

**LABORO – CENTRO DE CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ELENICE JARDIM LOPES
JEANNE MARIA LIMA ASSUNÇÃO
LUCIANNY CASTRO DINIZ
MARCUS PLÍNIO DE JESUS CHAVES MOTA**

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS IDOSOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL – CONJUNTO SÃO
RAIMUNDO – SÃO LUIS-MA**

São Luís
2007

**ELENICE JARDIM LOPES
JEANNE MARIA LIMA ASSUNÇÃO
LUCIANNY CASTRO DINIZ
MARCUS PLÍNIO DE JESUS CHAVES MOTA**

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS IDOSOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL – CONJUNTO SÃO
RAIMUNDO – SÃO LUIS-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Laboro – Centro de Consultoria e Excelência em pós-graduação para obtenção do título de Especialista em saúde da família.

Orientadora: Prof^a. Maria Zali Borges de Sousa San Lucas

São Luís
2007

**ELENICE JARDIM LOPES
JEANNE MARIA LIMA ASSUNÇÃO
LUCIANNY CASTRO DINIZ
MARCUS PLÍNIO DE JESUS CHAVES MOTA**

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS IDOSOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL – CONJUNTO SÃO
RAIMUNDO – SÃO LUIS-MA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Laboro – Centro de Consultoria e Excelência em pós-graduação para obtenção do título de Especialista em saúde da família.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Maria Zali Borges de Sousa San Lucas (Orientadora)

Prof^a. Jacira Nascimento Serra

Mestra em Políticas Públicas

À Deus, pelo dom da vida.

À nossa família, pelo incentivo e
companheirismo.

AGRADECIMENTOS

À professora, Maria Zali Borges de Sousa San Lucas, orientadora, que nos acompanhou na realização deste trabalho com competência e dedicação.

À direção, professores e demais funcionários do LABORO – Centro de Consultoria e Excelência em pós-graduação, pela contribuição para alcançar essa formação.

Às nossas famílias, pelo apoio, compreensão e incentivo.

À direção do centro de saúde Dr^a. Nazareth Neiva, pela aceitação desta pesquisa.

Às enfermeiras e agentes comunitários de saúde das duas equipes de saúde da família que nos facilitaram a coleta de dados expostos neste estudo.

Aos idosos, pela cooperação, ao responderem o questionário para realização da pesquisa de campo.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, muito obrigado.

“[...] O senhor dá a sabedoria, e da sua boca vem a inteligência e o entendimento.”

Provérbio de Salomão

RESUMO

Este estudo foi realizado com idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados por duas Equipes de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde da Família do conjunto São Raimundo do Município de São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo que teve como objetivo conhecer as ações desenvolvidas pelo programa de saúde da família aos idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como instrumento de pesquisa, utilizou-se um formulário que foi preenchido através da visita domiciliar aos idosos. Como resultado constatou-se: predominância do sexo feminino, maior percentual de aposentados, de idosos morando com familiares sem companheiro, com ensino fundamental incompleto e com renda de 1 a 2 salários mínimos. A patologia mais apresentada foi a hipertensão arterial. A maioria dos idosos recebe visita mensal dos Agentes Comunitários de Saúde e realizam consultas médicas e de enfermagem regularmente. Dos 66 idosos estudados, praticamente 100% recebem medicamentos para a patologia apresentada e a maior parte refere ser encaminhado para exames laboratoriais e tratamento médico especializado.

Palavras-chaves: Idosos. Hipertensão. Diabetes.

ABSTRACT

This study was realized with hypertensive and diabetic elderly followed by two Teams of Family Health in a family health unit of São Raimundo suburb located in São Luís, Maranhão. It's a descriptive study in which the objective was to know the actions developed by Family Health Program to the elderly who suffered from arterial hypertension and Mellitus diabetic. A form was used as an instrument of search and it was filled in by visiting the elderly at their homes. As a result of the study it was verified that female gender is predominant, there are more retired people, elderly living with relatives without a mate, with middle school and one or two minimum wages. The most common pathology presented was arterial hypertension. Most of the elderly are visited by Health Community Agents and realize medical and nursery consultation regularly. Among 66 elderly studied almost 100% received medication to the pathology presented and most of them prefer to be asked to do laboratorial exams and specialized medical treatment.

Keywords: Elderly. Hypertension. Diabetic.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	–	Distribuição dos idosos segundo o sexo, São Luis, MA, 2006	23
Gráfico 2	–	Distribuição dos idosos segundo a idade, São Luis, MA, 2006 ...	23
Gráfico 3	–	Distribuição dos idosos segundo a escolaridade, São Luis, MA 2006	24
Gráfico 4	–	Distribuição dos idosos segundo a ocupação, São Luis, MA, 2006	24
Gráfico 5	–	Distribuição dos idosos segundo a renda, São Luis, MA, 2006 ..	25
Gráfico 6	–	Distribuição dos idosos segundo a situação familiar, São Luis, MA, 2006	26
Gráfico 7	–	Distribuição dos idosos segundo a doença apresentada, São Luis, MA, 2006	27
Gráfico 8	–	Distribuição dos idosos segundo recebimento de visitas do agente comunitário de saúde, São Luis, 2006	27
Gráfico 9	–	Distribuição dos idosos segundo recebimento de visitas domiciliares de outros profissionais da equipe do PSF, São Luis, MA, 2006 ..	28
Gráfico 10	–	Distribuição dos idosos segundo freqüência de consultas médicas e de enfermagem, São Luis, MA, 2006	28
Gráfico 11	–	Participação dos idosos em atividades educativas na unidade de saúde e na comunidade, São Luis, MA, 2006	29
Gráfico 12	–	Distribuição dos idosos segundo recebimento de medicações para doença apresentada, São Luis, MA, 2006	30
Gráfico 13	–	Participação dos idosos em atividades sociais (passeios, caminhadas, oficinas e etc.) desenvolvidas, São Luis, MA, 2006	31
Gráfico 14	–	Encaminhamento dos idosos para exames laboratoriais e tratamento médico especializado, São Luis, MA, 2006	32

LISTA DE SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- B-DIA – Ficha para acompanhamento de diabéticos no SIAB
- B-HA – Ficha para acompanhamento de hipertensos no SIAB
- DM – Diabetes Mellitus
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- HA – Hipertensão Arterial
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PAD – Pressão Arterial Diastólica
- PAS – Pressão Arterial Sistólica
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de trabalho	21
4.2	Local do trabalho	21
4.3	Coleta de dados	21
4.4	Análise e interpretação dos dados	22
4.5	Avaliação ética	22
5	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	23
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE	38
	ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

Como enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), acompanhamos diariamente em nossos atendimentos, através de consultas de Enfermagem, de atividades em grupo ou de visitas domiciliares, um número significativo de portadores de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Observamos que grande parte dos hipertensos e diabéticos acompanhados são idosos. Diante desta observação, sentimos o desejo de conhecer as ações do Programa Saúde da Família (PSF) voltadas para os idosos hipertensos e diabéticos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza a faixa etária acima de 60 anos para definir as pessoas como idosas, nos países em desenvolvimento (PASCHOAL, 1996).

O crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos é hoje universal. Segundo Veras (2003) "nunca antes na história da humanidade, os países haviam registrado um contingente tão elevado de idosos em suas populações, o que se vem fazendo de forma relevante". A longevidade não está associada somente a países centrais como os da Europa e América do Norte, mas, desde a década de 80, observa-se que a maioria dos idosos vive em países periféricos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Para Antunes (2000), o Brasil não é mais um país de jovens. Em 1900, os idosos representavam 3,2% da população. Camarano (2002) cita que em 1940 a população de idosos representava 4% da população geral e em 2000 correspondia a 9%. Há projeções que em 2025 a população de idosos será de quase 15% da população brasileira, o que representará 35 milhões de idosos, levando o Brasil ao sexto lugar em número de idosos na esfera mundial (IBGE, 2000).

A população de idosos no Brasil, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) era de 14.536.029. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), identificou 17.622.715 idosos na população brasileira, sendo 7.770.957 homens e 9.891.758 mulheres.

No Nordeste, o número de idosos em 2000 era de 4.020.857 (IBGE) e em 2004 era de 4.701.653 (PNAD).

No Maranhão, a população de idosos correspondia a 7,11% da população geral o que equivalia a 405.914 idosos, segundo IBGE (2000). Em 2004 correspondia a 7,91%, o que equivalia a 478.208 idosos (PNAD). Em São Luís, o

número de idosos em 2000 era de 49.517 (IBGE).

A esperança de vida do brasileiro está crescendo. Em 1900, a expectativa de vida no Brasil não ultrapassava os 33,7 anos; em 1940, alcançou 39 anos; em 1950 chegou a 43,2 anos; em 1960 já era 55,9 anos; entre as décadas de 60 e 80 alcançou 63,4 anos; em 2000 estava em 68,6 anos e em 2025 será de 80 anos (BRASIL, 2002a).

As mulheres apresentam uma média de vida maior. Em 1991 era de 7,2 anos superior a dos homens, enquanto que em 2000 era de 7,8 anos. Em consequência da sobremortalidade masculina, as mulheres predominam entre os idosos, observando-se, assim, a feminilização da velhice. Em 1996, dos 2,4 milhões de idosos, 54,4% eram do sexo feminino (CAMARANO, 2002). Na pesquisa nacional por amostra de domicílio (PNAD), encontrou-se 45% de mulheres idosas viúvas (1995) e elevada proporção de mulheres morando sozinhas (14% em 1998).

Os dados da PNAD realizada em 1998, mostraram que aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportaram estar em boas condições de saúde. As mulheres apresentam uma chance maior que os homens de experimentarem as doenças típicas da última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doenças do coração e depressão, bem como de contraírem incapacidades que afetam as atividades do cotidiano (CAMARANO, 2002).

Para Ruiperez (2000) não existem doenças próprias do idoso. Determinadas doenças podem manifestarem-se em outras idades, mas são muito mais freqüentes neste grupo etário. As peculiaridades das doenças geriátricas apóiam-se na deteriorização que acarretam sobre os aspectos funcionais, mentais e sociais do idoso.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa da morbi-mortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo para o agravamento deste cenário em nível nacional.

A hipertensão arterial afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos e o Diabetes Mellitus atinge as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. A prevalência de Diabetes Mellitus na população adulta é de 7,6%. A HA e o DM, representam agravos de saúde pública, dos quais 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (BRASIL, 2002c).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, que tem como objeto fundamental da sua atenção, a família. O objetivo geral da Estratégia Saúde da Família é de:

contribuir para a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, como definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 36).

No estatuto do idoso, encontramos que:

é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 13).

Segundo Sayeg e Mesquita (2002), o cuidado familiar formal e informal, que pode ser dispensado na própria comunidade e em especial no domicílio, constitui importante mecanismo de apoio aos idosos e depende fundamentalmente de orientações e esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde, adequadamente qualificados para executar essa ação.

O Brasil tem um grande desafio: cuidar desse número cada vez mais crescente de idosos, a maioria com baixo nível sócio-econômico e educacional, com alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, como hipertensão arterial e diabetes mellitus ainda não controladas. Vemos no PSF, uma excelente estratégia, para o cuidado com os idosos, visto que é composto por diferentes profissionais que devem estar preparados para acompanhá-los e promover aceitação da doença, a auto-estima e a motivação para adotar novos hábitos, estimulando a participação de todos nessa rede de trabalhos de grupo. Considerando-se tais aspectos, queremos conhecer o perfil dos idosos hipertensos e diabéticos acompanhados por duas equipes do PSF de São Luís-MA e como estão sendo desenvolvidas as ações do programa a esses idosos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer as ações desenvolvidas pelo PSF voltadas aos idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus acompanhados por duas equipes do PSF do Centro de Saúde Dr^a. Nazareth Neiva – São Luís-MA.

2.2 Específicos

- Identificar os idosos quanto às suas características sócio-econômicas e culturais;
- Conhecer os idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área de estudo;
- Conhecer as ações desenvolvidas pelo PSF aos idosos estudados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento pode ser primário ou secundário. O envelhecimento primário consiste nas alterações causadas pelo processo normal do envelhecimento e caracteriza-se por ser universal, progressivo e intrínseco (da própria pessoa), já as alterações secundárias (patológicas) do envelhecimento, resultam de influências externas, como por exemplo: as doenças, a poluição do ar e a luz do sol (SMELTZER; BARE, 1994).

Segundo Carvalho Filho, Papaleo Neto e Pasini (2005), o envelhecimento deve-se provavelmente à influência de fatores genéticos e ambientais, ocasionando o declínio de várias funções. Admite-se que ele tem seu início no fim da segunda ou terceira décadas de vida. Pode-se então afirmar que o ritmo de perda de uma determinada função aos 80 anos de idade ou mais, é idêntico ao que ocorre aos 40 anos, ou seja, o ritmo do envelhecimento processa-se da mesma forma nas suas fases inicial e final.

Uma pesquisa realizada pela PNAD (1998) indagou como a população idosa brasileira considerava o seu estado de saúde, onde verificou-se que aproximadamente 83% dos idosos reportaram esse estado como regular ou bom, sendo que entre as mulheres foi declarado um estado de saúde ligeiramente inferior ao dos homens. Os idosos, nesta pesquisa, foram divididos em dois grupos: idosos jovens (60-79 anos) e os mais idosos (mais de 80 anos). Entre os idosos jovens, o maior problema de saúde detectado foi doença de coluna seguido de hipertensão e artrite e no grupo dos mais idosos, as principais doenças referidas foram artrite ou reumatismo, depressão e diabetes. (FREITAS, 2002).

Com o envelhecimento, ocorrem importantes alterações vasculares. Há um aumento nítido da resistência periférica com redução do débito cardíaco. O diâmetro dos vasos tende a aumentar. O conteúdo de colágeno aumenta, enquanto a elastina progressivamente se desorganiza, se adelgaça e, com freqüência, se fragmenta. Há deposição lipídica e de cálcio, com concomitante perda de elasticidade. O endotélio libera uma menor quantidade de óxido nítrico, que é um importante fator de relaxamento vascular. Essas alterações vasculares têm importantes implicações clínicas no desenvolvimento da hipertensão arterial (FREITAS, 2002).

Carvalho Filho, Papaleo Neto e Pasini (2005) consideram como hipertensos idosos, aqueles que têm níveis pressóricos acima de 139 mmHg de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e/ou 89 mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD), sendo estes valores considerados limites máximos de normalidade. O referido autor, ainda afirma, que a hipertensão arterial aumenta progressivamente com o avançar da idade, comprometendo mais de 60% de pessoas com mais de 65 anos. Segundo, o protocolo de HA e DM, a pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas é considerada normal quando a PAS é <130mmHg e a PAD <85mmHg (BRASIL, 2002c). Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, são consideradas anormais as médias de pressão arterial acima de 135/85 mmHg.

O diabetes mellitus é caracterizado por alteração metabólica associada à deficiência absoluta ou relativa da insulina e clinicamente apresenta alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas. Na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, é de 17,4%, cerca de 6 vezes maior que a prevalência na população entre 30 e 39 anos (FREITAS, 2002). De acordo com o protocolo de HA e DM, caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BRASIL, 2002c). A Sociedade Brasileira de Diabetes (2002, p. 11) conceitua diabetes da seguinte forma:

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

O diabetes no idoso consiste no aumento da intolerância ao carboidrato, sendo essa alteração traduzida pela elevação da glicemia que pode ser explicada por vários fatores associados ao processo de envelhecimento, que são: aumento da massa adiposa, diminuição da massa magra, diminuição da atividade física, doenças coexistentes, maior ingestão de carboidratos, polifarmácia e, eventualmente, uso de droga com ação hiperglicemiante e ou antagonista à insulina (corticosteróides). O diabetes do tipo 2 é certamente o mais comum entre os idosos, nos quais está associado com a obesidade, hipertensão arterial, ao fator genético e com maior frequência às complicações macrovasculares (FREITAS, 2002).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais

fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, representando importante problema de saúde pública no país. A HA está associada a 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração. Entre as complicações mais freqüentes do DM, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o AVE, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de atender os portadores de hipertensão e diabetes, possui o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que compreende um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento destes agravos. O objetivo deste programa é: “melhorar a qualidade de vida dos portadores e reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadoria precoce e mortalidade cardiovascular.” (BRASIL, 2005, p. 5).

O desenvolvimento das ações do Programa Nacional de HA e DM é feito principalmente através da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), que são capacitadas pelo próprio programa e tem importância fundamental, como podemos observar a seguir:

a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2001b, p. 2).

As ações do Programa Saúde da Família (PSF) junto aos idosos portadores de HA e DM são importantes para garantir a esta população a qualidade de vida, como também para evitar possíveis hospitalizações por complicações levando à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (BRASIL, 2001c).

Uma equipe mínima de saúde da família é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem sua área de abrangência definida e uma população estimada de 4000 pessoas (BRASIL, 2002c) e pode realizar suas atividades na unidade básica de saúde ou na comunidade.

A equipe de saúde da família, deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da HA e do DM. A assistência aos idosos é operacionalizada na própria unidade básica de saúde, onde são realizadas consultas médicas e de enfermagem, buscando-se atender integralmente às necessidades expostas pelos idosos, sua família ou ambos, estando os idosos dependentes ou não (BRASIL, 2001c).

Dentro da equipe de saúde da família, cada um dos componentes, tem suas atribuições específicas inclusive no que se refere ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Tais atribuições são preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c, p. 85-87). A seguir, descreveremos as principais:

Agentes Comunitários de Saúde:

- Rastrear a HA em indivíduos com mais de vinte anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixas;
- Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão;
- Encaminhar à unidade de saúde, para exame de açúcar no sangue, as pessoas com fatores de risco para diabetes tipo 2;
- Verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde;
- Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso e ou diabético se o mesmo está tomando com regularidade os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.

Auxiliar de Enfermagem:

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
- Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
- Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção quando necessária;

- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;
- Orientar pacientes sobre automonitorização (glicosúria e glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.

Enfermeiro:

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- Realizar consultas de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, e atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos;
- Estabelecer junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- Solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- Realizar glicemia capilar dos pacientes diabéticos, a cada consulta e nos hipertensos não-diabéticos uma vez ao ano.

Médico:

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação de hipertensão e diabetes;
- Tomar a decisão terapêutica definindo o início do tratamento;
- Programar junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;
- Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam HA grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas

secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva;

- Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica;
- Encaminhar à unidade de referência secundária, os pacientes diabéticos com dificuldades de controle metabólico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de trabalho

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo descritivo, pois, visa conhecer com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. A pesquisa descritiva, tem por objetivo descobrir com a exatidão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Expõe: Quem? Quando? Onde? Como? (CERVO; BERUJAN, 1996).

A pesquisa quantitativa trabalha com dados, indicadores e tendências, parte de um objetivo, do particular para o todo. Na pesquisa quantitativa, os cientistas sociais trabalham com estatística, apreendendo dos fenômenos apenas a região “visível”, “ecológica”, “morfológica” e “concreta” (MINAYO,1994).

4.2 Local do trabalho

A referida pesquisa foi realizada no conjunto São Raimundo e teve como referência o Centro de Saúde Dr^a. Nazareth Neiva. O conjunto São Raimundo é um bairro da zona urbana de São Luís-MA e possui quatro equipes do PSF. Excluímos da pesquisa, duas equipes que têm como componentes duas pesquisadoras deste trabalho, por questões éticas, a fim de que o resultado da pesquisa não fosse tendencioso. As duas equipes, com as quais foram realizadas a pesquisa têm 260 idosos, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

4.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2006 a janeiro de 2007 da seguinte forma:

- Identificação de 89 idosos portadores de HA e DM nas duas equipes do PSF estudadas. Tais dados, foram fornecidos pelos ACS que retiraram da ficha A (cadastramento de famílias), B-DIA (acompanhamento de diabéticos) e B-HA (acompanhamento de hipertensos) que são trabalhadas pelo SIAB;

- Dos idosos identificados, foram estudados 66. Os 23 não incluídos na pesquisa, recusaram-se a participar ou não estavam em casa nas duas visitas realizadas;
- O questionário utilizado (Apêndice A) foi composto por perguntas fechadas e buscou conhecer identificação, situação sócio-econômica e cultural, doenças apresentadas e as ações do PSF aos idosos portadores de HA e DM. Os questionários foram preenchidos através de visitas domiciliares aos idosos, pelos próprios pesquisadores, pelo fato de encontrarem muitos idosos analfabetos e com dificuldades visuais.

4.4 Análise e interpretação dos dados

De acordo com os dados encontrados, foi realizada comparação com a literatura de referência, com o objetivo de desenvolver análise das ações do PSF das equipes estudadas, confrontando-as com outros trabalhos realizados e com o que é preconizado através do Ministério da Saúde para o trabalho com hipertensos e diabéticos.

A apresentação dos dados foi feita através de gráficos com valores expressos em percentuais.

4.5 Avaliação ética

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação da comissão de ética do Hospital Universitário do Maranhão e aprovado (Anexo B). Os idosos pesquisados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A).

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa foi realizada com 66 idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, todos cadastrados em duas equipes do PSF que atuam no Centro de Saúde Dr^a. Nazareth Neiva no conjunto São Raimundo.

Dos 66 idosos pesquisados, 20 (30%) eram do sexo masculino e 46 (70%) eram do sexo feminino. Tais resultados coincidem com os do estudo realizado no município de Francisco Morato-SP com pacientes hipertensos e diabéticos do PSF, onde foi verificado que 68,1% eram do sexo feminino (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2002).

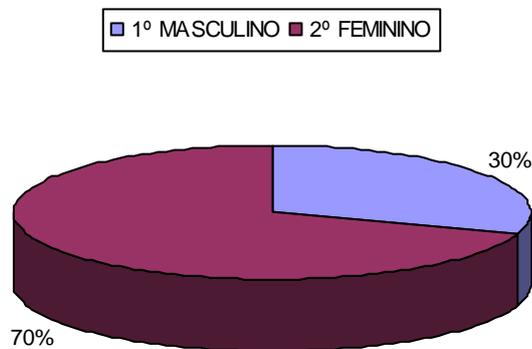


Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo o sexo, São Luís, MA, 2006.

Encontramos o maior percentual de hipertensos e/ou diabéticos na faixa etária de 65-69 anos com 29% do total (19 idosos) e o menor número na faixa etária de 70-74 anos com 21% (14 idosos).

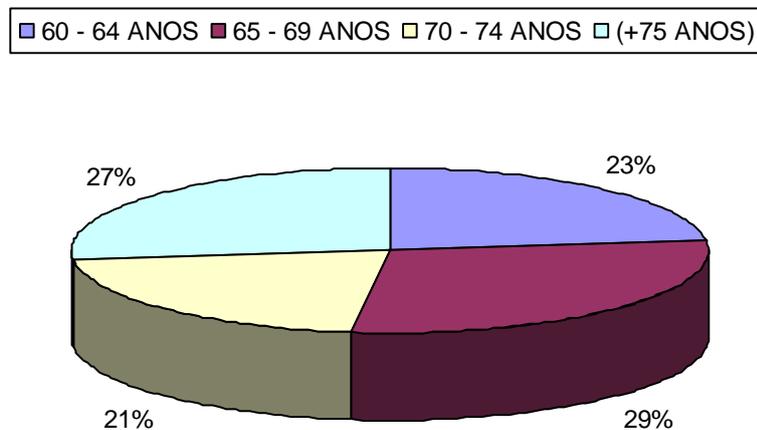


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo a idade, São Luís, MA, 2006.

Quanto à escolaridade, 21 idosos (32%) são analfabetos, 36 (54%) têm ensino fundamental incompleto, 6 (9%) ensino fundamental completo e 3 (5%) têm ensino médio completo. Segundo Paschoal (1996), 63% dos indivíduos com idade superior a 60 anos, possuem menos de quatro anos de estudo.

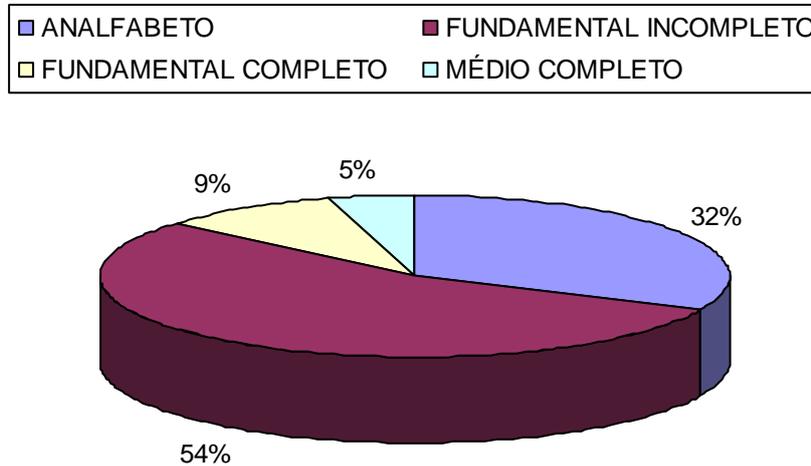


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos, segundo a escolaridade, São Luís, MA, 2006.

Em relação à ocupação, 49 idosos (74%) são aposentados, 6 (9%) são pensionistas, 2 (3%) informaram ainda trabalhar e 9 (14%) responderam outras ocupações. Cruz et al. (2003) em estudo com idosos em Aracaju identificou 83,3% aposentados. O maior percentual de aposentados é um bom indicador do acesso que os idosos estão tendo a um direito que lhes é assegurado. Freitas (2002) cita que essa melhoria é resultado da universalização da seguridade social, da ampliação da cobertura da previdência rural e da legislação da assistência social estabelecidas pela Constituição de 1988.

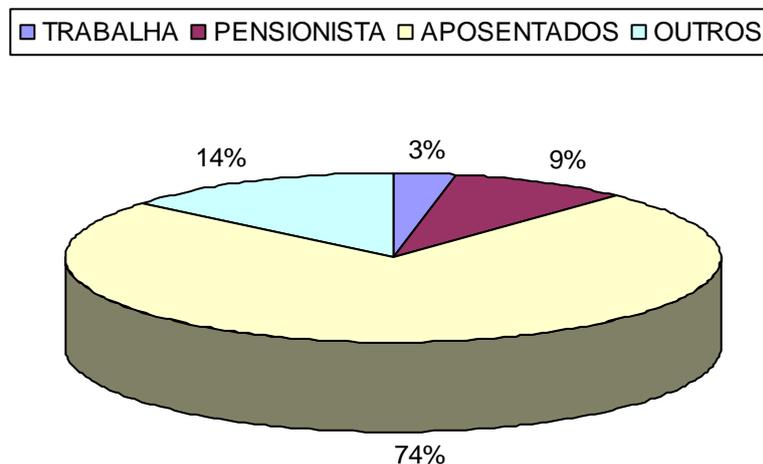


Gráfico 4 – Distribuição dos idosos, segundo a ocupação, São Luís, MA, 2006.

Dos 66 idosos pesquisados, 47 (70%) referiram ter renda de 1 a 2 salários mínimos. Chaimowicz (1998) afirma que “em 1998 quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários mínimos”.

Observamos um idoso (2%) sem renda e 17 (26%) que informaram receber menos de um salário mínimo. Entre os que informaram renda menor que um salário mínimo, estão incluídas algumas mulheres “do lar” e outros que referiram fazer “bicos”.

Para Carvalho Filho, Papaleo Neto e Pasini (2005), os idosos têm as aposentadorias e pensões como únicas fontes de renda, o que lhes dá um baixo poder aquisitivo, levando boa parte deles a manterem-se economicamente ativos, executando, na maioria das vezes, trabalhos mal remunerados e inadequados para a idade.

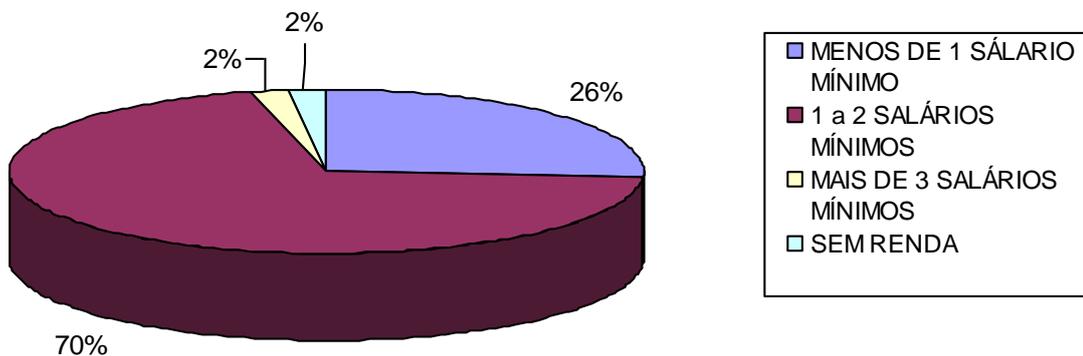


Gráfico 5 – Distribuição de idosos, segundo a renda, São Luís, MA, 2006.

Segundo a situação familiar, identificamos o maior número de idosos entre os que moram com familiares sem companheiro, correspondendo a 35 idosos (53%). Apenas um idoso (2%) mora com pessoas sem laços sanguíneos e 3 (4%) moram só. O maior número de idosos vivendo com familiares (filho, filha, nora, genro, netos, etc.) nos mostra o aumento do número de famílias ditas ampliadas em substituição às familiares nucleares (mãe, pai e filhos). Dados da PNAD (1998) mostram que as famílias ampliadas ou extensas, incluindo as famílias idosas com filhos, atinge 52,6%. Mostra também, elevada proporção de casal sem filhos entre as famílias com idosos (18,5% nas famílias nucleares e 14% nas famílias extensas) (CAMARANO, 2002).

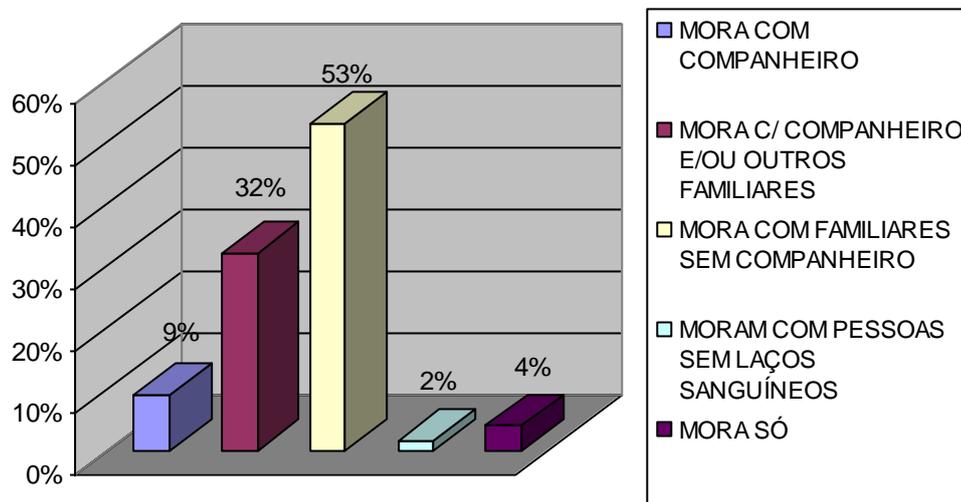


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos, segundo a situação familiar, São Luís, MA, 2006.

Em relação às doenças apresentadas, 45 idosos (70%) reportaram hipertensão arterial, 9 (13%) diabetes mellitus e 11 (17%) informaram ser portadores das duas patologias. Estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2003) em Francisco Morato – SP com portadores de HA e DM do PSF, dos 72 pesquisados, 42% eram hipertensos, 19% diabéticos e 39% tinham as duas doenças. Nos dois estudos encontramos, portanto, o maior percentual de HA e o menor de DM.

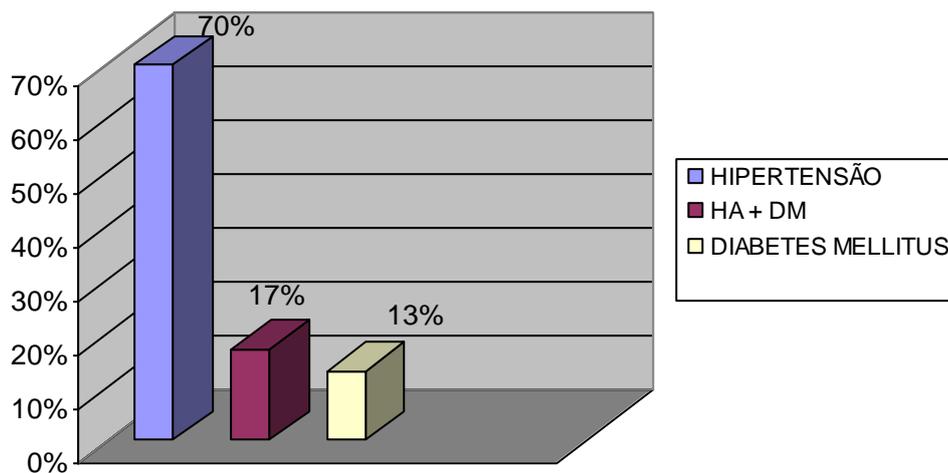


Gráfico 7 – Distribuição dos idosos, segundo doença apresentada, São Luís, MA, 2006.

53 Idosos (80%) afirmaram receber visita domiciliar mensal do agente comunitário de Saúde (ACS) e 13 (20%) informaram não receber. Dentre as atribuições do ACS está: “realizar através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.” (BRASIL, 2000. p. 18).

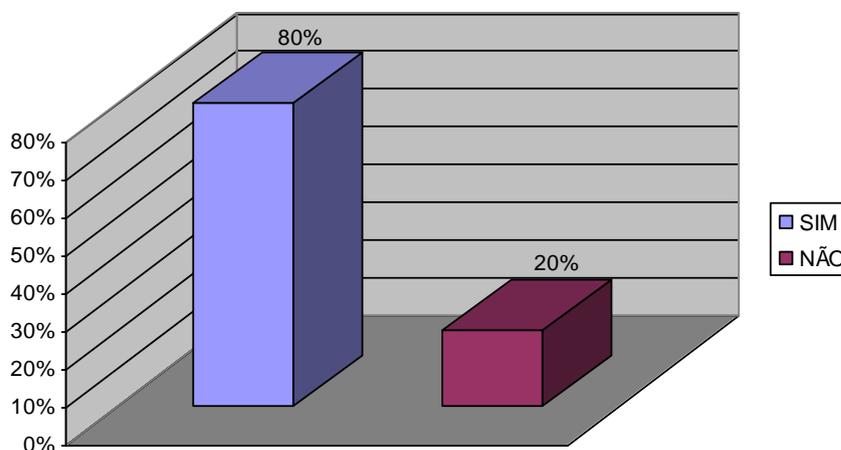


Gráfico 8 – Distribuição dos idosos, segundo o recebimento de visitas do agente comunitário de saúde, São Luís, MA, 2006.

Quanto às visitas domiciliares de outros profissionais da equipe do PSF, 32 idosos (48%) citaram que recebem visitas regulares do médico e/ ou enfermeiro e 34 idosos (52%) afirmaram não receber visitas desses profissionais.

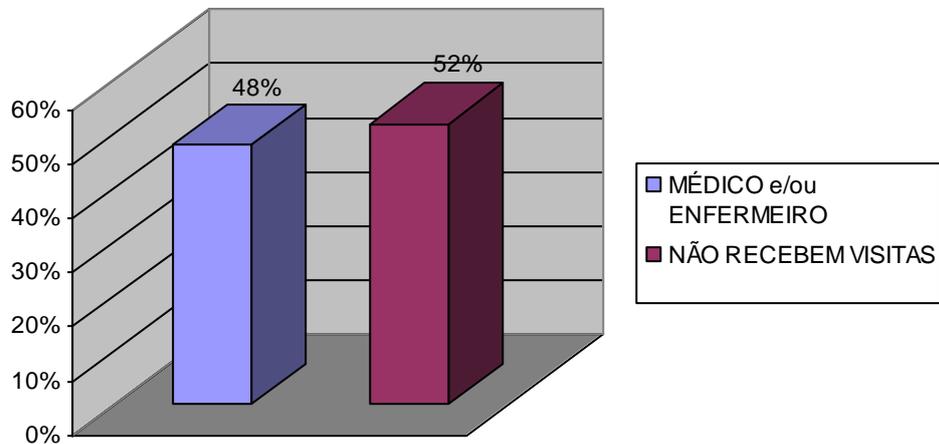


Gráfico 9 – Distribuição dos idosos, segundo recebimento de visitas domiciliares de outros profissionais da equipe do PSF, São Luís, MA, 2006.

Em relação à frequência de consultas médicas e de enfermagem, observamos que a maioria dos idosos hipertensos e/ou diabéticos são atendidos mensalmente em consultas com o médico ou enfermeiro da equipe, pois, somando-se os que responderam 1x por mês e mais de 1x por mês, temos 88% (58 idosos) que referiram realizar consultas médicas e 46 idosos (70%) que realizaram consultas de enfermagem.

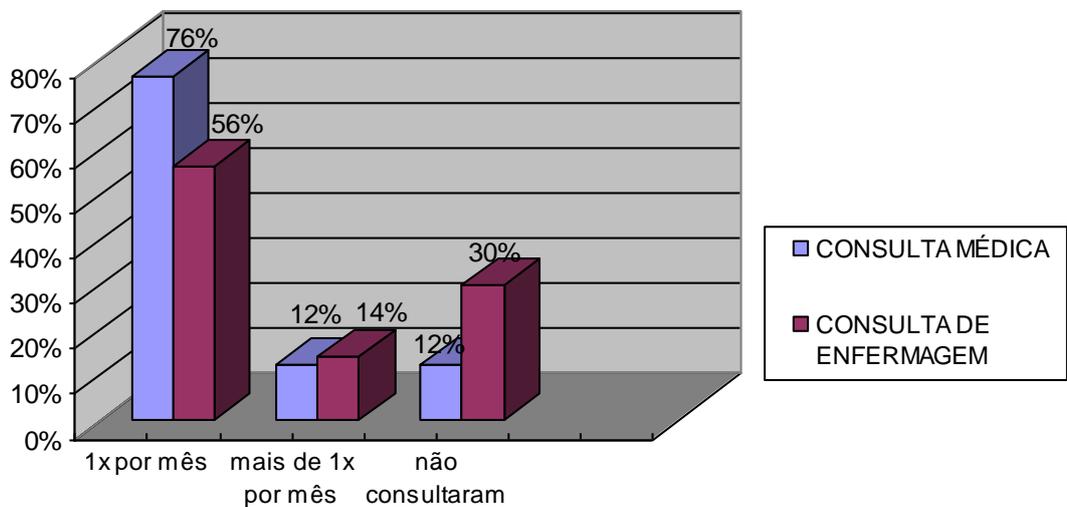


Gráfico 10 – Distribuição dos idosos, segundo frequência de consultas médicas e de enfermagem, São Luís, MA, 2006.

Dentre as atribuições básicas de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) encontradas no caderno 1 de atenção básica (BRASIL, 2000, p. 15), destaca-se: “desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado.”

O que podemos observar nesta pesquisa, no que diz respeito às atividades educativas, é que há um grande percentual de idosos que não participam dessas atividades, principalmente, quando são realizadas na unidade de saúde, pois 67% (44 idosos) informaram não participar. Quando as atividades educativas são realizadas na comunidade, portanto, mais próximo da residência dos idosos, 35 (53%) referiram participação.

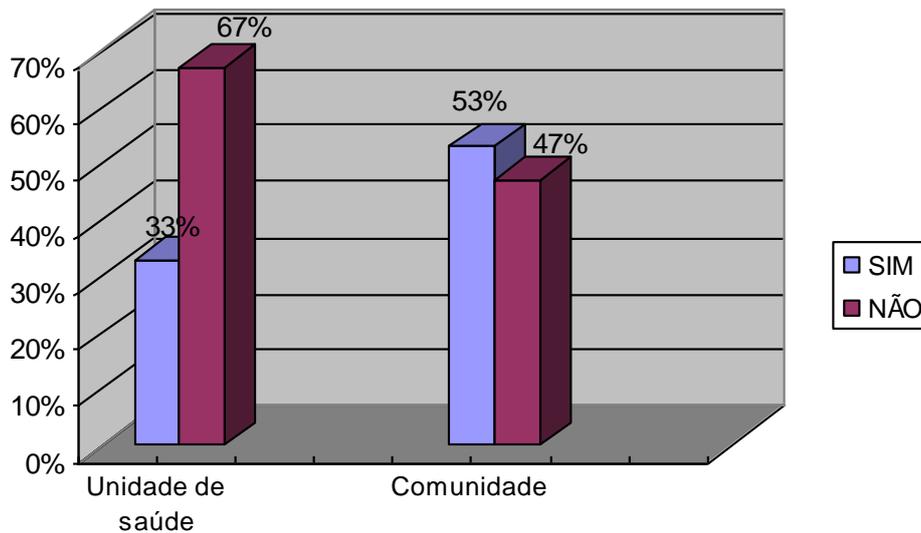


Gráfico 11 – Participação dos idosos em atividades educativas na unidade de saúde e na comunidade, São Luís, MA, 2006.

Dos 66 idosos estudados, 20 são diabéticos e 57 hipertensos. 100% dos portadores de diabetes mellitus e 98% dos de hipertensão arterial referiram receber medicação mensalmente na unidade de saúde da família.

O Guia prático do PSF (2002) cita a farmácia popular como um dos programas do Ministério da Saúde para a distribuição de medicamentos à população de todos os municípios que tenham equipes do PSF implantadas e em funcionamento. Cada equipe do PSF recebe um kit de medicamentos de 3 em 3 meses do ministério. Medicamentos para diabetes mellitus e hipertensão arterial estão incluídos neste kit

A portaria nº 371/ GM de março de 2002, criou o Programa Nacional de Assistência farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e o Hiperdia (sistema informatizado de base nacional de diabéticos e hipertensos), a referida portaria determina a distribuição aos municípios, de hidroclorotiazida 25mg, captopril 25mg, propranolol 40mg, glibenclamida 5mg e metformina 850mg. (BRASIL, 2005).

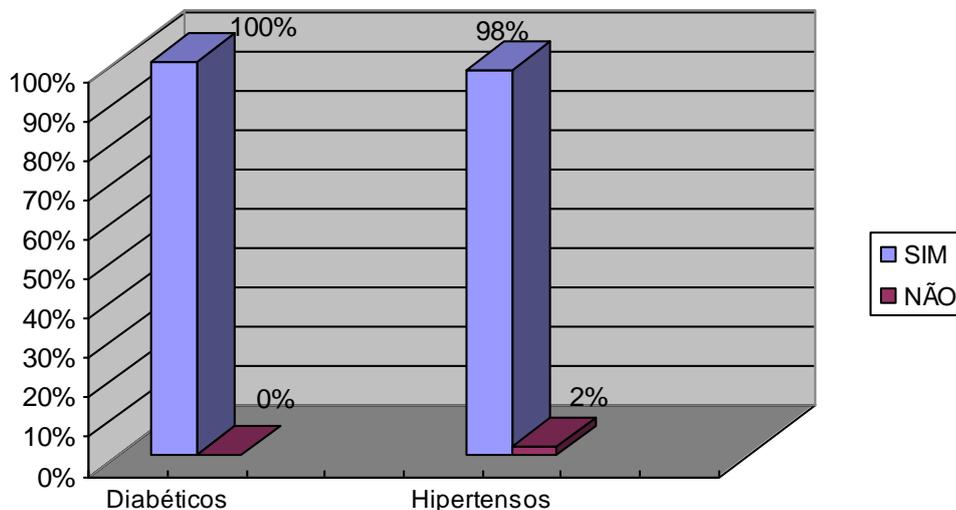


Gráfico 12 – Distribuição dos idosos, segundo recebimento de medicações para doença apresentada, São Luís, MA 2006.

Somente 10 idosos (15%) relataram participação em atividades sociais desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

Araújo (2003) afirma que o trabalho com grupo de idosos é viável e importante, pois, os profissionais de saúde da família têm acesso a todas as famílias de sua área de abrangência. Observamos, portanto, a importância de uma maior participação dos idosos nas atividades sociais, inclusive atividades físicas como caminhadas, pois, a prática regular de atividades físicas é preconizada pelo ministério da saúde como integrante do tratamento do Diabetes Mellitus e da hipertensão arterial. (BRASIL, 2002c).

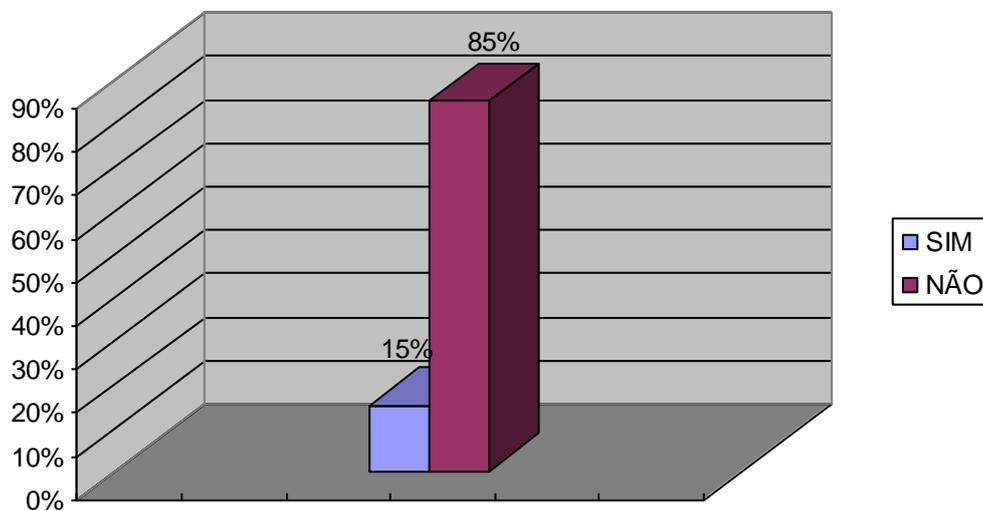


Gráfico 13 – Participação dos idosos em atividade sociais (passeios, caminhadas, oficinas, etc.) desenvolvidas, São Luís, MA, 2006.

O encaminhamento para exames laboratoriais foi afirmado por 46 idosos (70%) e 41 idosos (62%) informaram já terem sido encaminhados para tratamento médico especializado.

A avaliação laboratorial regular faz parte do protocolo de atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2002c). Em relação ao encaminhamento de pacientes hipertensos e diabéticos para tratamento médico especializado, o referido protocolo cita: “em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência.”

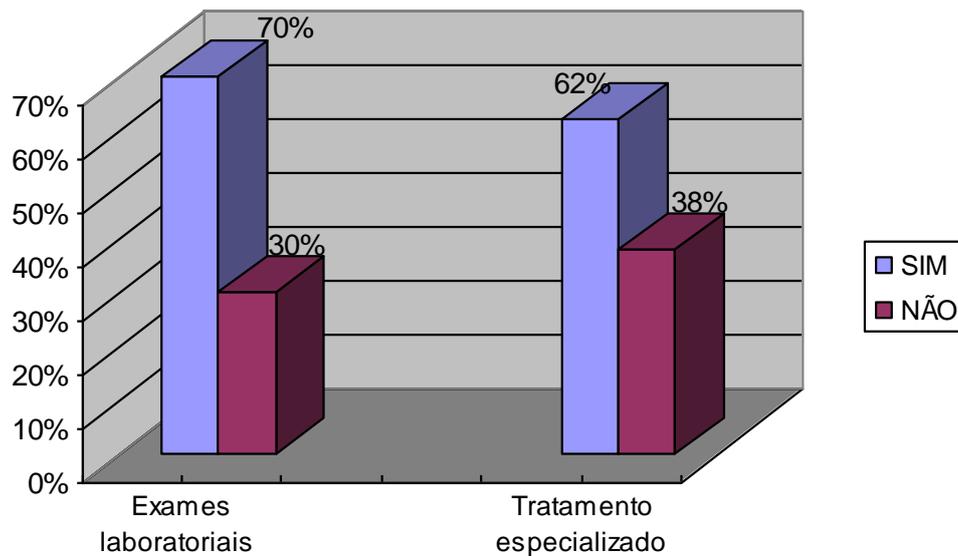


Gráfico 14 – Encaminhamento dos idosos para exames laboratoriais e tratamento médico especializado, São Luís, MA, 2006.

6 CONCLUSÃO

Após análise dos resultados da pesquisa, concluímos que:

- Houve predominância significativa do sexo feminino entre os idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- A maior parte dos idosos estudados apresenta ensino fundamental incompleto, são aposentados, referem ter renda de 1 a 2 salários mínimos e moram com familiares sem companheiro;
- A hipertensão arterial, confirmando o que refere a literatura consultada, foi a patologia mais apresentada pelos idosos estudados;
- A visita domiciliar regular do agente comunitário de saúde foi relatada por 80% dos idosos;
- Há um bom acompanhamento mensal dos idosos através de consultas médicas e de enfermagem;
- A participação dos idosos em atividades educativas, principalmente na unidade de saúde é pequena;
- A grande maioria dos idosos não está participando das atividades sociais realizadas pelas equipes.
- Praticamente 100% dos idosos referiram receber mensalmente a medicação para a patologia apresentada;
- Tem sido observado o encaminhamento dos idosos para exames laboratoriais e tratamento médico especializado.

Diante dos resultados, verificamos a necessidade de implementação das ações específicas por parte das equipes de saúde da família no sentido de atingirem as metas propostas pelo PSF e pelo protocolo de atendimento a hipertensão arterial e diabetes mellitus, no que diz respeito às deficiências identificadas, portanto, para que os idosos hipertensos e diabéticos sejam melhor acompanhados, sugerimos:

- Incentivar e supervisionar os ACS, a fim de que realizem visitas domiciliares mensalmente a todos os idosos de sua área adscrita;
- Incentivar maior participação dos idosos em atividades educativas e sociais realizadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Para alcançar tal objetivo, propomos que as ESF realizem ações

direcionadas a esses idosos, preferencialmente na comunidade, o que lhes facilitará o acesso, como por exemplo, grupo de caminhadas, de danças, reuniões em datas comemorativas (dia do idoso, páscoa, natal, etc.), pois, compreendemos que a participação do idoso nestas atividades, fortalece o vínculo com a equipe e proporciona melhoria em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. V. Terceira idade “1999 ano internacional do idoso”. In: **Revista Físio e Terapia**, v. 4, n. 18, jan./dez., 2000.
- ARAÚJO, A. R. **Cuidador familiar de idosos**: uma abordagem compreensiva – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.
- BRASIL, Congresso. Câmara dos Deputados. **Caravana Nacional dos direitos humanos**: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. Brasília, DF, 2002a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica**: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo. Brasília, DF, 2001a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica**: programa de saúde da família. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF., 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2002b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: fase de detecção de casos suspeitos de Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2002c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de Enfermagem**: Saúde coletiva. Brasília, DF, 2001c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde, Brasil**: pratique saúde e viva bem. 115. ed. Brasília, DF, Nov. 2005
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.
- CAMARANO A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. U. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALEO NETO, M.; PASINI, U. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2005.

CASTRO, M. R., VARGAS, L. A. A interação / atuação da equipe do Programa Saúde da Família do Canal do Anil com a população adscrita. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2. Rio de Janeiro, 2005.

CHAIMOVICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte, 1998.

CERVO, A. L.; BERUJAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Macron Books, 1996.

CRUZ, J. M. de; FONTES, M. R.; SANTOS, J. M. de J.; BERGO, M. S. de A. A. **Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde por maus tratos no espaço familiar**. Textos sobre envelhecimento. v. 6, n. 2 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerf.br/tse/scielo.php>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

FIGUEREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis Editora, 2005.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IBGE. Centro Demográfico – 2000. São Luís: IBGE, 2000.

JECKEL NETO, E.; CRUZ, I. B. M. da. **Aspectos biológicos geriátricos do envelhecimento II**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

KALACHE, A.; VERAS, R. T.; RAMOS, L. R. Envelhecimento da população mundial: um desafio para um novo milênio. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, São Paulo, 1987.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. **Avaliação global de idosos em unidade do PSF**. Textos sobre envelhecimento. v. 7, n. 2, 2004.

PAIVA, D. C. P. de; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. **Avaliação da assistência do paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato**, São Paulo, Brasil, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 26 nov. 2006.

PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do envelhecimento**. Secretaria de atenção à saúde. Brasília, DF, 1996.

RUIPEREZ, I. **Guias práticos de enfermagem: geriatria**. Rio de Janeiro: Netraw Hill Interamericana do Brasil Ltda., 2000.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V. Política pública de saúde para o envelhecimento. In: Freitas E.V, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Consenso Brasileiro de Hipertensão. **Diretrizes brasileiras de hipertensão, 5**. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

VERAS, R. A longevidade da população: desafio e conquista. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 75. São Paulo, 2003.

APÊNDICE

Diabetes Mellitus 1 () sim 2) () não

Hipertensão Arterial 1 () sim 2) () não

h) Atividades sociais desenvolvidas (passeios, caminhadas, oficinas, etc.)

1 () sim 2) () não

Se sim, quais? _____

i) Encaminhamentos para exames laboratoriais

1 () sim 2) () não

j) Encaminhamentos para tratamentos médicos especializados

1 () sim 2) () não

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**LABORO: Excelência em Consultoria e Pós-graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família**

Orientador (a): Prof' Maria Zali Borges de Sousa San Lucas
End: avenida colares moreira7/806 Renascença II
Fone: (98) 3235-7460

Pesquisadores:
Elenice Jardim Lopes, Jeanne Maria Lima Assunção,
Lucianny Castro Diniz, Marcus Plínio de Jesus Chaves Mota.

**AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS IDOSOS PORTADORES DE
DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL - CONJUNTO SÃO
RAIMUNDO - SÃO LUIS - MA**

Eu,....., abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa dando informações referentes as ações desenvolvidas no programa saúde da família aos idosos. Fui esclarecido (a) que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado; foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luis, ____ de _____ de 2006.

Assinatura e Carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do Participante

ANEXO B – Parecer consubstanciado