ser mencionados no final do artigo, antes das referências bibliográficas.
11. Os apêndices poderão ser empregados no caso de listagens extensivas, estatísticas e outros elementos de suporte.
12. As figuras e fotografias deverão estar inseridas no texto pelo seu número de ordem e serem enviadas no formato JPEG, com resolução mínima de 300 dpi, como documento suplementar. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte e a permissão para reprodução.
13. Os quadros e/ou tabelas deverão ser acompanhados na parte superior de cabeçalho que permita compreender o significado dos dados reunidos, sem necessidade de referência ao texto.
14. Nas ilustrações de qualquer natureza (tabela, quadro, desenho, esquema, fluxograma, fotografia, mapa, gráfico, figura, entre outros) o título deve ser inserido na parte superior, seguido de seu número arábico, travessão e o respectivo título. A indicação da fonte

consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legendas, notas e outras informações necessárias à compreensão da ilustração devem localizar-se na parte inferior da ilustração em fonte tamanho 10.

15. As grandezas, unidades e símbolos deverão obedecer às normas nacionais correspondentes (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT)
16. **Citações**- deve ser utilizado o Estilo "**Vancouver**", numeradas consecutivamente. Os números de identificação dos autores devem ser indicados em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, **sem menção do nome dos autores** (exceto os que constituem referencial teórico). Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(2,6,8).

Obs: Os artigos que não apresentarem a ordem numérica rigorosa de citação serão devolvidos aos autores.

17. **Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o Estilo "**Vancouver**", elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), atualizado em 2009, disponível no endereço eletrônico (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals). Recomenda-se que o número de referências não ultrapasse a 35. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.
18. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores

Exemplos:

Artigos de periódico

Inclua seis autores, seguidos de "et al" se o número exceder 6

Menezes FJ, Menezes LG, Silva GP, Melo-Filho AA, Melo DH, Silva CA. Arq Bras Cir Dig. 2016;29(2):81-5. doi: 10.1590/0102-6720201600020004

Ribeiro JHM, Otrenti E, Takahashi RF, Nichiata LYI, Padoveze MC, Pereira ÉG, et al. Clinical and epidemiological teaching of dengue through simulated practice. Rev Bras Enferm. 2018 Mar-Apr;71(2):451-456. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0503.

Artigo disponível na internet

Observe o uso das expressões do formato da referência conforme o idioma: português "citado" e "disponível em"; espanhol "citado" e "disponible en"; inglês "cited" e "available"

Kaul S, Diamond GA. Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. Ann Intern Med [Internet]. 2006 [cited 2007 Jan 4];145(1):62-9. Available from: <http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/62.pdf>

Pachla A, Cruz SFS, Colet CF. Efeito cicatrizante do extrato de plantago tomentosa em cadelas submetidas a ovariectomia. Semina: Ciênc Biol Saúde [Internet]. 2018 [citado 2018 mar 9];38(2):137-44. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/28174/23152>

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Livros (Autor de todo o livro)

Garanhani ML, Valle ERM. Educação em enfermagem: análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger. Londrina: Eduel; 2010.

Capítulo de Livro

Pagel JF, Pegram GV. The role for the primary care physician in sleep medicine. In: Pagel JF, Pandi-Perumal SR, editors. Primary care sleep medicine. 2nd ed. New York: Springer; 2014. p. 1-9.

Shibatta AO, Bennemann ST, Mori H, Silva DF. Riqueza biológica e ecológica dos peixes do ribeirão Varanal. Em: Bennemann ST, Shibatta AO, Vieira AO, editores. A flora e a fauna do ribeirão Varanal: um estudo da biodiversidade no Paraná. Londrina: Eduel; 2008. p.76-97.

Teses e dissertações

Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertation]. Pittsburgh (PA): University of Pittsburgh; 2001.

Carvalho VB. O pragmatismo de John Dewey e a educação infantil municipal de Londrina: relações possíveis? [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2011.

González AD. Ser docente na área da saúde: uma abordagem à luz da fenomenologia heideggeriana. [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2012.

Korir J, Karr-Kidwell PJ. The relationship between self esteem and effective educational leadership: a literary review, recommendations, and interviews [master's thesis]. Denton (TX): Texas Woman's University; 2000.

Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Nogueira AS, Silva AP, Dantas ED, Yukita E, Lolis D. Aspectos que contribuem para a morte violenta de jovens em londrina. Em: Kritsch R, Donat M, editores. Anais do 8º Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas; 2010; Londrina: Eduel; 2010. p. 24-41.

Horrobin DF, Lampinskas P. The commercial development of food plants used as medicines. In: Prendergast HD, Etkin NL, Harris DR, Houghton PJ, editors. Plants for food and medicine. Proceedings of the Joint Conference of the Society for Economic Botany and the International Society for Ethnopharmacology; 1996 Jul 1-6; London (UK): Royal Botanic Gardens; 1998. p. 75-81.

Entidade Coletiva

Organização Mundial de Saúde (BR). Classificação internacional de doenças. 10ª ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Resoluções

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução nº 22, de 15 de março de 2000. Procedimentos de registro de dispensa da obrigatoriedade de registro de produtos importados pertinentes à área de alimentos. Diário da República Federativa do Brasil 16 mar 2000; Seção

1. Para submissões da **área da biológica e da saúde** devem ser observados os itens do [check-list](#).
2. O autor principal ou correspondente deverá enviar, pelo sistema eletrônico da revista, uma carta ao editor, autorização para publicação do trabalho na SEMINA, esclarecendo que se trata de um trabalho original e comprometendo-se a não publicá-lo em outro periódico.
3. A publicação dos trabalhos depende de parecer da Assessoria Científica *Ad hoc* da SEMINA.

4. As questões e problemas não previstos na presente norma serão dirimidos pelo Comitê Editorial da área para a qual foi submetido o artigo para publicação.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Dados de autoria de todos os autores devem ser preenchidos no processo de submissão. Utilize o botão "**incluir autor**".
3. **Todos os metadados em inglês devem ser preenchidos (title, abstract and keywords).**

Para incluí-los, depois de salvar os dados de submissão em português, clicar em "**editar metadados**" no topo da página - alterar o idioma para o inglês e inserir: título em inglês, abstract e key word.

4. As figuras e tabelas estão inseridas no texto e não no final do documento, como anexos.

As **figuras, gráficos, equações, esquemas, etc devem apresentar** qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco) e com a mesma dimensão, para que possam ser reduzidas uniformemente (largura máxima de uma coluna (8,0 cm)).

Obs:.. se escaneadas, deverão ser em alta resolução (*800 dpi/bitmap para traços*).

5. **No artigo de pesquisa que envolvem seres humanos e experimentação com animais vertebrados deve ser enviado como documento suplementar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito.**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou analisar a presença de vulnerabilidade em idosos usuários da APS, dado o fato de que essa parcela da população vem crescendo cada vez mais no nosso país e necessita de um olhar diferenciado diante de suas fragilidades.

Dessa forma, evidenciou-se a alta prevalência de vulnerabilidade social em idosos que não possuem cônjuge, além de baixa escolaridade e renda, variando em função do gênero. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir à promoção de saúde e formulação de políticas públicas voltadas para a população idosa.

Convém lembrar que o atual trabalho foi árduo, porém é extremamente satisfatório vê-lo pronto e perceber o quanto amadureci em todo o processo. Esses três semestres trouxeram muitos aprendizados, tanto na área de produção científica, como de aprimoramento pessoal.

Dessa forma, apesar de muitos momentos de cansaço, inseguranças, medos e anseios, não há dúvidas de que foi uma experiência única e engrandecedora que irá me tornar uma profissional mais humana e qualificada.